

Mette Marie Kristensen  
Ida Nielsen Sølvhøj  
Anna Paldam Folker

# Fra projekt til **varig forbedring**

Evaluering af implementeringen af  
Sikker Psykiatri

## **Fra projekt til varig forbedring**

Evaluering af implementeringen af Sikker Psykiatri

Mette Marie Kristensen

Ida Nielsen Sølvhøj

Anna Paldam Folker

Copyright © 2018

Statens Institut for Folkesundhed,

SDU

Grafisk design: Trefold

Uddrag, herunder figurer og tabeller,  
er tilladt mod tydelig gengivelse. Skrifter, der omtaler,  
anmelder, citerer eller henviser til nærværende  
publikation, bedes sendt til  
Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

Elektronisk udgave: ISBN 978-87-7899-405-9

Statens Institut for Folkesundhed

Studivstræde 6

1455 København K

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

Rapporten kan downloades fra

[www.si-folkesundhed.dk](http://www.si-folkesundhed.dk)

# Forord

Denne rapport præsenterer resultaterne af evalueringen af projektet Sikker Psykiatri. Projektet er et demonstrationsprojekt, der har haft til hensigt at forbedre patientsikkerheden i psykiatrien, og er gennemført i perioden 2014-2017 på otte psykiatriske enheder i Danmark og på Færøerne. Sikker Psykiatri er blevet gennemført i et samarbejde mellem Danske Regioner, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Projektet har søgt at opnå forbedringer i sundhedsvæsenet ved anvendelse af kollaborativmodellen som en fælles ramme for implementering af projektet, ligesom forbedringsmodellen er blevet anvendt som et værktøj til implementering af en række faglige og organisatoriske indsatsområder.

Evalueringens overordnede formål er at undersøge implementeringen af Sikker Psykiatri med henblik på at uddrage læring og viden, der kan bidrage til at styrke forbedringsarbejdet i psykiatrien fremadrettet.

Rapporten er udgivet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Den er udarbejdet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed, som har varetaget den nationale projektledelse af Sikker Psykiatri.

Vi vil gerne rette en stor tak til de, der har deltaget i undersøgelsen og generøst har bidraget med deres viden, erfaringer og oplevelser.

Vi vil også takke vores kolleger for hjælp i forbindelse med udarbejdelsen af rapporten; specielt Stig Krøger Andersen, der har læst korrektur og stået for den grafiske opsætning af rapporten, og Sigurd Mørk Lauridsen, som har læst og kommenteret rapporten.



Morten Grønbæk, direktør, Statens Institut for Folkesundhed, SDU.

# Indhold

English summary 3

Resumé 8

Indledning 13

Evalueringens formål 13

Projektet Sikker Psykiatri 15

Roller i projektet 20

Kort oversigt over de kvantitative resultater af projektet 21

Metode og teori 26

Dataindsamling 26

KMV-konfigurationer 27

Dataanalyse 29

Analyse af virkningsmekanismer 31

Central infrastruktur 32

Faglige pakker 40

Kommunikationsveje 44

Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet 46

Forbedringsledelse 58

Inddragelse af patienter og pårørende 68

Spredning af forbedringsarbejdet 75

Opsamling 81

Anbefalinger 89

Litteraturliste 92

Bilag 1 Teoretisk og metodisk ramme for Sikker Psykiatri  
94

Bilag 2 Faglige og organisatoriske pakker 102

Bilag 3 De otte projektenheder 112



# English summary

## Introduction

This is a summary of the evaluation of the project Sikker Psykiatri (Danish Patient Safety Programme in Mental Health), carried out by the National Institute of Public Health, SDU. The overall aim of the evaluation has been to investigate the implementation of Sikker Psykiatri, with an eye to extracting learning points and knowledge that can contribute to a strengthening of improvement initiatives in psychiatric treatment in Denmark.

Sikker Psykiatri is a 4-year project carried out between 2014-2017 by Dansk Selskab for Patientsikkerhed (Danish Society for Patient Safety) that aims to improve patient safety within the Danish psychiatric system on a national scale, by 1) reducing excess mortality among psychiatric patients, 2) reducing the number of patients that are harmed in connection to ambulatory or stationary treatment, and by 3) creating an enduring platform for improvement in psychiatric treatment.

For this purpose, four clinical and two organisational work bundles have been introduced in each of the eight units that have participated in the project in Denmark and on the Faroe Islands. A bundle is a set of evidence-based practices, aimed at improving the processes of care and patient outcomes. The focus areas of the bundles are: Medication, somatic illness, restraint, suicide prevention, improvement management and involvement of patients and relatives.

The collaborative model has been applied as a common frame for the project across the participating units. This model involves different learning activities and methods aimed at promoting and supporting learning on implementation locally and across the units. Further, the improvement model has been applied as a tool for the implementation.

## Objectives

The evaluation has sought to identify significant factors for the implementation of Sikker Psykiatri by asking how, and under which conditions the project has worked in practice. The aim has been to investigate what it takes for the knowledge about improvement methods and patient safety in psychiatric treatment, the two pillars of the project, to be translated into practice. The evaluation has been grounded in the following research questions:

1. What contextual and organisational factors are significant to the implementation of Sikker Psykiatri across the eight project units?
2. What recommendations can be derived from the project for future improvement initiatives in the psychiatric system?

## Method and theory

The evaluation has taken realist evaluation theory as a methodological point of departure. This theoretical approach assumes that an intervention can only work to the extent that the right mechanisms are brought into play in the right circumstances. The core question of this approach is: What

works for whom in what circumstances and how? The evaluation has sought to answer this question by identifying central mechanisms that bring about the wanted change, as well as the circumstances that activate these mechanisms. Thus, the main focus of the evaluation has not been on *what* outcomes the intervention has produced, but *how* certain outcomes have been produced.

42 interviews have been carried out with representatives from clinical and project management, staff and patients and relatives of patients on each of the eight units. Two-day long visits have been made to each of the units, and have included observations of daily and project related practices. Further, key informants in the psychiatric management in each of the five regions that have participated in the project have been interviewed, as well as key informants from Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

On the basis of an initial coding of the collected data halfway through the evaluation, ten transversal themes were identified. After completing the data collection, the approximately 1100 transcribed pages were coded in the qualitative software program Nvivo, and seven final themes were identified.

## Results

The seven transversal themes identified as relevant for the implementation of Sikker Psykiatri are:

- 1) Central infrastructure
- 2) Clinical work bundles
- 3) Channels of communication
- 4) Local capacity building and establishment of the improvement work
- 5) Improvement management
- 6) Involvement of patients and relatives
- 7) Spreading of the improvement work

For each of these themes, a number of outcomes, mechanisms and context factors have been identified, cf. question 1.

## Recommendations

Based on the analyses of the seven themes a number of recommendations for future improvement initiatives in the psychiatric system have been made, cf. research question 2. The recommendations are structured around the seven transversal themes. Recommendations for each of these themes will be presented below.

### Central infrastructure

- It is recommended that the project includes a transversal actor with knowledge of the vocational and organisational context, with the primary responsibility of framing, supporting and facilitating project activities and processes related to improvement efforts, both across units and locally.
- A good interplay between learning and exchange of experience on the one hand, in the form of leaning seminars, mutual unit visits and channels for ongoing feedback between the units, and local capacity building of the improvement work on the other hand, in the

form of small scale tests and data collection and analysis, requires that the units have access to thorough and ongoing competency development, guidance and feedback.

- It is recommended that there is an ongoing articulation of the importance of the units' adaptation to initiatives according to local requirements. This contributes to ensuring that focus areas are relevant and meaningful to the local context, as well as to creating a basis for change in local cultures and practices around improvement work. Further, it is recommended that an identification of local requirements is carried out and assessed when new initiatives are introduced, and that ongoing small-scale tests are carried out via the PDSA-cycle.

#### Clinical work bundles

- It is recommended that indicators for the clinical initiatives are harmonised with national and local agendas and initiatives, to avoid there being different indicators and objectives for the same focus areas.

#### Channels of communication

- It is recommended that the units develop a plan for the internal communication of the improvement work in order to involve staff in all levels of the organisation. This plan can therefore with advantage be based in existing channels of communication in the units, for example mailing groups or meeting forums at both team, section and department level.

#### Local capacity building and establishment of the improvement work

- It is recommended that there is a focus on establishing a local narrative about the project in the communication about the improvement work to the employees. An ongoing focus on conveying the significance of the improvement work and its objectives to the staff's key tasks, especially treatment and the focus on the individual patient, is necessary to ensure a culture change in existing practices.
- It is recommended that the units establish platforms for ongoing and broad knowledge sharing and competency development at both section and department level in relation to the improvement work. Whiteboard meetings are important platforms for knowledge sharing at section level and anchoring the improvement work here can ensure a broad common basis for and approach to improvement work. Further, ongoing education in elements of the improvement work, such as peer-to-peer-training or teaching sessions, can contribute to securing a broad and updated competency base for the improvement work.
- It is recommended that units are encouraged to develop local task and responsibility descriptions for the implementation of the improvement work, in order to secure a broad anchoring of the improvement work across functions, professional groups and organisational levels. These descriptions should support and promote a clarity about responsibilities, roles and tasks, and ensure that staff not involved in the project are involved in and committed to the improvement work, as well as ensure that the improvement work is anchored in practice and not persons, as this makes the retention of the improvement work more vulnerable.

- It would be an advantage to integrate indicators for the clinical work packages into existing journal systems, so that data only has to be documented in one place. Local journal systems should be included in the development of processes for data collection in the units at the beginning of the project.

#### Improvement management

- It is recommended that tools for managing and framing improvement initiatives, such as driver diagrams, are introduced and applied actively in the management of the improvement work from the beginning of the project, and that a management strategy for improvement work across managerial levels is developed.
- It is recommended that the clinical management prioritises visibility and presence in the improvement work, with regards to both processes and results. It is important that the local clinical management prioritises being present in the daily improvement work at section level, that they attend learning seminars and prioritize occasional presence in team meetings.
- It is recommended that the support of section and project management locally is clearly described as a management task. This can with advantage be explicated as part of the improvement management work. It is important for the facilitation and retention of the improvement work on section level that management functions that support this have full managerial support and are equipped for the daily management of the improvement work. For example, it is important that the sectional management is equipped to handle an active interpretation and appliance of real-time data that can feed into the daily improvement work. It is therefore recommended that section management are a part of the improvement teams and are involved in the activities that are initiated in relation to the improvement work.

#### Involvement of patients and relatives

- It is recommended that patients and relatives are involved in the development and implementation of future improvement initiatives. Especially for initiatives concerning involvement of patients and relatives, it is recommended that the development is directly informed by the patients and relatives wants and needs.
- It is recommended that expectations to team cooperation are discussed and balanced when improvement teams are established, to ensure that the frame for the local improvement teams takes into account that patient and relative representatives are included on the same terms as professionals, and to ensure that common team meetings are relevant and inclusive for patient and relative representatives.
- It is recommended that local strategies for involvement of both patients and relatives in treatment are developed as part of the improvement work. This can help ensure that involvement happens systematically and that it becomes an explicit task. This strategy can with advantage contain a focus on a systematical occurrence of individual patient interviews and involvement of patients in reflections and decision making about treatment, as this appears to be important to the involvement.

- It is recommended that there is a systematic focus on the communication of knowledge about relative-oriented services at patient admissions. Relatives' needs for support and knowledge should be identified systematically in the improvement work, with a view to developing relevant support.

#### Spreading the improvement work

- It is recommended that the local spreading of the improvement work is systematised through the identification of key actors or functions that are responsible for facilitating the spread to other units. This task can be handled from a central position in the unit or by actors in specific project sections or department that can facilitate the local adjustment and implementation of the improvement work in new contexts.
- It is recommended that forums for the communication of initiatives and methods for the implementation of initiatives to new contexts are established. These forums can, with advantage, consist of educational sessions and open meetings, as well as be anchored in existing forums, like management meetings or project related forums, such as learning seminars.
- It is recommended that experience catalogues and other forms of supporting written materials are developed for new improvement units. It is important for the spreading of the improvement work that staff and management in new contexts are supported in the implementation of the improvement work. Written guidelines should, if possible, be supplemented with personal support, in the form of ongoing supervision from an identified coordinating actor from the original unit.

# Resumé

## Indledning

Dette er et resumé af evalueringen af projektet Sikker Psykiatri. Evalueringen er foretaget af Statens Institut for Folkesundhed, SDU. Evalueringens overordnede formål er at undersøge implementeringen af Sikker Psykiatri med henblik på at udtrage læring og viden, der kan bidrage til at styrke forbedringsarbejdet i psykiatrien mere generelt. Rapporten er udarbejdet for Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Sikker Psykiatri er et 4-årigt nationalt demonstrationsprojekt, gennemført fra 2014-2017 og udviklet og faciliteret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der har til formål at forbedre patientsikkerheden i psykiatrien ved; 1) at reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter, 2) at reducere antallet af patienter, der skades i forbindelse med ambulant eller stationær behandling, samt 3) at skabe en varig platform for forbedringer i psykiatrien.

Til dette formål er fire faglige og to organisatoriske pakker blevet udviklet og introduceret på de otte psykiatriske enheder der har deltaget i projektet i Danmark og på Færøerne. En pakke består af en række evidensbaserede praksisser, der har til formål at forbedre processer omkring behandling af patienter. Indsatsområderne for de seks pakker er: Medicin, somatisk sygdom, tvang, selvmordsforebyggelse, forbedringsledelse og inddragelse af patienter og pårørende.

Kollaborativmodellen er blevet anvendt som en fælles ramme for projektet på tværs af enhederne. Denne model indeholder forskellige læringsaktiviteter og metoder til at fremme og støtte læring om implementering lokalt og på tværs af enhederne. Hertil er forbedringsmodellen anvendt som implementeringsværktøj.

## Formål

Evalueringen søger at afdække, hvilke forhold der har betydning for implementeringen af Sikker Psykiatri. Det grundlæggende spørgsmål er, hvordan og under hvilke omstændigheder Sikker Psykiatri virker i praksis. Målet er at undersøge, hvad der skal til for, at den viden om forbedringsmetoder og patientsikkerhed i psykiatrien, der danner grundlag for projektet, reelt bliver omsat til praksis. Mere specifikt tager evalueringen udgangspunkt i følgende evalueringsspørgsmål:

1. Hvilke kontekstuelle og organisatoriske faktorer har betydning for implementeringen af Sikker Psykiatri på tværs af de otte projektenheder?
2. Hvilke anbefalinger kan udledes af projektet til det videre forbedringsarbejde i psykiatrien?

## Metode og teori

Evalueringens teoretiske udgangspunkt er realistisk evalueringsteori. Realistisk evaluering er en anvendelsesorienteret evalueringstilgang, der fokuserer på de betingelser, hvorunder en indsats implementeres, og hvorigennem den opnår sin virkning. Realistisk evaluering tager afsæt i en antagelse om, at interventioner kun virker i det omfang, de rette mekanismer kommer i spil under de

rette omstændigheder. Det bærende spørgsmål i denne tilgang er: Hvad virker for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder? For at besvare dette spørgsmål er centrale mekanismer for projektet samt kontekstfaktorer, eller omstændigheder, der muliggør en aktivering af disse mekanismer, blevet identificeret i evalueringen. Således er evalueringens primære fokus ikke på, *hvilke* virkninger projektet har medført, men på, *hvordan* bestemte virkninger kan opnås.

42 interviews er blevet gennemført med repræsentanter for klinikledelse, projektledelse, medarbejdere og patienter og pårørende på hver af de otte enheder der har deltaget i projektet. Projektbesøg er blevet udført på hver af enhederne, hvor observationer af daglig og projektrelateret praksis er blevet foretaget. Endvidere er interviews foretaget med nøgleinformanter fra psykiatrilædelser i hver af de fem regioner, der har deltaget i projektet samt med nøgleinformanter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Med udgangspunkt i en indledende kodning af det indsamlede materiale efter fire af i alt otte enhedsbesøg blev ti tværgående temaer identificeret. Efter endt dataindsamling blev de i alt cirka 1.100 transskriberede siders materiale kodet i det kvalitative databehandlingsprogram Nvivo, og syv endelige temaer blev identificeret.

## Resultater

De syv tværgående temaer identificeret som relevante for implementeringen af Sikker Psykiatri er:

- 1) Central infrastruktur
- 2) Faglige pakker
- 3) Kommunikationsveje
- 4) Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet
- 5) Forbedringsledelse
- 6) Inddragelse af patienter og pårørende
- 7) Spredning af forbedringsarbejdet

For hvert af disse temaer er en række virkninger, mekanismer og kontekstfaktorer blevet identificeret, jf. evalueringsspørgsmål 1.

## Anbefalinger

På baggrund af analysen er en række anbefalinger for fremtidige forbedringsindsatser i psykiatrien blevet udarbejdet, jf. evalueringsspørgsmål 2. Anbefalingerne er struktureret omkring de syv tværgående temaer. Anbefalinger for hvert af disse temaer vil blive præsenteret herunder.

### Central infrastruktur

- Det anbefales, at der i implementeringen af forbedringsarbejdet indgår en tværgående aktør med kendskab til faglige og organisatoriske forhold, der har som primære opgave at understøtte og facilitere projektaktiviteter og processer omkring forbedringsarbejdet, både på tværs af enhederne og lokalt.
- Et godt samspil mellem læring og erfaringsudveksling, i form af læringsseminarer, gensidige enhedsbesøg og kanaler for løbende sparring mellem enhederne, og lokal kapacitets-



opbygning af forbedringsarbejdet, i form af hyppige afprøvninger og indsamling og analyse af data, forudsætter, at enhederne har mulighed for og adgang til grundig og løbende kompetenceudvikling, rådgivning og feedback.

- Det anbefales løbende at italesætte vigtigheden af, at enhederne tilpasser indsatser til lokale behov. Dette er med til at sikre, at indsatsområderne er relevante og meningsfulde for den lokale kontekst, samtidig med, at det skaber grundlag for kultur- og praksisændringer omkring forbedringsarbejdet lokalt. Hertil anbefales det, at en afdækning af lokale behov foretages og vurderes ved introduktion af nye tiltag, og at der løbende foretages lokale afprøvninger i lille skala via PDSA-cirklen.

### Faglige pakker

- Det anbefales, at indikatorer for faglige indsatsområder harmoniseres med nationale og lokale dagsordener og tiltag, således at der ikke er forskellige indikatorer og målsætninger for de samme indsatsområder.

### Kommunikationsveje

- Det anbefales, at enhederne udarbejder en plan for intern kommunikation af forbedringsarbejdet for involvering af medarbejdere i alle organisatoriske lag. Denne plan kan med fordel tage udgangspunkt i eksisterende kommunikationskanaler på enhederne, som for eksempel mailgrupper eller mødefora på både team-, afsnits- og afdelingsniveau.

### Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet

- Det anbefales, at der i formidlingen af forbedringsarbejdet til medarbejderne er fokus på at skabe en lokal fortælling om projektet. Et vedvarende fokus på og formidling af, hvilken betydning forbedringsarbejdet har for medarbejdernes kerneopgaver, herunder i særdeleshed behandling og fokus på den individuelle patient, er nødvendigt for at skabe en kulturændring i praksis.
- Det anbefales, at enhederne sikrer en løbende og bred videndeling om og kompetenceudvikling i forbedringsarbejdet på både afsnits- og afdelingsniveau. Tavlemøder er vigtige fora for videndeling på afsnitsniveau, og en forankring af forbedringsarbejdet her kan sikre et bredt fælles udgangspunkt for forbedringsarbejdet. Hertil kan løbende undervisning i elementer af forbedringsarbejdet, som for eksempel sidemandsoplæring eller afholdelse af undervisningssessioner, være med til at sikre et bredt og opdateret kompetencegrundlag for forbedringsarbejdet.
- Det anbefales, at enhederne opfordres til at udarbejde lokale opgave- og ansvarsbeskrivelser for implementering af forbedringsarbejdet for at sikre en bred forankring af forbedringsarbejdet på tværs af funktioner, faggrupper og organisatoriske niveauer. Disse beskrivelser skal sikre, at der er tydelighed for medarbejdere omkring ansvar, roller og opgaver, og at personale, der ikke er involveret i projektet, bliver inddraget og forpligtet på forbedringsarbejdet. Derudover kan opgave- og ansvarsbeskrivelserne være med til at sikre, at elementer i forbedringsarbejdet er bundet op på praksis og ikke personer, da sidstnævnte gør fastholdelsen af forbedringsarbejdet mere sårbar.



- Det vil være en stor fordel at integrere indikatorer for faglige indsatsområder i eksisterende journaliseringssystemer, således at data kun skal dokumenteres ét sted. Lokale journaliseringssystemer bør tænkes ind i processer omkring dataindsamling på de enkelte enheder ved projektets start.

### Forbedringsledelse

- Det anbefales, at redskaber til styring og rammesætning af forbedringsindsatser, som for eksempel driverdiagrammer, introduceres og anvendes aktivt i ledelse af forbedringsarbejdet fra projektets start, og at der udarbejdes en ledelsesmæssig strategi for forbedringsarbejdet på tværs af ledelsesniveauer.
- Det anbefales, at klinikledelsen prioriterer synlighed og tilstedeværelse i forbedringsarbejdet, både hvad angår processer og resultater. Det er vigtigt, at ledelsen prioriterer tilstedeværelse i det daglige forbedringsarbejde på afsnittene, tager med på læringsseminarer og prioriterer lejlighedsvis tilstedeværelse på teammøder.
- Det anbefales, at understøttelse af afsnitsledere og projektleder er tydeligt beskrevet som en ledelsesopgave. Dette kan med fordel ekspliciteres som en del af arbejdet med forbedringsledelse. Det er afgørende for facilitering og fastholdelse af forbedringsarbejdet på afsnitsniveau, at ledelsesfunktioner, der understøtter dette, har ledelsesmæssig opbakning og er klædt på til at varetage driftsledelsen af forbedringsarbejdet. Det er eksempelvis vigtigt, at afsnitsledelsen er klædt på til at varetage en aktiv fortolkning og anvendelse af tidstro data, som kan føde ind i det daglige forbedringsarbejde. Det anbefales derfor, at afsnitsledere indgår i forbedringsteams samt involveres i de aktiviteter, der iværksættes i regi af forbedringsarbejdet.

### Inddragelse af patienter og pårørende

- Det anbefales, at patienter og pårørende i fremtidige indsatser aktivt involveres i udformning og implementering af specifikke indsatser og indsatsområder. Særligt for indsatser om inddragelse af patienter og pårørende anbefales det, at udvikling af indsatser direkte informeres af patienters og pårørendes behov og ønsker.
- Det anbefales, at der sker en afstemning af forventninger til samarbejdet ved etableringen af forbedringsteams for at sikre, at rammen for lokale forbedringsteams tager højde for, at patient- og pårørenderepræsentanter indgår på lige fod med fagligt personale og for at sikre, at fælles teammøder bliver vedkommende og inkluderende for patient- og pårørenderepræsentanter.
- Det anbefales, at der som et led i forbedringsarbejdet udarbejdes lokale strategier for inddragelse af både patienter og pårørende i behandling. Dette skal sikre, at inddragelsen sker systematisk og bliver en eksplicit arbejdsopgave. Strategien kan med fordel indeholde et fokus på systematisk afholdelse af individuelle patientsamtaler og inddragelse af patienter i refleksioner og beslutningstagning omkring behandling.
- Det anbefales, at der er et systematisk fokus på formidling af viden om tilbud til pårørende ved indlæggelse af patienter. Pårørendes behov for støtte og viden bør afdækkes systematisk som et led i forbedringsarbejdet, med henblik på at udvikle relevant støtte.

### Spredning af forbedringsarbejdet

- Det anbefales, at den lokale spredning af forbedringsarbejdet systematiseres via udpegning af nøglepersoner eller centrale funktioner, som har tydeligt ansvar for at varetage spredningen til andre enheder. Denne funktion kan varetages af et centralt organ på enheden eller af aktører i specifikke projektafsnit eller -afdelinger, som skal facilitere lokal tilpasning og implementering af forbedringsarbejdet i nye kontekster.
- Det anbefales, at der etableres fora for formidling af indsatsområder og forbedringsmetoder mellem erfarne og nye enheder for at sikre videndeling og kompetenceudvikling i forbedringsarbejdet. Disse fora kan med fordel have form af undervisningssessioner og åbne spørgemøder, samt tage udgangspunkt i eksisterende fora, så som ledelsesmøder, eller projektrelaterede fora, som læringsseminarer.
- Det anbefales, at erfaringskataloger og andre former for understøttende skriftligt materiale udarbejdes til nye forbedringsenheder. Det er vigtigt for spredningen af forbedringsarbejdet, at medarbejdere og ledelse i nye kontekster understøttes i implementering af forbedringsarbejdet. Skriftligt materiale skal om muligt suppleres med personlig understøttelse, i form af løbende vejledning fra en tovholder eller kontaktperson fra afsenderenheden.

# Indledning

Denne rapport er udarbejdet af Statens Institut for Folkesundhed, SDU (SIF). Rapporten udgør evalueringen af implementeringen af projektet Sikker Psykiatri. Rapporten er udarbejdet for partnerne i Sikker Psykiatri; TrygFonden, Det Obelske Familiefond, Danske Regioner og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!).

Sikker Psykiatri er et nationalt demonstrationsprojekt, der har til formål at forbedre patientsikkerheden i psykiatrien ved at; 1) reducere overdødeligheden blandt psykiatriske patienter, 2) reducere antallet af patienter, der skades i forbindelse med ambulante eller stationære behandlinger, samt 3) skabe en varig platform for forbedringer i psykiatrien.

Projektet har søgt at opnå forbedringer i sundhedsvæsenet ved anvendelse af forbedringsmetoder. Forbedringsmodellen er i projektet anvendt som implementeringsværktøj (Langley et al. 2009) og kollaborativmodellen er anvendt som udgangspunkt for etablering af et læringsnetværk på tværs af de involverede projektenheder (Institute for Health Improvement 2003).

## Evalueringens formål

Evalueringens overordnede formål er at undersøge implementeringen af projektet Sikker Psykiatri med henblik på at uddrage læring og viden, der kan bidrage til at styrke forbedringsarbejdet i psykiatrien fremadrettet.

Evalueringen søger at afdække, hvilke forhold der har betydning for implementeringen af Sikker Psykiatri. Det grundlæggende spørgsmål er, hvordan og under hvilke omstændigheder Sikker Psykiatri virker i praksis. Målet er at undersøge, hvad der skal til for, at den viden om forbedringsmetoder og patientsikkerhed i psykiatrien, der danner grundlag for projektet, reelt bliver omsat til praksis.

Mere specifikt tager evalueringen udgangspunkt i følgende evalueringsspørgsmål:

1. Hvilke kontekstuelle og organisatoriske faktorer har betydning for implementeringen af Sikker Psykiatri på tværs af de otte projektenheder?
2. Hvilke anbefalinger kan udledes af projektet til det videre forbedringsarbejde i psykiatrien?

I det følgende kapitel om projektet Sikker Psykiatri vil vi kort redegøre for aktører, indhold, metoder og kvantitative resultater af projektet. For en mere udførlig beskrivelse af teori, metoder og fagligt indhold i projektet henviser vi til bilag 1 og 2 samt erfaringsopsamlingen fra projektet udarbejdet af PS!.

Dernæst følger et kapitel om virkningsmekanismer for forbedringsarbejdet identificeret på baggrund af evalueringen. Kapitlet er struktureret omkring syv tværgående temaer, som vil blive gennemgået med henblik på præsentation og udfoldelse af analytiske fund for hvert af temaerne.

Afslutningsvis vil en række anbefalinger for forbedringsarbejdet i psykiatrien fremadrettet blive præsenteret, udarbejdet på baggrund af analysen.

Bilag med uddybende beskrivelser af projektets ramme, indhold og metoder er at finde til sidst i rapporten.

# Projektet Sikker Psykiatri

Sikker Psykiatri er blevet gennemført i et samarbejde mellem Danske Regioner, TrygFonden, Det Obelske Familiefond og Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Otte pilotenheder med i alt 32 afsnit har deltaget i projektet:

## **Region Nordjylland**

- Klinik Syd (Aalborg)
- Klinik Nord (Brønderslev, Frederikshavn)

## **Region Midtjylland**

- Regionspsykiatrien Viborg-Skive (Viborg)
- Regionspsykiatrien Horsens

## **Region Syddanmark**

- Psykiatrisk Afdeling Svendborg

## **Region Sjælland**

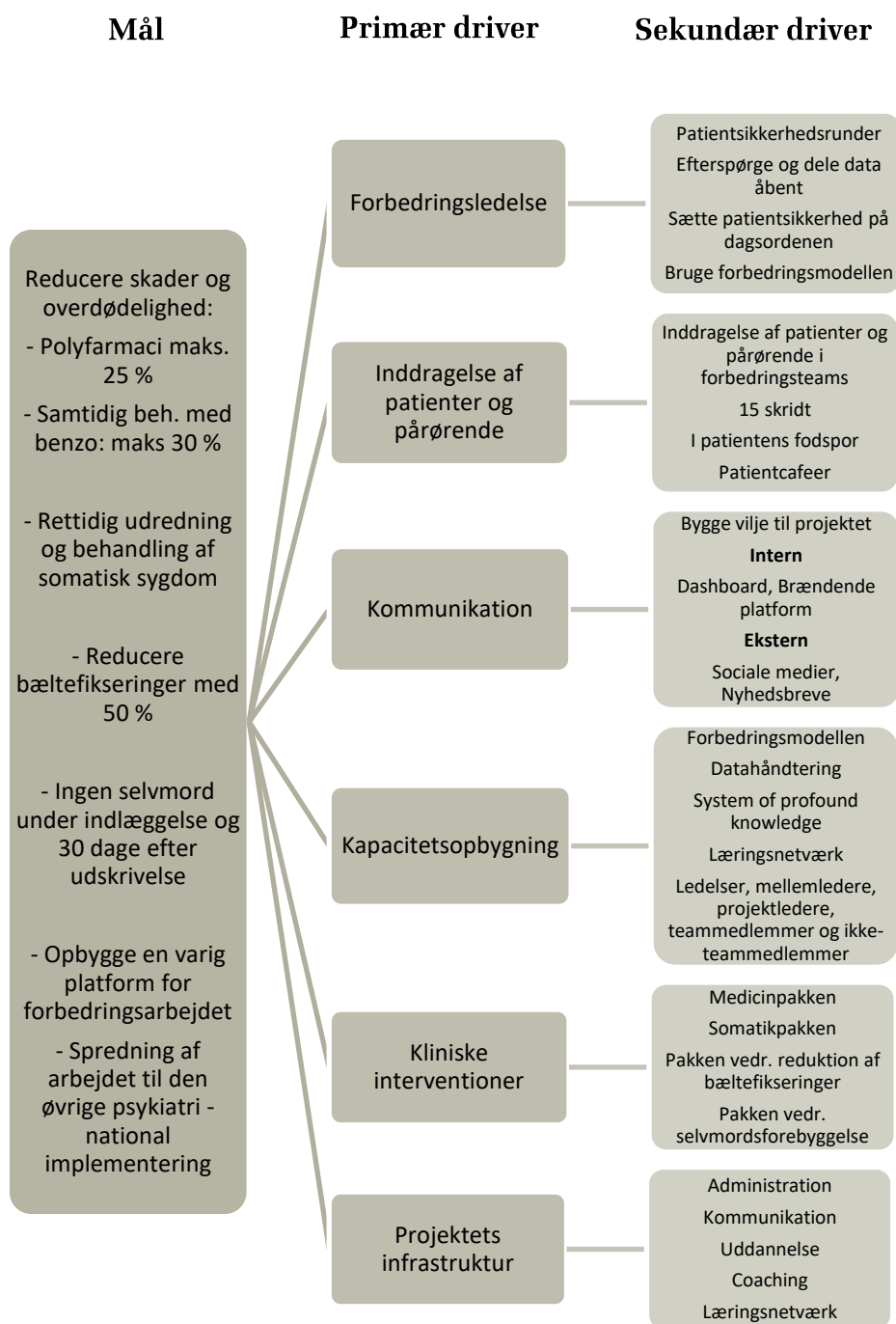
- Psykiatrien Syd (Vordingborg)

## **Region Hovedstaden**

- Psykiatrisk Center Glostrup
- Psykiatrisk Center Tórshavn

Beskrivelser af projektenhederne findes i bilag 3.

Projektets overordnede formål har været tredelt med fokus på; 1) at reducere overdødelighed, 2) at reducere skader under indlæggelse, og 3) at bygge en varig platform for forbedringer i psykiatrien. De konkrete målsætninger for disse områder fremgår af projektets overordnede *driverdiagram* i figuren nedenfor. Formålet med driverdiagrammet er, at illustrere den teori, som afprøves i projektet (se også bilag 1).



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Til venstre i driverdiagrammet angives målet med forbedringsindsatsen. Alt til højre for målet beskriver en teori om, hvad der skal til for at opnå målet. I den midterste kolonne beskrives de primære drivere – de overordnede forandringer – som forventes at være nødvendige for at nå målet. For hver af de primære drivere findes én eller flere sekundære drivere, som fremgår i kolonnen til højre. De sekundære drivere beskriver, hvordan forandringen skal iværksættes.

### Fra projekt til praksis

Ambitionen for Sikker Psykiatri har været at opbygge en varig platform for arbejdet med kvalitetsforbedringer og patientsikkerhed i psykiatrien. Derfor har det fra projektets udgangspunkt været en intention, at forbedringsarbejdet skal implementeres og integreres som en del af praksis på de otte deltagende enheder.

Projektet blev igangsat i 2014, idet projektets parter dels ønskede at gennemføre et demonstrationsprojekt i psykiatrien på lige fod med projektet Patientsikkert Sygehus, som blev gennemført på en række somatiske hospitaler. Sikker Psykiatri blev igangsat året inden det nye nationale kvalitetsprogram (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2015), hvoraf det bl.a. fremgår, at der udvikles en ny tilgang til kvalitetsstyring, hvor man går fra proceskrav til forbedringskultur, således at kvalitetsforbedringer naturligt indlejres i det daglige arbejde og at brug af tidstro data skal være en central del af det daglige forbedringsarbejde.

Projektets målsætning om at skabe en varig platform for forbedringer samt samspil med nationale strømninger i sundhedsvæsenet og psykiatrien medfører, at projektets igangsatte aktiviteter ikke ophører ved projektets afslutning, men at der er en målsætning om at aktiviteterne fastholdes på de involverede projektafsnit og spredes til den øvrige psykiatri. Dette har betydet, at projektet ikke alene har omhandlet implementering af forbedringsarbejdet i eksisterende praksis, men at en omfattende praksisændring er blevet igangsat med henblik på at skabe en ny national tilgang til kvalitetsarbejde, med en lokal forankring på enhedsniveau. Da Sikker Psykiatri i høj grad er et medarbejderdrevet projekt, har det derfor været en hensigt at skabe eller igangsætte en kulturændring blandt medarbejderne, således at det er de ansatte selv, der bærer forbedringsarbejdet ind i det lokale arbejde i tråd med målsætninger fra det nationale kvalitetsprogram på sundhedsområdet.

### Metodisk tilgang i Sikker Psykiatri

I Sikker Psykiatri har man arbejdet med *kollaborativmodellen* som en samlende ramme (Institute for Healthcare Improvement 2003) og med *forbedringsmodellen* som en systematisk metode for forbedringsarbejdet (Anhøj 2018, Langlely et al. 2009).

#### *Kollaborativmodellen*

Hensigten og formålet med kollaborativmodellen er at skabe en ramme for læring, som skal engagere og involvere organisationer i implementering af systemændringer, med henblik på at skabe forbedringer i praksis. Kernen i denne tænkning er at lukke et eksisterende *knowing-doing-gap*, ved at anvende eksisterende viden i en aktuel kontekst. Centralt for denne metode er derudover, at klinikere og andre fagfolk bringes sammen med forbedringsfolk med henblik på at nå fælles formulerede mål, at implementere nye metoder og arbejdsgange samt at sprede viden til flere enheder. Metoderne, der anvendes til læring, kan benyttes både i en lille skala (forbedringsmodellen) og i en stor skala på tværs af de involverede aktører.

I kollaborativmodellen er projektet inddelt i en fast struktur med forskellige læringsaktiviteter og metoder til at fremme og støtte læring om implementering eksempelvis gennem udvikling af kompetencer i forbedringsarbejdet til implementering, erfaringsudveksling, videndeling, generering af nye idéer og sikring af ledelsesmæssig opbakning, der kan bidrage til at skabe en forbedringskultur i de enkelte teams og i læringsfællesskabet.

## Kollaborativ model

### Hvad sker?



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Et kollaborativ er typisk organiseret med en styregruppe bestående af centrale aktører i projektet. Styregruppen suppleres af en faglig følgegruppe med patientrepræsentanter, pårørenderepræsentanter, faglige repræsentanter og repræsentanter fra de fem regioner. Der tilknyttes en fast projektleder, og der etableres derudover en række teams på de projektenheder, der er involveret i projektet.

Designet af et kollaborativ kan opdeles i to faser; den indledende fase og implementeringsfasen. I den indledende fase uddybes og konkretiseres projektets overordnede målsætninger, formål og tentative plan for implementering. Efter den indledende fase følger implementeringsfasen, som indeholder læringsfællesskabets hovedaktiviteter, der har til formål at facilitere læring om, hvordan lokale teams implementerer fælles beslutningstagen i tæt samarbejde med patienter og kollegaer på afdelingen.

Implementeringsfasen indeholder følgende typer af læringsaktiviteter:

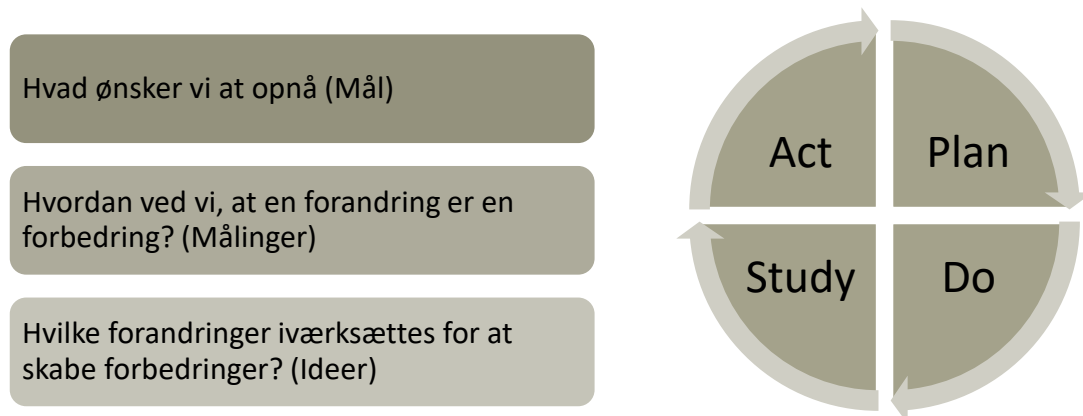
- Læringsseminarer med læring om forbedringsviden og metoder til at komme godt og sikkert fra start med datadrevet implementering af fælles beslutningstagen med forbedringsmodellen som mulig metode.
- Teambesøg med direkte coaching i datadrevet implementering med hyppige afprøvninger.
- Mulighed for telefonisk sparring og coaching ved behov, for eksempel ved opståede udfordringer eller idéer til forandringer.
- Tilbage melding på læring ud fra afprøvninger og data med henblik på fremdrift vurderet ud fra en international skala om fremdrift i forbedringsarbejde.
- Enhedsbesøg, hvor de lokale enheder har mulighed for at besøge hinanden og erfaringsudveksle på tværs.



For uddybning af hvordan et kollaborativ designes, samt en detaljeret beskrivelse af implementeringsfasens læringsaktiviteter, se bilag 1.

### *Forbedringsmodellen*

Forbedringsmodellen (Anhøj 2018, Langley et al. 2009) er en videnskabeligt baseret arbejdsmetode til kvalitetsudvikling og udgangspunkt for det lokale forbedringsarbejde i Sikker Psykiatri. Forbedringsmodellen har til formål at give personale med direkte patientkontakt et redskab til at arbejde med forbedringsprocesser i et højt tempo, ved hjælp af små hyppige afprøvninger. Forbedringsmodellen tager udgangspunkt i tre spørgsmål og en såkaldt PDSA-cirkel (Plan-Do-Study-Act).



Figuren er inspireret af Anhøj J. 2018. Forbedringsmodellen – Evidensbaseret Kvalitetsudvikling, figur 15.3. I: Bedre Grundet Praksis. Velfærdsudvikling efter evidensbølgen. Samfundslitteratur.

Formålet med PDSA-afprøvninger er at starte med små eksperimenter i en lille skala, resultater følges systematisk og tilpasses gradvist forbedringsidéer, mens de afprøves i stadig større skala (Anhøj 2018). Med forbedringsmodellen afprøves forbedringsidéer lokalt, tilpasses og afprøves igen, indtil det er sikkert, at idéen og indsatsen har den ønskede effekt. Metoden er således et værktøj til at sikre, at idéer til forbedringer testes og modificeres på baggrund af viden fra afprøvninger i en klinisk kontekst, for således at undgå at planlægning af forbedringsarbejdet foregår ved et skrivebord langt fra praksis.

Data i forbedringsarbejdet er kendetegnet ved at være indsamlet tidstro af det personale, som er tæt på patienten, og som udfører de sundhedsfaglige ydelser. Ofte indsamles data på en tavle eller på skemaer, der er udviklet og afprøvet lokalt ved hjælp af PDSA-afprøvninger. Undervejs følges indsatsen med tidstro målinger for herigennem at afgøre, om en indsats har effekt. Det betyder, at personalet kan bruge data direkte til at sikre en høj kvalitet for patienterne i dagligdagen. For mere viden om metoder der kan benyttes i forbedringsarbejdet, se bilag 1.

### *Faglige og organisatoriske indsatsområder*

I Sikker Psykiatri er der fokus på at skabe forbedringer på en række indsatsområder. Forbedringerne sker ved, at en række faglige patientsikkerhedspakker implementeres i praksis. Der er i alt udviklet fire kliniske og to organisatoriske pakker:

Kliniske pakker: Sikker medicinering; Somatisk sygdom, Reduktion af tvang, Selvmordsforebyggelse

Organisatoriske pakker: Forbedringsledelse; Inddragelse af og samarbejde med patienter og pårørende

Hver af disse pakker er evidensbaserede og funderet i erfaringer fra tidligere projekter, og indeholder beskrivelser af en række indsatser, som implementeres på de involverede enheder (se bilag 2 for en mere udførlig beskrivelse af pakkerne). For hver pakke er der udarbejdet en et antal indikatorer for det givne indsatsområde (resultatindikatorer og procesindikatorer). Pakkerne er blevet introduceret løbende i projektet.

Alle pakkernes indsatser bidrager til det overordnede mål om at reducere mortalitet og skader. Ud over projektets overordnede mål om at reducere forekomsten af uventede dødsfald og utilsigtede hændelser er pakkerne benyttet som retningslinjer for projektenhedernes opstillede lokale mål for, hvilke resultater de forventede at opnå til hvert indsatsområde.

## Roller i projektet

Flere niveauer af aktører har været involveret i Sikker Psykiatri. Nedenfor beskrives centrale aktører i projektet.

### Dansk Selskab for Patientsikkerhed (PS!)

Som facilitator for Sikker Psykiatri har PS! haft en central rolle i projektet. Foruden undervisning og rådgivning igennem hele projektforløbet har PS! støttet implementeringen lokalt med sparring og coaching ift. forbedringsmetoder mv. Derudover har PS! også stået for koordination og planlægning af de tværgående læringsaktiviteter, som fx læringsseminarer, afdelingsbesøg, telefonmøder og kommunikation (nyhedsbreve, hjemmeside og presse).

Til at rådgive PS! er der i projektet nedsat en faglig følgegruppe med repræsentanter fra de fem regioner, patient- og pårørendeorganisationer samt de faglige selskaber. Den faglige følgegruppe har i projektet bistået med faglig rådgivning og har haft til formål at udarbejde, kvalificere og præcisere det faglige indhold af projektet samt bidrage til sikring af, at projektets indsatser indgår i samspil med andre aktiviteter i psykiatrien.

Der er derudover nedsat en styregruppe for projektet, hvis rolle er at varetage de overordnede linjer for projektet og tage centrale beslutninger i løbet af projektet. Styregruppen har bestået af repræsentanter for henholdsvis Danske Regioner, Psykiatridirektørkredsen, Den Obelske Familiefond, TrygFonden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

### Roller på enhederne

Hver af de deltagende pilotenheder har haft en projektleder, der har fungeret som lokal facilitator af forbedringsarbejdet. Projektlederen har dermed haft overblikket over forbedringsarbejdet på den lokale enhed. Projektlederen har derudover haft den primære kontakt til PS! og har haft ansvar for at udbrede metoder og redskaber til forbedringsarbejdet, herunder dataindsamling og -håndtering, blandt teammedlemmerne (jf. nedenfor). For at administrere denne rolle har projektet finansieret forbedringsagentuddannelsen til de lokale projektledere og et teammedlem (se bilag 1).

Den lokale ledelse på de otte projektenheder har fra projektets start været ansvarlig for at sikre fastholdelse og fremdrift af forbedringsarbejdet på enhederne. Klinikledelsen, som i rapporten bruges som samlende betegnelse for den overordnede afdelings-, klinik- og centerledelse på enhederne, har haft det overordnede ansvar for udvikling og implementering af forbedringsarbejdet lokalt. Afsnitsledelsen, som i rapporten henviser til enhedernes afsnitslokale ledelse, har indgået mere eller mindre aktivt i forbedringsarbejdet på de forskellige enheder. Som led i arbejdet med forbedringsledelse er der udarbejdet et idékatalog, hvori forslag til ledelsesrettede tiltag, redskaber og metoder er beskrevet, for at understøtte arbejdet med patientsikkerhed på tværs af enhederne (se beskrivelse af pakken om forbedringsledelse i bilag 2).

Sikker Psykiatri er tænkt som et medarbejderdrevet projekt. Centralt i projektet er, at forbedringer skabes gennem afprøvninger i klinisk praksis ved brug af forbedringsmodellen. Arbejdet forudsætter derfor, at der udpeges tværfaglige teams inden for hver af indsatserne, således at teamets sammensætning afspejler de arbejdsopgaver- og processer, som ønskes forbedret. Alle teams deltager i læringsseminarer, på teammøder og teambesøg fra PS!

Inddragelse af patienter og pårørende har været et bærende element i projektet. Patienter og pårørende er i forskellig grad blevet involveret i forbedringsarbejdet på de otte enheder, for eksempel gennem deltagelse på læringsseminar, teammøder og enhedsbesøg.

## Kort oversigt over de kvantitative resultater af projektet

Under hele projektets forløb har projektenhederne indsamlet tidstro data fra på udvalgte indikatorer for de faglige pakker. Data er indsamlet lokalt. Tidstro data er blevet illustreret og analyseret i seriediagrammer. Seriediagrammerne fra de enkelte projektenheder er blevet aggregeret i seriediagrammer, der går på tværs af enhederne, og som derfor samler op på og giver et overblik over enhedernes samlede udvikling over tid i projektet.

I dette afsnit vil enkelte af de aggregerede seriediagrammer og tabeller for udvalgte indikatorer for de faglige pakker blive præsenteret og udfoldet<sup>1</sup>. Målet er at give et indblik i den udvikling, projektenhederne har været igennem. For en mere udførlig gennemgang af samtlige aggregerede seriediagrammer i projektet henvises til PS!'s erfaringsopsamling af projektets kvantitative data (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2018).

PS! har udarbejdet erfaringsopsamlinger fra de forskellige pakker, der både inkluderer data med videre, men også opsummerer læringspunkter fra de enkelte indsats.

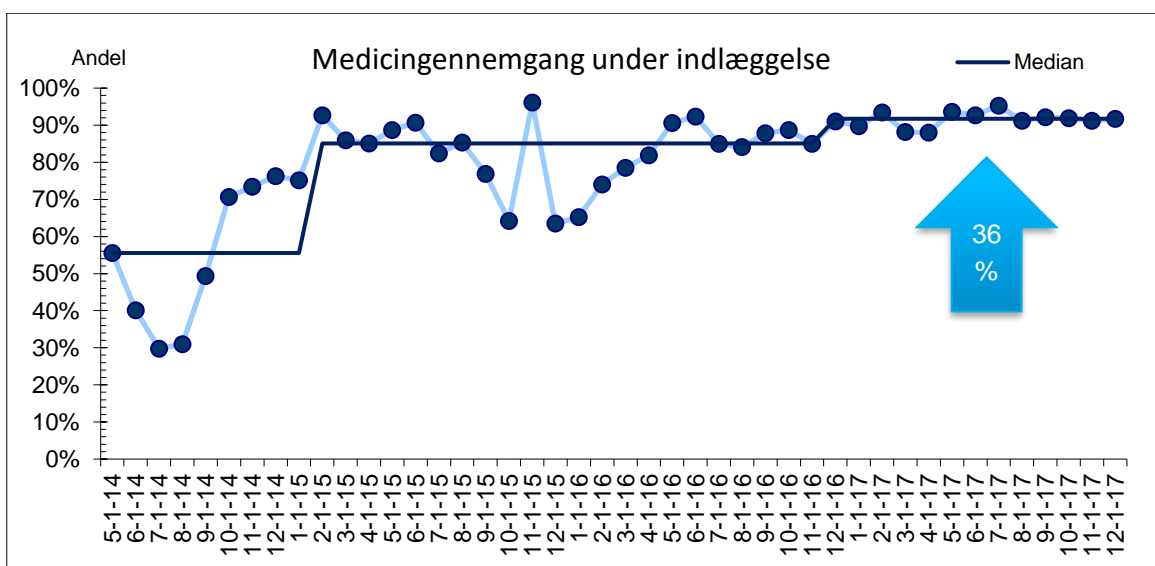
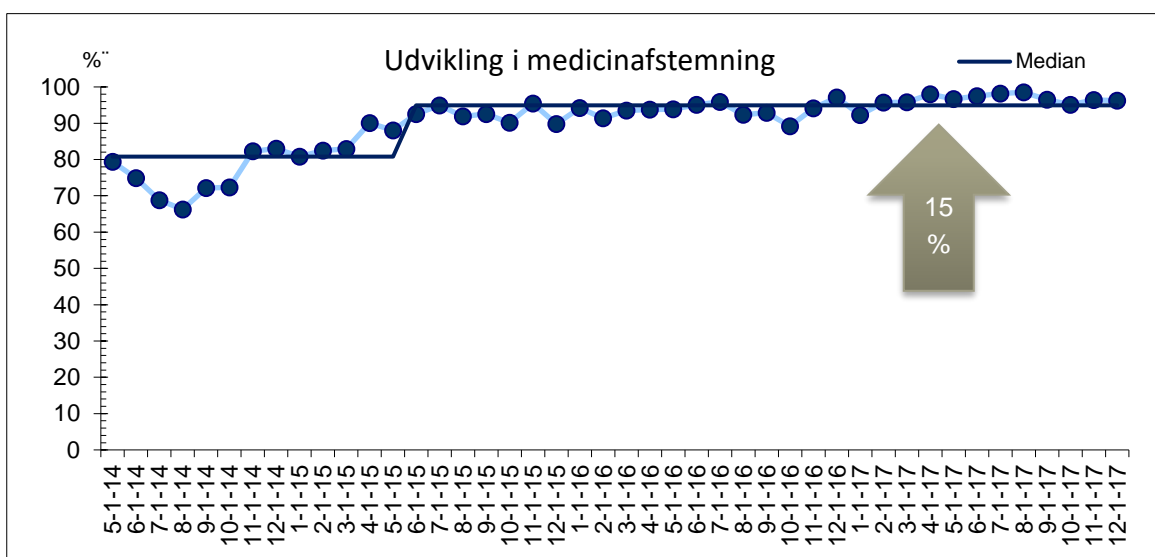
### Medicinpakken

Den første pakke, som blev introduceret på projektenhederne, var medicinpakken. Fokus i medicinpakken er på at optimere den medicinske behandling, blandt andet ved fokus på antipsykotisk polyfarmaci samt samtidig behandling med antipsykotika og benzodiazepiner. Forskellige undersøgelser har vist, at uoverensstemmelser i oplysninger om patienters medicin i overgange og fejl i medicinordinationer er hyppigt forekommende og udgør en risiko for patienten (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2014). Fokus for interventioner i indsatsen her derfor været på to processer; medicinafstemning og medicingennemgang. Formålet med medicinafstemningen er en overensstem-

<sup>1</sup> Afsnittet er udarbejdet på baggrund af materiale og kvantitative analyser foretaget af PS!.

melse mellem medicinanmnesen og medicinordinationen, mens formålet med medicingennemgangen er at undgå uhensigtsmæssig behandling med lægemidler, herunder uhensigtsmæssige kombinationer.

På tværs af alle involverede projektafsnit, der har arbejdet med medicinpakken, har der i alt været 7.427 medicinafstemninger<sup>2</sup> i projektperioden, mens 5.428 patienter<sup>3</sup> har fået foretaget medicingennemgang i perioden. I seriediagrammerne illustreres, at der er sket en markant forbedring af processerne på henholdsvis medicinafstemning og medicingennemgang. For medicinafstemning er der sket en forbedring på 15 procentpoint, således at 95% af patienterne nu få lavet medicinafstemning under indlæggelse, mens der for medicingennemgang er sket en forbedring på 36 procentpoint (fra 56% til 92%). Processen er ligeledes blevet mere stabil og med mindre variation end ved projektets start. Flere afsnit er systematisk begyndt at inkludere farmaceuter i medicingennemgang, hvilket ligeledes har løftet kvaliteten af gennemgangene. Det er afgørende for patientsikkerheden, at der er styr på medicinprocesserne, således patienter både har en afstemt medicinliste og får den kritisk gennemgået.



<sup>2</sup> Pr. december 2017

<sup>3</sup> Pr. december 2017

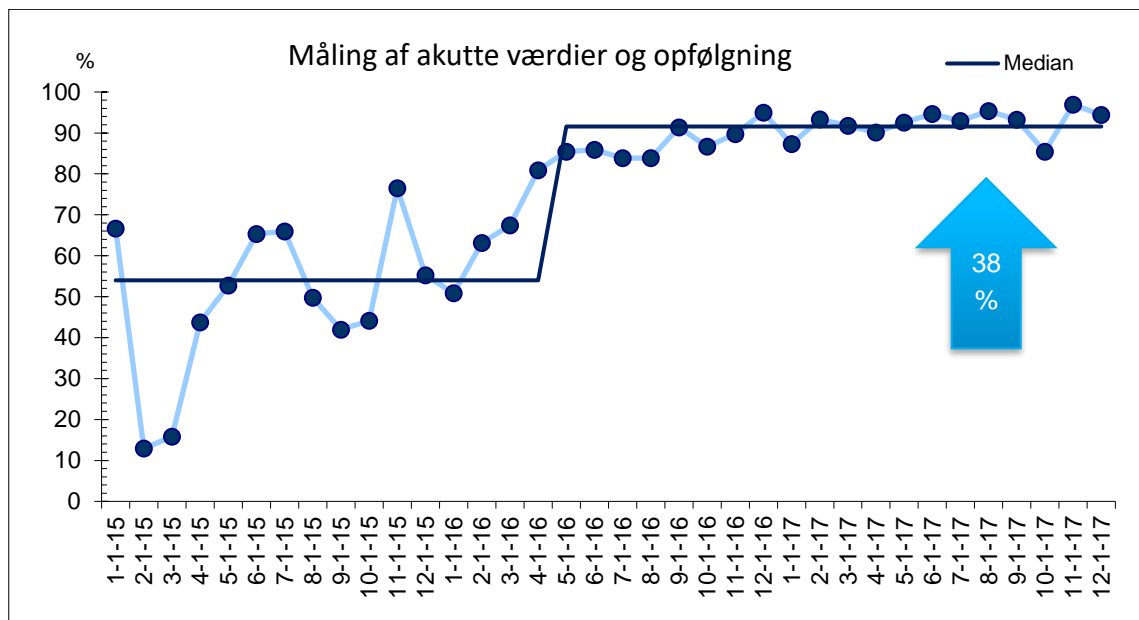
### Pakken om somatisk sygdom

Mennesker med psykisk sygdom lever i gennemsnit 15-20 år kortere end den øvrige del af befolkningen. En væsentlig forklaring er somatiske sygdomme som hjertekarsygdomme, sukkersyge og overvægt, der forekommer hyppigere hos psykiatriske patienter. Derudover sker det, at somatisk sygdom - både kronisk og akut - overses hos mennesker med psykisk sygdom (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2014).

Målet med indsatsen i Sikker Psykiatri er at sikre effektiv diagnostik og behandling af somatiske sygdomme hos psykiatriske patienter. Indsatsen omfatter tre områder:

- 1) Livsstil og forebyggelse: Patienterne tilbydes systematisk screening for livsstilsfaktorer og relevante tilbud om støtte til livsstilsændringer.
- 2) Undersøgelse for fysisk sygdom: Indlagte og ambulante patienter modtager mindst en gang om året tilbud om undersøgelse for fysisk sygdom, og der iværksættes behandling, hvis det er nødvendigt.
- 3) Sikker behandling af akut sygdom: Alle patienter undersøges ved indlæggelsen for tegn på akut fysisk sygdom, og der tages stilling til eventuelt behov for fortsat observation under indlæggelsen.

Som eksempel er medtaget resultater fra indsatsen omkring sikker behandling af akut sygdom. 4.961 patienter<sup>4</sup> har i projektperioden fået målt vitale værdier som for eksempel blodtryk, puls, respirationsfrekvens og temperatur under et indlæggelsesforløb, og samtidig er en vurdering af relevant opfølgning og gennemførelse af denne blevet registreret. Derudover er der, som det fremgår af seriediagrammet, sket en markant reduktion af variationen i processen (alle punkterne ligger omkring medianen), ligesom processen ved udgangen af perioden, som data afspejler, er blevet stabil på omkring 92%. Denne måling indikerer, at der i 9 ud af 10 tilfælde er målt vitale værdier på patienter med efterfølgende relevant opfølgning.



<sup>4</sup> Pr. december 2017

### Pakken omkring reduktion af bæltefikseringer

Det har været et mål i projektet at reducere brugen af bæltefikseringer med 50%. Der er i projektet positive indikationer på, at reduktion af tvang kan ske uden øget brug af akut beroligende medicin samt fastholdelser. Flere af de involverede projektenheder har i projektperioden opnået resultater, som har øget patientsikkerheden og kvaliteten samt reduceret variationen på tværs af landet. Af tabellen kan det ses, at fem ud af de i alt 13 afsnit, der har arbejdet med reduktion af bæltefikseringer, har reduceret brugen af bæltefikseringer med mere end 50% og dermed nået målet for denne indsats i projektperioden.

Reduktion af bæltefikseringer	Antal afsnit
Har reduceret mere end 50%	5
På vej til at nå målet på 50% reduktion	4
Ikke reduceret, men arbejder systematisk med implementering	4
<i>I alt antal afsnit involveret i indsatsen</i>	<i>13</i>

Otte af de 13 afsnit, der har arbejdet med reduktion af brugen af bæltefikseringer, har dog ikke nået målet inden for projektperioden, og der er derfor potentiale for yderligere forbedringer i det fremadrettede forbedringsarbejde lokalt på afsnittene.

### Pakken til forebyggelse af selvmord

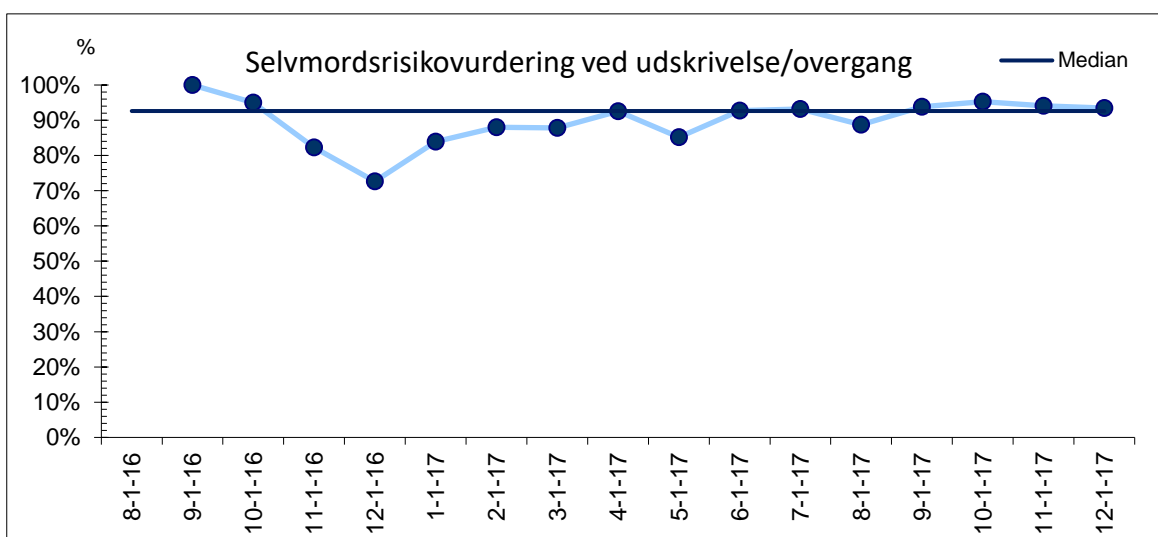
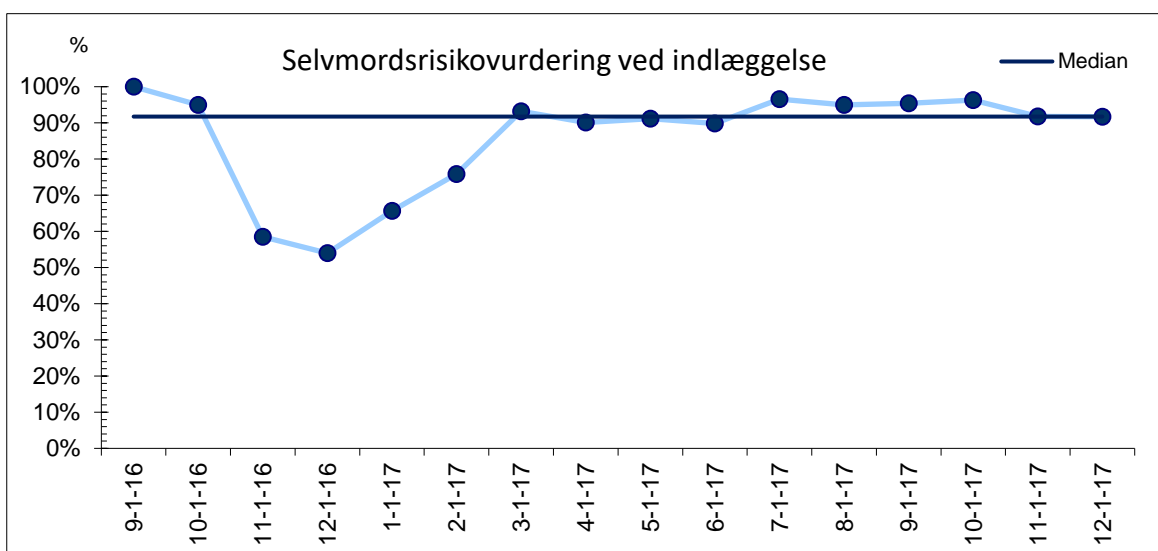
Indsatsen omkring selvmordsforebyggelse gik først i gang i sommeren 2016. Målet med indsatsen er, at forebygge selvmord og selvmordsforsøg under indlæggelse samt 30 dage efter udskrivelse. Til det har projektenheder, der har arbejdet med pakken, været med til at definere indholdet, hvor fokus bl.a. har været på sikkerhedsbriefinger, risikovurderinger og aktiv overlevering, bl.a. i forbindelse med udskrivelse.

I løbet af projektet er 2.720 patienter<sup>5</sup> på tværs af projektenhederne blevet risikovurderet, og der er blevet fulgt op på vurderingerne.

I alt er der udført selvmordsrisikovurdering ved udskrivelse/overgang 2.014 gange<sup>6</sup>. Som det ses af nedenstående seriediagram, har de enkelte afdelinger arbejds gange og processer, der sikrer, at der udføres selvmordsrisikovurdering ca. 9 ud af 10 gange.

<sup>5</sup> Pr. december 2017

<sup>6</sup> Pr. december 2017



### Opsamling

Som gennemgangen af seriediagrammer og tabeller for de udvalgte indikatorer har illustreret, er der på tværs af enheder i projektet sket markante forbedringer på både processer/arbejdsgange og resultater, og dermed har man opnået forbedret kvalitet og øget patientsikkerhed. Man har således via forbedringsarbejdet sikret, at der på de involverede afsnit er opbygget et system, hvor personale ved hvem, der gør hvad hvornår – det vil sige stabile, sikre systemer til gavn for sikkerhed for patienterne.

I analysekapitlet beskriver vi den tværgående evaluering af implementeringen af Sikker Psykiatri. I evalueringen har vi undersøgt, hvad der skal til for at få implementeret forbedringsarbejdet, og hvilke faktorer der kan have betydning for, om der opnås stabile processer og målopfyldelse. Som det vil fremgå, præsenterer vi ikke resultater i forhold til de enkelte kliniske pakker, men som nævnt har PS! udarbejdet erfaringsopsamling fra de enkelte indsatser. Evalueringen er målrettet generelle implementeringsfaktorer på tværs af projektenheder og kliniske pakker. Allerefter vil vi i næste kapitel beskrive evalueringens metode og teoretiske udgangspunkt.

# Metode og teori

Evalueringsens teoretiske udgangspunkt er realistisk evalueringsteori (Pawson & Tilley 1997). Realistisk evaluering er en anvendelsesorienteret evalueringstilgang, der fokuserer på de betingelser, hvorunder en indsats implementeres, og hvorigennem den opnår sin virkning.

Realistisk evaluering tager afsæt i en antagelse om, at interventioner kun virker i det omfang, de rette mekanismer (idéer, muligheder) kommer i spil i de rette omstændigheder (personer, grupper, kontekst) (Pawson & Tilley 1997). I en intervention som Sikker Psykiatri, der gennemføres i forskellige organisatoriske kontekster, og som implementeres i praksisser, der er påvirket af både politiske dagsordener og sociale handlinger og relationer, er det særligt vigtigt at forstå, ikke bare *hvilke* virkninger der produceres, men også *hvordan* bestemte virkninger produceres.

Ledende forskere inden for kvalitets- og forbedringsforskning anbefaler, at evalueringer inden for dette felt tager afsæt i principper for realistisk evaluering (Berwick 2008; Walshe 2007). Dette skyldes, at forbedringsarbejde må betragtes som en kompleks social praksis, hvis virkning ikke kan adskilles fra den kontekst, hvori den implementeres. Sikker Psykiatri kan således, i kraft af projektets metode, men i høj grad også i kraft af den kontekst, det introduceres i, betragtes som en kompleks intervention, hvori handling og strukturer, individer og institutioner og mikro- og makroniveauer spiller sammen (Pawson & Tilley 1997, Berger & Vrangsbæk 2011).

Dette afsnit vil først præsentere dataindsamlingen i projektet, herunder omfang af data, samt metoder for indsamlingen. Dernæst vil det teoretiske grundlag blive belyst, hvorefter afsnittet illustrerer vores tilgang til dataanalysen med afsæt i det teoretiske apparat.

## Dataindsamling

Evalueringen af Sikker Psykiatri har strakt sig over en periode på 2 år med start i vinteren 2016. Dataindsamlingen er foretaget ved semistrukturerede interviews, fokusgruppeinterviews og observationer på de otte psykiatriske enheder, der deltager i projektet. Herunder følger en kort beskrivelse af de settings, aktører og metoder, der har været centrale i evalueringens dataindsamling.

Hvad	Hvem/Hvor	Metoder
Projektbesøg	Glostrup, Vordingborg, Svendborg, Horsens, Viborg, Brønderslev/Frederikshavn, Aalborg, Tórshavn	Fokusgruppeinterviews, semistrukturerede interviews, observationer
Interviews med nøgleinformanter	Repræsentanter fra regionernes psykiatridirektioner	Semistrukturerede interviews
Deltagelse i læringsseminarer	Sikker Psykiatri læringsseminarer	Observationer



Deltagelse i Dansk Selskab for Patientsikkerheds afdelingsbesøg på enheder	Horsens, Svendborg	Observationer
Interviews med Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Repræsentanter fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed	Semistrukturerede interviews

Dataindsamlingen er foregået over en periode på 1,5 år fra forår 2016 til efterår 2017. Dataindsamlingen og den efterfølgende analyse følger metodologiske principper for realistisk evaluering, som beskrevet i det følgende. Alle evalueringsdata er indsamlet af rapportens forfattere.

Det samlede empiriske grundlag for evalueringen består af nedenstående elementer:

Otte projektbesøg

Deltagelse på fire læringsseminarer

Deltagelse på to afdelingsbesøg med PS!

I alt er 42 interviews afholdt i forbindelse med evalueringen, heraf:

- Ni fokusgruppeinterviews med i alt 40 medarbejdere
- Ni interviews med projektledere
- Otte fokusgruppeinterviews med i alt 21 repræsentanter fra den lokale psykiatrilædelse
- Otte fokusgruppeinterviews med i alt 26 patienter og pårørende
- Seks interviews med nøgleinformanter
- To interviews med repræsentanter fra PS!

På hvert projektbesøg er observationer af den daglige drift af projektet foretaget via deltagelse i aktiviteter såsom patientsikkerhedsrunder, tavlemøder, teammøder, indtastning af data m.m.

Som udgangspunkt har vi gennemført fire interviews på hver projektenhed: et fokusgruppeinterview med den lokale psykiatrilædelse, et fokusgruppeinterview med medarbejdere (både i og uden for de nedsatte projektteams), et fokusgruppeinterview med patienter og pårørende (både i og uden for projektteamet) og et interview med projektlederen. I to tilfælde har vi gennemført flere end fire interviews på en projektenhed grundet logistiske udfordringer med at samle interviewdeltagerne på samme tid og sted.

## KMV-konfigurationer

Formålet med brugen af realistisk evaluering i evalueringen af Sikker Psykiatri har været at få en bedre forståelse af de mekanismer, hvorigennem projektet opnår forandringer og forbedringer, samt at få en bedre forståelse af de kontekstuelle forhold, der er nødvendige for, at sådanne mekanismer kan virke. Inden for realistisk evaluering lægges der særligt vægt på at forstå, hvorfor og hvordan en intervention virker (eller ikke virker) under forskellige kontekstuelle omstændigheder. I en realistisk evaluering arbejder man med at identificere, afprøve og nuancere såkaldte CMO-konfigurationer, der kan oversættes til *kontekst-mekanisme-virkning*-konfigurationer, og derfor fremefter vil blive refereret til som *KMV-konfigurationer*. Med andre ord sættes der fokus på sammenhænge mellem:

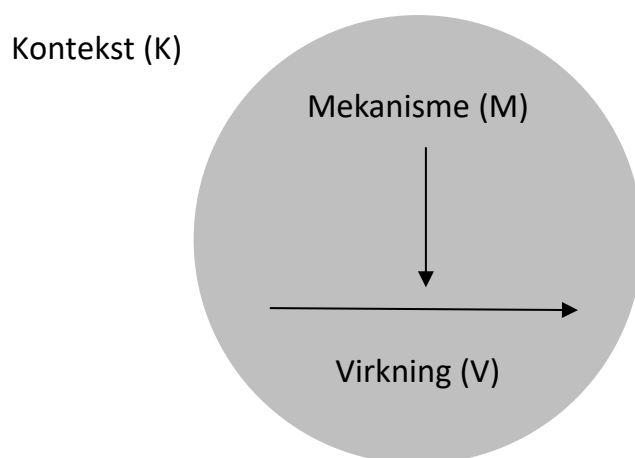
- Kontekst: De konkrete sammenhænge, hvori interventionen implementeres (K).

- Mekanisme: De specifikke virkningsmekanismer, som en intervention forsøger at sætte i værk (M).
- Virkning: Interventionens konkrete virkninger (V).

Dette kan sammenfattes i spørgsmålet: Hvad virker for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder? Med dette som afsæt tager evalueringen udgangspunkt i følgende evalueringsspørgsmål:

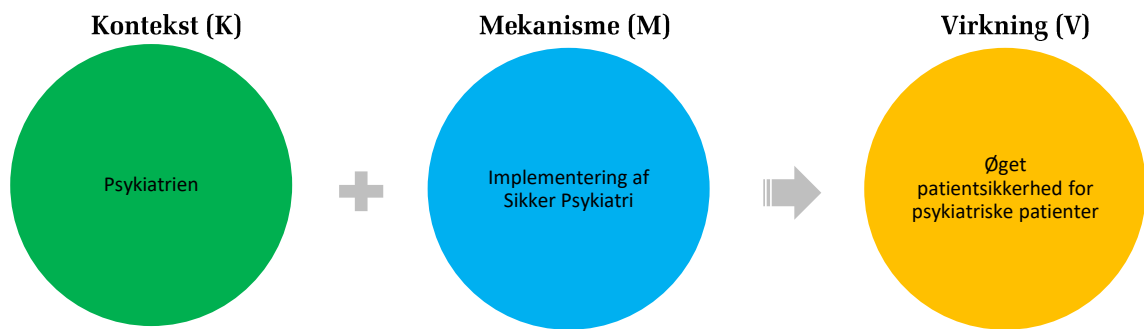
- Hvilke kontekstuelle og organisatoriske faktorer har betydning for implementeringen af Sikker Psykiatri på tværs af de otte projektenheder?
- Hvilke anbefalinger kan udledes af projektet til det videre forbedringsarbejde i psykiatrien?

Nedenstående model viser samspillet mellem de forskellige elementer i en KMV-konfiguration.



Figuren er inspireret af Pawson R. og Tilley N. 1997 [2006:figur 3.1] Realist Evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Et eksempel på en sådan konfiguration kan findes i projektets målsætning. Sikker Psykiatri's ønskede virkning er at øge patientsikkerheden for psykiatriske patienter (V). Denne forandring ønskes gennemført i psykiatrien (K) og skal ske via implementering af Sikker Psykiatri (herunder de faglige pakker, gennembrudsmetoden og forbedringsmodellen) (M). Modellen nedenfor illustrerer denne sammenhæng.

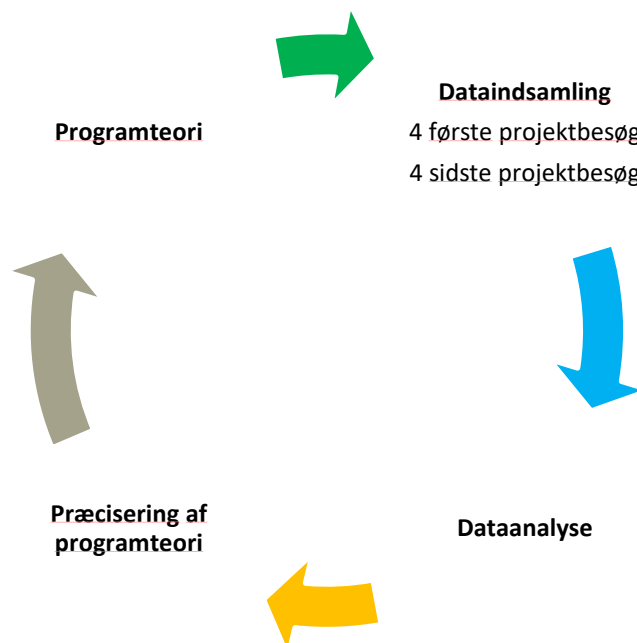


Ovenstående er et meget overordnet eksempel og kan anskues som en ramme for de KMV-konfigurationer, der arbejdes med i evalueringen (Westhorp 2014). Eksemplet har til hensigt at illustrere karakteren af og sammenhængen mellem de tre elementer i en KMV-konfiguration.

## Dataanalyse

Et af principperne i realistisk evaluering er at tage udgangspunkt i et projekts *programteori*, for herigennem at undersøge, hvorvidt den grundlæggende plan for projektets gennemførelse er vel-funderet, valid og praktisk mulig (jf. Pawson and Tilley 1997). En programteori kan anskues som en hypotese eller teori om, hvordan ønskede forandringer skabes.

I evalueringen af Sikker Psykiatri har vi anvendt en cirkulær tilgang, hvor KMV-konfigurationer er udviklet og tilpasset løbende i dataindsamlings- og analyseprocessen jf. nedenstående figur.



Figuren er inspireret af Pawson R. og Tilley N. 1997, Realist Evaluation. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

Med udgangspunkt i projektets programteori, i projektet udformet som et driverdiagram (se bilag 1 for beskrivelse af diagrammet), indledtes undersøgelsen med formulering af en række hypoteser, som efterfølgende dannede grundlag for temaer i interviewguides, der blev anvendt ved interviews med ledelse, projektledere, medarbejdere og pårørende på enhederne i første fase af projektet (på de fire første projektbesøg).

Efter gennemførelse af de første fire projektbesøg blev feltnoter fra observationer samt transskriberede interviews indført i det kvalitative databehandlingsprogram Nvivo, og alle data blev kodet med udgangspunkt i 10 temaer, der på dette tidspunkt var blevet identificeret på baggrund af den foreløbige dataindsamling. Undervejs i projektforløbet afholdt evalueringsteamet 3 interne workshops, hvor vi med afsæt i det bearbejdede datamateriale gennemgik de tværgående temaer og diskuterede foreløbige analytiske perspektiver, som bidrog til udviklingen af mere nuancerede hypoteser formuleret i en præciseret programteori. Denne udviklingsproces førte i første fase af projektet til en tilpasning af interviewguides til de sidste fire projektbesøg.

Efter gennemførelsen af de sidste fire projektbesøg, som blev gennemført i projektets anden fase, blev interviews transskriberet og en yderligere kodning af det samlede materiale foretaget, med udgangspunkt i temaer identificeret på baggrund af de senest formulerede hypoteser. Igen blev en række mindre workshops afholdt internt i evalueringsteamet, hvor vi med udgangspunkt i det bearbejdede data, og som en endelig præcisering af programteorien, nuancerede de tværgående temaer og udviklede KMV-konfigurationer på baggrund af disse. Justering og udvikling af KMV-konfigurationerne har således været en løbende, iterativ proces under hele evalueringen. Dataindsamling på de otte enheder samt interviews med nøgleinformanter resulterede i omkring 1.100 siders transskriberet materiale, som er blevet kodet i evalueringsperioden.

Udarbejdelsen af KMV-konfigurationerne er sket på baggrund af datamaterialet og afspejler de overordnede læringspunkter (temaer) på tværs af projektet. Ved at kigge på tværs af datamaterialet har vi først identificeret de overordnede *virksomheder* (V), som afspejler, hvad der på baggrund af materialet fremstår som vigtige udfald eller virksomheder inden for de givne temaer. Herefter har vi på baggrund af data identificeret, *hvordan* disse bestemte virksomheder kan opnås ved først at identificere mekanismer (M) for at opnå den givne virksomhed, og derefter nødvendige kontekstfaktorer (K) for, at de givne mekanismer kan bringes i spil. En kontekstfaktor henviser her til et væsentligt kontekstuel forhold eller konkret sammenhæng (personer, grupper, kontekster) der har betydning for, at en given mekanisme kan blive bragt i spil, mens mekanismen (idéer, muligheder) henviser til specifikke greb, der kan medføre en given virksomhed.

KMV-konfigurationerne svarer således på, hvad der virker for hvem, hvordan og under hvilke omstændigheder. Tilsammen danner de identificerede KMV-konfigurationer en nuanceret programteori for projektet, det vil sige teorien om, hvad der skal til for, at Sikker Psykiatri som projekt og som målsætning kan lykkes i praksis.

# Analyse af virkningsmekanismer

Evalueringen af Sikker Psykiatri tager udgangspunkt i en række tværgående temaer. Disse temaer tager udgangspunkt i projektets programteori, som er udformet som et driverdiagram (se beskrivelse af driverdiagram i bilag 1). Temaerne er baseret på projektets *primære drivere*, også forstået som primære indsatsområder, og tilpasset i henhold til evalueringens fund. Evalueringen er bygget op om følgende syv tværgående temaer:

- Central infrastruktur
- Faglige pakker
- Kommunikationsveje
- Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet
- Forbedringsledelse
- Inddragelse af patienter og pårørende
- Spredning af forbedringsarbejdet

## Læsevejledning

I det følgende vil hver af disse temaer blive udfoldet. For hvert af temaerne er én eller flere *virknin-*ger af projektet blevet identificeret. Virkninger skal opfattes som konkrete analyseresultater, der identificerer, hvad der på baggrund af datamaterialet skal til, for at forbedringsarbejdet kan lykkes i praksis.

Under beskrivelserne af hver af disse virkninger udfoldes én eller flere kontekstfaktorer og virkningsmekanismer som svar på, hvordan specifikke virkninger kan opnås. Kontekstfaktorer (K) henviser her til væsentlige kontekstuelle forhold eller konkrete sammenhænge, der har betydning for, at en given mekanisme kan blive bragt i spil, mens mekanismen (M) henviser til specifikke greb, der kan medføre en given virkning (V).

Ved introduktionen af hver virkning præsenteres en model, der viser, hvor mange mekanismer og kontekstfaktorer som knytter sig til denne virkning. De dermed identificerede KMV-konfigurationer vil efterfølgende blive beskrevet med konkrete eksempler og citater fra materialet. Afslutningsvis samler hvert afsnit op på, hvordan kontekstfaktorer og mekanismer kan føre til en given virkning. Strukturen for hvert af de følgende syv tematiske afsnit ser således ud:

- Det tværgående tema
  - Temaets virkninger (beskrivelse af mekanismer og kontekstfaktorer)
    - Virkningernes kontekstfaktorer og mekanismer (KMV-konfigurationer)
      - Eksempler og citater fra materialet på hver KMV (erfaringer, succes'er, udfordringer)
      - Opsamling for hver KMV på, hvordan kontekstfaktorer og mekanismer kan medføre den givne virkning

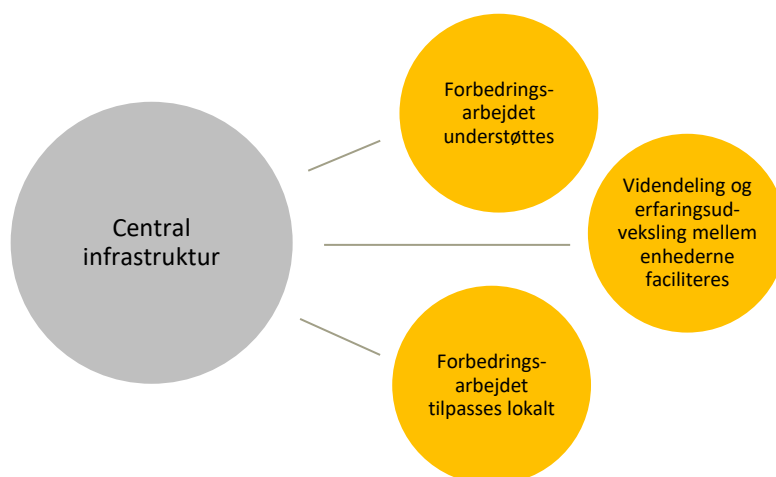
Analysen vil ikke tage udgangspunkt i de enkelte projektenheder, men fokusere på virkningsmekanismer på tværs af datamaterialet. Citater og henvisninger til projektenhederne vil fremgå af analysen for at eksemplificere og understøtte de analytiske fund. Da interviewpersoner er blevet lovet anonymitet, er alle enheder blevet anonymiseret i analysen, hvor de optræder med et nummer, som kun er kendt af rapportens forfattere. Kilder vil i det følgende blive refereret med titel og enhedsnummer.

## 1. Central infrastruktur

Det første af de syv tværgående temaer, der behandles i analysen, er projektets centrale infrastruktur. Sikker Psykiatri bygger, som tidligere nævnt, på kollaborativmodellen, der fungerer som en fælles ramme for projektet, og som indeholder forskellige læringsaktiviteter og metoder til at fremme og støtte læring om implementering, eksempelvis gennem udvikling af kompetencer i forbedringsarbejdet til implementering, erfaringsudveksling, videndeling, generering af nye idéer og sikring af ledelsesmæssig opbakning, der kan bidrage til at skabe en forbedringskultur lokalt.

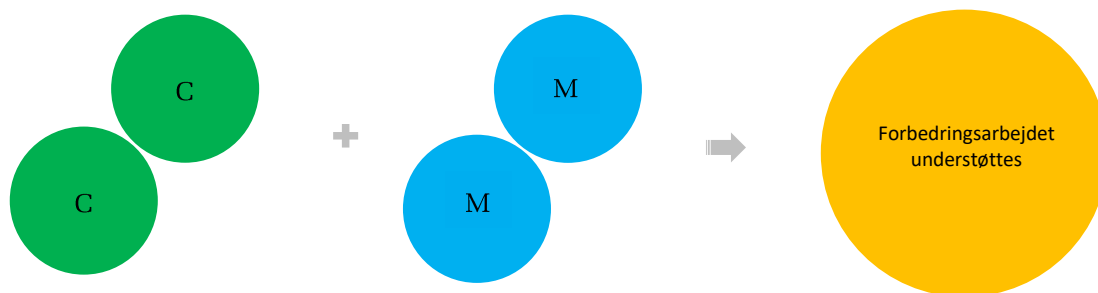
Et af elementerne i kollaborativmodellen er tilstedeværelsen af en tværgående aktør, der kan varetage understøttelse af projektenhederne og den overordnede og lokale facilitering af projektet. PS! har spillet en vigtig rolle i den forbindelse. I dette afsnit vil vi behandle den centrale infrastruktur for rammesætning, understøttelse og facilitering af forbedringsarbejdet, som er blevet varetaget af PS!, og se på, hvilken betydning denne struktur har haft for udmøntning af det lokale forbedringsarbejde.

På baggrund af det indsamlede evalueringsmateriale er der identificeret tre virkninger med særlig relevans for projektets centrale infrastruktur. Disse virkninger fremgår af figuren nedenfor. I det følgende vil hver af disse virkninger blive uddybet og nuanceret på baggrund af datamaterialet.



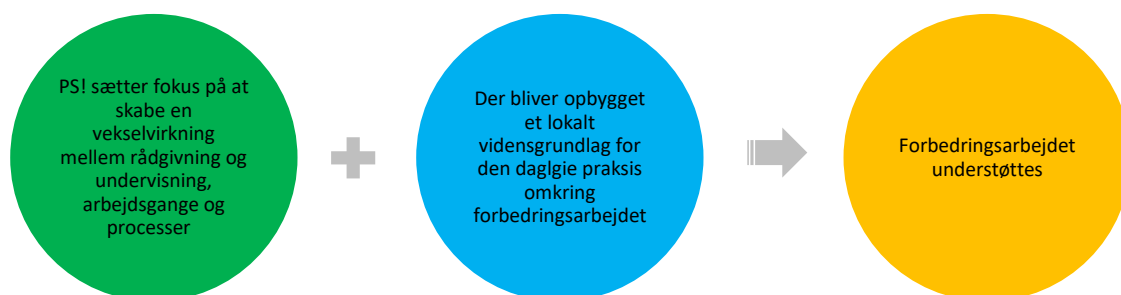
### 1.1 Forbedringsarbejdet understøttes

Den første af de tre identificerede virkninger for den centrale infrastruktur i projektet er, at det lokale forbedringsarbejde understøttes af en aktør der går på tværs af enhederne. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for, at denne understøttelse kan finde sted. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



### *Understøttelse af lokalt vidensgrundlag, arbejdsgange og processer*

Det er centralt for understøttelsen af forbedringsarbejdet (V), at der bliver opbygget et lokalt vidensgrundlag for den daglige praksis omkring forbedringsarbejdet (såsom udvikling af PDSA'er og afholdelse af team- og tavlemøder) (M). Dette forudsætter, at der i understøttelsen af forbedringsarbejdet lokalt sættes fokus på at skabe en vekselvirkning mellem rådgivning og undervisning, ligesom der i understøttelsen skal være fokus på målsætninger og indikatorer indlejret i den lokale praksis (K).



Kollaborativmodellen har været elementær i understøttelsen af forbedringsarbejdet lokalt. Modellen indebærer en vekselvirkning mellem læringsseminarer, projektbesøg og afrapportering via månedsrapporter. PS! har haft en central og afgørende rolle i at integrere og fastholde disse elementer løbende i projektperioden.

En central metode i kollaborativmodellen er læringsseminarer. I projektet er der afholdt 11 seminarer med over 1000 deltagere i alt. Disse læringsseminarer har været spredt ud over projektperioden. Formålet med læringsseminarerne har i projektet været at skabe en ramme for motivation, idéudveksling, videndeling og læring på tværs af de deltagende enheder. Læringsseminarer fremgår som et vigtigt element i understøttelsen, særligt i kraft af den kombination af undervisning, rådgivning og sparring, som dette forum er bygget op omkring. Læringsseminarerne er af flere deltagere blevet beskrevet som lærerige og som kilde til ny viden og inspiration til nye løsninger på problemstillinger. Dog har der været særlige udfordringer eller opgaver i forbindelse med det lokale forbedringsarbejde, som læringsseminarerne kunne have haft et større fokus på. Flere ledelsesrepræsentanter har eksempelvis udtrykt et ønske om mere støtte til medarbejderinvolvering i projektet.

”Jeg kan høre på andre, når vi møder dem fra andre steder også, at de også har været lidt uklare på, hvad er rollerne i de forskellige projektbesøg og læringsseminar [...] Hvis man skal have ejerskab over det og forbedringerne skal ske [...] så skal man jo ned på det plan, hvor medarbejderne er”. (Klinikleder, enhed 6)

Ud over, at der fra et ledelsesperspektiv har været ønske om mere støtte og rådgivning til medarbejderinvolvering har medarbejderne i forbedringsteamet ligeledes savnet understøttelse til, hvordan de bedre kunne involvere patienter og pårørende i forbedringsarbejdet. Understøttelse til involvering på flere niveauer, er således et vigtigt område at være opmærksom på, og kan dermed indtænkes som et centralt tema på læringsseminarer.

Et andet vigtigt element i understøttelsen af forbedringsarbejdet er de projektbesøg, som PS! har foretaget løbende i projektperioden på alle otte projektenheder. Formålet med disse besøg har været at støtte forbedringsarbejdet og sikre fremdrift mellem læringsseminarerne. Disse besøg opleves overordnet set som understøttende og motiverende.

”Bare det, at der kommer nogen og ser på vores praksis med andre øjne, og roser os for noget af det vi gør, og minder os om, at der er faktisk også rigtig meget, der fungerer. Det er simpelthen af så stor betydning og giver os meget energi til, selv når det er allermest kaotisk og svært”. (Projektleder, enhed 1)

Også fra et regionalt ledelsesperspektiv er PS! gennemgående blevet beskrevet som en god hjælp til at få enhederne til at kigge på deres egen praksis med andre øjne.

”Jeg synes, de er fine til både at skabe motivation og samtidig udfordre os på alle niveauer. Det er ikke sådan, at de sondrer mellem, om det er en sygeplejerske eller social- og sundhedsassistent i afsnittet, eller om det er den sygeplejefaglige direktør, de taler med. De prikker til os hver især med passende følsomhed og skarphed”. (Regional leder, Region 1)

Således opleves PS!’s understøttelse af projektet ved projektbesøg blandt flere enheder at kunne rumme alle medarbejderniveauer. Medarbejderne fra flere enheder udtrykker derudover, at de er særligt glade for, at data og metoder, herunder særligt PDSA’er og seriediagrammer, bliver gennemgået grundigt ved disse besøg. Det påpeges i denne forbindelse, at besøgene kunne have haft et større fokus på daglige processer og aktiviteter omkring forbedringsarbejdet, sådan at medarbejderne kan vise, hvordan de arbejder med metoderne, og PS! kan få indblik i den daglige praksis omkring forbedringsarbejdet. Endvidere fremhæves det, at besøgene er med til at skabe synlighed omkring projektet blandt medarbejdere, som ikke er del af forbedringsteams, og som ikke nødvendigvis deltager på læringsseminarer.

Det fremstår således, at kollaborativmodellen har været elementær i understøttelsen af forbedringsarbejdet lokalt, og at det hertil er vigtigt, at PS! bidrager til at opbygge det lokale vidensgrundlag for den daglige praksis omkring forbedringsarbejdet. Læringsseminarerne fremgår som et vigtigt element i understøttelsen, særligt i kraft af den kombination af undervisning, rådgivning og sparring, som har fundet sted i dette forum, om end der her kunne være et større fokus på lokal involvering af medarbejdere og patienter og pårørende i forbedringsarbejdet. Projektbesøg har ligeledes bidraget til understøttelsen af det lokale forbedringsarbejde, som også har været formålet med disse besøg. Det fremstår hertil som vigtigt, at PS! skaber synlighed omkring projektet på enhederne ved deres besøg. Dette forudsætter, at der i understøttelsen af forbedringsarbejdet sættes fokus på at skabe en vekselvirkning mellem rådgivning og undervisning, ligesom der i understøttelsen skal være fokus på målsætninger og indikatorer indlejret i lokale arbejds gange og processer.

### *Håndtering af faglige og organisatoriske udfordringer*

Det fremstår yderligere som centralt for understøttelsen af forbedringsarbejdet (V), at den rammesættende aktør, i dette projekt PS!, går ind i faglige og kontekstspecifikke udfordringer i forhold til



implementering af projektet i praksis (M). Dette kræver, at PS! har et indgående kendskab til psykiatrien (K).



Som beskrevet i forrige afsnit opleves det på flere enheder, at der på projektbesøg i projektet generelt set er et stort fokus på data og metoder, og mindre fokus på, hvordan forbedringsarbejdet indgår i det daglige arbejde lokalt. På én enhed føler man sig ikke medinddraget i den lokale udformning af projektet i tilstrækkelig grad, og PS! opleves som meget styrende i forhold til rammesætning af projektet på enheden. I forlængelse heraf fremgår det blandt flere enheder, at det er vigtigt, at PS! fra projektets start har et kendskab til både psykiatrien som fagområde og den lokale organisatoriske kontekst for dermed bedre at kunne konkretisere og kontekstualisere anvendelsen og håndteringen af data og metoder.

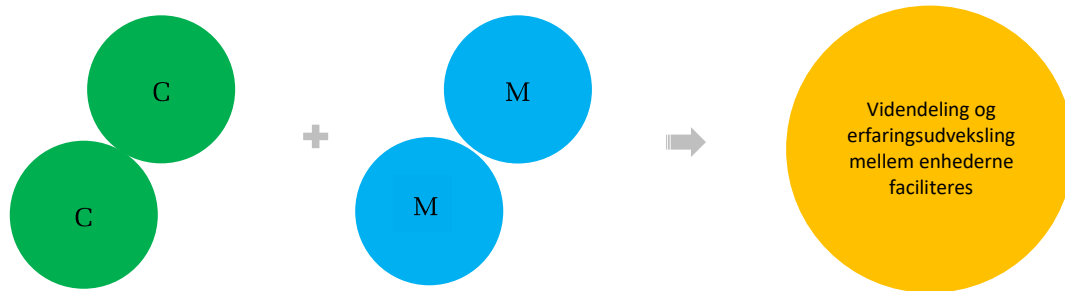
*”Der er kommet nogen, som er meget spidse på metoder, men vi er ikke i et somatisk regi eller den primære sektor med store tal. Det er fint med metoden, men sæt den ind i den kontekst, der er her...”. (Projektleder, enhed 7)*

Det fremhæves som en væsentlig udvikling for den lokale understøttelse af forbedringsarbejdet, at der undervejs i forløbet er blevet knyttet en medarbejder fra PS! til Sikker Psykiatri, med en psykiatrafaglig baggrund, som har kunnet bringe den faglige og kontekstuelle forståelse ind i projektet.

Det fremstår således som vigtigt, at facilitatorerne af projektet har et grundigt kendskab til den faglige kontekst. Et godt kendskab til psykiatrien vil sikre, at PS! i deres understøttelse af enhederne kan gå ind i faglige og kontekstspecifikke udfordringer i forhold til implementering af projektet i praksis, og således også sikre, at der etableres en kobling mellem metode, faglighed og kontekst. Dette kan ligeledes give mulighed for en højere grad af fleksibilitet og lokal tilpasning af projektet.

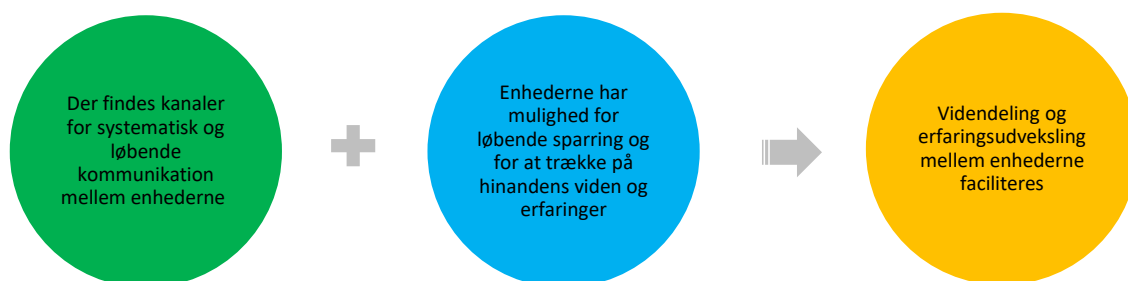
## 1.2 Videndeling og erfaringsudveksling mellem enhederne faciliteres

Den anden af de tre virkninger identificeret for den centrale infrastruktur i projektet er facilitering af videndeling og erfaringsudveksling mellem enhederne. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for en sådan facilitering. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



### *Mulighed for løbende sparring*

En central mekanisme for facilitering af videndeling og erfaringsudveksling mellem enhederne (V) er, at enhederne har mulighed for løbende sparring og for at trække på hinandens viden og erfaringer (M). Det kræver, at der etableres kanaler for formel og uformel kommunikation mellem enhederne K).



Der har i projektet været en række initiativer til sparring og kommunikation mellem enhederne undervejs i projektforsløbet. Der har blandt andet været etableret regelmæssige telefonmøder mellem projektledere, faciliteret af PS!. Derudover har der været en mailgruppe for projektlederne, sådan at de har haft mulighed for at kommunikere løbende omkring udfordringer, erfaringer og tvivls-spørgsmål. Læringsseminarer har også været et vigtigt forum for sparring enhederne imellem.

Telefonmøderne, som har været afholdt hver anden uge i projektperioden mellem projektlederne, opleves som udbytterige og som en god og regelmæssig kontakt til PS! og de øvrige enheder. Alle projektledere på enhederne betragter det som et godt redskab til regelmæssig sparring, ligesom det har bidraget til en følelse af at være en del af et fælles projekt.

”Vi har telefonmøder, og vi har delt nogle ting, for eksempel er der flere, der har spurgt mig om, når vi holder tavlemøder, ’Hvordan ser jeres tavle ud, og kan du ikke sende et billede? Hvad gør I?’ og sådan nogen ting [...] Og hvis der er ét eller andet, jeg tænker eller har tænkt tidligere: ’Hvordan skal jeg gøre det her?’, eller ’Hvordan lykkes det her?’, eller ’Hvordan har de andre gjort?’, så har jeg spurgt de andre”. (Projektleder, enhed 5)

Mailgruppen har derudover fungeret som en kanal for løbende sparring og som en mulighed for, at dele konkrete udfordringer eller erfaringer, når de er opstået. Alle projektledere finder det positivt at have en uformel kommunikationskanal til anvendelse ved behov, men nogle påpeger, at denne ikke har fungeret optimalt, idet denne type kommunikationskanal kun vil være succesfuld, hvis alle bidrager aktivt.

”Ja, det er svært. Jeg tror, det er svært for de fleste. Det handler nok om, hvordan man gør det. Man skal nå alle mulige ting i en travl hverdag, man skal igennem alle pakker, altså, så man har typisk en heftig dagsorden fra de forskellige ting, og hvordan gør man så det? Og alligevel, så har jeg ikke fået noget svar, selvom jeg har rykket, og der er andre, der har rykket, så det er svært”. (Projektleder, enhed 4)

Det fremstår dermed som vigtigt, at der etableres en kanal for løbende sparring enhederne imellem, såsom en mailgruppe for projektledere. En præmis for, at en sådan kanal kan fungere, er, at alle projektledere anvender den aktivt, både til at stille og besvare spørgsmål. Det fremstår derfor som afgørende for videndeling på tværs af enheder, at kanaler for systematisk kommunikation og samarbejde på tværs af afdelinger med henblik på erfaringsudveksling og løbende læring bibeholdes, men at projektlederne opfordres til at bruge det både til at dele ud af egne og lære af andres erfaringer.

#### *Mulighed for erfaringsudveksling mellem projektenheder via tværgående enhedsbesøg*

Et andet vigtigt element i videndeling og erfaringsudveksling mellem enheder (V) er tværgående enhedsbesøg, og at enheder tidligt i processen har mulighed for at hente inspiration hos hinanden og dele konkrete erfaringer (M). Derfor skal enhedsbesøg indlejres i projektets struktur og gennemføres løbende i projektperioden (K).



Det er gennemgående for alle enheder, at besøg på andre enheder betragtes som vigtige for at få et indblik i andre enheders praksisser omkring projektet, og derigennem inspiration og et udvidet vidensgrundlag. Der gives på flere enheder udtryk for, at sådanne besøg med fordel kan finde sted tidligt i projektforløbet.

”Noget af det, der har været inspirerende, det er at høre, hvordan man gør det andre steder. Og det havde man sikkert kunne udnytte bedre, ved at man havde sat det i system [...] Det kunne have været en god idé, fordi det har jo en tendens til at blive baggrundsviden, når man får nogle gode idéer”. (Klinikleder, enhed 8)

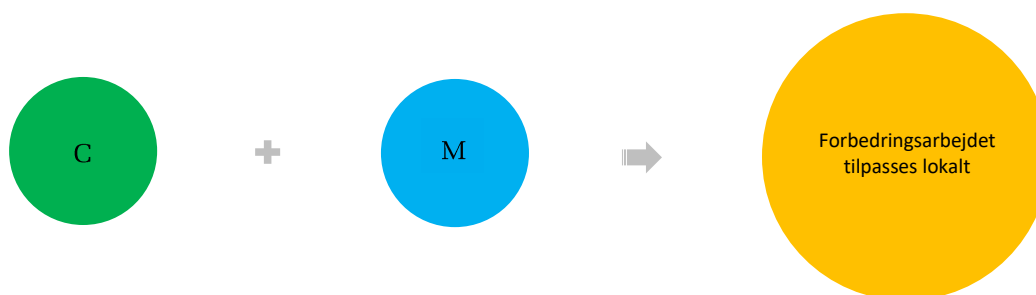
Læringsseminarer bliver fremhævet som en god platform for sparring og erfaringsudveksling på tværs af enhederne. Det pointeres i denne sammenhæng, at der på seminarerne ikke er mulighed for tæt bilateral sparring, hvorfor enhedsbesøg har stor betydning for, at enhederne kan få indsigt i hinandens tilgange, metoder og erfaringer på et mere detaljeret niveau. Det bliver hertil fremhævet, at det er fordelagtigt, at videndelingen finder sted i de lokale praksisser, og kan bindes direkte op herpå. Dette er ikke muligt på læringsseminarerne. Det bliver yderligere fremhævet, at tværgående besøg giver en god forståelse af, hvilken rolle kontekst og vilkår spiller for muligheder og begrænsninger i den lokale projektdrift.

Flere enheder understreger hertil, at det er fordelagtigt, at sådanne besøg faciliteres eller initieres af en aktør der går på tværs af enhederne, idet en sådan aktør har mulighed for at få et samlet overblik over de forskellige enheders erfaringer og behov, og kan sammensætte enheder på en meningsfuld måde med udgangspunkt i denne viden.

Det fremstår således som vigtigt med et fokus på videndeling og erfaringsudveksling enhederne imellem, og at sådanne besøg faciliteres og koordineres med udgangspunkt i enhedernes erfaringer og behov. Derfor er det vigtigt, at enhedsbesøg, faciliteret af PS!, er indlejret i projektets struktur og gennemføres løbende i projektperioden.

### 1.3 Forbedringsarbejdet tilpasses lokalt

Den sidste af de tre virkninger identificeret for den centrale infrastruktur i projektet er, at forbedringsarbejdet tilpasses lokalt. Dette blandt andet fordi enhederne er underlagt forskellige kontekstuelle vilkår, og de har grebet implementeringen af de kliniske pakker forskelligt an. Som illustreret i figuren nedenfor er én mekanisme identificeret som central for den lokale tilpasning af projektet. Denne mekanisme, samt den kontekstfaktor, der knytter sig til den, vil blive uddybet i dette afsnit.



#### *At forbedringsarbejdet tilpasses lokale behov*

Det er vigtigt for en rammesætning af forbedringsarbejdet lokalt (V), at forbedringsarbejdet tilpasses lokale behov (M). Det er vigtigt, at forbedringsarbejdet tænkes ind i den lokale kontekst, og at enhederne opfordres til og understøttes i at afdække behov for lokal tilpasning af indsatsområder og metoder i forbedringsarbejdet løbende, og ved projektets start (K). Dette skal der være en opmærksomhed på fra projektets start, og det er vigtigt, at dette kommunikeres klart til enhederne.



Overordnet set har man på de deltagende enheder fundet forbedringsmetoderne meningsfulde og relevante for en psykiatrisk kontekst. Enheds- og afsnitslokale kontekstforskelle har betydet, at metoder er blevet anvendt forskelligt og med forskellig virkning.

Flere enheder har oplevet arbejdet med nye metoder som udfordrende, og nogle har fundet metoderne svært anvendelige i deres lokale praksis. Blandt andet opleves implementering af sikkerhedsbriefinger på nogle enheder som en udfordring.

”Den sikkerhedsbriefing gav ikke rigtigt genklang hos medarbejderne. Så har vi faktisk så vendt den rundt og sagt ’Hvad er egentlig vigtig viden, som vi alle sammen skal vide?’ [...] Det var lidt ligesom at blive ved med at presse sådan en firkantet klods igennem et rundt hul, ikke, altså. Og så fandt vi ud af, at nej, vi skulle faktisk først finde ud af, hvordan den klods skulle være, så den kunne passe ned i det her hul. Og fik startet et andet sted. Men det tænker jeg også kun er qua, at vi blev lidt mere sikre på konceptet og modellen i det”. (Afsnitsleder, enhed 1)

Processen omkring implementering af sikkerhedsbriefing, som beskrevet ovenfor, er et godt eksempel på en lokal tilpasning af indsats via forbedringsmetoder. Denne tilpasning er en læringsproces, idet anvendelsen og tilpasningen af forbedringsmetoder er nyt for mange og derfor kræver en omstilling og tilvænning. Dét, at gøre anvendelsen af koncepter og metoder meningsfuld for det enkelte afsnit eller enhed har således været en tilpasning i sig selv.

”Jeg ved godt, de har sagt, at så skal man tilpasse det ens egen kontekst og sådan, men når man får så mange nye ting man skal gøre på én gang, så er det overvældende. Det tager også tid, tænker jeg, at vænne sig til, at vi kan godt kan have en mening om, hvordan, vi synes det skal være [...] Men det er også en vanesag, altså om man tør sige: ”Vi skal lige kigge på det i forhold til os”. Så det er en læreproces og det kan man ikke forcere”. (Projektleder, enhed 4)

På flere enheder fremhæves PDSA-cirklen som et godt redskab til at opnå en sådan tilpasning. Det beskrives blandt andet som et simpelt redskab til at afprøve ideer til nye tiltag i lille skala i en travl hverdag.

”Lige præcis derved bliver det lettere at implementere i den kliniske travle hverdag, vi har, fordi det er de små skridt. Det er ikke noget, hvor nogle af os behøver at gå fra arbejdet og sidde oppe på kontorer og mødes i mange timer, det er noget der sker, mens vi er i arbejdet, og det er noget, der bliver afprøvet og implementeret, imens vi er i gang med arbejdet. Det synes jeg er en kæmpe fordel”. (Klinikleder, enhed 5)

Det er også en læring for flere enheder, at det er en væsentlig del af projektet at udfordre egen praksis og kultur i udvikling og implementering af forbedringsarbejdet lokalt. Det fremhæves på flere enheder, at PS! har spillet en vigtig rolle i at gøre opmærksom på hvor og hvordan, enhederne har kunnet udfordre deres egen praksis.

Det fremstår således som væsentligt for implementering af forbedringsarbejdet lokalt, at enhederne foretager en tilpasning af forbedringsarbejdet til lokale behov. Dette kan være med til at sikre, at indsatsområder er relevante og meningsfulde for den lokale kontekst, samtidig med, at det kan skabe grundlag for kultur- og praksisændringer lokalt. Dette kan opnås ved, at en afdækning af lokale behov foretages og vurderes ved introduktion af nye tiltag, og at der løbende foretages afprøvninger i lille skala via PDSA-cirklen. Det er vigtigt, at enhederne understøttes i dette af PS!.

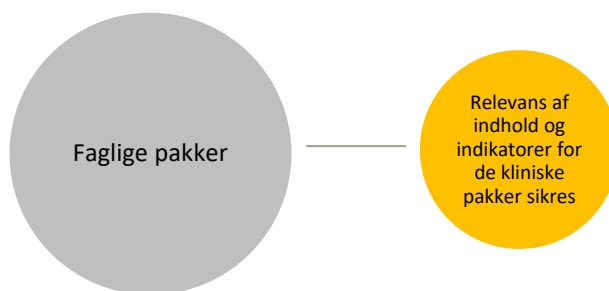
## 2. Faglige pakker

Det andet af de syv tværgående temaer, der bliver behandlet i analysen, er de faglige pakker, der som led i projektet er blevet introduceret på projektenhederne. I projektet er der udarbejdet fire faglige pakker for arbejdet med at øge patientsikkerheden, med fokus på medicin, somatisk sygdom, tvang, og selvmordsforebyggelse (se bilag 2 for en nærmere beskrivelse af de faglige pakker). Hver af disse pakker er evidensbaserede og funderet i erfaringer fra tidligere projekter, og indeholder beskrivelser af en række indsatser, som implementeres på de involverede enheder. For hver pakke er der udarbejdet et antal indikatorer for det givne indsatsområde (resultatindikatorer og procesindikatorer). Pakkerne er blevet introduceret løbende i projektet i følgende rækkefølge:

- Medicin (optimering af medicinske behandling)
- Somatisk sygdom (fokus på forebyggelse, rettidig udredning og behandling af somatisk komorbiditet)
- Tvang (reduktion af bæltefikseringer)
- Selvmordsforebyggelse

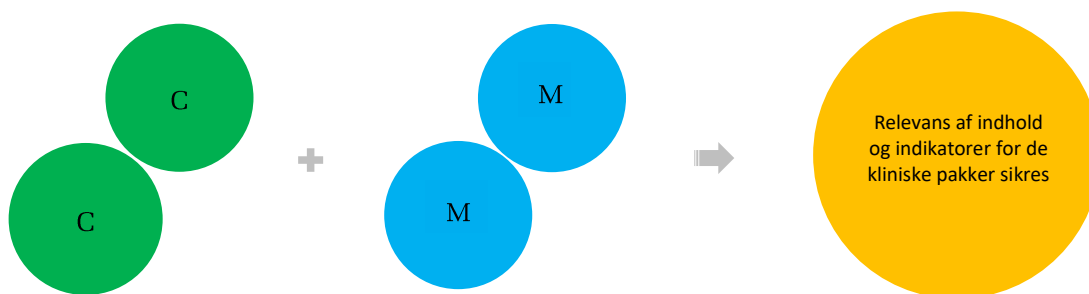
De tre første patientsikkerhedspakker er udarbejdet af den faglige følgegruppe i projektet. Pakken om selvmordsforebyggelse er udviklet i fællesskab med projektenhederne, på baggrund af et indledende analysearbejde foretaget på et læringsseminar.

I undersøgelsen er én virkning identificeret som særligt relevant for arbejdet med de faglige pakker. Denne virkning fremgår af figuren nedenfor. I det følgende vil virkningen blive uddybet og nuanceret via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og virkningsmekanismer.



### 2.1 Relevans af indhold og indikatorer for de kliniske pakker sikres

En central virkning for implementering og udmøntning af de faglige pakker er sikring af relevans af indhold og indikatorer lokalt. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for denne virkning. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *At projektets kliniske indsatsområder ikke bliver parallelle, men integrerede indsatser*

For en sikring af relevans af pakkernes indhold og indikatorer lokalt (V), er det vigtigt, at projektets kliniske indsatsområder ikke bliver parallelle, men integrerede indsatser (M). Dette kræver, at indikatorerne harmoniseres med øvrige tiltag, for herigennem at undgå flere sideløbende dagsordener og målsætninger (K).



I arbejdet med de faglige pakker er der opstillet en række generelle indikatorer for hvert indsatsområde. Udover de generelle mål har enhederne opstillet lokale indikatorer hvert indsatsområde. Disse indikatorer, som både er proces- og resultatorienterede, fastsættes på afdelingsniveau.

Det har været et vilkår for alle enheder, der har deltaget i projektet, at der sideløbende med implementeringen af Sikker Psykiatri har været igangsat andre tiltag. Dette har betydet, at enhederne i forskellig grad har skullet bruge ressourcer på enten tilpasning/integrering af parallelle indsatser eller tiltag med andre fokusområder.

For eksempel har nogle af de deltagende enheder på forskellige tidspunkter undervejs i projektforløbet været genstand for implementering af Sundhedsplatformen. Dette har betydet, at enhederne har skullet arbejde med flere dagsordener i projektperioden, ligesom at der har været forskellige belastningsperioder forbundet med tiltagene.

På andre enheder har der været iværksat tiltag, der i forskellige grader har været mulige at sammenkøre med Sikker Psykiatri (såsom partnerskabsaftaler om forebyggelse af tvang<sup>7</sup> og Lean<sup>8</sup> som metode til at skabe forbedringer), således at de sideløbende forløb ikke har krævet ekstra ressourcer at implementere og udvikle. En integrering af parallelle tiltag har dog på flere enheder været ressourcekrævende i sig selv.

Det fremstår derfor som vigtigt, at enhedernes arbejde med pakkerne kan indgå i det øvrige arbejde på enhederne. Det er den generelle opfattelse på tværs af enhederne, at pakkerne afspejler relevante og aktuelle fokusområder inden for psykiatrien, og at disse fokusområder er i overensstemmelse med nationale dagsordener. Det beskrives, at tiltag som Den Danske Kvalitetsmodel, om end denne har haft en anden tilgang til kvalitet og forbedring, har været med til at modne praksis til arbejdet med Sikker Psykiatri, ligesom det beskrives, at det faglige fokus, der er i Sikker Psykiatri, er et positivt bidrag til praksis i forhold til øvrige tiltag. Hertil er der bred enighed på tværs af de deltagende enheder om, at de fire fokusområder for pakkerne er rigtige og relevante for patient-sikkerheden i psykiatrien.

<sup>7</sup> Partnerskabsaftaler blev i 2014 indgået mellem det daværende Ministerium for Sundhed og Forebyggelse og hver af de fem regioner med henblik på reducere af tvang. De regionale partnerskabsaftaler beskriver hver regions konkrete indsatser for den overordnede målsætning om at reducere tvang i psykiatrien med 50 % inden 2020. Aftaler om delmål er indgået med regionerne individuelt og er derfor forskellige for hver af de fem regioner.

<sup>8</sup> Lean er en metode, der anvendes til forenkling og effektivisering af arbejdsprocesser i virksomheder og organisationer.



På nogle enheder fremhæves det dog som udfordrende, at indikatorer for indsatsområder i Sikker Psykiatri ikke altid er i overensstemmelse med indikatorer for andre sideløbende projekter eller dagsordener. Dette har for nogle enheder gjort det svært at fastsætte indikatorer for arbejdet og har i nogle tilfælde haft den konsekvens, at man har fravalgt indikatorer, suppleret indsatserne med nye indikatorer eller samlet dem på tværs af projekterne.

En ledelsesrepræsentant fra en enhed fortæller, at man her har haft god erfaring med at samle målsætninger på tværs af indsatser med det samme overordnede formål, for således også at have mulighed for at samle projektressourcerne og målrette dem et overordnet formål. En udfordring, der fremhæves i denne sammenhæng, er dog, som beskrevet af nogle enheder, at PS!'s målindikatorer er fastlåste, og at de derfor ikke har mulighed for at tilpasse indikatorerne således, at de stemmer overens med indikatorer for øvrige indsatser. Også i forhold til tilpasningen af projektet til enhedernes eksisterende praksis opleves dette som værende problematisk.

”Det handler om fra starten af at lave færre mere sådan standardiserede mål og så noget med tilpasningen, at man har mulighed for at vælge ud og sige, at det er de her ting, vi vil fokusere på [...] Danske Regioner har jo også nogle krav, så der er krav alle steder fra, og så tænker jeg, at man skal kigge på de indsatser, der er på landsplan, og så prøve at lave noget, så vi ikke skal have to projekter”. (Afsnitsleder, enhed 6)

Hertil finder flere, at det i arbejdet med sideløbende projekter med samme fokusområder er udfordrende at identificere en baseline for de respektive projekter. Det har derfor været svært at finde ud af, hvad der er udslagsgivende for de enkelte projekter, og derved besværliggøres identificering af særligt virksomme elementer.

En anden udfordring har været indsamling af data på indikatorerne. I selvmordspakken har i særdeleshed procesindikatoren omkring indsamling af data på patienter 30 dage efter udskrivelse voldt enhederne besvær, da det ikke er muligt for enhederne at indhente data på patienter efter udskrivelse i en psykiatrisk kontekst. Endvidere opleves det som en udfordring, at der ikke altid er adgang til data på årsagen til selvmord eller forsøgt selvmord, hvilket gør det sværere at nuancere og målrette indsatser omkring selvmordsforebyggelse. Det efterspørges derfor, at målsætninger omkring dataindsamling afspejler de rammer og systemer, der er for dataindsamling i den psykiatriske kontekst.

”Der er to paralleller i det, sådan som jeg ser det, det er, at der ved nogle af pakkerne godt kunne have været mere fleksibilitet i forhold til nogle af de data, vi skulle give dem [...] Jeg synes, der har været nogle målopfyldelser, vi ikke har kunnet honorere, fordi vi ikke har kunne få data”. (Klinikleder, enhed 6)

Det fremstår således som vigtigt, at projektets kliniske indsatsområder ikke bliver parallelle, men integrerede indsatser, og at enhederne har mulighed for at harmonisere indikatorer for sideløbende indsatser, der har samme hovedfokusområder.

#### *At enhederne understøttes i udmøntning af de faglige pakker*

En anden mekanisme for sikring af relevans af pakkernes indhold og indikatorer lokalt (V) er, at der ved projektets start er en tilstrækkelig italesættelse af at implementeringen af de faglige pakker er svær og udfordrer eksisterende praksis (M). Det er vigtigt, at PS! understøtter enhederne i den lokale udmøntning af pakkerne (K).





Om end enhederne har arbejdet med de samme indikatorer har de grebet den lokale udmøntning af pakkerne forskelligt an. Den lokale tilpasning af de faglige pakker opleves for nogle enheder som en meningsfuld proces, mens andre enheder har været præget af en usikkerhed omkring, hvordan en given indsats har skullet gribes an.

Det, at pakkerne implementeres og anvendes forskelligt, både på tværs af enheder og afsnit, har blandt medarbejdere på nogle enheder medført en tvivl om, hvad, der er den "rigtige" fremgangsmåde. Det fremhæves eksempelvis som en udfordring, at der er forskellige fortolkninger af medicingennemgang. Afsnit på nogle enheder har lavet medicinafstemningsskemaer, hvoraf eventuelle ændringer fremgår, mens man på andre afsnit kun har registreret, at medicingennemgange er gennemført. Det er dog en væsentlig del af projektet, at enheder og afsnit tilpasser de faglige pakker og indikatorer deres lokale kontekst, og derfor er det vigtigt med en italesættelse, af, at enhedernes fremgangsmåder kan være forskellige.

Pakken for selvmordsforebyggelse udgør et andet eksempel på en oplevet udfordring i forbindelse med udmøntning af pakkerne. Pakken om selvmordsforebyggelse adskiller sig fra de tre andre kliniske pakker, idet den lægger op til, at de deltagende enheder selv skal formulere indikatorer for arbejdet med selvmordsforebyggelse, baseret på deres lokale praksis. På flere enheder beskrives det som positivt og som en mulighed for at tilpasse pakken den lokale kontekst.

"Selvmordspakken, den har vi faktisk lavet selv, altså alle enhederne. Fra, at vi fik de andre pakker udleveret, så er selvmordspakken sådan en kombination af, at selskabet har en idé om noget, og at vi har lavet forskellige analyser med interview med patienter og pårørende og spørgeskemaer på afdelingen for at se hvad der sker hos os". (Projektleder, enhed 4)

Anvendelsen af redskaber til identificering af relevante indikatorer opleves således også som meningsfuld. Det har dog været en udfordring for nogle enheder selv at skulle udforme indikatorer for pakken.

"Der er bare ikke nogen klare retningslinjer for, hvad der er godt at gøre, og det hele er et spørgsmål om vurderinger og mavefornemmelser, altså det er jo helt til hest, var jeg lige ved at sige, så den pakke ved jeg ganske simpelt ikke, hvordan vi skal gribe an. Og der kommer i hvert fald ikke noget klart oppe fra, den er ganske selvdreven". (Afsnitsleder, enhed 8)

Dette skyldes til dels, som udsagnet ovenfor indikerer, at der har været en forventning om, at der ville være en overordnet tilgang for arbejdet med og indikatorer for arbejdet med pakkerne skulle gribes an og udformes. Det har dog været hensigten med projektet, at enheder og afsnit selv har

skullet forme og tilpasse pakkerne lokalt. Det er derfor vigtigt med en klar afstemning og italesættelse af dette, ligesom det er vigtigt, at enhederne understøttes i implementering og udmøntning af pakkerne.

Det fremgår som vigtigt for arbejdet med implementering og målopfyldelse af pakker og indikatorer, at det ved projektets start italesættes, at implementeringen af de faglige pakker er svær og på nogle punkter vil udfordre eksisterende praksis. Det er vigtigt, at enhederne understøttes i den lokale udmøntning af pakkerne, og bliver støttet der, hvor de er i implementeringsprocessen.

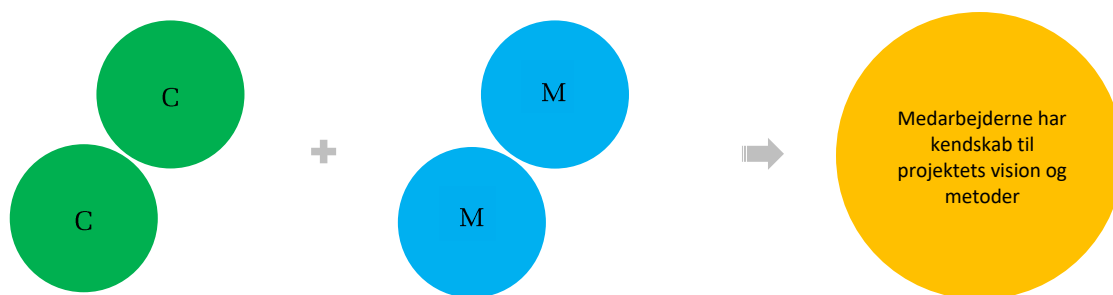
### 3. Kommunikationsveje

Det tredje af de syv tværgående temaer i analysen er kommunikationsveje omkring Sikker Psykiatri og forbedringsarbejdet internt på enhederne. Vi har i undersøgelsen identificeret én virkning af projektet med relevans for kommunikation. Denne virkning fremgår af figuren nedenfor og vil i det følgende blive uddybet og nuanceret via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og virkningsmekanismer.



#### 3.1 Medarbejderne har kendskab til projektets vision og metoder

En central virkning for en god intern kommunikation af og om projektet er, at medarbejdere på enhederne har kendskab til projektets vision og metoder. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for denne virkning. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



#### *Viden om projektet indlejres i den daglige kommunikation*

For at alle medarbejdere får kendskab til projektets vision og metoder (V), er det vigtigt, at viden og information om projektet bliver integreret i den daglige praksis på enhederne (M). Dette kræver, at

kommunikation om projektet bygges ind i eksisterende kanaler for daglig kommunikation såsom møder, nyhedsbreve, mails m.m. (K).



Gennemgående for alle enheder har været, at kommunikation af Sikker Psykiatri til medarbejdere, der ikke allerede er del af forbedringsteamet på de involverede afsnit, har været en væsentlig udfordring. Det fremhæves som afgørende på tværs af projektenhederne, at der sker en integrering af viden om projektet, herunder dets metoder, målsætninger og resultater, i daglig praksis. Dette, udtrykker flere medarbejdere, er særligt vigtigt i projektets startperiode.

”Altså noget af det, vi manglede i starten, det var jo også lidt mere introduktion til, hvad er det her for et projekt, hvad er formålet med det? Vi vidste det, fordi vi havde været afsted på de her temadage i Kolding, men resten anede jo ingenting om det her projekt, så vi valgte at tage det op på nogle personalemøder i starten, men det er jo ikke alle, der kommer der. Så det skulle nok have været mere intenst der i starten, hvad er det her for noget, vi går ind til nu, og hvad er formålet med det, fordi, hvis de ikke kan se en mening med det, så går det lidt op i hat og briller”. (Medarbejder, enhed 3)

Dette har for nogle været årsag til manglende motivation for at indgå i forbedringsarbejdet og tage projektet til sig. I andre tilfælde udtrykker medarbejdere interesse for at deltage, men oplever ikke at være blevet inddraget eller informeret.

”Jeg synes, det er synd, jeg vil enormt gerne deltage i sådan noget her, jeg synes bare, det er så synd, at jeg ved så lidt... Jeg ved, at hvis jeg får en mail, hvor der står Sikker Psykiatri, så er det ikke den jeg læser, fordi det tænker jeg, det er der andre, der har styr på. Jeg ved, at vores ledere, de går hele tiden til møder, og det er noget med Sikker Psykiatri [...] Så der regner man lidt med, at det er andre, der bærer byrden, og at jeg nok skal få noget at vide, men det gør jeg bare ikke”. (Medarbejder, enhed 5)

Nogle enheder har gode erfaringer med at formidle projektet i flere fora. Nogle har fulgt forbedringsteammøder op med et ugentligt nyhedsbrev, med henblik på at holde de øvrige medarbejdere opdaterede. Man har hertil eksempelvis haft Sikker Psykiatri som et fast punkt på dagsordenen til personalemøder og forsøgt at integrere viden om projektet som et fast punkt til øvrige teammøder. Således er projektet blevet kommunikeret til medarbejderne ad flere kanaler og spredt ud til en større del af medarbejderne i forskellige kontekster.

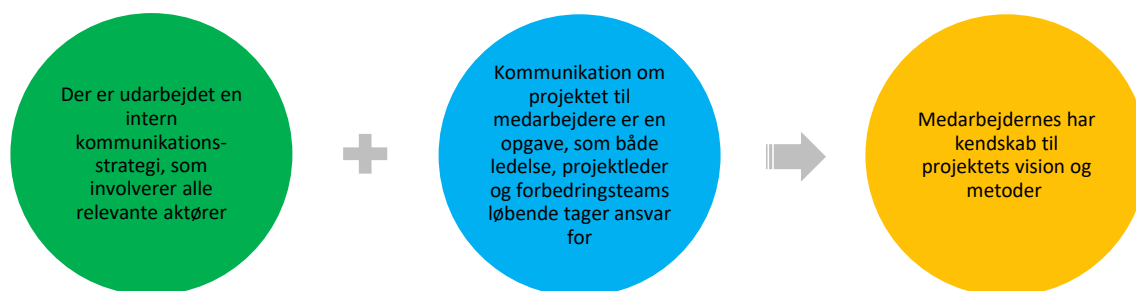
Flere enheder har desuden haft gode erfaringer med at indføre forbedringsarbejdet som et fast punkt på dagsordenen til personalemøder for at sætte videndelingen i system. Nogle medarbejdere oplever dog ikke dette som tilstrækkeligt, og der vurderes at være et behov for, at kommunikation omkring projektet forekommer på en hyppigere basis. På én enhed har man haft gode erfaringer

med afholdelse af introduktionssessioner til Sikker Psykiatri, hvor personale på tværs af afsnit blev introduceret til projektet generelt og forbedringsarbejdet mere specifikt. På nogle få enheder melder ledelse og projektledere om gode erfaringer med udarbejdelse af et Sikker Psykiatri nyhedsbrev. Flere medarbejdere udtrykker dog, er det ikke er så ofte, at læsning af nyhedsbreve bliver prioriteret i en travl hverdag.

Det fremstår således som vigtigt for en intern kommunikation af og om projektet, at eksisterende kanaler tages i brug, og at projektet kommunikeres bredt ud til medarbejderne i forskellige fora. Det er svært for både ledelse og medarbejdere at finde tid til og prioritere overlevering af projektspecifik viden og informationer, der går ud over eksisterende arbejdsopgaver og praksis. Derfor er det nødvendigt for sikringen af et bæredygtigt kommunikationsflow at indføre viden om forbedringsarbejdet og Sikker Psykiatri i eksisterende kommunikationskanaler.

#### *Systematisk og fælles ansvar for kommunikation*

For at øge medarbejdernes kendskab til projektets vision og metoder (V) er det yderligere vigtigt, at kommunikation om projektet til medarbejdere er en opgave, som både ledelse, projektleder og forbedringsteams tager ansvar for (M). For at sikre en klar struktur og fordeling af opgaver om kommunikation skal der udarbejdes en intern kommunikationsstrategi, som involverer alle relevante aktører (K).



Blandt nogle projektledere opleves rollen som formidler af projektet som en svær opgave. De giver udtryk for, at det, at de som udgangspunkt ikke er til stede på afsnittene dagligt, har gjort det svært at oparbejde et godt kommunikationsflow på tværs af afsnit. Nogle teammedlemmer efterspørger en større involvering fra ledelsens side, mens ledelsen på et enkelt afsnit efterspørger større involvering fra projektlederens side i forhold til den interne kommunikation til medarbejderne om projektet.

For at overkomme disse udfordringer fremstår det som vigtigt, at alle aktører, der er direkte involveret i projektet, herunder klinik-, afsnits- og projektledelse, samt medlemmer af forbedringsteamet, involveres i arbejdet med at etablere kommunikationskanaler og etablere de nødvendige kommunikationsflow internt på enheden.

## 4. Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet

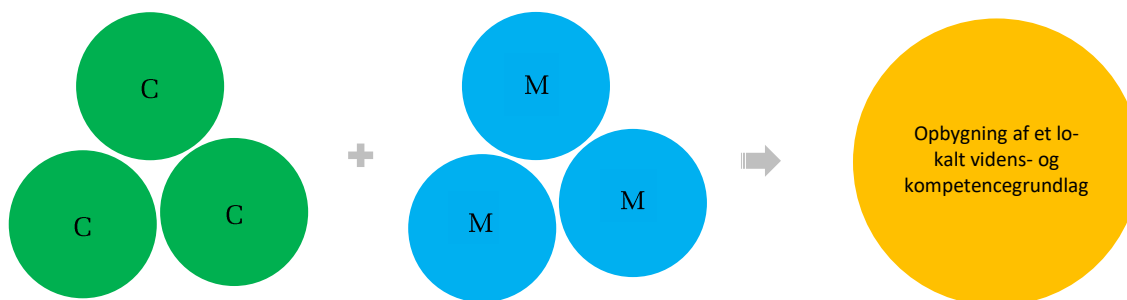
Det fjerde af de syv tværgående temaer i analysen omhandler den lokale kapacitetsopbygning og den lokale etablering af forbedringsarbejdet. Kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet lokalt på enhederne er væsentligt, idet praksis omkring projektet ikke slutter ved projektets afslutning, men skal danne grundlag for en ny praksis.

Om end kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet stadig er i gang på de deltagende enheder, har de i projektperioden gjort sig vigtige erfaringer omkring, hvad der er vigtigt at tage højde for i den lokale etablering af forbedringsarbejdet. I denne evaluering har vi identificeret tre virkninger med særlig relevans for kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet. Disse fremgår af figuren nedenfor og vil i det følgende blive uddybet og nuanceret via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og virkningsmekanismer.



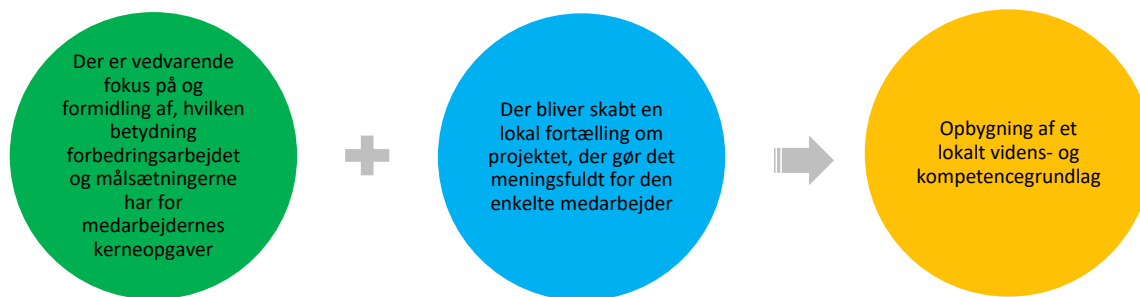
#### 4.1 Opbygning af et lokalt videns- og kompetencegrundlag

Den første af de tre virkninger identificeret for den lokale kapacitetsopbygning og etablering af det lokale forbedringsarbejde er opbygningen af et lokalt videns- og kompetencegrundlag. Som illustreret i figuren nedenfor er tre mekanismer identificeret som centrale for en sådan opbygning. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



#### *Der skabes en lokal fortælling om projektet*

For opbygningen af et lokalt videns- og kompetencegrundlag (V) er det vigtigt, at der skabes en lokal fortælling om projektet, der gør det meningsfuldt og forståeligt for medarbejderne i den kontekst, de befinder sig i (M). Dette kræver et vedvarende fokus på og formidling af, hvilken betydning forbedringsarbejdet og målsætninger herfor har for medarbejdernes kerneopgaver (K).



Sikker Psykiatri beskrives på flere enheder som et medarbejderdrevet projekt, og forbedringsarbejdet beskrives som en tilgang, der muliggør medarbejderinvolvering i forandringsprocesser på en ny og meningsfuld måde. Det har derfor været af afgørende betydning at skabe eller igangsætte en kulturændring blandt medarbejderne, således at det er de ansatte selv, der bærer forbedringsarbejdet ind i det daglige arbejde.

Blandt afsnits- og klinikledelserne er der på tværs af enhederne overvejende enighed om, at det er afgørende for en vellykket integrering af forbedringsarbejdet i lokale praksisser, at forbedringsarbejdets formål og vision er meningsfuldt for den enkelte medarbejder. På flere enheder fremhæves betydningen af en klar formidling af, hvorfor projektet er vigtigt for den enkelte enhed.

”Det er jo vigtigt, at vi som ledelse står sammen og går foran, får formidlet det og hele tiden forklarer, altså, information, information, information. Hvorfor er det, vi skal det her, hvad hviler det på? Det er ikke bare ét eller andet, regionen på irrelevant vis beder os om at gøre, det er fordi, der er en rigtig god grund. At finde de gode historier, også når det er gået galt. Hvornår er det, det har givet glæde og en større arbejdslyst og trivsel?”. (Afsnitsleder, enhed 5)

Der har været forskellige overvejelser på enhederne omkring, hvordan man imødekommer udfordringen med at gøre projektet meningsfuldt for den enkelte medarbejder. En overvejelse har blandt andet været, hvordan forbedringsarbejdet og dets målsætninger kan ”oversættes” til den lokale sammenhæng.

”Det, vi jo har diskuteret, er, at selvom der er noget, der hedder partnerskabsaftalen, hvor vi skal levere noget data, giver lige præcis de data mening for den enkelte medarbejder? Eller skal man prøve at oversætte, hvad vores mål er, og i stedet sige, at det vi skal levere ind som organisation og styre på, at det faktisk også er det, der sådan kan kommunikeres simpelt ud til en sygeplejerske, for eksempel”. (Klinikleder, enhed 2)

For at gøre projektet vedkommende for den enkelte medarbejder har flere enheder haft gode erfaringer med brug af patienthistorier som cases. Det er erfaringen, at det at tale projektet ind i en behandlingskontekst målrettet patientsikkerhed for den enkelte konkrete patient kan bidrage til at kontekstualisere projektet og koncepterne omkring det på en meningsfuld måde blandt medarbejderne.

”Det [case-historier] er et rigtig godt supplement til alt det der tælleri og statistisk proceskontrol, som jeg også er vild med, men det der med at få et ansigt på og en case-historie, det går lige i maven og hjertet. Så det taler til følelserne på en anden måde end statistisk proceskontrol gør, og det er rigtig, rigtig fint. Men det er jo også noget, man skal trænes i og lære at bruge, og turde at bruge og så videre, at få øje på de der historier”. (Regional leder, Region 3)

En mangel på en lokal fortælling om projektet har blandt andet haft som konsekvens, at medarbejdere, der ikke er indgået i forbedringsteams, på flere enheder ikke oplever forbedringsarbejdet og Sikker Psykiatri som noget, de er en del af. Endvidere beskriver flere det som en "skal-opgave". Dette har betydet, at medarbejderne i flere tilfælde ikke har taget projektet til sig og ikke har set det som en del af deres faglige opgave at bidrage til projektet. Også blandt afsnits- og klinkledelse på flere enheder fremhæves dette som problematisk.

"Implementeringen har altså haltet noget, og jeg vil sige, at hele fortællingen og narrativet omkring det har været fraværende. Fuldstændig. Det er jo sådan noget, der lever lidt usynligt, må man godt nok sige". (Klinikleder, enhed 8)

Det fremstår således som centralt for opbygningen af et videns- og kompetencegrundlag blandt medarbejderne, at der skabes en lokal fortælling om projektet, og at medarbejderne på denne måde kan kontekstualisere forbedringsarbejdet. Et vedvarende fokus på og formidling af, hvilken betydning forbedringsarbejdet og dets målsætninger har for medarbejdernes kerneopgaver, herunder i særdeleshed behandling og fokuset på den individuelle patient, er derfor vigtigt i den interne kommunikation af projektet.

#### *Medarbejderne har en fælles forståelse for forbedringsarbejdet*

Det er vigtigt for opbygningen af lokalt videns- og kompetencegrundlag (V), at medarbejderne får en fælles forståelse for forbedringsarbejdet for eksempel via fælles gennemgang og analyse af seriediagrammer ved tavlemøder (M). Dette kan opnås ved at etablere en struktur, der understøtter fælles brug af data og metoder på afsnittene (K).



Det har været en vigtig, men svær opgave i projektet at integrere forbedringsarbejdet lokalt som en ny måde at tænke psykiatri på. Det har været vigtigt at igangsætte en bevægelse blandt medarbejdere på de otte enheder fra at tænke Sikker Psykiatri som et tidsafgrænset projekt til at tænke forbedringsarbejdet som en del af praksis. Det er dog gennemgående for de deltagende enheder, at mange medarbejdere uden for forbedringsteams og ledelsesgrupper ikke har et indgående kendskab til de elementer af forbedringsarbejdet, der er blevet introduceret og anvendt i projektperioden.

På nogle enheder er medarbejdere uden for de lokale forbedringsteams ansvarlige for dataindsamling og -registrering, og på nogle enheder er medarbejdere også ansvarlige for afprøvninger. Hertil bliver seriediagrammer præsenteret for den brede medarbejdergruppe på størstedelen af enhederne. Alligevel går det igen på de fleste enheder, at nogle medarbejdere ikke føler sig rustet til at arbejde aktivt med data og forbedringsmetoder, ligesom det manglende kendskab i flere tilfælde er anledning til modvilje mod projektet.



”Men man kan sige, at når man lige pludselig hænger seriediagrammer op til medarbejderne, så kræver det også en eller anden forståelse for, at medarbejderne skal synes, det er interessant. Og det har sgu’ manglet [...] Hvis de skal begynde at kunne kigge på medianer, og hvad ved jeg, så er man nødt til og give dem en forudsætning for, at de kan være med til at læse de diagrammer. Og det er ikke en forudsætning at medarbejderne kan det”. (Afsnitsleder, enhed 8)

For at tidstro data kan blive et dynamisk redskab til anvendelse af den enkelte medarbejder, fremstår det som afgørende, at medarbejderne aktivt og løbende inddrages i analyse af seriediagrammer og dermed får mulighed for at binde data op på behandlingspraksis. Flere enheder har haft gode erfaringer med fast gennemgang af seriediagrammer ved tavlemøder, for således at skabe forbindelsen mellem data og praksis, og give medarbejderne mulighed for at deltage i analyse og fortolkning af data.

Det fremstår således som vigtigt, at medarbejderne har en fælles forståelse for data og anvendelsen heraf, og at dette for eksempel kan opnås via fælles gennemgang og analyse af seriediagrammer ved ugentlige tavlemøder. Det er vigtigt, at der etableres en struktur, der understøtter fælles brug af data og metoder på afsnittene.

#### *Medarbejderne har et kompetencegrundlag for at indgå aktivt i forbedringsarbejdet*

Det er vigtigt for opbygningen af et lokalt vidensgrundlag (V), at medarbejderne har kompetencer til at indgå aktivt i forbedringsarbejdet (M). Dette kan opnås ved kompetenceudvikling af medarbejdere på tværs af organisationen i specifikke elementer af forbedringsarbejdet (K).



Det fremgår som vigtigt, at medarbejdere på enhederne har et grundlag for at kunne indgå i forbedringsarbejdet. Generel introduktion til og undervisning i data og metoder foretages af PS! på læringsseminarer og på projektbesøg på enhederne, men her har kun medlemmer af forbedringssteams samt ledelsesrepræsentanter været til stede, og øvrige medarbejdere har derfor ikke deltaget. Dét, at medarbejdere oplæres i metoder, kan være med til at give dem ejerskab over forbedringsarbejdet og således motivere en aktiv involvering i og anvendelse af forbedringsmetoder i daglig praksis.

”Bare sådan noget med afprøvning af små forandringer, ikke sådan det store projektlederoverblik, det behøver man ikke at have, men at vide hvad vil det sige at lave en afprøvning, og at man har lidt det samme sprog, når man går ind og taler om at lave forandringer, og har den samme tilgang til, både at kunne se fordelene ved at gøre det, men også stille nogle kritiske spørgsmål. Det tror jeg er meget vigtigt for, at man som medarbejder føler, man har aktier i det. Så man ikke bare er en spiller, der kan blive rykket rundt med, og bare skal gøre, hvad



nogle andre siger, men at man rent faktisk har forståelsen af, hvorfor man skal gøre det, og hvordan man skal gøre det”. (Projektleder, enhed 4)

Aktiv involvering af medarbejderne kræver et solidt forståelsesmæssigt grundlag. Derfor er det vigtigt, at man på enhederne er bevidst om betydningen af, at medarbejderne kompetenceudvikles i dataindsamling og forståelse af seriediagrammer. På én enhed har man iværksat et initiativ om kompetenceudvikling af ledelsesgruppen i dataindsamling og udarbejdelse af seriediagrammer.

”Hvis man så kunne få folk til selv at taste nogle ting ind og blive en del af det. I forhold til det lederprogram har vi lavet en intro og videokonference, og der fik vi en idé til vores egen undervisning, der skal vi så lave vores eget seriediagram om noget privat noget. Jeg skal så måle skridt, skridtantal. Det kunne så også gøres på kurser, så de kan se, at grafer godt kan bruges til nogle sjove ting, det tænker jeg, det tager vi med”. (Projektleder, enhed 4)

Kompetenceudviklingen har til hensigt at konkretisere forståelsen af anvendelsen af data for den enkelte for at skabe et forståelsesmæssigt grundlag for processerne omkring data og metoder. På nogle enheder fungerer seriediagrammer dog primært som et ledelsesværktøj, og dette har betydet en blandt medarbejderne manglende forståelse for og dermed engagement i indsamling og anvendelse af data. Det er dermed vigtigt, at kompetenceudvikling i seriediagrammer ikke begrænses til ledelsesniveauet.

På samme enhed har man haft gode erfaringer med afholdelse af PDSA-workshops for medarbejderne. Beslutningen om at opstarte systematisk træning af medarbejdere i metoden er taget på baggrund af en oplevelse af, at en introduktion til metoden ikke har været tilstrækkelig, og at medarbejderne derfor ikke har taget metoden til sig. To teammedlemmer har stået for træning af alle medarbejdere, både sygepleje- og lægefagligt personale, i brug af metoden.

”Det har været en proces, hvor man har introduceret, og man har italesat, og man har rummet sine medarbejders frustrationer omkring det her, der nu er kommet ind på afsnittet, og hvad er nu det for noget den her PDSA [...] Det er en proces, som har ført til, at det i dag ikke er noget, man sætter spørgsmålstegn ved. Nu gør man det, man har taget det til sig, man synes det er interessant, fordi man kan se værdien i det, man kan se, hvordan det kan bruges. Lige pludselig så er den der geist der ligesom: ’Hey, det er sgu fedt det her!’”. (Afsnitsleder, enhed 4)

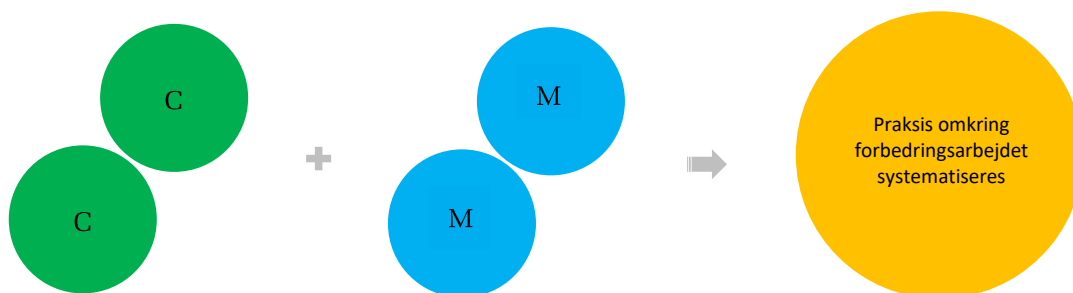
På andre enheder berettes om gode erfaringer med undervisning af ledere på alle niveauer. Dette skaber et grundlag for, at lederne kan facilitere spredning af kendskabet til metoderne lokalt, ligesom det giver lederne mulighed for at bruge forbedringsmetoder og data som ledelsesredskaber.

Det fremstår yderligere som fordelagtigt, at kompetenceudvikling i forbedringsmetoder udbredes og tilpasses til specifikke funktioner og faggrupper, således at forbedringsarbejdet integreres i forskellige arbejdsgange og niveauer af organisationen. Dette kunne for eksempel være en måde at imødekomme en generel udfordring omkring inddragelse af lægefaglige medarbejdere i forbedringsarbejdet.

Det fremstår som vigtigt for kapacitetsopbygning på enhederne, og for at kunne give medarbejdere på alle organisatoriske niveauer og i alle funktioner og faggrupper et indgående kendskab til forbedringsmetoderne, at alle medarbejdere løbende er blevet tilbudt kompetenceudvikling i metoder, således at nye medarbejdere, eller medarbejdere der ikke har haft tid, eller mulighed for at deltage tidligere, har kunnet få et indblik i og en forståelse for anvendelsen af disse metoder.

#### 4.2 Praksis omkring forbedringsarbejdet systematiseres

Den anden af de tre virkninger identificeret for den lokale kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet er, at der på hver af de deltagende enheder udvikles en systematik eller struktur omkring projektet, der kan understøtte den lokale kapacitetsopbygning. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer for systematisering af praksis omkring projektet identificeret. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



##### *Projektaktiviteter er bundet op på praksis*

For at kunne skabe en systematisering af praksis omkring projektet (V) er det vigtigt, at projektaktiviteter er bundet op på faste, tilbagevendende praksisser, såsom møder, og ikke kun på personer (M). For at dette kan ske, er det vigtigt, at der er en strukturel understøttelse af forbedringsarbejdet i praksis for at sikre, at det ikke bliver personbundet. (K).



Som tidligere beskrevet er det et vilkår for alle enhederne, at der kan være eller er stor personaleudskiftning. Forbedringsarbejdet er derfor særligt sårbart, hvis opgaven med implementering og facilitering er personbundet. Ligeledes er erfaringen fra flere enheder, at det er en tung opgave, hvis ansvaret for projektdriften er personbundet. Det beskrives blandt andet, at "tingene falder på gulvet", når de, der er ansvarlige for facilitering af projektaktiviteter, ikke er til stede.

*"Det falder tilbage på, om vi får lavet en indre struktur på vores projekt, hvor man siger, jamen sådan holder vi teammøderne, også når [projektlederen] ikke er her, og vi har en fast dagsorden og sådan noget [...] Men det failer lidt, når det går stærkt". (Projektleder, enhed 7)*

En struktur omkring forbedringsarbejdet kan således være med til at sikre, at projektet ikke falder til jorden ved projektlederens, eller øvrige bærende personers, fravær. Dette kan for eksempel være, at forbedringsteam møder og dagsordener lægges i kalenderen, således at de indgår som faste elementer i den daglige praksis, og at afholdelsen af møder ikke er afhængig af, at nogle tager initiativet. Dette beskrives også som fordelagtigt ved udførelsen af andre projektaktiviteter, såsom

PDSA'er. Udarbejdelse, afprøvning og gennemgang af PDSA'er kan sikres ved, at disse led i processen er bundet op på et fast møde eller en anden fast aktivitet, og ikke nødvendigvis kun er bundet op på de ansvarlige for udførelsen.

Det fremstår således som vigtigt, at forbedringsarbejdet er bundet op på faste, tilbagevendende praksisser, såsom møder, for at sikre, at initiering, etablering og gennemførelse af projektaktiviteter ikke er afhængigt af tilstedeværelsen af specifikke personer. Dette kan imødekommes ved, at der udarbejdes en struktur for projektaktiviteter, for således at understøtte forbedringsarbejdet strukturelt og for at sikre, at forbedringsarbejdet ikke bliver personbundet.

#### *Fora for deling af viden om forbedringer i alle vagtlag*

Det er yderligere vigtigt for systematisering af praksis omkring projektet (O), at der findes fora for deling af viden om forbedringsarbejdet i og på tværs af alle vagtlag (M). Dette kræver dog, at tavlemøder og sikkerhedsbriefinger med fokus på forbedringer afholdes systematisk, med regulære intervaller, og med deltagelse af medarbejdere i alle vagtlag og -overgange (C).



En af hovedudfordringerne forbundet med at kommunikere projektet til medarbejdere er at komme på tværs af de vagtlag, som udgør døgndækningen på alle deltagende enheder (og psykiatriske enheder i øvrigt). Medarbejdere på de deltagende enheder er derfor spredt ud på forskellige vagtlag, henholdsvis dag-, aften- og nattevagter. Overlap mellem de tre vagtlag er begrænset til mundtlige overleveringer, og kun et fåtal af medarbejderne går på tværs af vagtlag. Derfor har implementering og forankring af projektet blandt medarbejderne været en udfordring for alle projektenhederne. Størstedelen af de deltagende enheder har som led i projektet etableret sikkerhedsbriefinger, som sikrer overlevering af viden og status i vagtovergange. Dette fremhæves som et godt forum til formidling af projektrelateret viden og metoder på tværs af vagtlagene.

På alle enheder har tavlemøder også været en central del af forbedringsarbejdet. Nogle enheder har arbejdet med denne mødeform inden projektets begyndelse, mens andre har introduceret det i regi af projektet. I begge tilfælde har tavlemøder været et kerneforum for forbedringsarbejdet. Derfor har tavlemøderne et stort potentiale som platform for både udvikling, formidling og implementering af projektet i alle led af organisationen.

"Jeg ser faktisk efterhånden tavlemøder som det sted, hvor vi kan sikre, at personalet i et afsnit eller en gruppe er involveret bedst muligt, at det ligesom er kilden til det. Dels det, at de er med, dels det, at det er et sted, hvor vi har det, vi laver. Jeg kan se et skisma, en udfordring i det, det er det der med at have et forbedringsteam og så tavlen. Hvem styrer det? Og hvad hvis tavlemødet står alene, uden at der er nogle, som virkelig har tid og er committet på at følge op og forberede det?". (Projektleder, enhed 7)

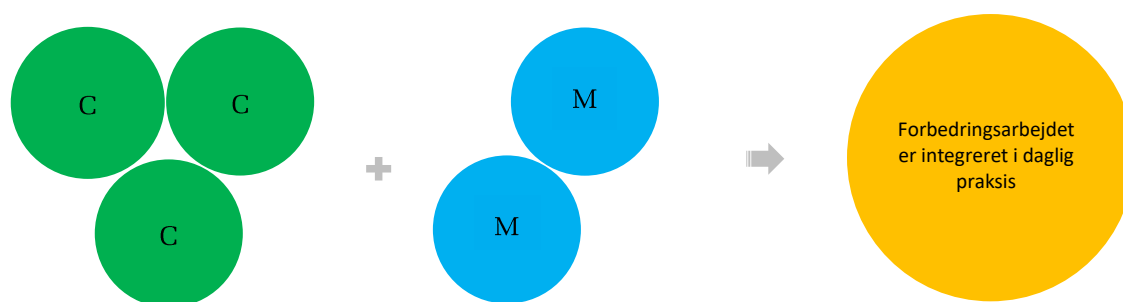
For at tavlemøderne kan blive integreret i praksis er det væsentligt, at faciliteringen af elementer af forbedringsarbejdet i dette regi bliver bundet op på eksisterende funktioner og rutiner, og ikke på projektrelateret personale. Derfor fremhæves det på flere enheder som vigtigt, at det ikke er projektlederen, men afsnittet, som tager ejerskab over tavlemøderne. Hvis projektlederen er for meget inde over facilitering af møderne, er der en risiko for, at tavlemøderne og det indhold, der relaterer sig til forbedringsarbejdet, bliver betragtet som et led i projektlederens arbejde med Sikker Psykiatri og ikke som en integreret og fremadrettet del af praksis. Det fremgår derfor som fordelagtigt, at det er afsnitslederne eller medarbejderne, der faciliterer tavlemøderne. Det understreges dog også som væsentligt, at der udpeges en tovholder, som står for faciliteringen. Erfaringen er her, at møderne gradvist "dør ud", hvis ikke der er en fast person, der faciliterer dem.

Med henblik på involvering af medarbejdere i flere vagtlag har en enhed haft gode erfaringer med at afholde faste tavlemøder i aftenvagten, således at medarbejdere, der ikke har faste dagvagter, også involveres i forbedringsarbejdet. Det er her væsentligt, at der er fokus på, at forbedringsarbejdet ved disse tavlemøder i øvrige vagtlag ikke kun formidles, men også udvikles i samarbejde med medarbejderne, således at disse medarbejdere også får ejerskab over forbedringsarbejdet. Størstedelen af de deltagende enheder har som led i projektet etableret sikkerhedsbriefinger, som sikrer overlevering af viden og status i vagtovergange. Dette fremhæves som et godt forum til formidling af projektrelateret viden og metoder på tværs af vagtlagene.

Det fremstår som vigtigt for opbygningen af et lokalt videns- og kompetencegrundlag, at medarbejdere inddrages systematisk i forbedringsarbejdet i vagtlag og overgange blandt andet via fora som tavlemøder og sikkerhedsbriefinger. Det er vigtigt, at tavlemøderne afholdes systematisk i alle vagtlag, således at medarbejdere i alle vagtlag inddrages, og at forbedringsrelateret indhold på disse møder faciliteres af afsnitsledelse eller medarbejdere, sådan at det ikke bindes op på projektet men på praksis.

#### 4.3 Forbedringsarbejdet er integreret i daglig praksis

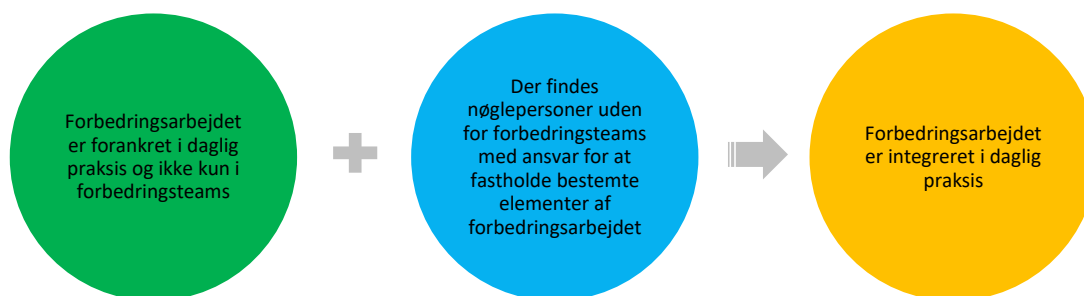
Den sidste af de tre virkninger identificeret for lokal kapacitetsopbygning og den lokale etablering af projektet er, at registrering og anvendelse af data integreres i eksisterende praksis. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for, at dette kan ske. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive uddybet i dette afsnit.



#### *Udpegelse af nøglepersoner til fastholdelse af forbedringsarbejdet*

Det er vigtigt for integrering af forbedringsarbejdet i praksis (V), at der findes nøglepersoner uden for forbedringsteams med ansvar for at fastholde bestemte elementer af forbedringsarbejdet (M).

For at dette kan ske, er det vigtigt at forbedringsarbejdet er forankret i daglig praksis og ikke kun i forbedringsteams (K).



Det har i projektet været vigtigt med en særlig opmærksomhed på, hvordan medarbejdere uden for forbedringsteams inddrages bedst muligt, således at projektet forankres bredt i organisationen. Inddragelse af medarbejdere i forbedringsarbejdet har været en gennemgående udfordring på tværs af de deltagende enheder. Det fremgår af interviews med medarbejdere på størstedelen af enhederne, at projektet opleves som en opgave, der varetages af projektlederen og medlemmer af forbedringsteams, og derfor ikke er en opgave for øvrige medarbejdere.

”Min oplevelse er, at selve indsatsen omkring Sikker Psykiatri er meget isoleret til de medlemmer, der er med i teamet, og som også deltager i læringsseminarer og så videre. Resten af personalegruppen kender jo nogle af arbejdsgangene, der er blevet implementeret med Sikker Psykiatri, men selve projektet, tror jeg ikke, de kender særlig meget til”. (Projektleder, enhed 1)

Det opleves på flere enheder, at medarbejdere ikke er involveret i eller har kendskab til Sikker Psykiatri, og at det, at der er et team, der er bundet direkte op på projektet, kommer til at have en modsat effekt, nemlig at projektet opleves som elitært og eksklusivt, og som noget, der ikke involverer øvrige medarbejdere.

”Det, jeg kan høre, det er, at der faktisk er en del medarbejdere, som ikke ved, hvad Sikker Psykiatri er, og når jeg går ud på afdelingerne og spørger, hvad de afprøver, så kan de godt blive lidt blanke og lidt: 'Hvad snakker du om?'. Så på den måde bliver det sådan lidt et elitært projekt, kan man sige: 'Nå men det er noget ledelsen siger, vi skal, og der er nogle medarbejdere, der tager på læringsseminarer. Det er ikke os, det er mine kollegaer, der arbejder med det'. Og på den måde bliver det jo ikke implementeret og på den måde er infrastrukturen jo heller ikke i orden, fordi så når vi ikke ud der, hvor vi skal nå ud til den enkelte medarbejder, og patient, i sidste led”. (Regional leder, Region 3)

En sådan praksis har nogle steder resulteret i, at forbedringsarbejdet er forblevet en opgave for forbedringsteamet og ikke er nået ud til de øvrige medarbejdere. En manglende strukturel understøttelse af arbejdet med spredning og videndeling til øvrige medarbejdere har i nogle tilfælde også medført, at medlemmer af forbedringsteamet ikke magter at tage opgaverne med ud af teamet og ind i daglig praksis som beskrevet i et tidligere afsnit. Denne udfordring har man imødekommet på en enhed ved at systematisere deltagelse af øvrige medarbejdere i teammøder således, at teammøderne altid, så vidt muligt, bliver besøgt af øvrigt personale, for dermed at sprede kendskab til, viden om og involvering i projektet ud over projektteamet.

”Der er også et afsnit, hvor der, i det omfang det overhovedet er muligt, altid er nogle andre med til teammøderne end dem, der er en del af teamet. Altså, hvis der ligesom er nogle der kan afses, så kommer de også med for at finde ud af, hvad der foregår på de der teammøder. Og så bliver det jo inddraget i forbedringsarbejdet på den måde. Det kan godt være, at det er en fra teamet, der er formand for en PDSA, men det er nogle andre, der skal prøve det af”.  
(Projektleder, enhed 3)

Det fremgår derudover som vigtigt, at dataindsamling ikke er bundet op på projektet, men på én eller flere funktioner, der er integreret i den eksisterende praksis. Indsamling og registrering af data er grebet meget forskelligt an på de forskellige projektenheder, og de deltagende enheder har derfor forskellige erfaringer med håndteringen af data. På størstedelen af enhederne har projektlederen haft en central rolle i håndtering af data, herunder indtastning data og udarbejdelse af månedsrapporter. På nogle enheder har det ligeledes været projektlederens rolle at indsamle data, mens det på andre enheder har været en medarbejderopgave at indsamle og registrere data.

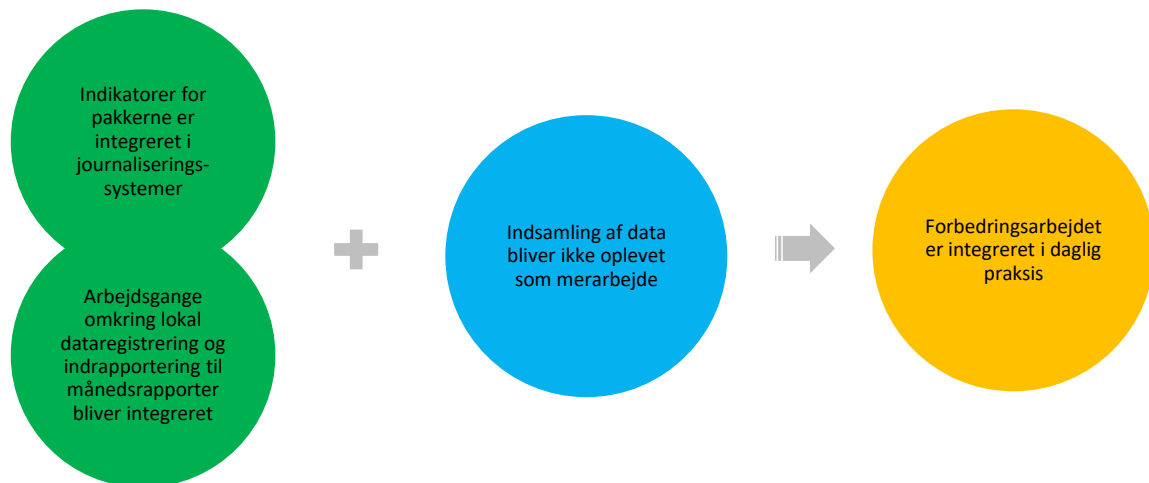
Indsamling og behandling af data fremhæves på flere enheder som en kilde til vigtig læring omkring forbedringsarbejdet og de processer, der driver det. Det fremgår derfor som væsentligt, at medarbejdere får indblik i og forståelse for forbedringsarbejdet via bearbejdning af data. Samtidig kan medarbejdernes større involvering medvirke til, at data bliver en mere integreret del af hverdagen. Enhederne har alle arbejdet med forskellige modeller for dataindsamling, men det har været en gennemgående målsætning ikke at skabe merarbejde - og så vidt muligt at indarbejde dataindsamlingen i den eksisterende praksis. Det er derfor afgørende, at projektlederens rolle i forhold til dataindsamling og registrering primært er som iværksætter og facilitator, men at dataindsamling og registrering ikke primært bliver en projektlederopgave.

Det fremstår dermed som vigtigt for sikringen af en bred forankring af forbedringsarbejdet blandt medarbejdere, at de deltager i forbedringsteammøder eller -aktiviteter for at undgå, at forbedringsteamet og forbedringsarbejdet opfattes som eksklusivt, og for at øge medarbejderinvolveringen i forbedringsarbejdet generelt. Dette kræver, at relevante og motiverede nøglepersoner eller grupper for hvert vagtlag uden for projektteamet identificeres og får ansvar for at fastholde bestemte elementer af forbedringsarbejdet.

#### *At indsamling af data ikke opleves som merarbejde*

Det er vigtigt for at få integreret forbedringsarbejdet i daglig praksis (V), at indsamling af data ikke opleves som merarbejde (M). Dette kræver dels at indikatorer for pakkerne integreres i eksisterende journaliseringssystemer, sådan at data kan hentes direkte fra journalerne (K), og at arbejdsgange omkring lokal dataregistrering og indrapportering til månedsrapporter bliver integreret (K).





På størstedelen af de deltagende enheder opleves indsamling og registrering af data som merarbejde. Dette skyldes blandt andet, at flere systemer i de forskellige regioner ikke understøtter dataindsamling for Sikker Psykiatri, da nogle indikatorer (for eksempel indikatorerne for pakken om somatik) ikke indgår i eksisterende journaliseringssystemer. Det opleves som omstændeligt, tidskrævende og som dobbeltarbejde, når medarbejderne på enhederne skal indtaste samme data på papirark og i journaliseringssystemer.

Det fremgår derfor som vigtigt, at værdier for de indikatorer, der er formuleret for forbedringsarbejdet, lægges ind i journaliseringssystemerne, sådan at data kun skal dokumenteres ét sted. At få ændret i journalsystemets værdier er dog blevet påpeget som en omstændelig proces, hvorfor dokumentation til Sikker Psykiatri er foregået via skemaer og derfor er blevet oplevet som merarbejde. Enkelte enheder har med besvær fået integreret nogle få nøgleord til måling af indikatorerne i deres journalsystemer, hvilket har lettet processen omkring indtastning af data.

I forlængelse heraf opleves indtastning af data til månedsrapporter på nogle enheder som omstændeligt, idet lokale praksisser omkring dataregistrering foretages parallelt med, og ikke som en del af, denne indtastning. Dette skyldes ligeledes, at processer omkring og systemer for dataregistrering ikke er integreret.

*”Det tog faktisk rigtig, rigtig lang tid at lave de her afrapporteringer. Så føler man sig jo hensat til sådan noget tung kvalitetstid [...] Kan man ikke gøre denne her videndeling på en lettere måde?”. (Kliniker, enhed 1)*

Månedsrapporterne og feedback herpå opleves dermed ikke i alle tilfælde som meningsgivende på enhederne. Dette er ikke en gennemgående udfordring, men det er væsentligt med en opmærksomhed på, hvordan man kan lette processer omkring indregistrering af data lokalt og til PS!

En anden, mere gennemgående udfordring med registrering og anvendelse af tidstro data er, at mange enheder grundet deres størrelse ikke kan lave meningsfulde analyser af registrerede data så hyppigt, som det bliver anbefalet i projektet. Det opleves som en udfordring at lave ugentlige data, da der er for få patienter, der bliver indlagt eller udskrevet. Det fremgår i flere interviews, at de små tal både er svære at arbejde med og bruge aktivt i praksis, og det opleves at svække validiteten af data. Derfor har flere enheder måttet nedsætte hyppigheden af deres dataopsamlinger og -analyse, hvilket har medført, at seriediagrammer ikke har kunnet gennemgås på ugentlig basis. Denne

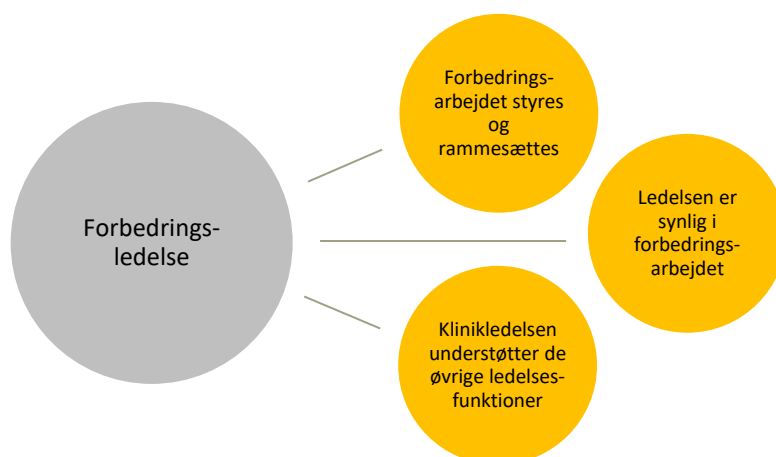
justering har ikke været en barriere for anvendelse af tidstro data, men enhedernes størrelse er væsentlig at tage forbehold for i udarbejdelse af analyse af tidstro data.

Det fremgår således som væsentligt for integrering af registrering og anvendelse af data i eksisterende praksis, at indsamling af data ikke bliver oplevet som merarbejde. Dette imødekommes ved, at indikatorer for pakkerne i højere grad tænkes sammen med eksisterende journaliseringssystemer, og at arbejdsgange omkring lokal dataregistrering og indrapportering til månedsrapporter til PS! bliver integreret.

## 5. Forbedringsledelse

Det femte af de syv tværgående evalueringstemaer er forbedringsledelse. Som led i projektet har Sikker Psykiatri faglige følgegruppe udarbejdet et idékatalog til de deltagende enheder, som beskriver forslag til ledelsesrettede tiltag og redskaber med henblik på understøttelse af forbedringsarbejdet (se bilag 2). Her fremgår det, at ledelse på alle niveauer af organisationen har en vigtig rolle i fremdrift og fastholdelse af forbedringsarbejdet. Hertil fremgår det, at det er ledelsens opgave at sætte patientsikkerhed på dagsordenen, holde tæt kontakt med forbedringsteams, efterspørge data og fjerne eventuelle barrierer for forbedringsarbejdet. Det er yderligere ledelsens ansvar at følge op på arbejdsprocesser og målsætninger for forbedringsarbejdet.

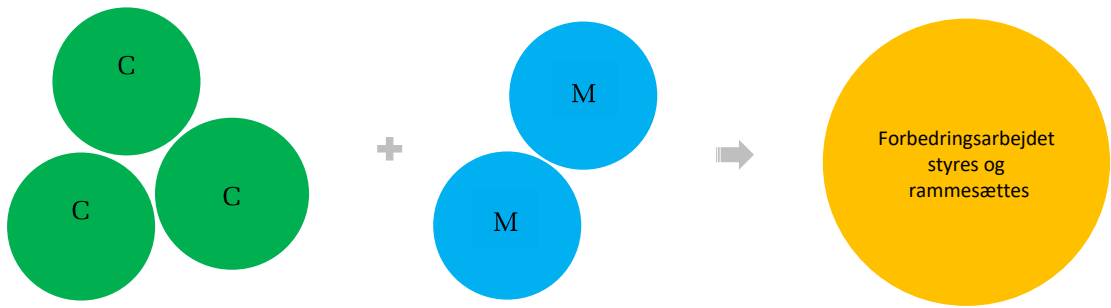
I denne undersøgelse har vi identificeret tre virkninger med særlig relevans for forbedringsledelse. Disse fremgår af figuren nedenfor og vil i det følgende blive uddybet og nuanceret via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og virkningsmekanismer.



### 5.1 Forbedringsarbejdet styres og rammesættes

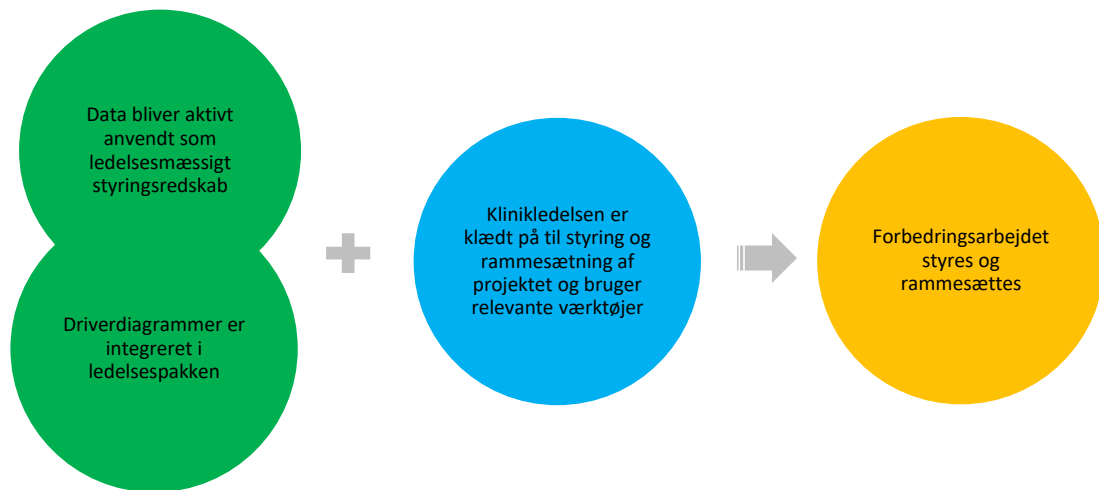
Den første af de tre identificerede virkninger for forbedringsledelse er styring og rammesætning af projektet. Som illustreret i figuren nedenfor er tre mekanismer identificeret som særligt væsentlige for ledelsesmæssig styring og rammesætning af forbedringsarbejdet. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive gennemgået i dette afsnit.





### *Klinikledelsen på enhederne er klædt på til at bedrive forbedringsledelse*

Det er vigtigt for ledelsesmæssig styring og rammesætning af forbedringsarbejdet (V), at klinikledelsen på enhederne er klædt på til styring af forbedringsarbejdet. En central mekanisme herfor er, at ledelsen er klædt på til styring og rammesætning af projektet og bruger de relevante værktøjer (M). Som centrale forudsætninger herfor skal driverdiagrammer integreres i det idékatalog, der er udviklet til ledelsen i forbindelse med projektet (K), og data skal anvendes aktivt som ledelsesmæssigt styringsredskab (K).



Styring og rammesætning af forbedringsarbejdet fremstår som en primær ledelsesopgave. Det beskrives på tværs af informanter som vigtigt, at ledelsen sætter rammerne for, at medarbejdere kan arbejde med forbedringsmetoderne. En central del af det at bedrive forbedringsledelse er brugen af data som styrings- og forbedringsredskab. Dette redskab er et kerneelement i forbedringsarbejdet og, for ledelsen på enhederne, en ny måde at tænke og bedrive ledelse på.

”Det er en måde at bedrive ledelse på, som vi virkelig har taget til os. Og som vi, i hvert fald os, der er afdelingsledere, synes er en enorm god måde at bedrive ledelse på [...] Før havde vi Den Danske Kvalitetsmodel, hvor det lidt var med en løftet pegefinger. Det her det handler mere om, at nu skal vi bruge det til at navigere og sige, hvad er vi nødt til lige at få rettet op på, og hvor har vi en udfordring henne. Hvor det ikke bliver denne der negative måde at forholde sig til data på”. (Klinikleder, enhed 1)

På enhederne er data gennem projektet blevet et vigtigt redskab til at forstå, udvikle og tilpasse praksis løbende. Data beskrives samtidig som en omfattende ændring af den eksisterende ledelsespraksis - og dermed ikke uproblematisk. Særlig i forholdet til medarbejderne. En klinikleder på en anden enhed uddyber denne udfordring.

”Det at indsamle data, det er også en kulturændring for mange ledere. Det er en helt anden måde at arbejde med forbedringer og implementering på, og der skal vi selvfølgelig helst have dem alle sammen [medarbejderne] til at fange, at seriediagrammerne ikke er noget, der bliver lavet for min skyld og noget som x og x kan sidde og kontrollere afsnittene på og heller ikke for selskabets skyld, men at det er den lokale leders arbejdsværktøj”. (Klinikleder, enhed 2)

Lederne står med indførelse af data som styringsredskaber overfor en vigtig opgave, der handler om at formidle potentialet i og formålet med datadrevet ledelse og brugen af forbedringsmetoder som arbejdsredskaber generelt. Ikke desto mindre opleves anvendelsen af tidstro data som styringsredskab i forbedringsarbejdet som meningsfuldt og vigtigt for at kunne skabe forbedringer i praksis.

Et andet redskab, der fremgår af materialet som centralt for forbedringsledelse, er driverdiagrammer. Disse fremhæves som væsentlige redskaber for rammesætning af forbedringsarbejdet og som et styringsredskab i løbet af projektperioden. Det fremgår hertil af interviews med projektledere og medarbejdere, at det er væsentligt, at ledelsen fra projektets start sætter en klar retning for projektet samt faciliterer den konkrete projektopstart.

Overordnede driverdiagrammer for projektet har indgået fra projektets start, og alle enhederne har i nogen grad arbejdet aktivt med udvikling af diagrammer til brug i rammesætningen af forbedringsarbejdet lokalt. Driverdiagrammer er dog ikke blevet introduceret som et lokalt ledelsesværktøj fra projektets start. Det fremhæves af ledelsesrepræsentanter på flere enheder, at dette havde været fordelagtigt, sådan at driverdiagrammet kunne have understøttet det indledende arbejde med rammesætning af projektet lokalt.

Ledere på nogle enheder udtrykker, at ledelse og styring af forbedringsarbejdet fra projektets start har været forbundet med usikkerhed, da det har været nyt for mange. Også blandt nogle projektledere er dette gået igen. Rammen for forbedringsarbejdet på disse enheder oplevedes indledningsvis som uklar, og interne målsætninger og planer for arbejdet, herunder ansvars- og opgavefordelinger, som mangelfulde. Nogle ledere har således ikke følt sig tilstrækkeligt klædt på til rammesætning og styring af forbedringsarbejdet.

”Jeg tror ikke rigtig, det var gået op for nogen af os, at det faktisk var lederen, der skulle bære det, altså de lokale ledere [...] Jeg tror ikke, jeg var så bevidst om min rolle, altså ud over at jeg prøvede at understøtte de to, der havde forbedringsagentuddannelsen i, hvordan de skulle komme igennem med deres opgave”. (Klinikleder, enhed 3)

Anvendelse af data og driverdiagrammer fremstår således som centrale værktøjer til forbedringsledelse. Det er væsentligt, at disse værktøjer introduceres og tages i brug fra projektets start, sådan at ledelsen er ordentligt klædt på til at styre og rammesætte forbedringsarbejdet.

### *Sikring af ledelsesmæssig sammenhæng*

En anden vigtig mekanisme for styring og rammesætning af forbedringsarbejdet (V) er, at ledelsen sikrer en ledelsesmæssig sammenhæng mellem de organisatoriske niveauer i forbedringsarbejdet

(M). Etablering af en platform for et fælles ledelsesmæssigt fokus på forbedringsarbejdet, med deltagelse af både klinik-, afsnits- og projektledelse, er et vigtigt led i at sikre dette (K).



Styring og rammesætning af forbedringsarbejdet kræver, ifølge flere af de interviewede klinik-, afsnits- og projektledere, en god ledelsesforankring af forbedringsarbejdet. Det fremstår som vigtigt med en fælles tilgang til forbedringsarbejdet på tværs af organisationen. Dette indebærer blandt andet, at der er en fælles overordnet strategi for arbejdet, der går på tværs af ledelseslag og derfor er fælles for hele organisationen. Flere enheder har i projektperioden erfaret vigtigheden af en fælles ledelsesmæssig linje i forbedringsarbejdet og vigtigheden af, at alle ledelseslag er med til at informere beslutninger, prioritering og planlægning i relation til forbedringsarbejdet på baggrund af deres kendskab og tilknytning til projektet.

For eksempel fremhæves det af flere ledere, at det hverken er realistisk eller meningsfuldt, at klinikledelsen er primus motor på den daglige drift af forbedringsarbejdet på afdelingerne, men at en tæt sparring med afsnitsledelse og projektleder er nødvendig for, at de beslutninger der træffes på klinikledelsesniveau, er informeret af og funderet i forbedringsarbejdet i den daglige praksis.

”De [forskellige ledelsesfunktioner] har jo en rolle i forhold til at skabe vilkår for, at tingene kan ske på forskellig vis. Det er klart, at hvis vi snakker om klinikledelsen, så handler det om, at de har mulighed for at levere flere ressourcer, hvis det er det, der skal til. Det kan du jo ikke nødvendigvis gøre som afsnitsleder, men som afsnitsleder har du jo så muligheden for at tilrettelægge arbejdet afhængigt af, hvilke kompetencer der er brug for i forskellige sammenhænge. Så det er lidt forskelligt, men afsnitslederne [...] er dem, der skal drive forbedringsarbejdet ude i det enkelte afsnit. Så når jeg siger, jeg driver forbedringsarbejdet, så er det jo overordnet på klinikniveau. Og så er min rolle at facilitere det derude, men de skal jo lede og fordele”. (Projektleder, enhed 3)

I og med at der er forskellige ledelsesfunktioner, og dermed også opgaver forbundet med forbedringsarbejdet, er det vigtigt, at der er et fælles ledelsesmæssigt og strategisk udgangspunkt, at man i forbedringsledelsen arbejder mod de samme mål, og at man sætter en fælles ramme for forbedringsarbejdet på alle niveauer.

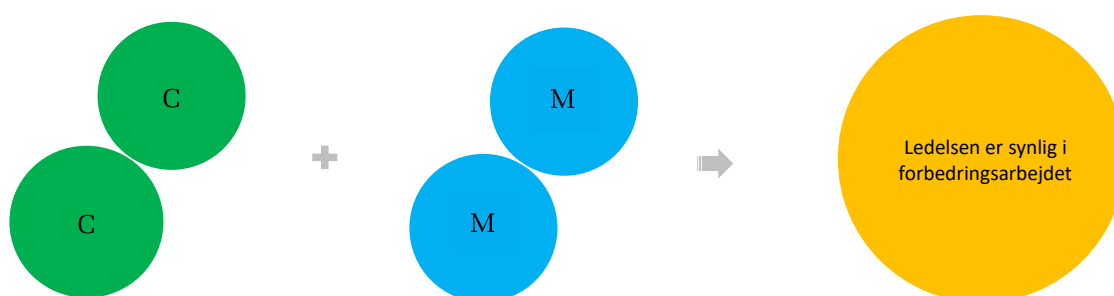
Ledelsesmøder på tværs af ledelseslag er noget, mange af enhederne allerede praktiserer, men kun et fåtal af enhederne praktiserer dette i regi af forbedringsarbejdet. På en enhed har man derfor, som et nyt ledelsesinitiativ, iværksat såkaldte forbedringstorsdage som et forum for udvikling og sparring om forbedrings- og kvalitetsarbejdet på afdelingen. Her mødes ledelse, kvalitetsmedarbejdere og repræsentanter for de nedsatte forbedringsteams én gang månedligt for at diskutere elementer af forbedringsarbejdet samt roller og forankring i organisationen. Forbedringstorsdagen

afholdes over en hel dag, hvor relevante aktører kan tage del i det omfang, det er relevant og muligt.

Det fremstår således som vigtigt for styring og rammesætning af forbedringsarbejdet, at klinikledelsen faciliterer regelmæssige ledelsesmøder med fokus på forbedringsarbejdet med både klinik-, afsnits- og projektledelse, med henblik på etablering af et fælles ledelsesmæssigt udgangspunkt for forbedringsarbejdet.

## 5.2 Ledelsen er synlig i forbedringsarbejdet

Den anden af de tre virkninger identificeret for forbedringsledelse er, at ledelsen er synlig for medarbejderne i forbedringsarbejdet, og at de involverer sig aktivt i dette. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for ledelsesmæssig synlighed og involvering. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *Ledelsen går forrest i forbedringsarbejdet og sætter det på dagsordenen*

En vigtig mekanisme for ledelsesmæssig synlighed og involvering i forbedringsarbejdet (V) er, at ledelsen går forrest i forbedringsarbejdet og sætter det på dagsordenen (M). For at dette kan ske, er det nødvendigt, at forbedringsarbejdet bliver inddraget i alle ledelsesopgaver (K).



I interviews med medarbejdere og projektledere på alle enheder understreges vigtigheden af, at ledelsen er synlig og aktivt involveret i forbedringsarbejdet. Det fremhæves for eksempel som en vigtig ledelsesopgave at motivere medarbejderne og vise vej i forbedringsarbejdet. En projektleder beskriver spredningen af forbedringsarbejdet ud i organisationen som ringe i vandet, hermed forstået, at ledelsen skal sætte det i gang, for at det spreder sig. Således skal forbedringsarbejdet inddrages i alle ledelsesopgaver og formidles ud i afsnittene af ledelsen.

”Jeg tror [klinikledelsen] har en ganske betydelig rolle. Det skal være [klinikledelsen], der hele tiden motiverer og skaber rammerne for, at et afsnit arbejder med den her metode, fordi den

er ressourcekrævende, i hvert fald i startfasen, og der er en forholdsvis lang startfase. Så der skal være en accept eller påskyndelse af 'Ja, vi ved godt at tager tid, men arbejd nu med det alligevel', sådan at ledelsen på afsnittet har opbakning [fra klinikledelsen] til at arbejde på den her måde. Det tror jeg er vældig vigtigt [for klinikledelsen], at det er i fokus". (Regional leder, Region 1)

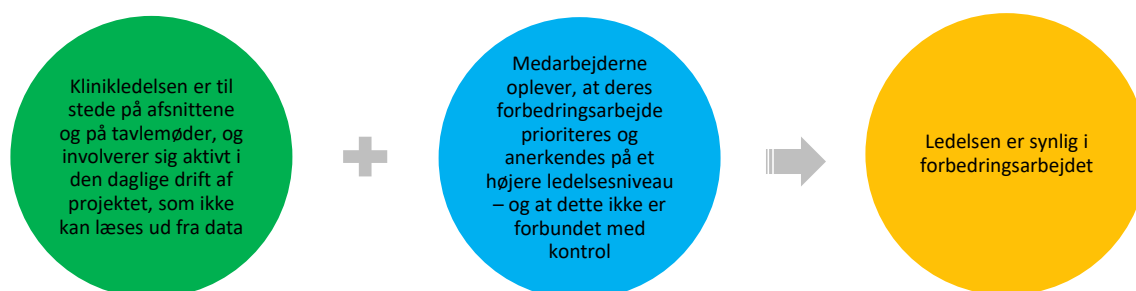
Grundet medarbejdernes orientering mod ledelsesniveauet fremhæves det, at medarbejdere i nogle tilfælde ikke prioriterer det lokale forbedringsarbejde som en konsekvens af manglende ledelsesopbakning.

"Jeg synes, at de [klinikledelsen] er meget vigtige, og da jeg tidligere talte lidt om midtvejskrise i projektet og sådan noget, der har det formentlig også noget at gøre med, at [klinikledelsens] fokus var væk fra projektet, fordi der var nogle andre kritiske ting, og det har betydet noget, fordi både mellemledere og medarbejderen ser jo også op på [klinikledelsen] og kigger på, hvad er det nu, de interesserer sig for og synes er vigtigt, så er det nok også det, vi skal synes er vigtigt. Så hvis ikke [klinikledelsen] lige synes, Sikker Psykiatri er det vigtigste, så er det nok derfor, at de [medarbejderne] går væk fra det". (Regional leder, Region 2)

Det, at klinikledelsen går forrest i forbedringsarbejdet og er synlige for medarbejderne i forbedringsarbejdet fremstår således som en væsentlig faktor for iværksættelse og fastholdelse af forbedringsarbejdet på enhederne. Det er hertil nødvendigt med et vedvarende fokus på og prioritering af forbedringsarbejdet blandt lederne, og at dette signaleres og kommunikerer tydeligt til medarbejderne.

#### *Medarbejderne oplever, at deres forbedringsarbejde prioriteres og anerkendes*

Det er vigtigt for ledelsesmæssig synlighed og involvering (V), at medarbejderne oplever, at deres forbedringsarbejde bliver prioriteret og anerkendt på et højere ledelsesniveau, og at det ikke kun er data og resultater, der er i fokus hos ledelsen (M). For at understøtte dette er det nødvendigt, at klinikledelsen er til stede på afsnittene og på tavlemøder, og involverer sig aktivt i den daglige drift af projektet – herunder i dele af forbedringsarbejdet, der ikke kan læses ud fra data (K).



Det fremstår som væsentligt blandt størstedelen af de interviewede medarbejdere, at ledelsen er synlig og til stede på afsnittene, og følger aktivt med i, hvad medarbejdere arbejder med i forbindelse med forbedringsarbejdet. Det beskrives af nogle medarbejdere som en stor motivation at mærke, at ledelsen støtter op om og kender til de enkelte afsnits forbedringsarbejde.

Ledelsens tilstedeværelse på afsnittene er også noget, som alle interviewede ledere lægger vægt på vigtigheden af, og flere initiativer er også iværksat med henblik på indblik og involvering i forbedringsarbejdet i daglig praksis. Blandt andet har nogle enheder regelmæssige runder på afsnittene for at følge med i det lokale arbejde.

Det fremhæves blandt andet som vigtigt, at ledelsen prioriterer at være til stede ved de ugentligt afholdte tavlemøder på afsnittene. Dette både fordi det sender et signal om, at ledelsen prioriterer og interesserer sig for processerne i afsnittenes forbedringsarbejde, og i særlig grad fordi, det giver lederen et indblik i, hvordan forbedringsarbejdet foregår i den daglige praksis, og hvilke udfordringer der kan være forbundet hermed.

”Jeg synes, at der på tavlemøderne tit er nogle rigtig gode snakke. Det er i hvert fald også noget, der giver mig noget, fordi jeg får jo også sådan et pust af, hvad det er, der rører sig nede i afsnittet. Det er også der, jeg kan være med til at spørge, ’Jamen, hvad gør I egentlig med det?’. Så jeg er blevet sindssygt meget klogere, efter jeg er begyndt at være med der en gang om ugen”. (Klinikleder, enhed 5)

Også på teamniveau fremhæves vigtigheden af en synlig ledelse. En pårørende og en patient, som er medlemmer af forbedringsteams på to forskellige enheder, beskriver begge, hvordan de oplever klinikledelsen som ikke-tilstedeværende i forbedringsteams. Patienten oplever, at de ting, som patienter og pårørende siger, ikke er noget, personalet har mandat til at gøre noget ved, og at der ikke er kontakt til ledelsen. Den pårørende bemærker, at ledelsen skal være mere synlig, hvis man vil ændre praksiskulturen. På en tredje enhed har man dog haft gode erfaringer med, at ledelsen har deltaget i teammøder.

”I vores team, som startede uden ledere, bare medarbejdere og mig, har lederne faktisk over tid været med til flere og flere af vores teammøder, og det er rigtig godt. Egentlig er de blevet mere og mere medlem af teamet, uden at det sådan er planlagt, det er bare sket. Så det betyder ret meget, at de kommer til teammøderne. Nogen gange kan de ikke, og det er så helt okay. De er ret aktive i teamet, og det gør en stor forskel”. (Projektleder, enhed 4)

Ud over deltagelse i de ovenfor beskrevne fora fremhæves det af teammedlemmer og projektledere på flere enheder, at det har en stor betydning, at ledelsen prioriterer deltagelse på Sikker Psykiatri læringsseminarer og på PS!’s projektbesøg. Det fremhæves, at klinikledelsens tilstedeværelse ved projektbesøg har en afgørende signalværdi og afspejler, at projektet prioriteres og understøttes på ledelsesniveau, hvilket kan smitte positivt af på medarbejdernes engagement i projektet. På flere enheder beskriver medarbejdere dog, at der ikke er tilstrækkelig synlighed og involvering fra ledelsen.

”Ledelsesmæssigt synes jeg, der har manglet den der fra top til bund. Det der med at komme ned og mærke efter nede i afdelingen. ’Hvad er det egentlig helt præcis, I gør? Når vi det her? Hvad har det af betydning?’. De er blevet rigtig gode til at sidde og kigge på data, og på at vi har en bestemt procent, vi skal opfylde [...] Men ikke så meget de lidt mere bløde ting i Sikker Psykiatri, altså det ikke-målbare og udfordringerne med at få det til at passe ind samtidig med, at vi faktisk også skal passe patienter”. (Medarbejder, enhed 1)

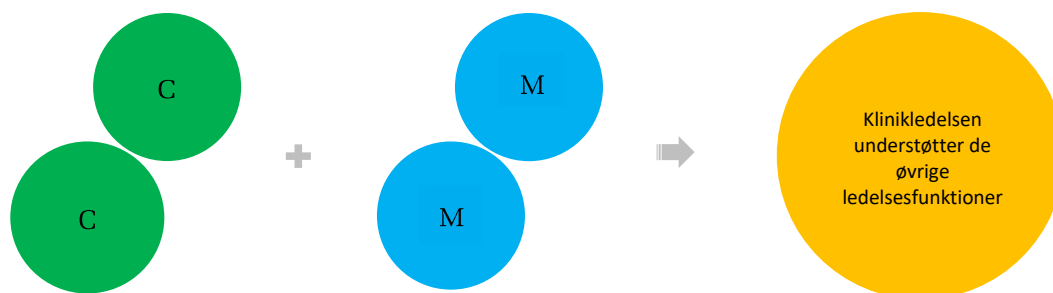
Det fremhæves yderligere af medarbejdere på flere enheder, at oplevelsen er, at ledelsens primære interesse i forbedringsarbejdet er data, og dermed resultater. Det efterspørges, at ledelsen viser mere interesse for de processer, der finder sted i den daglige praksis.

”Jeg tror, medarbejderne ville have sat større pris på, at vores vicedirektør kom ned og sagde, ’Jeg bliver sgu’ en formiddag og ser, hvordan I arbejder’. Man kan sige, det har det her projekt så afstedkommet. Det har afstedkommet, at vi har inviteret hende ud, og hun har været her en uge. Det blev så ikke til en uge, men det der med at, altså de [medarbejderne] oplever det jo netop som kontrol, når hele ledelsen godt kan komme, når det er, de skal se, hvad har vi nået, hvilke tal kan vi vise frem [...] Jeg tror, de ville synes, det var rart, at der kom nogle mennesker ned og så, hvordan vi egentlig arbejder”. (Afsnitsleder, enhed 3)

Det fremstår således som afgørende for medarbejdernes motivation, at de oplever, at deres forbedringsarbejde prioriteres og anerkendes på et højere ledelsesniveau, og at det ikke kun er data og resultater, der er i fokus hos ledelsen. Det fremgår yderligere som nødvendigt for en understøttelse af dette, at klinikledelsen er synlige og til stede på afsnittene og på tavlemøder, og involverer og interesserer sig for den daglige drift af projektet, der ikke kan læses ud fra data. Hertil fremgår det som vigtigt, at ledelsen er til stede på læringsseminarer og prioriterer lejlighedsvis tilstedeværelse på teammøder, således at også patient- og pårørende repræsentanter i forbedringsteams oplever ledelsens interesse i og prioritering af forbedringsarbejdet.

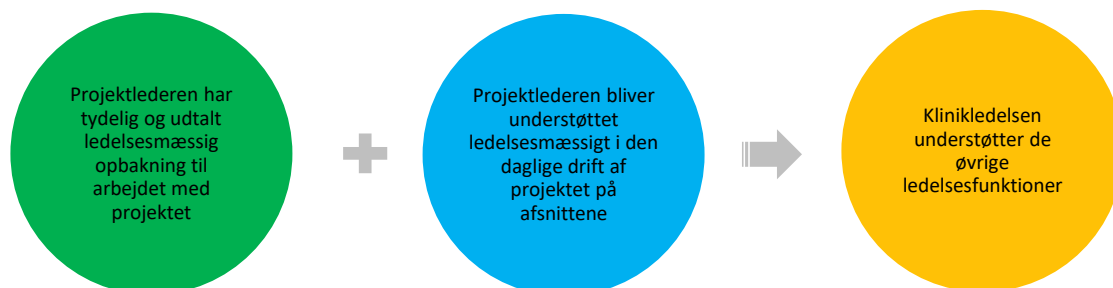
### 5.3 Klinikledelsen understøtter de øvrige ledelsesfunktioner

Den tredje virkning, der er identificeret som central for forbedringsledelse, er, at klinikledelsen er opmærksom på behov for understøttelse af øvrige ledelsesfunktioner i deres forbedringsarbejde. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for denne virkning. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive gennemgået i dette afsnit.



#### *Ledelsesmæssig understøttelse af projektlederens opgaver og ansvar*

I klinikledelsens understøttelse af øvrige ledelsesfunktioner (V) er det særligt vigtigt, at den lokale projektleder understøttes i den daglige drift af projektet på afsnittene (M). Det er nødvendigt, at den ledelsesmæssige opbakning til projektlederen er synlig og udtalt, således at projektlederen ikke står alene med projektet (K).





Flere projektledere beskriver ledelsesmæssig opbakning som centralt for den lokale drift og projektledelse af forbedringsarbejdet. Flere projektledere oplever, at de er blevet understøttet af deres ledelse, og at dette har haft en stor betydning for varetagelsen af rollen som projektleder.

”Det er centralt, at afdelingsledelsen går forrest. Det er jo dem, der leder personalet, og vi kan sidde her og sige så meget, vi vil, det hjælper jo ikke, hvis ikke [afdelingssygeplejerskerne] har været dem, der holdt fanen højt, og det har de gjort. Det er helt afgørende, ellers så var det aldrig blevet til noget. Altså en projektleder kan ikke få det her til at ske alene. Du skal have en tæt sparring med dem, der leder personalet, og som har nogle beføjelser i rygsækken”. (Projektleder, enhed 1)

Det fremgår således som vigtigt, at der er en tæt sparring med klinikledelsen undervejs i projektforløbet, dels for at sikre en fælles linje, og dels for at sikre at beslutninger, der kræver ledelsesmæssige beføjelser, kan tages hurtigt.

Det er dog ikke alle projektledere, der har oplevet fuld ledelsesmæssig opbakning og støtte i deres arbejde med lokal implementering af projektet. Nogle projektledere har på flere områder oplevet en manglende opbakning og involvering fra deres lokale klinikledelse, og det beskrives som problematisk af flere årsager. En af disse er, at det besværliggør iværksættelsen af initiativer i relation til forbedringsarbejdet. En anden årsag er, at en manglende opbakning til projektlederen sender et signal om, at forbedringsarbejdet ikke prioriteres ledelsesmæssigt. Således har nogle projektledere oplevet manglende opbakning til forslag og initiativer til besøg og erfaringsudveksling med andre enheder, hvilket har resulteret i, at besøgene aldrig er blevet gennemført. Andre beskriver, at de ved flere lejligheder har oplevet at stå alene med fremlæggelser af ledelsens arbejde med Sikker Psykiatri. Det er derfor nødvendigt med et tæt samarbejde mellem projektleder og klinikledelse.

”Det kan godt være, det bare er mig, der føler, at der mangler en tråd fra dem og så videre ned til mig, det er ligesom, ’Jamen vi skal jo det her, så nu gør I det. Så har vi ikke mere med det at gøre, nu det jeres ansvar’ [...] Og lige meget hvad, så handler det jo om ledelse, fordi hvis mit personale ikke samarbejder, så er det jo mig, der skal sørge for, at de gør det [...] Så det er jo ledelsen der skal have afsnittene til at samarbejde” (Projektleder, enhed 2).

En yderligere udfordring ved en manglende ledelsesopbakning er, at projektlederen ikke har mandat til at tage beslutninger om udviklingen af det lokale forbedringsarbejde.

”Man har, som forbedringsagent, ikke nogle stjerner på skuldrene, altså, jeg har jo ikke nogle ledelsesmæssige beføjelser ude i afsnittene. Jeg kan komme og foreslå alt det, jeg gerne vil, men hvis ikke de vil, så kan det jo godt give nogle problemer”. (Projektleder, enhed 3)

Det fremstår således som væsentligt, at projektlederen understøttes ledelsesmæssigt i den daglige drift af projektet og forbedringsarbejdet. Dette fremstår som afgørende for, at forbedringsarbejdet integreres i afsnittene. Projektlederne har ikke ledelsesmæssige beføjelser og har derfor ikke beslutningskompetence i relation til forbedringsarbejdet. Derfor kræver en stærk projektledelse af forbedringsarbejdet ledelsesmæssig opbakning på både afsnits- og afdelingsniveau. Det kræver også, at denne opbakning er synlig for medarbejderne, og en gensidig aftale mellem ledelse og projektleder er derfor ikke tilstrækkeligt. Det er nødvendigt, at opbakningen til projektlederen er synlig og udtalt, således at projektlederen ikke står alene med projektet, og at der er tæt og løbende sparring mellem projektlederen og klinikledelsen.



### *Afsnitsledelsen er klædt ordentligt på til at varetage den daglige drift af projektet*

En anden vigtig mekanisme for klinikledelsens understøttelse af øvrige ledelsesfunktioner (V) er, at afsnitsledelsen, som leder den daglige drift på den enkelte afsnit, er klædt ordentligt på til at varetage og fastholde forbedringsarbejdet i den daglige drift på afsnittene (M). Dette kræver, at afsnitsledelsen har de fornødne værktøjer til at facilitere og indgå i forbedringsarbejdet på afsnittet (K).



Det er gennemgående i interviews med både klinikledere, afsnitsledere og medarbejdere, at afsnitsledelsen spiller en væsentlig rolle i forbedringsarbejdet. Dette skyldes primært, at afsnitslederen både er tilstedeværende i og har kendskab til den daglige praksis på afsnitsniveau, og at denne har ledelsesbeføjelser. Det vil sige, at afsnitslederen kan følge udviklingen med forbedringsarbejdet tæt, have en daglig kontakt med medarbejderne og tage beslutninger, der er funderet i den daglige drift af forbedringsarbejdet. Således er afsnitslederen afgørende for integreringen af forbedringsarbejdet i den daglige praksis. Afsnitslederen har også stor betydning for motivering af personale og meningsskabelse med forbedringsarbejdet på afsnitsniveau.

*"Min fornemmeste rolle, det er det her med meningsskabelse og værdiskabelse over for de parter, der er involveret i projektet på kryds og tværs. Og ikke mindst det der med at holde motivationen oppe og få lavet bindeled imellem de forskellige løst kobledede systemer, der er i sådan nogle projekter her. At være formidler blandt de her bindeled bruger jeg rigtig meget tid på. Og at motivere mine medarbejdere til også at komme med deres faglige input og få skabt de her fora, hvor vi reflekterer over de ting, som udvikler sig og sker, når man er en del af et projekt". (Afsnitsleder, enhed 3)*

Det er relevant og nødvendigt, at afsnitsledere har styringsredskaber og kompetencer til at varetage forbedringsarbejdet på afsnitsniveau. Afsnitslederen er et vigtigt led i den daglige drift af projektet, og derfor er det afgørende, at afsnitsledelsen er klædt på til at medfacilitere og fastholde projektet på afsnitsniveau. På en enhed har man derfor sat kompetenceudvikling af afsnitsledere i fokus, med særligt fokus på, hvordan denne ledelsesgruppe kan benytte forbedringsmetoder i deres arbejde.

*"Her i november skal vores afsnitsledere faktisk have ledelsesseminar. Der er det forbedringsmodellen, vi skal snakke om, og hvordan vi egentlig kan arbejde med det som ledelse. Fordi én ting er, hvad vi siger, at vores medarbejdere skal arbejde med, men hvordan arbejder vi selv med driverdiagrammer [...] Det er noget af det, vi vil prøve at se på". (Klinikleder, enhed 7)*

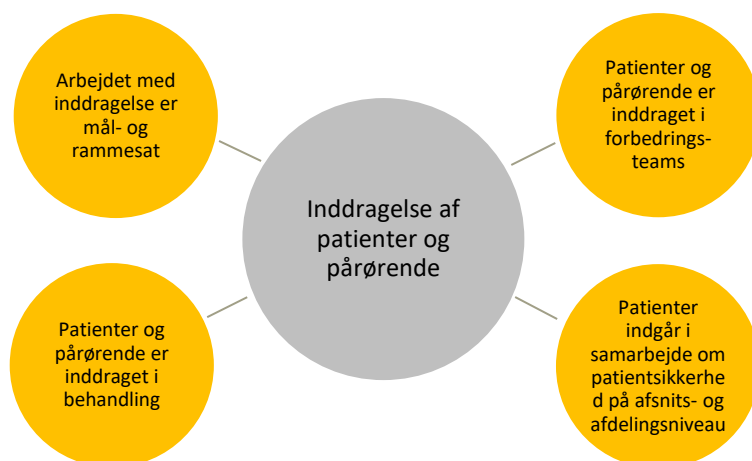
Det fremstår således som væsentligt, at afsnitsledelsen klædes på og rustes til fastholdelse af forbedringsarbejdet på afsnitsniveau, og at de understøttes i dette både ledelsesmæssigt og i form af kompetenceudvikling udi forbedringsmetoder og styringsredskaber for forbedringsledelse.

## 6. Inddragelse af patienter og pårørende

Det sjette af de syv tværgående temaer i analysen er inddragelse af patienter og pårørende. Som led i projektet har den faglige følgegruppe bag Sikker Psykiatri udarbejdet et idékatalog til de deltagende enheder, hvori forslag til indsatser, der fremmer samarbejdet med patienter og pårørende om patientsikkerhed, er beskrevet (se beskrivelse af pakken om inddragelse af patienter og pårørende i bilag 2). Patient- og pårørendesamarbejde bliver i idékataloget inddelt i fire overordnede niveauer for indsatsen:

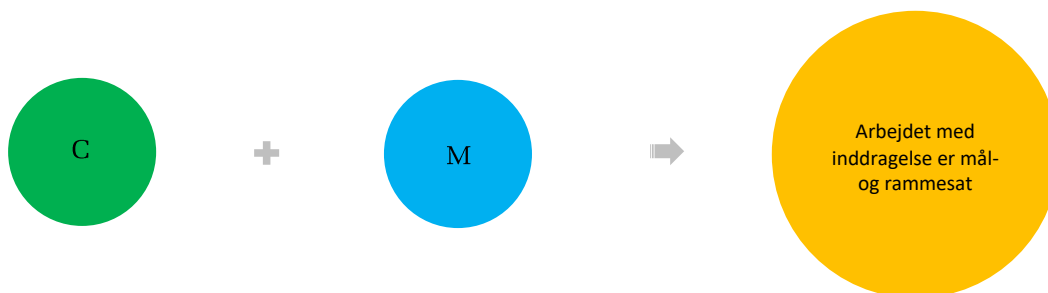
1. Samarbejde om behandling
2. Samarbejde om forbedringsarbejdet
3. Samarbejde på afsnits-/afdelingsniveau
4. Samarbejde på hospitals- og regionalt niveau

I projektperioden har alle enhederne i forskelligt omfang arbejdet aktivt med de tre første niveauer. Det fjerde niveau, der fokuserer på patient- og pårørendeinddragelse på hospitals- og regionalt niveau, er kun blevet adresseret i et meget begrænset omfang. På denne baggrund vil dette afsnit primært fokusere på de tre første niveauer. Vi har identificeret fire virkninger omkring inddragelse af patienter og pårørende, som fremgår af figuren. I det følgende vil hver af disse virkninger blive uddybet og nuanceret, via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og mekanismer.



### 6.1 Arbejdet med inddragelse er mål- og rammesat

Som illustreret nedenfor er en mekanisme identificeret som særligt væsentlig for mål- og rammesætning af indsatsen. Denne mekanisme, samt den kontekstfaktor, der knytter sig til den, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *Inddragelse informeres af patienter og pårørendes behov og ønsker*

For at mål- og rammesætte arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende (V) er det centralt, at arbejdet med inddragelse er informeret af patienternes og de pårørendes behov og ønsker for inddragelse (M). Dette forudsætter, at patienter og pårørende aktivt er blevet inddraget i udformning af pakken om inddragelse af denne gruppe samt i udviklingen af de kliniske pakker (K).



Enhederne har alle, i større eller mindre grad, arbejdet aktivt med inddragelse af patienter og pårørende på forskellige niveauer. Det bliver blandt ledelsen på flere af enhederne påpeget, at fokus på patienten og dennes oplevelse af værdi og kvalitet er et indsatsområde, som længe har været i fokus i det regionale forbedringsarbejde, og at Sikker Psykiatri har været med til at skærpe dette fokus. Det fremgår dog af flere interviews med medarbejdere, ledelse, patienter og pårørende, at mål- og rammesætning for samarbejdet med og inddragelsen af patienter og pårørende overordnet set har været udfordret af en usikkerhed omkring, hvordan samarbejdet og inddragelsen skulle finde sted, og hvilken rolle patienter og pårørende skulle spille i projektet.

Der har fra projektets start været en forventning til enhederne om, at de inddrager patienter og pårørende i arbejdet med at implementere pakkerne i de fire kliniske indsatser. På en overvejende del af enhederne har fokus dog primært været på inddragelse af patienter og pårørende i arbejdet med pakken om disse målgrupper. På størstedelen af enhederne har patienter og pårørende derfor ikke deltaget i udvikling af de øvrige pakker. På enkelte enheder udtrykte patienter og pårørende dog, at de havde haft en forventning om at blive inddraget i arbejdet med de kliniske pakker også- og i udviklingen af Sikker Psykiatri generelt. Enkelte patienter og pårørende, der deltog i udvikling af pakkerne ved projektets start, fandt inddragelsen heri mangelfuld og har ikke følt sig hørt og involveret på samme niveau som fagpersonalet.

*”Altså jeg var med til et forberedelsesmøde om selvmordspakken, og det var jo rigtig interessant og spændende, men det var stadigvæk en oplevelse af, at vi blev inviteret ind af nogle andre eksperter, og så var der en samtale rundt om bordet, og da vi så gik hjem, så lavede selskabet så sin planlægning af, hvordan det her skulle være. Det var jo ikke sådan, at vi var inddraget i, 'Hvordan opnår vi så det her?' Det der med at komme ind og være med i selve planlægningen af det, 'Hvordan får vi det til at fungere i praksis? Hvordan får vi den der samtale?'”.*  
(Pårørende, enhed 6)

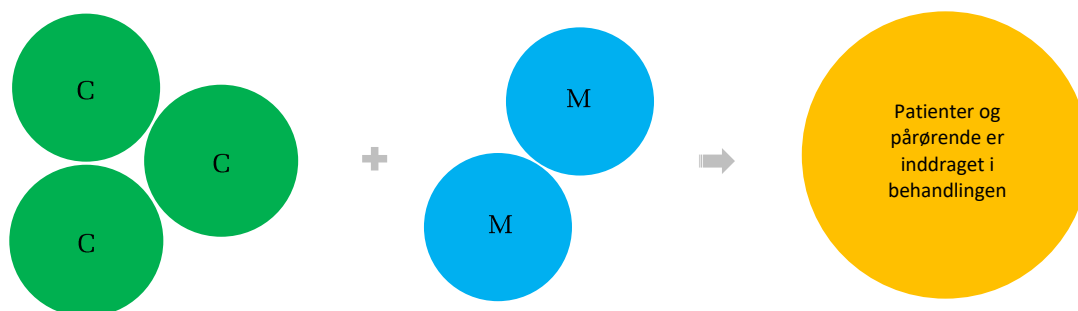
Nogle pårørende oplever det hertil som en mangel, at patienter og pårørende ikke er indgået i implementeringen af pakkerne lokalt. Det er derudover blevet påpeget af patienter og pårørende som en væsentlig udfordring, at de er blevet involveret meget sent i arbejdet med pakken om inddragelse af patienter og pårørende, hvorfor de ikke har haft mulighed for at deltage i udviklingsprocessen, men udelukkende har kunnet bidrage med holdninger til den allerede etablerede indsats.

Det har således ikke været klart fra projektets start, hvad patienter og pårørendes rolle og bidrag til projektet bestod i, hvilke forventninger der var til deres deltagelse, og hvilke forventninger patienter og pårørende havde til øvrige teammedlemmer og projektet i det hele taget. Det fremgår, at der er behov for en større grad af fælles forventningsafstemning af, hvordan patienter og pårørende indgår i projektet samt italesættelse af, hvordan patienter og pårørendes bidrag kan spille sammen med faglige perspektiver i udviklingen af projektets indsatsområder.

Det fremgår, at der er behov for, at arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende i højere grad er informeret af denne gruppes behov og ønsker. Dette indebærer, at de bliver involveret i udformning og udvikling af pakkerne lokalt på enhederne, ligesom det er fordelagtigt for mål- og rammesætning af indsatsen omkring inddragelse af patienter og pårørende, at de indgår i arbejdet med udvikling af både de kliniske pakker og pakken om patienter og pårørende.

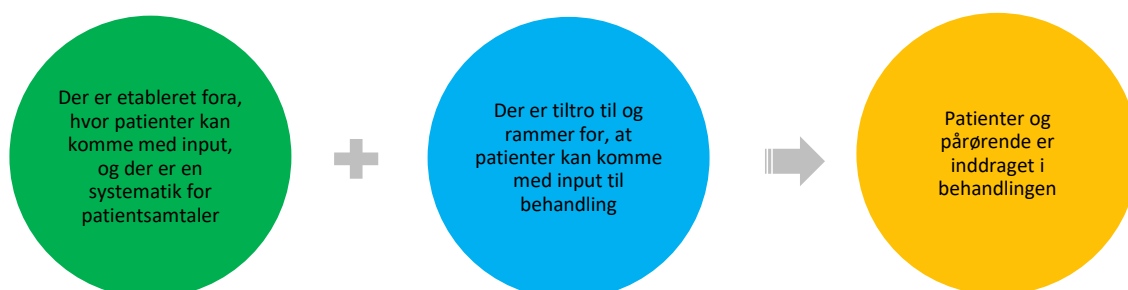
## 6.2 Patienter og pårørende er inddraget i behandlingen

Den anden af de fire virkninger identificeret for inddragelse af patienter og pårørende er, at deres perspektiver inddrages i behandlingen. Som illustreret i figuren nedenfor er to mekanismer identificeret som centrale for denne virkning. Disse mekanismer, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til dem, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *Der er tiltro til og rammer for, at patienter kan komme med input til behandling*

Det er vigtigt for inddragelsen af patienter og pårørende i behandling (V), at medarbejdere har tiltro til og skaber rammer for, at patienterne kan komme med input til behandling (M). Dette kan ske ved, at der afholdes systematiske patientsamtaler, og ved etablering af fora, hvor patienter opfordres til at komme med input, for eksempel patientsamtaler, patientcaféer eller husmøder (K).



Medarbejdere på flere enheder fortæller, at de, grundet patienters tilstand og manglende overskud, tidligere har fundet det svært at inddrage patienter aktivt i deres behandlingsforløb. Inddragelse er i nogle tilfælde derfor ikke vurderet som relevant eller hensigtsmæssigt. PDSA-afprøvninger om

mere aktiv involvering af patienter i egen behandling og i forbedringsarbejdet har været en øjenåbner på flere enheder, da det har været en læring af disse, at mange patienter i langt højere grad end først antaget kan og vil indgå i fælles refleksioner omkring deres behandling og situation.

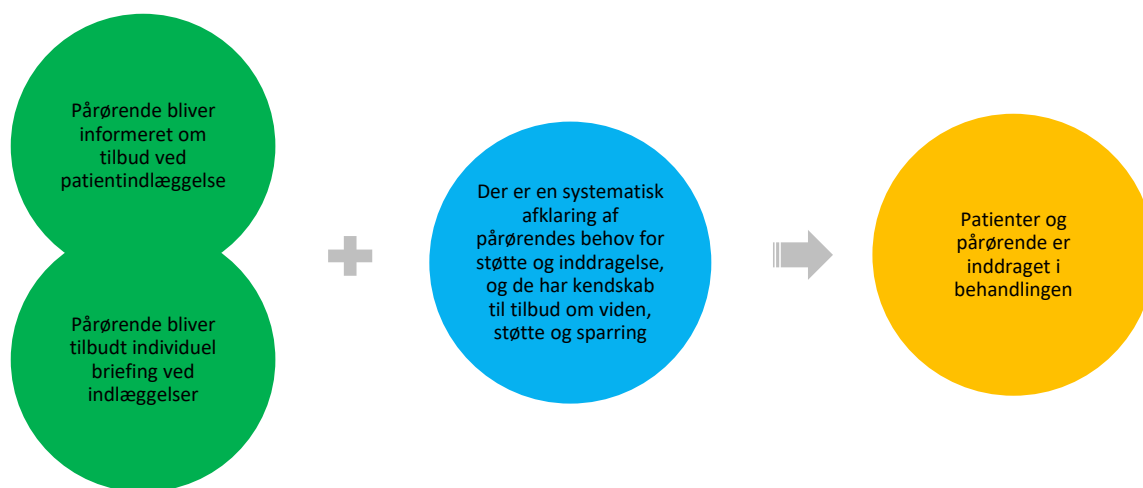
”Det der med at holde møder med patienter og spørge dem, ’Har I noget som I vil bidrage med?’. Den første tanke var, at det kan vi i hvert fald ikke i retspsykiatrien, for der er det hele jo tvang [...] Men når de lærer, hvad indholdet er på sådan nogle møder, jamen så kommer de alligevel med noget relevant, ikke [...] Så selv den dårligst fungerende af patienterne kan godt reflektere og fortælle om, hvordan inddragelse er god for dem, hvis de får pladsen”. (Klinikleder, enhed 7)

Ledelse på flere enheder giver udtryk for, at et fokus på patienten, dennes ønsker og behov, og dermed den oplevede kvalitet, har stor betydning for arbejdet med inddragelse af patienten. Det beskrives som vigtigt, at dette arbejde tilpasses behovene i den lokale praksis, og indsatsen målrettes den enkelte patient. En måde at opnå den viden der er nødvendig herfor, er, at medarbejdere har tiltro til, at patienterne – selv de, der har det rigtig svært – kan reflektere over deres egen situation, over hvad der kan hjælpe dem, og over hvad de reagerer voldsomt på. Det fremgår, at individuelle samtaler med patienter er et vigtigt udgangspunkt for, at dette kan ske.

Systematisk afholdelse af individuelle patientsamtaler og inddragelse af patienter i refleksioner og beslutningstagning omkring behandling fremstår således som gode redskaber til at skabe rum for inddragelse af patienters perspektiver i behandlingen. Det fremgår som vigtigt med en opmærksomhed på, at patienter træffer beslutning om graden af inddragelse, ikke personalet.

#### *Afklaring af pårørendes behov for støtte og inddragelse<sup>9</sup>*

For inddragelse af pårørende til patienter (V) er det vigtigt med en systematisk afklaring af pårørendes behov for støtte og inddragelse, og at de har kendskab til tilbud om viden, støtte og sparring (M). Dette kræver, at de bliver informeret om disse tilbud allerede ved patientens indlæggelse (K), og at de modtager tilbud om individuel briefing ved indlæggelser (K).



Mange af de deltagende enheder har afholdt forskellige former for kollektive pårørendemøder i projektperioden. Et fåtal af enhederne har dog udbudt individuel briefing til pårørende ved indlæg-

<sup>9</sup> Inddragelse af pårørende i behandling har ikke været et udtalt fokusområde i projektet. Ikke desto mindre har dette været centralt i interviews med patienter og pårørende, og flere enheder har arbejdet aktivt med dette i projektperioden. Derfor vil vi i dette afsnit redegøre for perspektiver på og mekanismer for inddragelse af pårørende i behandling.

gølgel, hvilket fremstår som et ønske blandt flere af de interviewede pårørende på tværs af enhederne. For at give de pårørende den støtte, de har behov for, om end det er kollektiv eller individuel støtte, peger materialet på, at det kan være nødvendigt at afklare, hvilke behov for støtte den enkelte pårørende har, både ved patientindlæggelsen og løbende under indlæggelsen.

”De [pårørende] har udholdt en hel masse, måske er nogle selvmordstruet eller har været det, og de er også i sorg. Før vi kan have fokus på vedkommende, vi har inde, har jeg i hvert fald prøvet flere gange, at fokus faktisk var på pårørende, fordi de var stressede. Overbelastede. De skal ligesom have en fornemmelse af, at der er hjælp at få”. (Medarbejder, enhed 6)

Kommunikationen med de pårørende bliver blandt andet beskrevet som ”skjult arbejde”, og dermed ikke noget, der betragtes som en officiel arbejdsopgave i regi af patientindlæggelser og behandlingsforløb. Således fremstår denne opgave ikke som en prioriteret og fast procedure, om end det fremstår som vigtigt, at afklaring af pårørendes behov for støtte integreres og systematiseres i procedurer omkring indlæggelse.

Det varierer meget fra enhed til enhed, om de pårørende har kendskab til tilbud om viden, støtte og sparring i rollen som pårørende til patienter med psykiske lidelser. Hertil er det oplevede behov for sådanne tilbud meget varierende. Pårørende, som ikke oplever et behov for at blive introduceret for sådanne tilbud, forklarer det i flere tilfælde med, at de selv har opsøgt viden og støtte andetsteds (eksempelvis ved involvering i interesseorganisationer for pårørende).

For at skabe opmærksomhed om eksisterende tilbud uden for enhedsregi har nogle enheder udarbejdet pårørende-mapper, med information om behandlingsprocedurer og tilbud om støtte og viden, mens andre har lavet pårørende-pjecer med samme formål, som udleveres til pårørende ved patientindlæggelsen eller ved besøg på afdelingen. Dette har ifølge medarbejdergrupper været et vigtigt og meningsfuldt redskab i kontakten med pårørende, ligesom de for pårørende opleves som en god støtte i en tid, hvor overskuddet til selv at tage initiativ til at opsøge viden og støtte ikke altid er til stede.

Flere af de interviewede pårørende har dog ikke modtaget viden om tilbud og føler ikke, at de har fået den støtte, de har behov for. Flere giver hertil udtryk for, at de selv har måttet finde information om diagnoser og sygdomsforløb, eller at de først har fået tilbud om en pårørendesamtale eller andre former for støtte, når de selv har henvendt sig og efterspurgt dette. Det fremstår således som nødvendigt at styrke kommunikationen om tilbud til de pårørende. Det samme gør sig gældende i forhold til viden om diagnoser. Flere patienter og pårørende giver udtryk for, at der findes gode tilbud, såsom psykoedukation og kurser om specifikke diagnoser, men flere kender ikke til disse tilbud.

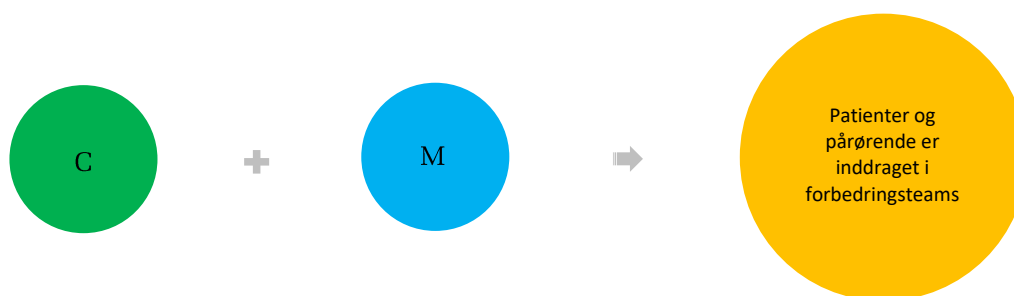
Det fremstår således som vigtigt, at pårørendes behov for støtte og inddragelse afklares ved patientens indlæggelse, og at enhederne systematisk formidler viden om tilbud til pårørende ved indlæggelse af patienter. Nogle enheder har imødekommet dette ved udarbejdelse af pårørendepjecer og andre former for informationsmateriale, men herudover er der behov for etablering af tilbud om individuelle samtaler med pårørende ved patientindlæggelser.

### 6.3 Patienter og pårørende er inddraget i forbedringsteams

Den tredje af de fire virkninger identificeret for inddragelse af patienter og pårørende er etablering af samarbejde med og inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsteams. Som illustreret i



figuren er én mekanisme identificeret som central for denne virkning. Denne mekanisme, samt de kontekstfaktorer, der knytter sig til den, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *Fælles sprog mellem medarbejdere, patienter og pårørende*

For at et godt samarbejde med patienter og pårørende omkring forbedringsarbejdet kan etableres, og for inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsteams (V) er det vigtigt, at der er et fælles sprog, som alle deltagere kan forstå, og at alle er klædt på til at indgå i forbedringsarbejdet (M). Dette kan imødekommes ved, at forventninger til samarbejdet om forbedringsarbejdet systematisk afstemmes (K), og ved, at medarbejderne får mulighed for at vende fagspecifikke forbedringstematikker på supplerende teammøder uden tilstedeværelse af patient- eller pårørenderepræsentanter, sådan at teammøder med tilstedeværelse af patienter og pårørende ikke bliver domineret af fagsprog og faglige drøftelser (K).



Alle enhederne har arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsarbejdet, men flere enheder har oplevet det som en udfordring at inddrage patienter og pårørende i forbedringsteams på en god måde. Både patienter og pårørende, medarbejdere og ledelse på tværs af enheder fremhæver, at det, at der ofte indgår faglige drøftelser på teammøderne, gør det svært at skabe et fælles udgangspunkt patienter, pårørende og fagpersonale imellem. Både patient- og pårørenderepræsentanter og faglige medarbejdere beskriver, at det har været uklart for dem, hvordan patienter og pårørende skulle indgå i forbedringsteams. I flere forbedringsteams har der ikke været patient- og pårørenderepræsentation, blandt andet af denne årsag.

På trods af usikkerhed omkring deres rolle giver flere patienter og pårørende udtryk for, at de har været glade for at være en del af teamet, da de har fået et langt større indblik i, hvordan medarbejderne på et psykiatrisk afsnit arbejder. Flere patienter og pårørende beskriver dog, at det ofte har været svært at forstå faglige termer og drøftelser.

”Der var en hel masse, der faktisk gik hen over hovedet på os, fordi de talte i deres fagsprog og havde deres interne måde at være sammen på. Så der følte man lidt, at man sad ved siden af, måske som en flue på væggen. Vi kunne ikke rigtig bidrage [...] Og det var jo ikke fordi, at



det bevidst var noget med at holde os ude, sådan oplevede jeg det ikke, men jeg tror simpelthen, at det handlede om, at det var så fremmed for behandlervordenen at opleve os, som nogen man kunne tale ligeværdigt med, så at sige". (Pårørende, enhed 6)

En konsekvens af dette har været, at nogle patienter og pårørende har følt, at de har manglet en grundlæggende forståelse af både teammødernes indhold og formålet med deres inddragelse i teamet. Dét, at patienter og pårørende har et anderledes udgangspunkt for deltagelse i forbedringsteamet opleves også som en udfordring for det faglige personale og er en problematik, som fremhæves på ledelsesniveau.

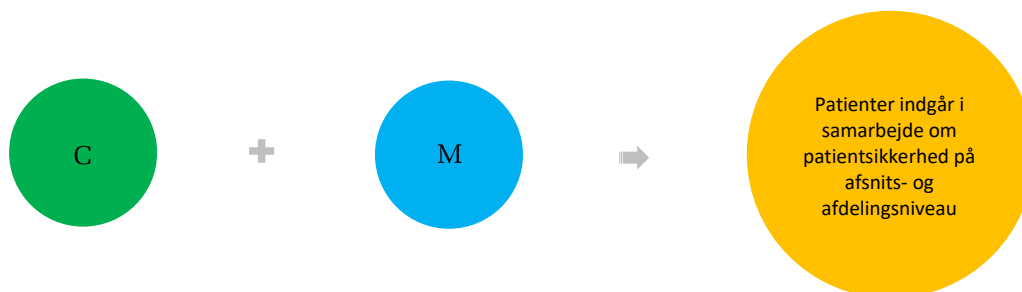
"Det er rigtig svært, at det skal blive ved med at være relevant for alle parter, fordi man kommer fra ret forskellige steder. Hvad er der behov for at drøfte, og hvad for et sprog skal man ligesom tale?". (Klinikleder, enhed 1)

Flere af medarbejderne på enhederne giver desuden udtryk for, at de finder det udfordrende, at de ved teammøderne ikke kan have faglige drøftelser om patienter grundet tilstedeværelsen af patienter eller pårørende ved møderne. Denne problematik hænger for flere af enhederne sammen med, at patienternes og de pårørendes rolle på teammøder har været uklar, og at deres tilstedeværelse har været mindre relevant ved drøftelser af arbejdsgange på de forskellige afsnit eksempelvis. Flere medarbejdere har således oplevet, at de har måttet tilsidesætte faglige snakke på grund af teammødernes format.

Det fremstår således som vigtigt for etablering af et godt og balanceret samarbejde mellem fagpersoner og patient- og pårørenderepræsentanter i forbedringsteams, at der etableres et fælles sprog for samarbejdet. Dette forudsætter, at forventninger til indhold og formål for samarbejdet afstemmes mellem faglige og patient- og pårørenderepræsentanter i teams. Således skabes mulighed for etablering af et fælles sprog på teammøderne og et mere balanceret samarbejde. Dette kræver dog, at der fra projektets start er fokus på mødernes form og indhold, som italesættes med patient- og pårørenderepræsentanter, og at disse får indflydelse på udformningen af møderne.

#### 6.4 Patienter indgår i samarbejde om patientsikkerhed på afsnits- og afdelingsniveau

En fjerde virkning for inddragelse af patienter og pårørende er, at der etableres et grundlag for samarbejde med og inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsarbejdet på afsnits- og afdelingsniveau. Som illustreret i figuren er én mekanisme identificeret som central for denne virkning. Denne mekanisme, samt den kontekstfaktor, der knytter sig til den, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *At patienter føler sig hørt og har en aktiv rolle i forbedringsarbejdet*

For at et godt og konstruktivt samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed på afsnits- og afdelingsniveau kan etableres (V), er det vigtigt, at patienter føler sig hørt, og at de har en aktiv rolle i forbedringsarbejdet (M). Dette kan opnås ved etablering af faste tilbud til patienter, der bibeholdes uanset fremmøde (K).



På flere enheder har man forsøgt at inddrage patienterne i eget behandlingsforløb ved at afholde patientcaféer, patientmøder eller husmøder jævnligt på afdelingerne. Formålet med disse møder er, at patienterne kan få mulighed for at byde ind med alt fra madønsker til relationen til personalet. Således har disse fora patienternes oplevelser i fokus. Selvom det på de fleste enheder ofte kun har været et lille antal patienter, der har deltaget i disse fora, påpeges det af flere patienter, at det har stor betydning, at der er nogle, der lytter til deres ønsker og behov.

Nogle enheder har etableret skalerede udgaver af patientsikkerhedstavler. Formålet med disse tavler har været at give patienter mulighed for at bidrage til forbedringsarbejdet med forslag til tiltag og identificering af udfordringer i en åben udveksling med personalet. Interviewede patienter på disse enheder har fundet det positivt at få mulighed for at præge rammerne for deres behandling og fremhæver blandt andet den konkrete respons fra personalet på tavlerne som bidragende til en følelse af blive hørt.

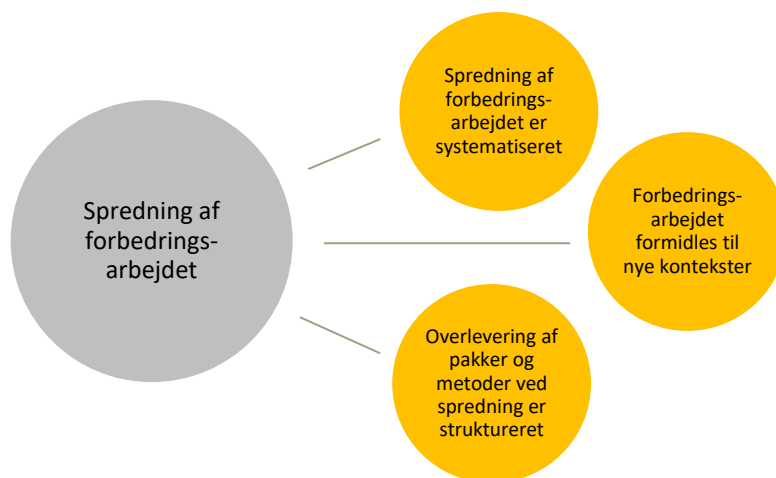
Arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende på afsnits- og afdelingsniveau har dog kun i begrænset omfang bidraget til en åbenhed og gennemsigtighed omkring forbedringsarbejdet med at øge patientsikkerheden. Mange af de interviewede patienter og pårørende er ikke bekendte med Sikker Psykiatri, og heller ikke den overordnede indsats for øget patientsikkerhed.

Etablering og facilitering af tiltag såsom patientsikkerhedstavler, husmøder og patientcaféer fremstår således som gode redskaber til inddragelse af patienter og til at skabe åbenhed og rum for inddragelse af patienters perspektiver i behandlingen. Det fremgår som vigtigt, at patienter har mulighed for at deltage og bidrage ved behov, og at disse fora derfor bibeholdes, selv om fremmødet ikke er stort.

## 7. Spredning af forbedringsarbejdet

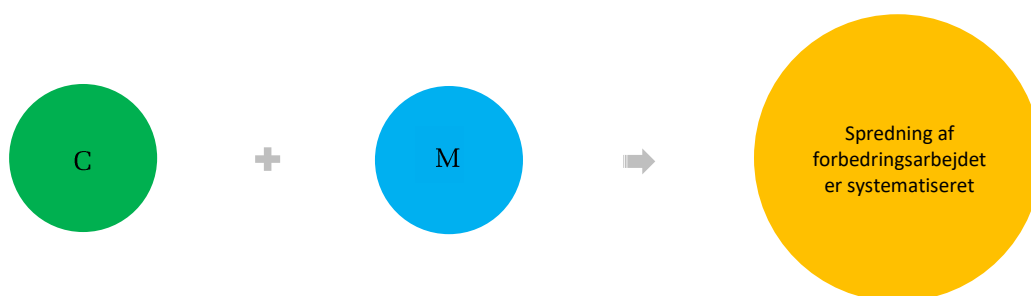
Det syvende og sidste tværgående evalueringstema handler om spredningen af forbedringsarbejdet. Da det er et formål med projektet, at forbedringsarbejdet bliver integreret i psykiatrien nationalt, har spredning af forbedringsarbejdet været et vigtigt fokusområde i projektet. De fleste enheder har haft det som målsætning at sprede pakker og metoder til øvrige afsnit og afdelinger. Dette afsnit vil fokusere på spredning på tværs af både afsnit og afdelinger, idet omfang, krav og behov

for spredning har været forskellige på de deltagende enheder. I denne undersøgelse har vi identificeret tre virkninger der er centrale for spredning af forbedringsarbejdet. Disse fremgår af figuren nedenfor og det vil i det følgende blive uddybet og nuanceret via præsentation og beskrivelse af relevante kontekstfaktorer og mekanismer.



### 7.1 Systematisering af spredning af forbedringsarbejdet

Den første af de tre virkninger identificeret for spredning af forbedringsarbejdet er, at spredningen systematiseres. Som illustreret i figuren er én mekanisme identificeret som central for denne virkning. Denne mekanisme, samt den kontekstfaktor, der knytter sig til den, vil blive gennemgået i dette afsnit.



#### *Spredning af forbedringsarbejdet faciliteres og understøttes løbende*

For at en systematisk spredning af forbedringsarbejdet (V) kan finde sted, er det nødvendigt, at spredningen faciliteres og understøttes løbende (M). Dette kan ske ved, at spredningsarbejdet planlægges og varetages af eksisterende organer, eksempelvis kvalitetskonsulenter eller andre nøglepersoner tæt på praksis (K).



Enhederne har grebet spredningen forskelligt an, og det påpeges, at tilgangen til spredning skal afspejle lokale og organisatoriske kontekster samt særlige forskelle og ligheder mellem pilotenheden og den enhed eller det afsnit, forbedringsarbejdet spredes til. Det fremhæves på flere enheder, at det kan være svært at få medarbejdere i andre afsnit eller kontekster til at tage noget til sig, som de ikke har en aktie i. Derfor er det vigtigt, at konteksterne, hvori forbedringsarbejdet introduceres, har mulighed for at gøre konceptet omkring forbedringsarbejdet til deres eget, således at medarbejderne kan finde mening og motivation i forbedringsarbejdet.

Det er en gennemgående erfaring blandt enheder, der har arbejdet aktivt med spredning af forbedringsarbejdet i projektperioden, at det er nødvendigt med en løbende facilitering og understøttelse af spredningen til andre enheder, eller internt til andre afsnit. Det er således vigtigt med en tydelig afgrænsning og formidling omkring ansvar- og opgavefordeling, og udpegelse af nøglepersoner, der er ansvarlige for, at spredningen igangsættes og faciliteres. Det er også vigtigt med en enighed om og en formidling af, hvad målsætninger for og forventninger til spredningen er. De deltagende enheder har gjort sig forskellige erfaringer med systematisering af spredningen.

Én enhed har gode erfaringer med at gøre udviklingssygeplejersker til forbedringsagenter, som kan bære spredning og kompetenceudvikling på afsnittene. På denne enhed har man valgt at bibeholde projektlederfunktionen efter projektets afslutning. Denne vil dog, ved spredning af forbedringsarbejdet til yderligere afsnit, ikke længere have mulighed for at følge arbejdet tæt på de individuelle afsnit. En stabil og løbende tilgængelighed og understøttelse af forbedringsarbejdet opleves her som væsentligt for dets bibeholdelse og videreførelse, og det udtrykkes som vigtigt, at en spredningsansvarlig har mulighed for at deltage på lokale teammøder og tage del i den daglige drift af forbedringsarbejdet.

En anden enhed har haft gode erfaringer med at udpege ambassadører for hver af de seks pakker, som er ansvarlige for kommunikation omkring pakkernes indhold, ligesom de er ansvarlige for at følge spredningen tæt. Ambassadørernes funktion er således at formidle pakkerne ud i de enhedslokale kontekster, primært i ledelses- og andre mødefora, og derefter at holde den overordnede afdelingsledelse opdateret på udviklingen. For de fire kliniske pakker er lægefaglige ambassadører udpeget, mens de to øvrige pakker repræsenteres af ledelsesrepræsentanter. Ambassadørerne kan således også fungere som en katalysator for involvering af lægefaglige medarbejdere i forbedringsarbejdet. Hertil er nøglepersoner udpeget til at facilitere implementeringen af forbedringsarbejdet lokalt.

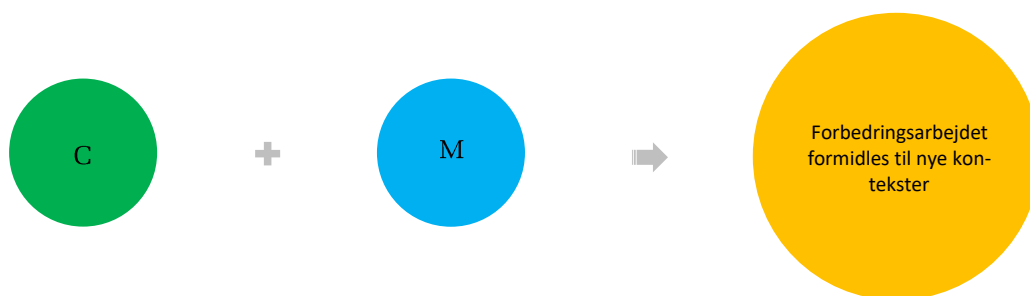
”Vi har faciliteringsnøglepersoner ude i organisationen, som vi også sikrer os kan forbedringsmodellen og kan arbejde med data, så de er forplantet alle steder. Så vi har egentlig fået hele organisationen klar, til når de er færdige med at afprøve nede i projektafdelingen, så kan man gå ud i organisationerne [...] Så jeg synes, at fundamentet, det har vi fået lagt”. (Regional leder, enhed 8)

På en tredje enhed har man valgt, at den afdelingslokale kvalitetsafdeling er ansvarlig for spredningen af forbedringsarbejdet. Fordelene herved påpeges at være, at det er et organ, som kan understøtte spredning og implementering af forbedringsarbejdet på tværs af afsnit og ambulatorier på klinikniveau. Kvalitetsafdelingen varetager hertil også videreførelse og facilitering af lokale forbedringsteams.

Det fremstår således som vigtigt for systematisering af spredning af forbedringsarbejdet med en løbende facilitering og understøttelse af spredningen til andre enheder. Dette er grebet an på forskellige måder, men gennemgående er der i projektet gode erfaringer med udpegelse af nøglepersoner eller tværgående organer med ansvar for at varetage spredningen. Afhængigt af omfanget af spredningen kan denne funktion varetages af et centralt organ på enheden eller af aktører i specifikke projektafsnit eller -afdelinger. Det er dog væsentligt, at denne funktion indebærer facilitering af lokal tilpasning og implementering af forbedringsarbejdet i nye kontekster.

## 7.2 Forbedringsarbejdet formidles til nye kontekster

Den anden af de tre virkninger identificeret for spredningen af forbedringsarbejdet er formidling af forbedringsarbejdet til nye kontekster. Som illustreret i figuren nedenfor er én mekanisme identificeret for denne virkning. Denne mekanisme, samt den kontekstfaktor, der knytter sig til den, vil blive gennemgået i dette afsnit.



### *Etablering af fora for formidling og kompetenceudvikling*

For at en tilstrækkelig formidling af forbedringsarbejdet til nye kontekster (V) kan finde sted, er det nødvendigt, at der etableres fora for formidling og kompetenceudvikling af forbedringsarbejdet til medarbejdere i nye kontekster (M). Dette kan sikres ved brug af eksisterende, samt etablering af nye, fora til formidling og undervisning på både ledelses- og medarbejderniveau (K).



Flere enheder har gode erfaringer med formidling af pakker og metoder til øvrige enheder eller afsnit. På en enhed planlægger man at lave undervisningssessioner, hvor nøglepersoner introducerer forbedringsarbejdet i nye kontekster og kompetenceudvikler ledelse og personale. Her er det også hensigten at lokale arbejdsgange og praksisser skal gennemgås, for at medarbejdere sammen med nøglepersoner kan tilpasse forbedringsarbejdet den lokale kontekst.

En anden enhed har gode erfaringer med afholdelse af månedlige møder, hvor ledelsen stiller sig til rådighed til besvarelse af spørgsmål og formidling af erfaringer med forbedringsarbejdet fra medarbejdere på afsnit, der ikke har deltaget i Sikker Psykiatri.

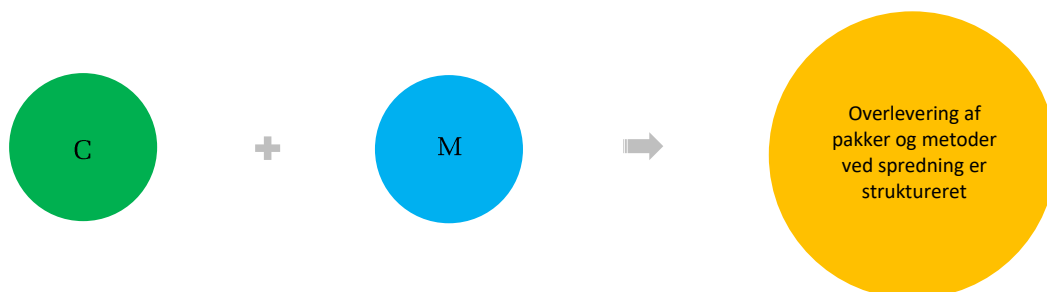
På en tredje enhed har man indført, at projektlederen i løbet af projektperioden har haft 10 minutter på månedlige ledelsesmøder med ledelser fra afdelinger, der ikke har deltaget i projektet, til at præsentere og formidle forbedringsarbejdet, for således løbende at introducere forbedringsarbejdet og informere øvrige afdelinger om dets metoder og tilgange. Også på andre enheder har man arbejdet med spredning via ledelsesfora. På en enhed har man indført forbedringsarbejdet som et fast punkt på møder mellem regionens klinikledelser, for på den måde at øge kendskabet til forbedringsarbejdet regionalt.

En fjerde enhed har fra projektets start systematisk medtaget en ny medarbejder, der ikke var fra enhedens pilotafsnit på læringsseminarer, således at kendskabet til forbedringsarbejdet er blevet øget løbende i projektperioden. Dette har ifølge projektlederen på denne enhed gjort spredningen væsentligt lettere, idet disse medarbejdere har formidlet deres oplevelser og erfaringer fra læringsseminarer i deres kontekster.

Det fremstår således som væsentligt for formidling af spredningen, at der etableres platforme og fora, hvor en sådan formidling kan finde sted. Disse eller øvrige fora skal også etableres med henblik på dialog og kompetenceudvikling udi forbedringsarbejdet. Der er i projektet gode erfaringer med etablering af sådanne fora på både ledelses- og medarbejderniveau i form af undervisningssessioner og åbne spørgemøder, men det har også vist sig effektivt at tænke formidling af spredning ind i eksisterende fora, så som ledelsesmøder, og i projektrelaterede fora, så som læringsseminarer.

### 7.3 Overlevering af pakker og metoder ved spredning er struktureret

Den sidste af de tre virkninger identificeret for spredningen af forbedringsarbejdet er en struktureret overlevering af pakker ved spredning til nye kontekster. I denne evaluering er én mekanisme identificeret som særligt væsentlig for, at dette kan ske. Denne vil blive gennemgået i det følgende.



#### *Medarbejdere og ledelse i nye kontekster understøttes og har redskaber til implementering af forbedringsarbejdet*

For at en struktureret overlevering af pakker ved spredning af forbedringsarbejdet (V) kan finde sted, er det nødvendigt, at medarbejdere i nye kontekster understøttes i implementering af forbedringsarbejdet (M). Denne understøttelse kan sikres ved udarbejdelse og tilgængeliggørelse af erfaringskataloger og handleplaner for spredningen til medarbejdere og ledelse i nye kontekster (K).



Det fremhæves på flere enheder som vigtigt, at medarbejderne i nye kontekster understøttes i implementeringen af forbedringsarbejdet. Derfor er det væsentligt med udarbejdelse af skriftligt materiale til understøttelse af forbedringsarbejdet lokalt.

I denne forbindelse fremhæves det som givtigt, at der udarbejdes erfaringskataloger for hver af enhederne, således at medarbejdere i nye kontekster kan trække på konkrete og specifikke erfaringer, blandt andet med brug af de enkelte forbedringsmetoder og -tiltag. Dette kræver dog en løbende og systematisk dokumentation af erfaringer, herunder for eksempel erfaringer med PDSA-afprøvninger. Det understreges, at dét at kunne trække på erfaringer omkring, hvad der virker eller ikke virker, i en given situation eller kontekst kan være med til at skabe et solidt fundament for afprøvninger og anvendelse af metoder og tiltag i nye kontekster.

På en enhed har man herudover haft gode erfaringer med både skriftlig og mundtlig understøttelse af spredningen. Her har en kvalitetskonsulent med ansvar for spredning varetaget udarbejdelse af råd og vejledninger for de individuelle pakker og stået for introduktion af pakkerne i de nye kontekster.

På en anden enhed har man udarbejdet konkrete handlingsplaner for forbedringsarbejdet, som er formidlet ud i de nye kontekster. I handleplanen henvises til specifikke nøglepersoner på pilotenhederne med forskellige videns- eller ansvarsområder, som medarbejdere kan opsøge ved behov.

Udarbejdelsen af materiale til introduktion og anvendelse i nye kontekster er også vigtigt for at imødekomme de logistiske udfordringer, man flere steder har oplevet i forbindelse med spredningen. Store afstande mellem afsnit og enheder kan forhindre en uformel og person/funktionsbundet spredning, og understøttende materiale kan i disse tilfælde være afgørende for, at spredningen sker. Det fremhæves dog som nødvendigt, at skriftlige materialer suppleres med andre former for understøttelse, for eksempel ved kompetenceudvikling, i det omfang, det lader sig gøre rent logistisk.

Det fremstår således som vigtigt for spredningen af forbedringsarbejdet, at medarbejdere og ledelse i nye kontekster understøttes i implementering af forbedringsarbejdet. Dette blandt andet via udvikling af skriftligt materiale, såsom erfaringskataloger og handleplaner for implementering af pakker og forbedringsmetoder. Skriftlige redskaber skal dog om muligt suppleres med personbunden understøttelse.



## Opsamling

Evalueringen af Sikker Psykiatri har fokuseret på syv tværgående evalueringstemaer. I det følgende vil hvert af de syv temaer blive gennemgået, med henblik på at samle op på de væsentligste læringspunkter, der i analysen er blevet uddraget på baggrund af det samlede datamateriale.

### 1. Central infrastruktur

Det første af de syv tværgående temaer, der behandles i analysen, er projektets centrale infrastruktur. Sikker Psykiatri bygger, som tidligere nævnt, på kollaborativmodellen, der fungerer som en fælles ramme for projektet, og som indeholder forskellige læringsaktiviteter og metoder til at fremme og støtte læring om implementering eksempelvis gennem udvikling af kompetencer i forbedringsarbejdet til implementering, erfaringsudveksling, videndeling, generering af nye idéer og sikring af ledelsesmæssig opbakning, der kan bidrage til at skabe en forbedringskultur lokalt.

Et af elementerne i kollaborativmodellen er tilstedeværelsen af en tværgående aktør, der kan varetage understøttelse af projektenhederne og den overordnede og lokale facilitering af projektet. PS! har spillet en vigtig rolle i den forbindelse. I dette afsnit vil vi behandle den centrale infrastruktur for rammesætning, understøttelse og facilitering af forbedringsarbejdet, som er blevet varetaget af PS!, og se på, hvilken betydning denne struktur har haft for udmøntning af det lokale forbedringsarbejde.

På baggrund af det indsamlede evalueringmateriale er der identificeret tre virkninger med særlig relevans for projektets centrale infrastruktur. Disse virkninger fremgår af figuren nedenfor. I det følgende vil hver af disse virkninger blive uddybet og nuanceret på baggrund af datamaterialet.

- Understøttelse af forbedringsarbejdet
- Facilitering af videndeling og erfaringsudveksling mellem enheder
- Rammesætning af forbedringsarbejdet lokalt

De væsentligste mekanismer og kontekstfaktorer for disse virkninger er:

#### 1.1 Understøttelse af forbedringsarbejdet

- Det fremgår, at kollaborativmodellen har været elementær i understøttelsen af forbedringsarbejdet lokalt, og at det hertil har været vigtigt, at PS! har bidraget til at opbygge det lokale vidensgrundlag for den daglige praksis omkring forbedringsarbejdet. Læringsseminarerne har været et vigtigt element i understøttelsen, særligt i kraft af den kombination af undervisning, rådgivning og sparring, som har fundet sted i dette forum, om end der her kunne være et større fokus på lokal involvering af medarbejdere og patienter og pårørende i forbedringsarbejdet. Projektbesøg har ligeledes bidraget til understøttelsen af det lokale forbedringsarbejde, som også har været formålet med disse besøg. Det fremstår hertil som vigtigt, at PS! har skabt synlighed omkring projektet på enhederne ved deres besøg. Dette har forudsat, at der i understøttelsen af forbedringsarbejdet er blevet sat fokus på at skabe en vekselvirkning mellem rådgivning og undervisning, ligesom der i understøttelsen har skullet være fokus på målsætninger og indikatorer indlejret i lokale arbejds gange og processer.
- Det fremstår også som vigtigt, at facilitatorerne af projektet har haft kendskab til den faglige kontekst. Et godt kendskab til psykiatrien har bidraget til, at PS! i understøttelsen af enhederne har kunnet gå mere ind i faglige og kontekstspecifikke udfordringer i forhold til implementering af projektet i praksis og således også sikre, at der bedre har kunnet etableres en kobling mellem metode, faglighed og kontekst.

### 1.2 Facilitering af videndeling og erfaringsudveksling mellem enheder

- Det fremstår som vigtigt, at der er etableret en kanal for løbende sparring enhederne imellem, i form af en mailgruppe for projektledere. En præmis for, at en sådan kanal kan fungere, har været, at alle projektledere har anvendt den aktivt, både til at stille og besvare spørgsmål. Det fremstår derfor som afgørende for videndeling på tværs af enheder, at kanaler for systematisk kommunikation og samarbejde på tværs af afdelinger med henblik på erfaringsudveksling og løbende læring er blevet bibeholdt, og at projektlederne er blevet opfordret til at bruge det både til at dele ud af egne og lære af andres erfaringer.
- Det fremstår også som vigtigt, at der har været et fokus på videndeling og erfaringsudveksling enhederne imellem, og at sådanne besøg er faciliteret og koordineret med udgangspunkt i enhedernes erfaringer og behov. Derfor har det været vigtigt, at enhedsbesøg, faciliteret af PSI, har været indlejret i projektets struktur og er blevet gennemført løbende i projektperioden.

### 1.3 Tilpasning af forbedringsarbejdet lokalt

- Det fremstår som vigtigt, at enhederne har foretaget en tilpasning af forbedringsarbejdet til lokale behov. Dette har været med til at sikre, at indsatsområderne har været relevante og meningsfulde for den lokale kontekst, samtidig med, at det har skabt grundlag for kultur- og praksisændringer lokalt. Dette har kunnet opnås ved, at en afdækning af lokale behov er blevet foretaget og vurderet ved introduktion af nye tiltag, og at der løbende er blevet foretages afprøvninger i lille skala via PDSA-cirklen. Det er vigtigt, at enhederne er blevet understøttet i dette af PSI.

## 2. Faglige pakker

Det andet af de syv tværgående temaer er de faglige pakker, der som led i projektet er blevet introduceret på projektenhederne. I projektet er der udarbejdet fire faglige pakker for arbejdet med at øge patientsikkerheden, med fokus på medicin, somatisk sygdom, tvang, og selvmordsforebyggelse. Hver af disse pakker er evidensbaserede og funderet i erfaringer fra tidligere projekter, og indeholder beskrivelser af en række indsatser, som implementeres på de involverede enheder. For hver pakke er der udarbejdet en et antal indikatorer for det givne indsatsområde (resultatindikatorer og procesindikatorer). Pakkerne er blevet introduceret løbende i projektet i følgende rækkefølge:

- Medicin (optimering af medicinske behandling)
- Somatisk sygdom (fokus på forebyggelse, rettidig udredning og behandling af somatisk komorbiditet)
- Tvang (reduktion af bæltfikseringer)
- Selvmordsforebyggelse

I undersøgelsen er én virkning identificeret som særligt relevant for arbejdet med de faglige pakker:

- Sikring af relevans af indhold og indikatorer for de kliniske pakker

De væsentligste mekanismer og kontekstfaktorer for denne virkning er:

### *2.1 Sikring af relevans af indhold og indikatorer for de kliniske pakker*

- Det fremstår som vigtigt, at projektets kliniske indsatsområder ikke er blevet parallelle men integrerede indsatser, og at enhederne har mulighed for at harmonisere indikatorer for sideløbende indsatser, der har samme hovedfokusområder.
- Det fremgår også som vigtigt for arbejdet med implementering og målopfyldelse af pakker og indikatorer, at det ved projektets start italesættes, at implementeringen af de faglige pakker er svær og på nogle punkter vil udfordre eksisterende praksis. Det er vigtigt, at enhederne understøttes i den lokale udmøntning af pakkerne og bliver støttet der, hvor de er i implementeringsprocessen.

### **3. Kommunikationsveje**

Det tredje af de syv tværgående temaer i analysen er kommunikationsveje omkring Sikker Psykiatri og forbedringsarbejdet internt på enhederne. Vi har i undersøgelsen identificeret én virkning af projektet med relevans for kommunikation.

- Medarbejderne har kendskab til projektets vision og metoder

De væsentligste mekanismer for denne virkning er:

#### *3.1 Medarbejdernes kendskab til projektets vision og metoder*

- Det fremstår som vigtigt for intern kommunikation af og om projektet, at eksisterende kanaler er taget i brug, og at projektet er kommunikeret bredt ud til medarbejderne i forskellige fora. Det har været svært for både ledelse og medarbejdere at finde tid til og prioritere overlevering af projektspecifik viden og informationer, der går ud over eksisterende arbejdsopgaver og praksis. Derfor fremgår det som nødvendigt for sikringen af et bæredygtigt kommunikations-flow, at viden om forbedringsarbejdet og Sikker Psykiatri indføres i eksisterende kommunikationskanaler.
- Det fremstår også som vigtigt, at alle aktører, der har været direkte involveret i projektet på enhedsplan, herunder klinik-, afsnits- og projektledelse, samt medlemmer af forbedringsteamet, er blevet involveret i arbejdet med at etablere kommunikationskanaler og etablere de nødvendige kommunikations-flow internt på enheden.

### **4. Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet**

Det fjerde af de syv temaer i analysen omhandler den lokale kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet. Kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet lokalt på enhederne er væsentligt, idet praksis omkring projektet ikke slutter ved projektets afslutning, men skal danne grundlag for en ny praksis. Således er et fokus på betydningsfulde faktorer for kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet lokalt på enhederne særligt relevant.

Om end kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet stadig pågår på de deltagende enheder, har de i projektperioden gjort sig vigtige erfaringer omkring, hvad der er vigtigt at tage højde for i den lokale etablering af forbedringsarbejdet. I denne evaluering har vi identificeret tre virkninger med særlig relevans for kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet.

- Opbygning af et lokalt videns- og kompetencegrundlag

- Systematisering af praksis omkring forbedringsarbejdet
- Integrering af forbedringsarbejdet i daglig praksis

De væsentligste mekanismer og kontekstfaktorer for disse virkninger vil blive gennemgået i det følgende.

#### *4.1 Opbygning af et lokalt videns- og kompetencegrundlag*

- Det fremstår som vigtigt for opbygningen af et videns- og kompetencegrundlag blandt medarbejderne, at der er blevet skabt en lokal fortælling om projektet, og at medarbejderne på denne måde har kunnet kontekstualisere forbedringsarbejdet. Et vedvarende fokus på og formidling af, hvilken betydning forbedringsarbejdet og målsætninger har for medarbejdernes kerneopgaver, herunder i særdeleshed behandling og fokus på den individuelle patient, har derfor været vigtigt i den interne kommunikation af projektet.
- Det fremstår som vigtigt, at medarbejderne har haft en fælles forståelse for data og anvendelsen heraf, og at en god platform for at danne et sådant grundlag har været ugentlige tavlemøder. Her har et grundlag for en fælles forståelse for forbedringsarbejdet kunne opnås ved gennemgang og analyse af seriediagrammer i plenum.
- Det fremstår som vigtigt for kapacitetsopbygning på enhederne, og for at kunne give medarbejdere på alle organisatoriske niveauer og i alle funktioner og faggrupper et indgående kendskab til forbedringsmetoderne, at alle medarbejdere løbende er blevet tilbudt kompetenceudvikling i metoder, således at nye medarbejdere, eller medarbejdere der ikke har haft tid, eller mulighed for at deltage tidligere, har kunnet få et indblik i og en forståelse for anvendelsen af disse metoder.

#### *4.2 Systematisering af praksis omkring forbedringsarbejdet*

- Det fremstår som vigtigt, at forbedringsarbejdet har været bundet op på faste, tilbagevendende praksisser, såsom møder, for at sikre, at initiering, etablering og gennemførelse af projektaktiviteter ikke har været afhængigt af tilstedeværelsen af specifikke personer. Dette har kunnet imødekommes ved udarbejdelse af en struktur for projektaktiviteter for at sikre en strukturel understøttelse af forbedringsarbejdet og for at sikre, at forbedringsarbejdet ikke er blevet personbundet.
- Det fremstår som vigtigt for opbygningen af et enhedslokalt videns- og kompetencegrundlag, at medarbejdere har været inddraget systematisk i forbedringsarbejdet i vagtlag og overgange, blandt andet via fora som tavlemøder og sikkerhedsbriefinger. Det er vigtigt, at tavlemøderne er afholdt systematisk i alle vagtlag, således at medarbejdere i alle vagtlag har været inddraget, og at forbedringsrelateret indhold på disse møder har været faciliteret af afsnitsledelse eller medarbejdere, sådan at det ikke er bundet op på projektet men på praksis.

#### *4.3 Integrering af forbedringsarbejdet i daglig praksis*

- Det fremstår som vigtigt for sikringen af en bred forankring af forbedringsarbejdet blandt medarbejdere, at relevante og motiverede nøglepersoner eller grupper for hvert vagtlag uden for projektteamet er blevet identificeret og ansvarliggjort for fastholdelse af bestemte elementer af forbedringsarbejdet i praksis, for at forbedringsarbejdet er blevet forankret i daglig praksis uden for forbedringsteams.

- Det fremstår som væsentligt for integrering af registrering og anvendelse af data i eksisterende praksis, at indsamling af data ikke er blevet oplevet som merarbejde. Dette kunne imødekommes ved, at indikatorer for pakkerne i højere grad tænkes sammen med eksisterende journaliseringssystemer, og at arbejdsgange omkring lokal dataregistrering og indrapportering til månedsrapporter til PSI integreres.

## 5. Forbedringsledelse

Det femte af de syv temaer i analysen er forbedringsledelse. Som led i projektet har den faglige følgegruppe bag Sikker Psykiatri udarbejdet et idékatalog til de deltagende enheder, hvori forslag til ledelsesrettede tiltag og redskaber er beskrevet (se bilag 2). Her fremgår det, at ledelse på alle niveauer af organisationen har en vigtig rolle i fremdrift og fastholdelse af forbedringsarbejdet. Hertil fremgår det, at det er ledelsens opgave at sætte patientsikkerhed på dagsordenen, holde tæt kontakt med forbedringsteams, efterspørge data og fjerne eventuelle barrierer for forbedringsarbejdet. Det er yderligere ledelsens ansvar at følge op på arbejdsprocesser og målsætninger for forbedringsarbejdet.

I denne undersøgelse har vi identificeret tre virkninger med særlig relevans for forbedringsledelse.

- Styring og rammesætning af forbedringsarbejdet
- Ledelsesmæssig synlighed og involvering i forbedringsarbejdet
- Understøttelse af øvrige ledelsesfunktioner

De væsentligste mekanismer og kontekstfaktorer for disse virkninger er:

### 5.1 Styring og rammesætning af forbedringsarbejdet

- Anvendelse af data og driverdiagrammer fremstår som centrale værktøjer til forbedringsledelse. Det fremstår som vigtigt, at disse værktøjer introduceres og tages i brug fra projektets start, sådan at ledelsen er ordentligt klædt på til at styre og rammesætte forbedringsarbejdet.
- Det fremstår som vigtigt for styring og rammesætning af forbedringsarbejdet, at klinikledelsen har faciliteret regelmæssige ledelsesmøder med fokus på forbedringsarbejdet med både klinik-, afsnits- og projektledeelse, med henblik på etablering af et fælles ledelsesmæssigt udgangspunkt for forbedringsarbejdet.

### 5.2 Ledelsesmæssig synlighed i forbedringsarbejdet

- Det fremstår som vigtigt for iværksættelse og fastholdelse af forbedringsarbejdet på enhederne, at klinikledelsen er gået forrest i forbedringsarbejdet og har været synlige for medarbejderne i forbedringsarbejdet. Det fremstår hertil som vigtigt, at ledelsen har haft et vedvarende fokus på og prioriteret forbedringsarbejdet, og at dette er blevet signaleret og kommunikeret tydeligt til medarbejderne.
- Det fremstår som afgørende for medarbejdernes motivation, at de har oplevet, at deres forbedringsarbejde er blevet prioriteret og anerkendt på et højere ledelsesniveau, og at det ikke kun er data og resultater, der har været i fokus hos ledelsen. Det fremgår yderligere som nødvendigt for en understøttelse af dette, at klinikledelsen har været synlige og til stede på afsnittene og på tavlemøder, og involverer og interesserer sig for den daglige drift af projektet, der ikke kan læses ud fra data. Hertil fremstår det som vigtigt, at ledelsen har

været til stede på læringsseminarer og prioriteret lejlighedsvis tilstedeværelse på teammøder, således at også patient- og pårørenderepræsentanter i forbedringsteams har oplevet ledelsens interesse i og prioritering af forbedringsarbejdet.

### 5.3 Understøttelse af øvrige ledelsesfunktioner

- Det fremstår som væsentligt, at projektlederen er blevet understøttet ledelsesmæssigt i den daglige drift af projektet og forbedringsarbejdet. Dette fremstår som afgørende for, at forbedringsarbejdet integreres i afsnittene. Projektlederne har ikke haft ledelsesmæssige beføjelser og har derfor ikke haft beslutningskompetence i relation til forbedringsarbejdet. Derfor har en stærk projektledelse af forbedringsarbejdet krævet ledelsesmæssig opbakning på både afsnits- og afdelingsniveau. Det har også krævet, at denne opbakning er synlig for medarbejderne, således at projektlederen ikke har stået alene med projektet, og at der har været tæt og løbende sparring mellem projektlederen og klinikledelsen.
- Det fremstår som væsentligt, at afsnitsledelsen har været klædt på og rustet til fastholdelse af forbedringsarbejdet på afsnitsniveau, og at de er blevet understøttet i dette både ledelsesmæssigt og i form af kompetenceudvikling udi forbedringsmetoder og styringsredskaber for forbedringsledelse.

## 6. Inddragelse af patienter og pårørende

Det sjette af de syv tværgående temaer i analysen er inddragelse af patienter og pårørende. Som led i projektet har den faglige følgegruppe bag Sikker Psykiatri udarbejdet et idékatalog til de deltaende enheder, hvori forslag til indsatser, der fremmer samarbejdet med patienter og pårørende om patientsikkerhed, er beskrevet. Patient- og pårørendesamarbejdet bliver i idékataloget inddelt i følgende overordnede niveauer for indsatsen:

1. Samarbejde om behandling
2. Samarbejde om forbedringsarbejdet
3. Samarbejde på afsnits-/afdelingsniveau
4. Samarbejde på hospitals- og regionalt niveau

I projektperioden har alle enhederne i forskelligt omfang arbejdet aktivt med de tre første niveauer. Det fjerde niveau, der fokuserer på patient- og pårørendeinddragelse på hospitals- og regionalt niveau, er kun blevet adresseret i et meget begrænset omfang. På denne baggrund vil dette afsnit fokusere primært på niveau 1, 2 og 3, ligesom et særligt fokus vil blive rettet mod mål- og rammesætning af arbejdet med inddragelse, herunder inddragelse af patienter og pårørende i udformning af pakker inden projektets iværksættelse. Vi har identificeret fire virkninger for inddragelse af patienter og pårørende.

- Mål- og rammesætning for arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende
- Inddragelse af patienter og pårørende i behandling
- Inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsteams
- Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed på afsnits- og afdelingsniveau

De væsentligste mekanismer og kontekstfaktorer for disse virkninger er:



### *6.1 Mål- og rammesætning for arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende*

- Det fremgår, at der har været et behov for, at arbejdet med inddragelse af patienter og pårørende i højere grad har taget udgangspunkt i denne gruppes behov og ønsker. Dette har indebåret, at de er blevet involveret i udformning og udvikling af pakkerne lokalt på enhederne. Det fremstår yderligere som vigtigt for mål- og rammesætning af indsatsen omkring inddragelse af patienter og pårørende, at de har indgået i arbejdet med udvikling af både de kliniske pakker og pakken om patienter og pårørende.

### *6.2 Inddragelse af patienter og pårørende i behandling*

- Det fremgår, at systematisk afholdelse af individuelle patientsamtaler og inddragelse af patienter i refleksioner og beslutningstagning omkring behandling har været gode redskaber til at skabe rum for inddragelse af patienters perspektiver i behandlingen. Det fremstår her til som vigtigt med en opmærksomhed på, at patienter træffer beslutning om graden af inddragelse, ikke personalet.
- Det fremstår som vigtigt, at pårørendes behov for støtte og inddragelse er blevet afklaret ved patientens indlæggelse, og at enhederne systematisk har formidlet viden om tilbud til pårørende ved indlæggelse af patienter. Nogle enheder har imødekommet dette ved udarbejdelse af pårørendepjecer og andre former for informationsmateriale, men herudover har der været behov for etablering af tilbud om individuelle samtaler med pårørende ved patientindlæggelser.

### *6.3 Inddragelse af patienter og pårørende i forbedringsteams*

- Det fremstår som vigtigt for etablering af et godt og balanceret samarbejde mellem fagpersoner og patient- og pårørenderepræsentanter i forbedringsteams, at der er etableret et fælles sprog for samarbejdet. Dette har forudsat, at forventninger til indhold og formål for samarbejdet er blevet afstemt mellem faglige og patient- og pårørenderepræsentanter i teams. Således kan der skabes mulighed for etablering af et fælles sprog på de fælles teammøder og et mere balanceret samarbejde. Dette har dog krævet, at der fra projektets start har været fokus på mødernes form og indhold, som italesættes med patient- og pårørenderepræsentanter, og at disse har fået indflydelse på udformningen af møderne.

### *6.4 Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed på afsnits- og afdelingsniveau*

- Etablering og facilitering af tiltag såsom patientsikkerhedstavler, husmøder og patientcafeer fremstår som gode redskaber til inddragelse af patienter og til at skabe åbenhed og rum for inddragelse af patienters perspektiver i behandlingen. Det fremstår som vigtigt, at patienter har haft mulighed for at deltage og bidrage ved behov, og at disse fora derfor er blevet bibeholdt, selv om fremmødet ikke har været stort.

## **7. Spredning af forbedringsarbejdet**

Det syvende og sidste tema i analysen er spredning af forbedringsarbejdet. Da det er et formål med projektet, at forbedringsarbejdet bliver integreret i psykiatrien nationalt, har spredning af forbedringsarbejdet været et vigtigt fokusområde i projektet. De fleste enheder har haft det som målsætning at sprede pakker og metoder til øvrige afsnit og afdelinger. Dette afsnit vil fokusere på spredning på tværs af både afsnit og afdelinger, idet omfang, krav og behov for spredning har været forskellige på de deltagende enheder. I denne undersøgelse har vi identificeret tre virkninger der er centrale for spredning af forbedringsarbejdet.



- Systematisering af spredning af forbedringsarbejdet
- Formidling af forbedringsarbejdet til nye kontekster
- Struktureret overlevering af pakker ved spredning

De væsentligste mekanismer for disse virkninger er:

### *7.1 Systematisering af spredning af forbedringsarbejdet*

- Det fremstår som vigtigt for systematisering af spredning af forbedringsarbejdet med en løbende facilitering og understøttelse af spredningen til andre enheder. Dette har enhederne grebet an på forskellige måder, men gennemgående har der været gode erfaringer med udpegelse af nøglepersoner eller centrale organer med ansvar for at varetage spredningen. Afhængigt af omfanget af spredningen har denne funktion kunne varetages af et centralt organ på enheden eller af aktører i specifikke projektafsnit eller -afdelinger. Det har dog været væsentligt, at denne funktion har indebåret facilitering af lokal tilpasning og implementering af forbedringsarbejdet i nye kontekster.

### *7.2 Formidling af forbedringsarbejdet til nye kontekster*

- Det fremstår som vigtigt for formidling af spredningen af forbedringsarbejdet, at der har været platforme og fora, hvor formidling af forbedringsarbejdet til nye kontekster har kunnet finde sted, med henblik på dialog og kompetenceudvikling udi forbedringsarbejdet. Der har i projektet været gode erfaringer med etablering af sådanne fora på både ledelses- og medarbejderniveau i form af undervisningssessioner og åbne spørgemøder, men det har også vist sig effektivt at tænke formidling af spredning ind i eksisterende fora, såsom ledelsesmøder, og i projektrelaterede fora, så som læringsseminarer.

### *7.3 Struktureret overlevering af pakker ved spredning*

- Det fremstår som vigtigt for spredningen af forbedringsarbejdet, at medarbejdere og ledelse i nye kontekster er blevet understøttet i implementering af forbedringsarbejdet. Dette har man blandt andet imødekommet via udvikling af skriftligt materiale, såsom erfaringskataloger og handleplaner for implementering af pakker og forbedringsmetoder. Det er erfaringen, at det har været hensigtsmæssigt at supplere skriftlige redskaber med personlig understøttelse.

# Anbefalinger

På baggrund af analysen kan der udledes en række anbefalinger. Anbefalingerne er centrale opmærksomhedspunkter for fremtidige forbedringsindsatser i psykiatrien. De er struktureret omkring de syv tværgående temaer, der er blevet beskrevet i analysen.

## Central infrastruktur

- Det anbefales, at der i implementeringen af forbedringsarbejdet indgår en tværgående aktør med kendskab til faglige og organisatoriske forhold, der har som primære opgave at understøtte og facilitere projektaktiviteter og processer omkring forbedringsarbejdet, både på tværs af enhederne og lokalt.
- Et godt samspil mellem læring og erfaringsudveksling, i form af læringsseminarer, gensidige enhedsbesøg og kanaler for løbende sparring mellem enhederne, og lokal kapacitetsopbygning af forbedringsarbejdet, i form af hyppige afprøvninger og indsamling og analyse af data, forudsætter, at enhederne har mulighed for og adgang til grundig og løbende kompetenceudvikling, rådgivning og feedback.
- Det anbefales løbende at italesætte vigtigheden af, at enhederne tilpasser indsatser til lokale behov. Dette er med til at sikre, at indsatsområderne er relevante og meningsfulde for den lokale kontekst, samtidig med, at det skaber grundlag for kultur- og praksisændringer omkring forbedringsarbejdet lokalt. Hertil anbefales det, at en afdækning af lokale behov foretages og vurderes ved introduktion af nye tiltag, og at der løbende foretages lokale afprøvninger i lille skala via PDSA-cirklen.

## Faglige pakker

- Det anbefales, at indikatorer for faglige indsatsområder harmoniseres med nationale og lokale dagsordener og tiltag, således at der ikke er forskellige indikatorer og målsætninger for de samme indsatsområder.

## Kommunikationsveje

- Det anbefales, at enhederne udarbejder en plan for intern kommunikation af forbedringsarbejdet for involvering af medarbejdere i alle organisatoriske lag. Denne plan kan med fordel tage udgangspunkt i eksisterende kommunikationskanaler på enhederne, som for eksempel mailgrupper eller mødefora på både team-, afsnits- og afdelingsniveau.

## Lokal kapacitetsopbygning og etablering af forbedringsarbejdet

- Det anbefales, at der i formidlingen af forbedringsarbejdet til medarbejderne er fokus på at skabe en lokal fortælling om projektet. Et vedvarende fokus på og formidling af, hvilken

betydning forbedringsarbejdet har for medarbejdernes kerneopgaver, herunder i særdeleshed behandling og fokus på den individuelle patient, er nødvendigt for at skabe en kulturændring i praksis.

- Det anbefales, at enhederne sikrer en løbende og bred videndeling om og kompetenceudvikling i forbedringsarbejdet på både afsnits- og afdelingsniveau. Tavlemøder er vigtige fora for videndeling på afsnitsniveau, og en forankring af forbedringsarbejdet her kan sikre et bredt fælles udgangspunkt for forbedringsarbejdet. Hertil kan løbende undervisning i elementer af forbedringsarbejdet, som for eksempel sidemandsoplæring eller afholdelse af undervisningssessioner, være med til at sikre et bredt og opdateret kompetencegrundlag for forbedringsarbejdet.
- Det anbefales, at enhederne opfordres til at udarbejde lokale opgave- og ansvarsbeskrivelser for implementering af forbedringsarbejdet for at sikre en bred forankring af forbedringsarbejdet på tværs af funktioner, faggrupper og organisatoriske niveauer. Disse beskrivelser skal sikre, at der er tydelighed for medarbejdere omkring ansvar, roller og opgaver, og at personale, der ikke er involveret i projektet, bliver inddraget og forpligtet på forbedringsarbejdet. Derudover kan opgave- og ansvarsbeskrivelserne være med til at sikre, at elementer i forbedringsarbejdet er bundet op på praksis og ikke personer, da sidstnævnte gør fastholdelsen af forbedringsarbejdet mere sårbar.
- Det vil være en stor fordel at integrere indikatorer for faglige indsatsområder i eksisterende journaliseringssystemer, således at data kun skal dokumenteres ét sted. Lokale journaliseringssystemer bør tænkes ind i processer omkring dataindsamling på de enkelte enheder ved projektets start.

### Forbedringsledelse

- Det anbefales, at redskaber til styring og rammesætning af forbedringsindsatser, som for eksempel driverdiagrammer, introduceres og anvendes aktivt i ledelse af forbedringsarbejdet fra projektets start, og at der udarbejdes en ledelsesmæssig strategi for forbedringsarbejdet på tværs af ledelsesniveauer.
- Det anbefales, at klinikledelsen prioriterer synlighed og tilstedeværelse i forbedringsarbejdet, både hvad angår processer og resultater. Det er vigtigt, at ledelsen prioriterer tilstedeværelse i det daglige forbedringsarbejde på afsnittene, tager med på læringsseminarer og prioriterer lejlighedsvis tilstedeværelse på teammøder.
- Det anbefales, at understøttelse af afsnitsledere og projektleder er tydeligt beskrevet som en ledelsesopgave. Dette kan med fordel ekspliciteres som en del af arbejdet med forbedringsledelse. Det er afgørende for facilitering og fastholdelse af forbedringsarbejdet på afsnitsniveau, at ledelsesfunktioner, der understøtter dette, har ledelsesmæssig opbakning og er klædt på til at varetage driftsledelsen af forbedringsarbejdet. Det er eksempelvis vigtigt, at afsnitsledelsen er klædt på til at varetage en aktiv fortolkning og anvendelse af tidstro data, som kan føde ind i det daglige forbedringsarbejde. Det anbefales derfor, at afsnitsledere indgår i forbedringsteams samt involveres i de aktiviteter, der iværksættes i regi af forbedringsarbejdet.

### Inddragelse af patienter og pårørende

- Det anbefales, at patienter og pårørende i fremtidige indsatser aktivt involveres i udformning og implementering af specifikke indsatser og indsatsområder. Særligt for indsatser om inddragelse af patienter og pårørende anbefales det, at udvikling af indsatser direkte informeres af patienters og pårørendes behov og ønsker.
- Det anbefales, at der sker en afstemning af forventninger til samarbejdet ved etableringen af forbedringsteams for at sikre, at rammen for lokale forbedringsteams tager højde for, at patient- og pårørenderepræsentanter indgår på lige fod med fagligt personale og for at sikre, at fælles teammøder bliver vedkommende og inkluderende for patient- og pårørenderepræsentanter.
- Det anbefales, at der som et led i forbedringsarbejdet udarbejdes lokale strategier for inddragelse af både patienter og pårørende i behandling. Dette skal sikre, at inddragelsen sker systematisk og bliver en eksplicit arbejdsopgave. Strategien kan med fordel indeholde et fokus på systematisk afholdelse af individuelle patientsamtaler og inddragelse af patienter i refleksioner og beslutningstagning omkring behandling.
- Det anbefales, at der er et systematisk fokus på formidling af viden om tilbud til pårørende ved indlæggelse af patienter. Pårørendes behov for støtte og viden bør afdækkes systematisk som et led i forbedringsarbejdet, med henblik på at udvikle relevant støtte.

### Spredning af forbedringsarbejdet

- Det anbefales, at den lokale spredning af forbedringsarbejdet systematiseres via udpegning af nøglepersoner eller centrale funktioner, som har tydeligt ansvar for at varetage spredningen til andre enheder. Denne funktion kan varetages af et centralt organ på enheden eller af aktører i specifikke projektafsnit eller -afdelinger, som skal facilitere lokal tilpasning og implementering af forbedringsarbejdet i nye kontekster.
- Det anbefales, at der etableres fora for formidling af indsatsområder og forbedringsmetoder mellem erfarne og nye enheder for at sikre videndeling og kompetenceudvikling i forbedringsarbejdet. Disse fora kan med fordel have form af undervisningssessioner og åbne spørgemøder, samt tage udgangspunkt i eksisterende fora, så som ledelsesmøder, eller projektrelaterede fora, som læringsseminarer.
- Det anbefales, at erfaringskataloger og andre former for understøttende skriftligt materiale udarbejdes til nye forbedringsenheder. Det er vigtigt for spredningen af forbedringsarbejdet, at medarbejdere og ledelse i nye kontekster understøttes i implementering af forbedringsarbejdet. Skriftligt materiale skal om muligt suppleres med personlig understøttelse, i form af løbende vejledning fra en tovholder eller kontaktperson fra afsenderenheden.

# Litteraturliste

Anhøj J, 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling. Rammer og redskaber. Munksgaard

Anhøj J, 2018. Forbedringsmodellen – evidensbaseret kvalitetsudvikling. I: Bedre Begrundet Praksis. Velfærdsudvikling efter evidensbølgen. Red. Kongsgaard, L. T., M. H. Rod. Samfundslitteratur.

Berger NP & Vrangbæk K, 2011. Kan MTV styrkes ved brug af realistisk evaluering? – Udfordringer, barrierer og muligheder ved brug af realistisk evaluering til vurdering af komplekse behandlingsteknologier. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*, nr. 15, 55-76.

Berwick DM, 2008. The Science of Improvement. *JAMA*, 299,10:1182-4.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2018. Erfaringsopsamling for Sikker Psykiatri.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2016. Fælles forbedringsteori, selvmordsforebyggelse.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2016. Idekatalog. Patienter og pårørendesamarbejde.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Idekatalog til ledelse af forbedringsprojekter.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Pakker for medicin.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Pakke for tvang.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Somatisk sygdom, baggrund og evidens.

Institute for Healthcare Improvement, 2003. The Breakthrough Series: IHI's Collaborative

Model for Achieving Breakthrough Improvement. IHI Innovation Series white paper. Boston.

Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL & Provost LP, 2009. The Improvement guide. A practical approach to Enhancing organizational performance. 2<sup>nd</sup> edition. San Francisco: Jossey-Bass

Ministeriet for sundhed og forebyggelse, 2015. Nationalt kvalitetsprogram for sundhedsområdet 2015 – 2018.

Nordentoft, M., J. Krogh, P. Lange og A. Moltke, 2015. Psykisk Sygdom og Ændringer i Livsstil. Vidensråd for Forebyggelse.

Pawson R & Tilley N, 1997. Realist Evaluation. London: Sage Publications

Walshe K, 2007. Understanding What Works – and Why – in Quality Improvement: The Need for Theory-Driven Evaluation. *International Journal for Quality in Health Care*, 19, 2: 57-9.

Westhorp, G, 2014. Realist impact evaluation. An Introduction. A Methods Lab Publication.



# Bilag 1 Teoretisk og metodisk ramme for Sikker Psykiatri

## Kollaborativmodellen – et læringsfælleskab

Hensigten og formålet med kollaborativmodellen er at skabe en ramme til læring, som skal engagere og involvere organisationer med henblik på at implementere systemændringer, som vil medføre markante forbedringer (Institute for Healthcare Improvement 2003). Kernen i denne tænkning er at lukke et eksisterende *knowing-doing-gap*, ved at anvende eksisterende viden i en aktuel kontekst. Centralt for denne metode er derudover, at klinikere og andre fagfolk bringes sammen med forbedringsfolk med henblik på at nå fælles formulerede mål, at implementere nye metoder og arbejdsgange samt at sprede viden til flere enheder. Metoderne, der anvendes til læring, kan benyttes både i en lille skala (forbedringsmodellen) og i en stor skala på tværs af de involverede aktører.

### Beskrivelse af kollaborativmodellen

I kollaborativmodellen er projektet inddelt i en fast struktur med forskellige læringsaktiviteter og metoder til at fremme og støtte læring om implementering eksempelvis gennem udvikling af kompetencer i forbedringsarbejdet til implementering, erfaringsudveksling, videndeling, generering af nye idéer og sikring af ledelsesmæssig opbakning, der kan bidrage til at skabe en forbedringskultur i de enkelte teams og i læringsfællesskabet.

## Kollaborativ model

### Hvad sker?



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

### Organisering af et kollaborativ

Et kollaborativ er organiseret med en styregruppe og en faglig følgegruppe med patientrepræsentanter, pårørenderepræsentanter, faglige repræsentanter og repræsentanter fra de fem regioner.



Den faglige følgegruppe har i projektet bistået med faglig rådgivning og har bestået af følgende personer:

- Anders Meinert Pedersen fra Danske Regioner
- Ingelise Svendsen fra Landsforeningen Sind
- Jens Peter Dam Eckardt Jensen fra Bedre Psykiatri
- Kitte Hay Jørgensen fra Faglig Selskab for Psykiatriske Sygeplejersker
- Rikke Laulund Schultz fra Dansk Psykiatrisk Selskab
- Juno Calmer fra Dansk Psykologforening
- Jan Mainz fra Region Nordjylland
- Anne-Grethe Rasmussen fra Region Nordjylland
- Claus Graversen fra Region Midtjylland
- Lisbeth Damgaard fra Region Midtjylland
- John Verver fra Region Syddanmark
- Peter Jezek fra Region Syddanmark
- Hanne Sveistrup Demant fra Region Sjælland
- Susanne Møller-Madsen fra Region Sjælland
- Anne Hertz fra Region Hovedstaden
- Ruth Bækgaard fra Region Hovedstaden

Styregruppens rolle har været at varetage de overordnede linjer for projektet og at tage centrale beslutninger i løbet af projektet. Gruppen består som oftest af repræsentanter fra projektejerende organisationer. I Sikker Psykiatri har styregruppen bestået af følgende personer:

- Erik Jylling fra Danske Regioner
- Michael Werchmeister fra Psykiatrikredsen
- Hanna Line Jakobsen fra Det Obelske Familiefond – efter Peter Larsen
- Mette Meldgaard fra TrygFonden
- Beth Lilja fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed – efter Inge Kristensen

Derudover etableres en række teams på de projektenheder, der er involveret i projektet. Et team består af mindst én patientrepræsentant, én projektleder, mindst én ledelsesrepræsentant på mellemleder og afdelingslederniveau samt omkring fire sundhedsfaglige personaler tværfagligt repræsenteret. Et team kan med fordel også inkludere personer med støttefunktioner i forhold til dataindsamling og -behandling. Teamets rolle og funktion er at afprøve forandringer i relation til de enkelte patientsikkerhedspakker. Det er afgørende, at sammensætningen i teamet afspejler de fagfolk, som arbejder med den pågældende indsats i praksis.

### Design af kollaborativet

I den indledende fase uddybes og konkretiseres projektets overordnede målsætninger, formål og tentative plan for implementering. For at skabe de bedste forudsætninger for en succes er det vigtigt, at det er klart og tydeligt for alle involverede, hvad formål og mål med kollaborativet er. Det er derfor afgørende, at vision og mål afklares, da det har betydning for de involveredes mobilisering samt deres motivation til arbejdet med implementering og kulturændring. Ideelt set udvikler styregruppen de overordnede resultatmål for projektet, herefter tilpasses målene de lokale projekter og kontekster, hvorefter lokale mål og delmål udvikles. Efterfølgende udarbejdes en plan med delmål for alle elementer i projektet i tæt dialog med lokale projektledere og styregruppe i relation til de overordnede målsætninger og mål. I Sikker Psykiatri er udarbejdelsen af de enkelte pakker sket

løbende. Først startede udarbejdelsen af pakken om medicin, derefter fulgte pakken om somatik, dernæst pakken om reduktion af bæltefikseringer og til sidst pakken om selvmordsforebyggelse.

Efter den indledende fase følger implementeringsfasen, som indeholder læringsfællesskabets hovedaktiviteter, der har til formål at facilitere læring om, hvordan lokale teams implementerer fælles beslutningstagen i tæt samarbejde med patienter og kollegaer på afdelingen. Læringsaktiviteterne understøtter teams i datadrevet implementering med arbejdsgangsanalyser, hyppige afprøvninger i praksis og indsamling af tidstro data fremstillet i seriediagrammer.

Implementeringsfasen indeholder følgende typer af læringsaktiviteter:

- Læringsseminarer med læring om forbedringsviden og metoder til at komme godt og sikkert fra start med datadrevet implementering af fælles beslutningstagen med forbedringsmodellen som mulig metode.
- Teambesøg med direkte coaching i datadrevet implementering med hyppige afprøvninger.
- Mulighed for telefonisk sparring og coaching ved behov, for eksempel ved opståede udfordringer eller idéer til forandringer.
- Tilbage melding på læring ud fra afprøvninger og data med henblik på fremdrift vurderet ud fra en international skala om fremdrift i forbedringsarbejde.
- Enhedsbesøg, hvor de lokale enheder har mulighed for at besøge hinanden og erfaringsudveksle på tværs.

I det følgende beskrives indhold og form i de enkelte læringsaktiviteter i læringsfællesskabet.

#### Læringsseminarer: kapacitetsopbygning, vilje og videndeling

På læringsseminarer undervises de enkelte lokale teams i forbedringsmetodik, herunder forbedringsmodellen, design af indikatorer til målinger og dataanalyse, -fremstilling og -fortolkning med statistisk proceskontrol som metode. Læringsmålene for undervisningen er anvendelsesorienterede, så teams har mulighed for at anvende metoderne umiddelbart efter seminarerne og kan således udvikle fælles sprog og metoder til implementering og videnspredning. Der er igennem pilotforløbet afholdt 11 læringsseminarer. Læringsseminarerne har en varighed på to dage og er blevet afholdt omkring hvert halve år i løbet af projektperioden, med deltagelse af teams, ledelser og patienter og pårørende fra pilotenhederne.

Formålet med læringsseminarer er at skabe en ramme for motivation, energi, idéudveksling, videndeling og læring på tværs af enhederne, hvorfor de enkelte teams på Sikker Psykiatri-seminarerne har præsenteret læring og resultater for hinanden samt drøftet udfordringer og løsninger. Dette har typisk foregået som storyboardpræsentationer, plenumpræsentationer, workshops, formel og uformel erfaringsudveksling. Teams har således haft mulighed for at drøfte problemstillinger med andre, der har haft samme udgangspunkt, og ikke kun projektlederen. For at understøtte relationer i læringsfællesskabet har der ligeledes været fokus på sociale aktiviteter, da dette kan fremme deltagerens motivation til at lære af og med hinanden i arbejdet med implementeringen.

Det fremhæves derudover fra andre demonstrationsprojekter omkring implementering, at ledere ofte bliver udfordret på deres vanlige ledelsesrolle og derfor har brug for viden og værktøjer til at lede datadrevet implementering sammen med projektleder og team, hvilket de kan få adgang til på læringsseminarerne.

I modellen for kollaborativet er der mellem hvert læringsseminar en aktionsperiode, hvor de enkelte teams arbejder konkret med implementering ved brug af forbedringsmetoder, herunder forbedringsmodellen og målinger med brug af statistisk processtyring (*statistic process control, SPC*)<sup>10</sup>. Se mere om forbedringsmodellen nedenfor.

### Teambesøg og coaching for fremdrift i projektet

For at støtte forbedringsarbejdet og sikre fremdrift mellem læringsseminarerne er det tanken, at hvert team i perioden tilbydes coaching i implementering og fastholdelse på teambesøg. I Sikker Psykiatri har der været projektbesøg fire gange om året. Strukturen er således, at en facilitator og forbedringscoach kommer på teambesøg mellem hvert læringsseminar eller oftere og tilbyder coaching til projektleder og team med henblik på fremdrift.

### Orientering om fremdrift fra team

Endnu et element i kollaborativmodellen er, at hvert team hver måned giver en orientering om status på implementeringen med særligt henblik på læring fra afprøvninger og data for egne indikatorer. I Sikker Psykiatri er det de lokale teams eller projektleder, der hver måned har udarbejdet månedsrapporter med status over forbedringsarbejdet samt resultat- og procesdata, fremvist i seriedia-grammer. Foruden månedlig status har pilotenhederne i Sikker Psykiatri i arbejdsperioderne mellem læringsseminarerne opretholdt kontakten til de andre projektledere og Danske Selskab for Patientsikkerhed gennem månedlige telefonkonferencer og uformelle e-mailkorrespondancer.

### Tilbage melding på læring

Formålet med enhedernes udarbejdelse af månedsrapporter er, at teamene månedligt får skriftlig feedback på det lokale forbedringsarbejde udarbejdet af Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Herefter kan projektleder videreformidle feedback til de enkelte teams, hvilket kan give yderligere anledning til refleksion og nye afprøvninger.

### Enhedsbesøg

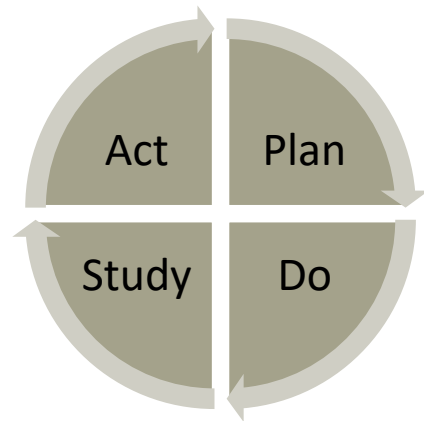
Foruden sparring mellem projektlederne på pilotenhederne, har medarbejderne fra de respektive forbedringsteams haft mulighed for erfaringsudveksling og sparring gennem enhedsbesøg, hvor de har besøgt hinandens enheder. De har herigennem haft lejlighed til at få indblik i, hvordan andre pilotenheder arbejder med forbedringsmetoderne og eventuelle udfordringer.

## Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen (Anhøj 2018, Langley et al. 2009) er en videnskabeligt baseret arbejds metode til kvalitetsudvikling og udgangspunkt for det lokale forbedringsarbejde i Sikker Psykiatri. Modellen er med succes brugt både i Danmark og internationalt. Modellen tager udgangspunkt i tre spørgsmål og en såkaldt PDSA-cirkel (Plan-Do-Study-Act).

<sup>10</sup> Et kontrol diagram og principperne for statistisk processtyring er, at det gennem løbende studier af små stikprøver af en produktion er muligt at forudse, hvordan processen vil forløbe i fremtiden. På den baggrund er det således muligt at foretage justeringer, der er nødvendige for at opnå en høj og stabil kvalitet i produktionen (Anhøj 2018).

- Hvad ønsker vi at opnå (Mål)
- Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? (Målinger)
- Hvilke forandringer iværksættes for at skabe forbedringer? (Ideer)



Figuren er inspireret af Anhøj J. 2018. Forbedringsmodellen – Evidensbaseret Kvalitetsudvikling, figur 15.3. I: Bedre Begrundet Praksis. Velfærdsudvikling efter evidensbølgen. Samfundslitteratur.

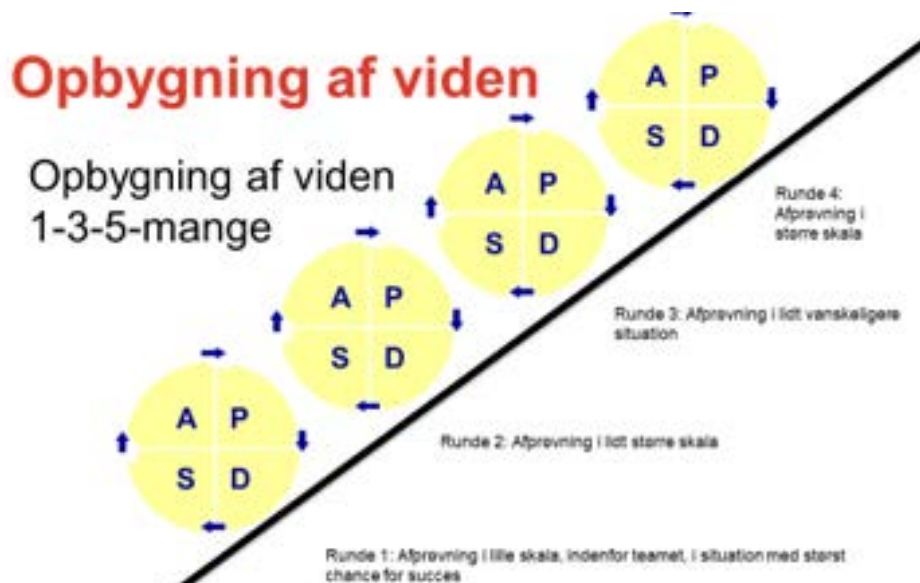
### PDSA-cirklen

I Sikker Psykiatri har første skridt i forbedringsarbejdet været, at enhederne har svaret på de tre spørgsmål, som fremgår af modellen. Besvarelsene har dannet grundlag for den videre indsats, hvor enhederne har planlagt den givne forbedringsproces med udgangspunkt i PDSA-cirklen. Metoden består af fire trin, som vil blive beskrevet i det følgende.

- *Plan*: Hypoteseudvikling og planlægning af afprøvning.
- *Do*: Hypotesen afprøves, mens data indsamles.
- *Study*: Data sammenlignes med hypotesen.
- *Act*: Hypotesen bekræftes, forkastes eller justeres ud fra, hvad der er lært. Herefter overvejes næste afprøvning.

Formålet med PDSA-afprøvninger er at starte med små eksperimenter i en lille skala, resultater følges systematisk og tilpasses gradvist forbedringsidéer, mens de afprøves i stadig større skala (Anhøj 2018). Med forbedringsmodellen afprøves forbedringsidéer lokalt, tilpasses og afprøves igen, indtil det er sikkert, at idéen og indsatsen har den ønskede effekt. Metoden er således et værktøj til at sikre, at idéer til forbedringer testes og modificeres på baggrund af viden fra afprøvninger i en klinisk kontekst, for således at undgå at planlægning af forbedringsarbejdet foregår ved et skrivebord langt fra praksis.

Ved brug af forbedringsmodellen er det muligt at igangsætte flere afprøvninger samtidigt, med det formål at accelerere implementeringen og hurtigere bygge viden op over tid. Opbygningen af viden følger strukturen, der fremgår af modellen herunder. Vidensopbygningen initieres her i lille skala på for eksempel én patient, hvorefter der bygges op til tre patienter, herefter fem, og så videre. På den måde sikres opbygning af viden ved gentagne processer.



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

### *Tidstro data*

Data i forbedringsarbejdet er kendetegnet ved at være indsamlet tidstro af det personale, som er tæt på patienten, og som udfører de sundhedsfaglige ydelser. Ofte indsamles data på en tavle eller på skemaer, der er udviklet og afprøvet lokalt ved hjælp af PDSA-afprøvnings. Undervejs følges indsatsen med tidstro målinger for herigennem at afgøre, om en indsats har effekt. Det betyder, at personalet kan bruge data direkte til at sikre en høj kvalitet for patienterne i dagligdagen.

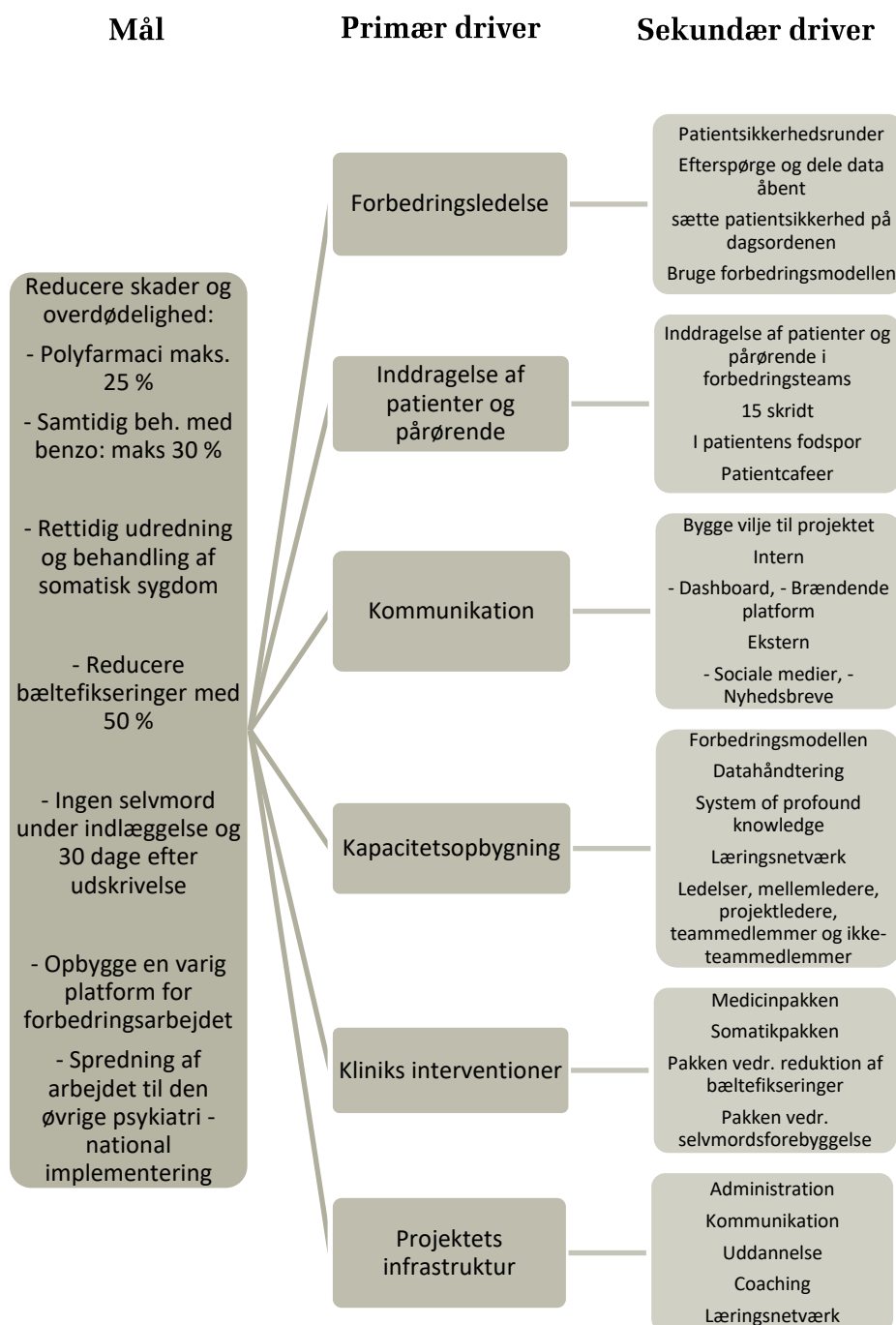
### Metoder i forbedringsarbejdet

I dette afsnit præsenteres centrale metodiske redskaber benyttet i projektet.

### *Driverdiagram*

Driverdiagrammet er et visuelt kort over forbedringsarbejdet. Det beskriver ganske kort, hvordan hver enkelt idé og element løbende skal bidrage til det overordnede mål. Det forsøger således at forudsige, hvilke forandringer der skal til, for at det endelige mål kan opfyldes. Formålet med driverdiagrammet er, at det skal illustrere den teori, som det forventes at afprøve (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2017).

Driverdiagrammer kan bruges på mange niveauer. I Sikker Psykiatri har driverdiagrammet som værktøj haft to centrale funktioner. Det har beskrevet den overordnede programteori for Sikker Psykiatri, som er udarbejdet af PS! (se figur nedenfor), og det er blevet benyttet som et aktivt værktøj lokalt på pilotenhederne til at beskrive mål og indsatser, og således styre og rammesætte forbedringsarbejdet.



Kilde: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Til venstre i driverdiagrammet angives målet med forbedringsindsatsen. Alt til højre for målet beskriver en teori om, hvad der skal til for at opnå målet. I den midterste kolonne beskrives de primære drivere – de overordnede forandringer – som forventes at være nødvendige for at nå målet. For hver af de primære drivere findes én eller flere sekundære drivere, som fremgår i kolonnen til højre. De sekundære drivere beskriver, hvordan forandringen skal iværksættes.

### Forbedringsagentuddannelsen

Som led i forbedringsarbejdet har Dansk Selskab for Patientsikkerhed tilbudt en forbedringsagentuddannelse til centrale aktører i Sikker Psykiatri. Formålet er at uddanne forbedringsagenter i

Danmark, som kan iværksætte og lede ambitiøst forbedringsarbejde, der kan føre til markante forbedringer i sundhedsvæsenet. Målgruppen for uddannelsen er klinikere/fagfolk og kvalitets- og patientsikkerhedsfolk, der til dagligt arbejder med og leder forbedringsarbejde i praksis. Forbedringsarbejdet foregår i tæt samarbejde med et lokalt og gerne multidisciplinært team. Uddannelsen er inspireret fra internationale eksperter i forbedringsarbejde (Improvement Advisor Professional Development Program, Institute for Healthcare Improvement) og strækker sig over 10 måneder. I denne periode gennemfører deltagerne et mindre forbedringsprojekt i egen organisation. Uddannelsen inkluderer vejledning i projektet og metoder ud fra otte afleveringer, tre seminarer af to til tre dages varighed samt en række webkonferencer.

### *Tavlemøder og forbedringstavler*

Tavlemøder og forbedringstavler er to centrale metoder i forbedringsarbejdet. Tavlemøder afholdes kontinuerligt, oftest en gang om ugen. Mødet har en facilitator, en rolle der i Sikker Psykiatri ofte er udfyldt af en afsnitsleder eller overlæge. I reglen deltager projektleder, alle medarbejdere, der er til stede på vagten, og så vidt muligt ledelsesrepræsentanter. På tavlemødet tages der udgangspunkt i forbedringsarbejdet ved brug af en forbedringstavle. Formålet med tavlerne er, at medarbejderne i forskellige vagtlag løbende kan skrive idéer til forbedringsprocesser, som der på tavlemøderne kan tages udgangspunkt i. Forbedringstavlerne benyttes derudover til, at personalet kan følge udviklingen i forbedringsarbejdet over tid. På tavlen præsenteres proces- og resultatindikatorer i form af blandt andet seriediagrammer. Tavlemøder og forbedringstavler benyttes således til at skabe forum for dialog om forbedringsarbejdet, dets succeser og udfordringer.



# Bilag 2 Faglige og organisatoriske pakker

I projektet er der fokus på at skabe forbedringer på en række indsatsområder. Forbedringerne sker ved, at en række faglige patientsikkerhedspakker gennemføres i praksis. Der er i alt udviklet fire faglige og to organisatoriske pakker. Dette afsnit beskriver pakkernes formål, indhold og indikatorer.

Hver af disse pakker er teoretisk og erfaringsmæssigt funderet, og indeholder forslag til fokus- og indsatsområder samt forslag til redskaber til brug i forbedringsarbejdet med pakkerne. Hertil er der for hver pakke udarbejdet en række mål og resultat- og/eller procesindikatorer for det givne indsatsområde. Alle pakkernes indsatser bidrager til det overordnede mål om at reducere mortalitet og skader. Ud over projektets overordnede mål er pakkerne benyttet som retningslinjer for pilotenhedernes opstillede lokale mål for, hvilke resultater de forventede at opnå på hvert indsatsområde.

I det følgende vil indhold, indikatorer og målsætninger for hver af disse pakker blive beskrevet.

## Pakker for Medicin

Formålet med Pakker for medicin er at undgå uhensigtsmæssig behandling med lægemidler, herunder uhensigtsmæssige kombinationer. Medicingennemgang defineres af Institut for Rationel Farmakoterapi som "en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling" (Arbejdsgruppen "Risikolægemidler" 2008-2010, 2011). En forudsætning for at kunne foretage en medicingennemgang er, at der foreligger en opdateret liste over den medicin, som patienten tager. Derfor indeholder denne pakke også et fokus på afstemning af den individuelle patients medicin, ligesom et særligt fokus på højrisikomedicin er inkluderet. Pakkens hovedfokusområder er:

- Medicinafstemning og medicingennemgang
- Højrisikomedicin

Anbefalede redskaber for hvert af disse fokusområder fremgår af tabellen nedenfor.

Medicinafstemning	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilstedeværelse af medicinanamnese</li><li>• Tilstedeværelse af medicinordination</li><li>• Afstemning af medicinanamnese og medicinordination</li></ul>
Medicingennemgang	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tilstedeværelse af afstemt medicinliste</li><li>• Systematisk vurdering og dokumentation af patientens oplevelse af behandling</li><li>• Kritisk gennemgang af medicinlisten.</li></ul>
Højrisikomedicin	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tjek ind<ul style="list-style-type: none"><li>○ Relevant klinisk og paraklinisk undersøgelse udført og dokumenteret</li><li>○ Patienten har afgivet informeret samtykke til behandlingen</li></ul></li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ Patienten er informeret om tidspunktet for næste kontrol af behandlingen</li> <li>• Løbende klinisk og paraklinisk monitorering udføres.</li> </ul>
--	--

Første trin er således, at der ved indlæggelse, overflytning og udskrivelse foretages en afstemning af medicinen for den enkelte patient, eftersom en medicingennemgang forudsætter, at der foreligger en afstemt medicinliste. Andet trin er en kritisk gennemgang af medicinlisten, hvilket sker efter retningslinjer for medicingennemgang. En medicingennemgang med et fagligt perspektiv kan således medvirke, at unødvendige præparater bliver fjernet fra listen, ligesom det kan være med til at øge patientens kendskab til og forståelse for præparaterne og deres virkninger og bivirkninger.

For at forebygge utilsigtede hændelser i forbindelse med højriskomedicin er der i Sikker Psykiatri anvendt to forholdsregler. Ved alle nyordinationer gennemføres der ved behandlingsstart et tjek ind, hvorefter patienten følges med løbende klinisk og paraklinisk monitorering, hvilket skal udføres i henhold til lokale retningslinjer.

For at støtte og monitorere forbedringsprocessen indgår der i projektet en række målinger. For medicinpakken er der udviklet en række indikatorer. Der knytter sig to resultat- og fem procesindikatorer til medicingennemgang og medicinafstemning.

Indikatorer for medicinpakkerne	Resultatindikatorer	Procesindikatorer
<i>Medicinafstemning og medicingennemgang</i>	<p>Ved højst 25 % af det samlede antal udskrivelser indeholder medicinlisten mindst ét/to antipsykotika</p> <p>Ved højst 30 % af det samlede antal udskrivelser indeholder medicinlisten mindst ét antipsykotikum og mindst én benzodiazepin.</p>	<p>Mindst 95 % af alle patienter får tilbudt medicinafstemning i situationer, hvor det kræves.</p> <p>Mindst 95 % af det samlede antal udskrevne patienter har fået foretaget medicingennemgang, hvor alle elementer er opfyldt.</p>

### Pakken for somatisk sygdom

Mennesker med alvorlig psykisk sygdom (herunder skizofreni, bipolar lidelse, skizoaffektiv lidelse og svær depression) lever gennemsnitligt 15-20 år kortere end den øvrige befolkning, og det vurderes, at ca. 60 % af denne overdødelighed skyldes somatisk sygdom (Nordentoft et al. 2015). Der er primært tale om hjertekarsygdomme, metaboliske sygdomme samt visse infektionssygdomme. Overdødeligheden skyldes, at disse sygdomme er overrepræsenteret blandt mennesker med psykisk sygdom, hvortil kommer en række barrierer, der stiller disse personer dårligere, hvad angår forebyggelse, diagnostik og behandling af somatisk sygdom. I Sikker Psykiatri sættes der fokus på somatisk sygdom i form af tre pakker:

- Akutpakken
- Livsstil og forebyggelse
- Somatisk undersøgelse og opfølgning

For hver af disse pakker er en række kliniske indsatser blevet introduceret. Disse fremgår af tabellen nedenfor.

<b>Akutpakken</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Måling af vitale værdier ved indlæggelse, overflytning eller ændring i tilstanden</li> </ul>
-------------------	---

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stillingtagen til fortsat observationsniveau</li> </ul>
<b>Livsstil og forebyggelse</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Systematisk screening for livsstilsfaktorer, herunder KRAM</li> <li>• Relevant opfølgning på screeningsresultat <ul style="list-style-type: none"> <li>○ i eget regi</li> <li>○ i andet regi, med overlevering</li> </ul> </li> </ul>
<b>Somatisk undersøgelse og opfølgning</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Somatisk anamnese</li> <li>• Parakliniske undersøgelser</li> <li>• Fokuseret objektiv undersøgelse</li> <li>• Henvisning til yderligere udredning med aktiv overlevering</li> </ul>

Ved måling af en patients vitale værdier i akutpakken henvises der til puls, blodtryk, respirationsfrekvens, temperatur, iltmætning og bevidsthedsniveau. På baggrund af en indledende vurdering af patientens somatiske komorbiditet besluttet herefter observationsniveauer (hyppighed af måling af alle eller særligt vitale værdier).

I pakken for livsstil og forebyggelse er der et fokus på dels en screening for livsstilsfaktorer (KRAM-faktorerne: kost, rygning, alkohol, motion), dels en aktiv overlevering til et relevant tilbud, såfremt patienten er motiveret og interesseret i et specifikt tilbud.

På baggrund af en indledende systematisk screening, fremgår det i pakken om somatisk undersøgelse og opfølgning, at det vurderes, om patienten har yderligere behov for udredning, hvorefter der skal ske en aktiv overlevering af patienten.

For pakkerne for somatisk sygdom er der, som ved medicinpakken, udviklet en række indikatorer. Der knytter sig fire procesindikatorer til de tre pakker.

<b>Indikatorer for pakkerne om somatisk sygdom</b>	<b>Procesindikatorer</b>
<i>Pakker for somatisk sygdom</i>	<p>Mindst 95 % af det samlede antal udskrevne patienter har modtaget begge elementer i pakken om livsstil og forebyggelse.</p> <p>Mindst 95 % af det samlede antal udskrevne patienter har modtaget alle elementer i pakken om somatisk undersøgelse og opfølgning inden for et år.</p> <p>Mindst 95 % alle indlæggelser og overflytninger skal opfylde begge elementer i akutpakken.</p> <p>Alle patienter tilknyttet ambulatoriet skal have modtaget alle elementer i pakken om somatisk undersøgelse og opfølgning inden for et år.</p>

### Pakken for tvang

I denne pakke fokuseres der primært på fiksering ved bælte (herefter kaldet bæltfiksering) svarende til Psykiatrilovens § 14-16.

Formålet med pakken om tvang er at nedbringe en række fysiske og psykiske risici ved tvangsfiksering. Pakken om tvang fokuserer på at forebygge bæltefiksering samt at sikre læring ud fra de bæltefikseringer, som alligevel udøves. Pakken omhandler udelukkende patienter, der opholder sig på en psykiatrisk afdeling, hvormed dobbeltindlagte patienter, der opholder sig på en somatisk afdeling, ikke er omfattet af pakken. I Sikker Psykiatri er der udviklet en række redskaber til forebyggelse af tvang, som præsenteres nedenfor.

#### Indsatser til forebyggelse af tvang

På hver vagt afholdes en kort sikkerhedsbriefing, der har til formål at identificere potentielle situationer, der kan lede til bæltefiksering, sådan at disse kan blive imødegået i vagten. Briefingen fokuserer på patientfaktorer, personalefaktorer og organisatoriske faktorer, herunder:

- Patienter med kendt historie med udadreagerende eller selvskadende adfærd
- Særligt fokus på patienter med aktuel Brøset-score på 1 eller mere
- Patienter, der har modtaget eller skal modtage "dårlige nyheder"
- Konflikter eller nærhændelser i foregående vagtperiode
- Bemanding
- Fysiske rammer

Sikkerhedsbriefing skal munde ud i en konkret plan for, hvordan potentielle situationer, der kan lede til bæltefiksering, søges imødekommet i vagten. Foruden arbejdet med forudsigelse af bæltefiksering i form af sikkerhedsbriefing arbejdes der også med forebyggelse af bæltefiksering og forebyggelse af gentagelse af bæltefiksering. Ved indlæggelse af en patient inddrages erfaringer fra tidligere indlæggelser i en systematisk risikovurdering af bæltefiksering, og strategier drøftes med patienten, såfremt det er muligt. Personalet anvender derudover deeskaleringsteknikker ved risiko for bæltefiksering. Efter en bæltefiksering foretager involveret personale en debriefing, og hvis patientens tilstand tillader det, afholdes der en eftersamtale for blandt andet at identificere krisetriggere, så mulige alternativer til bæltefiksering kan indtænkes. Et tværfagligt team fra et andet afsnit gennemgår alle episoder med bæltefiksering med det formål at skabe læring.

For pakken om tvang er der ligeledes udviklet en række indikatorer. Der knytter sig to resultat- og tre procesindikatorer til pakken, som fremgår af tabellen nedenfor.

Indikatorer for tvangspakken	Resultatindikatorer	Procesindikatorer
	Antal episoder hvor en patient bæltefikseres uanset varighed, skal halveres fra baseline (det seneste år).	Der skal på over 95 % af alle vagtskifte afholdes sikkerhedsbriefinger.
	Antal indlagte patienter, der mindst én gang har været bæltefikseret uanset varighed, skal halveres fra baseline (det seneste år).	Der skal ved over 95 % af alle indlæggelser laves systematisk vurdering af risiko for bæltefiksering.
		Der skal ved over 95 % af alle bæltefikseringer laves en gennemgang ved et eksternt, tværfagligt team (jf. pakken).

#### Pakken for selvmordsforebyggelse

Indsatsen omkring selvmordsforebyggelse adskiller sig fra de tre andre kliniske indsatser i Sikker Psykiatri, idet der ikke præsenteres en færdig pakke. Det er i stedet de lokale pilotenheder, der har

udarbejdet en lokal forbedringsteori, som herefter har dannet udgangspunkt for en fælles forbedringsteori for projektet.

Den overordnede målsætning for den fælles forbedringsteori omkring selvmordsforebyggelse er, at selvmord under indlæggelse på og 30 dage efter udskrivelse fra psykiatrisk afdeling ikke skal forekomme. Det er desuden målet, at de enkelte pilotenheder gennem en grundig analyse opstiller en teori for, hvordan enheden kan forbedre indsatsen for selvmordsforebyggelse, og at denne teori herefter omsættes til en plan for afprøvninger, implementering og spredning. Pilotenhederne skal med baggrund i historiske data opstille et mål for reduktion af selvmordsforsøg under indlæggelse. I projektperioden har enhederne arbejdet med en række redskaber for forebyggelse af selvmord. Disse redskaber fremgår af tabellen nedenfor.

#### **Analyser til brug for udarbejdelse af selvmordsforebyggelse**

- Interviews med brugere, pårørende og personale
- Patientsikkerhedsrunde med fokus på fysiske rammer
- 15 skridt
- Patient Safety Climate Tool
- Zero Suicide Organizational Self-Study

Herudover fremgår det af pakken, at der i hver vagt skal afholdes sikkerhedsbriefing med fokus på:

- Risikovurdering af patienten
- Skærpningsniveau for patienten
- Aftaler ifm. udgang, udskrivelse mv.
- Bemanding
- Fysiske rammer

Det fremgår af pakken, at skriftlig dokumentation omkring selvmord og selvmordsforsøg i høj grad bygger på personalets oplevelser af situationer, hvorfor det er vigtigt at supplere med interviews med brugere og pårørende. De fysiske rammer er derudover af afgørende betydning for patientsikkerhed i forhold til forebyggelse af selvmord, hvorfor der er vigtigt at udføre patientsikkerhedsrundter, med fokus på forhold som hængning, kvælning, udspring og selvskaade, i alle fælleslokaler.

Formålet med redskabet *15 skridt* er systematisk at undersøge førstehåndsindtrykket af en afdeling; om den virker imødekommende, sikker, omsorgsfuld, involverende og velorganiseret. Det er vigtigt, at metoden gennemføres af personer, som ikke har en daglig eller hyppig gang på det afsnit, hvorpå metoden afprøves.

*Patient Safety Climate Tool* fokuserer på brugernes oplevelse af sikkerheden på et afsnit. Et meget udtømmende redskab, der kan anvendes til at evaluere en række dimensioner på et afsnit er *Zero Suicide Organizational Self-Study*.

For at støtte og monitorere forbedringsprocessen indgår der i projektet følgende målinger for pakken om selvmord. Der knytter sig to resultat- og fire procesindikatorer til pakken.

<b>Mål og indikatorer for selvmordsforebyggelse</b>	<b>Resultatindikatorer</b>	<b>Procesindikatorer</b>
<i>Fælles forbedringsteori for selvmordsforebyggelse</i>	Ingen selvmord under indlæggelse og 30 dage efter udskrivelse  Ingen selvmordsforsøg under indlæggelse og 30 dage efter indlæggelse	Mindst 95 % af patienter, der indlægges, skal have lavet en selvmordsrisikovurdering, og efterfølgende skal der følges op på resultatet i risikovurderingen.

		<p>Mindst 95 % af det antal patienter, der vurderes til orlov, skal have lavet en selvmordsrisikovurdering forud for orloven.</p> <p>Mindst 95 % af de patienter, der udskrives eller overflyttes, skal forud for udskrivelsen/overflytningen igennem en risikovurdering efterfulgt af aktiv overlevering.</p>
--	--	--

### Idékatalog til forbedringsledelse

I projektet er der som led i arbejdet med dette indsatsområde i 2014 udarbejdet et idékatalog (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2014) til de deltagende enheder, hvori forslag til ledelsesrettede tiltag og redskaber er beskrevet. I dette katalog beskrives følgende elementer som afgørende for forbedringsledelse:

- Sæt patientsikkerhed øverst på dagsordenen
- Lyt til og involver patienter og pårørende
- Træf beslutninger på grundlag af data (ikke tro og fornemmelser)
- Vær synlig i frontlinjen, og lyt til medarbejderne
- Praktiser åbenhed og gennemsigtighed

For hvert af disse områder foreslås en række redskaber.

<b>Sæt patientsikkerhed øverst på dagsordenen</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikker dagsorden</li> <li>• Kalendergennemgang</li> <li>• Tips til motiverende kommunikation</li> </ul>
<b>Lyt til og involver patienter og pårørende</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikker dagsorden</li> <li>• I patientens fodspor</li> <li>• Idékatalog til patient- og pårørendesamarbejde</li> </ul>
<b>Træf beslutninger på grundlag af data (ikke tro og fornemmelser)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhedstavler</li> <li>• Statistisk processtyring</li> <li>• Mortalitätsanalyser</li> <li>• Waste Identification Tool</li> <li>• Hospitalsstandardiseret mortalitetsrate (HSMR)</li> <li>• Global Trigger Tool</li> </ul>
<b>Vær synlig i frontlinjen, og lyt til medarbejderne</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhedsrunder</li> <li>• Forbedringsmodellen</li> <li>• Patientsikkerhedstavler</li> <li>• Statistisk processtyring</li> <li>• Sikker mundtlig kommunikation</li> <li>• Medieomtale og fejring af succeser som drivkraft for forbedringer</li> </ul>
<b>Praktiser åbenhed og gennemsigtighed</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhedstavler</li> <li>• Tips til motiverende kommunikation</li> <li>• Medieomtale og fejring af succeser som drivkraft for forbedringer</li> </ul>

For at støtte og monitorere forbedringsprocessen på ledelsesniveau indgår der i projektet en række indikatorer, der knytter sig til de fem nævnte redskaber, som vil blive præsenteret nedenfor.

<b>Redskaber</b>	<b>Indikatorer</b>
------------------	--------------------

<i>Sæt patientsikkerhed øverst på dagsordenen</i>	Patientsikkerhedsemner skal øverst på dagsordenen på et aftalt antal møder (for eksempel teammøder, ledelsesmøder, direktionmøder, kvalitetsrådsmøder).
<i>Lyt til og involver patienter og pårørende</i>	Et aftalt antal møder (for eksempel teammøder, ledelsesmøder, direktionmøder, kvalitetsrådsmøder) skal indledes med en patienthistorie.  Der skal på et aftalt antal møder (for eksempel teammøder, ledelsesmøder, direktionmøder, kvalitetsrådsmøder) være fysisk deltagelse af en patient eller pårørende.
<i>Træf beslutninger på grundlag af data (ikke tro og fornemmelser)</i>	Der skal etableres faste ledelsesmøder ved patienttavlen.
<i>Vær synlig i frontlinjen, og lyt til medarbejderne</i>	Der skal sættes mål for, hvor mange patientsikkerhedsrunder der skal afholdes per måned.  Der skal sættes mål for, hvor mange fejringer af en milepæl eller resultat, som ledelsen skal deltage i.
<i>Praktiser åbenhed og gennemsigtighed</i>	Der skal sættes mål for, hvor mange enheder, afdelinger eller afsnit der har patientsikkerhedstavler hængende offentligt.  Der skal sættes mål for, hvor mange dag der skal gå imellem indlæg på intranet om patientsikkerhed.  Der skal sættes mål for, hvor mange dage der skal gå imellem aktive henvendelser til den eksterne presse.

### Idékatalog til inddragelse af patienter og pårørende

Den faglige følgegruppe bag Sikker Psykiatri har som led i arbejdet med dette indsatsområde udarbejdet et idékatalog til de deltagende enheder, hvori forslag til indsatser, der fremmer samarbejdet med patienter og pårørende om patientsikkerhed, er beskrevet. Idékataloget skal således anses som et inspirationsdokument. Patient- og pårørendesamarbejde bliver i idékataloget inddelt i følgende overordnede niveauer:

- Niveau 1: Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed i eget behandlingsforløb og direkte behandling
- Niveau 2: Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed, herunder bidrag i forbedringsarbejdet på forbedringsteamniveau
- Niveau 3: Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed, herunder åbenhed og gennemsigtighed om forbedringsarbejdet – på afsnits-/afdelingsniveau
- Niveau 4: Samarbejde med patienter og pårørende om patientsikkerhed og forbedringsarbejde – på hospital og regionalt niveau

Indsatsområderne adskiller sig fra hinanden i henhold til samarbejdets formål, fokus og niveau for indsats, hvorfor indsatserne gerne skal supplere hinanden.

De i idékataloget foreslåede redskaber for hvert af de fire niveauer fremgår af tabellen nedenfor.

<b>Niveau 1</b>	• Informationsmateriale
-----------------	-------------------------



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Godt du spør' – anerkendende kommunikation</li> </ul>
<b>Niveau 2</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienter og pårørende i forbedringsteamet</li> <li>• Patienthistorier</li> <li>• Sig frem</li> <li>• 15 skridt</li> <li>• I patientens fodspor</li> <li>• Skyggemetoden</li> <li>• Patientsikkerhedsrunde</li> <li>• Anerkendende kommunikation</li> </ul>
<b>Niveau 3</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patientsikkerhedstavler</li> <li>• Informationsmateriale</li> <li>• Patientcaféer</li> </ul>
<b>Niveau 4</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienthistorier</li> <li>• Etablering af regionale patient- og pårørenderåd</li> </ul>

I det første indsatsområde (niveau 1 – fokus på eget behandlingsforløb) fokuseres der på at forbedre patientsikkerheden i det enkelte patientforløb. Informationsmateriale, vejledning samt undervisning i relevante symptomer til patienter og pårørende kan medvirke til, at patienter og pårørende bliver i stand til at opdage og reagere på afvigelse i behandlings eller plejeforløb i forhold til opfyldelsen af patientsikkerhedspakkerne. Dette kan skabe et mere sikkert og bedre forløb for patienterne.

I det andet indsatsområde (niveau 2 – fokus på teamniveau) er der fokus på at forbedre patientsikkerheden generelt ved at arbejde med strukturer og arbejdsgange samt gennem samarbejde mellem sundhedsprofessionelle og patienter og pårørende. Dette kan blandt andet ske gennem inddragelse af patienter og pårørende som faste medlemmer på forbedringsteamet, gennem brug af patienthistorie som inspiration til forbedringer både på teamniveau lokalt, kommunalt og regionalt og ved at involvere patienter og pårørende i afprøvning af nye tiltag.

I det tredje indsatsområde (niveau 3 – fokus på afsnits-/afdelingsniveau) fokuseres der på arbejde med patientsikkerhed og forbedringsarbejde, herunder at dele informationer og data om patientsikkerhed med patienter og pårørende og at involvere dem i forbedringsarbejdet. Dette kan ske, ved at der efterspørges til patienters og pårørendes forventninger, oplevelser, bekymringer og idéer til forbedringer samt ved at synliggøre, hvilke forbedringsinitiativer patienter og pårørende har bidraget til. Derudover kan afholdelse af patient- og pårørendecaféer give mulighed for at drøfte emner, som patienter og pårørende finder vigtige.

I det fjerde indsatsområde (niveau 4 – fokus på hospitals- og regionalt niveau) er der fokus på indsatser, der sikrer patienters og pårørendes involvering i udvikling og formulering af politikker, strategier samt ledelsesbeslutninger. Det er her vigtigt, at patientsikkerhed kommer øverst på dagsordenen til ledelsesmøder, og at der bliver taget imod råd fra tidligere patienter og pårørende, da dette giver en god organisatorisk mulighed for at få gode idéer til udvikling af sygehuset/regionen samt sikre kontinuerligt fokus på patienters og pårørendes behov. Samarbejde med patient- og pårørendeorganisationer er ligeledes en konstruktiv måde at sikre patienters og pårørendes perspektiv på udviklingen af sundhedsvæsenet.

Der er ikke udviklet indikatorer på patient- og pårørendepakken, men det er blevet anbefalet, at projektenheder opstiller lokale indikatorer samt mål for opfyldelse af disse.

#### Eksempler på indikatorer

- Der kan sættes mål for, hvor mange PDSA-afprøvninger en patient eller pårørende skal være involveret i.
- Der kan sættes mål for, hvor mange afsnit der skal gennemføre 15 skridt på en måned.
- Der kan sættes mål for antallet af ledelsesmøder, hvor der er deltagelse af en patient eller pårørende og/eller en patient/pårørendehistorie.
- Der kan sættes mål for, hvor ofte patienter og pårørende skal deltage på teammøder, afdelingsbesøg og læringsseminar.

### Enhedernes arbejde med pakkerne

Skemaet nedenfor giver et overblik over, hvilke afsnit på de enkelte enheder der har beskæftiget sig med de forskellige pakker. I alt 15 afsnit har arbejdet med pakker for medicin, 17 afsnit har arbejdet med pakken for somatisk sygdom, 18 afsnit har arbejdet med pakken for tvang, og 19 afsnit har arbejdet med pakken for selvmordsforebyggelse.

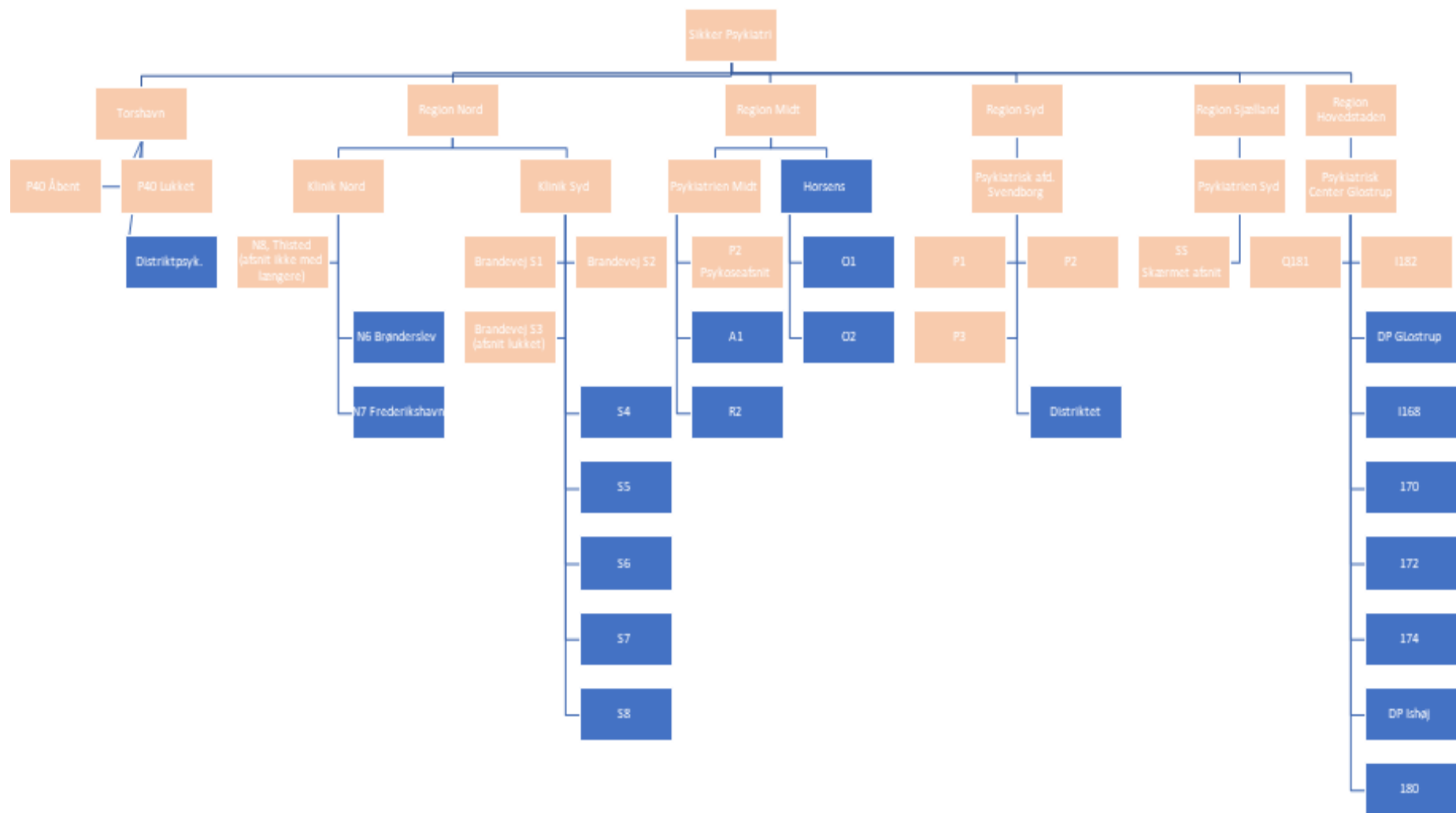
	Pakker for medicin	Pakken for somatisk sygdom	Pakken for tvang	Pakken for selvmordsforebyggelse
<b>Tórshavn</b>				
Lukket afsnit	X	X	X	X
Åbent afsnit	X	X	X	X
Distriktspsykiatrien	X	X	X	X
<b>Region Nordjylland:</b>				
<b>Klinik Nord</b>				
Psykiatrien i Thisted (udgik af projektet)	X	X		
Brønderslev: Det intensive senge- og modtageafsnit (N6)			X	
Frederikshavn: Åbent afsnit (N7)				X
<b>Region Nordjylland:</b>				
<b>Klinik Syd</b>				
Sengeafsnit for psykotiske sygdomme, fra 30 år (S1)	X	X	X	X
Sengeafsnit for skizofreni eller andre sygdomme med psykoser. 18-30-årige (S2)	X	X	X	X
S3 (afsnit lukket ned)	X	X		
Modtageafsnit (S4)				X
Intensivt sengeafsnit (S5)			X	
Intensivt sengeafsnit (S6)			X	
Sengeafsnit for primært mani, depression, spiseforstyrrelse (S7)				X
5-Døgnsafsnit (S8)				X
<b>Region Midtjylland</b>				
Viborg: Psykoseafsnit (P2)	X	X		
Viborg: Sengeafsnit for affektive lidelser (A1)				X
Viborg: Sengeafsnit for retspsykiatri (R2)			X	
Horsens: Lukket sengeafsnit (O2)			X	

<i>Horsens: Skærmet psykiatrisk afsnit (O1)</i>				X
<b>Region Syddanmark</b>				
<i>Svendborg: Integreret åbent/lukket afsnit (P1)</i>	X	X	X	X
<i>Svendborg: Integreret åbent/lukket afsnit (P2)</i>	X	X	X	X
<i>Svendborg: Integreret åbent/lukket afsnit (P3)</i>	X	X	X	X
<b>Region Sjælland</b>				
<i>Vordingborg: skærmet afsnit for affektive patienter (S3)</i>	X	X	X	X
<b>Region Hovedstaden</b>				
<i>Glostrup: Ældrepsykiatrisk afsnit (I182)</i>	X			
<i>Glostrup: Retspsykiatrisk afsnit (Q181)</i>	X		X	
<i>Glostrup: Psykiatrisk akutmodtagelse (170)</i>		X		X
<i>Glostrup: Psykiatrisk døgnafsnit (åben del og skærmet del) (174)</i>		X		X
<i>Glostrup: Lukket, akut modtageafsnit (172)</i>		X		X
<i>Glostrup: Lukket, intensivt døgnafsnit (168)</i>			X	
<i>Glostrup: Retspsykiatrisk afsnit (180)</i>			X	
<i>Glostrup: Distriktskykiatrien</i>	X	X	X	X
<i>Distriktskykiatrien i Ishøj</i>		X		

# Bilag 3 De otte projektenheder

Fra projektet start opstillede PSI en række kriterier for deltagelse i Sikker Psykiatri, som havde betydning for udvælgelsen af enheder. I projektets indledende fase forpligtigede enhederne sig til at implementere alle pakker på alle relevante afsnit. Det var derudover forventet, at enhederne aktivt anvendte forbedringsmodellen og deltog i projektets tilrettelagte aktiviteter, for herigennem at opnå læring og erfaringsudveksling på tværs af projektenhederne. Aktiv involvering er fra start blevet anset som afgørende for spredning af idéer mellem de deltagende enheder, men også for efterfølgende spredning til øvrige enheder i psykiatrien.

Dette bilag beskriver de enkelte projektenheder, der har deltaget i projektet. Af de enkelte beskrivelser fremgår, hvilke enhedslokale afsnit der har deltaget i projektet, hvilke typer af afsnit der har deltaget, samt eventuelle særlige karakteristika og vilkår for deltagende enheder og afsnit.



### **Tórshavn, Færøerne**

Psykiatrien i Tórshavn udgør en del af det samlede landssygehus i Færøerne. Psykiatrisk Center Tórshavn er det eneste af sin slags på Færøerne. Tórshavn har været repræsenteret i projektet siden 2014 ved en afdeling (P40), der består af to afsnit – et åbent (PA) og et lukket afsnit (P1). Centret består af 19 sengepladser. Derudover har Tórshavn haft deres distriktspsykiatri med i hele projektperioden og har arbejdet med alle pakkerne. Projektet har været organiseret om en projektleder og centerledelsen, mens teamet har været sammensat af repræsentanter fra både det lukkede og åbne afsnit samt distriktspsykiatrien.

### **Region Nord**

Region Nordjylland har været repræsenteret ved begge regionens psykiatriske klinikker, Klinik Nord og Klinik Syd. Projektet har været organiseret omkring to projektledere – én fra hver klinik og en regional repræsentant. Teams har været forankret på de involverede afsnit.

#### ***Klinik Nord***

I Klinik Nord har i alt tre afsnit deltaget i Sikker Psykiatri. Psykiatrien i Thisted (sengeafsnittet N8) deltog under projektet i de to første pakker (medicin- og somatikpakken). Afsnittet er efterfølgende udgået af projektet, hvorefter Brønderslev Psykiatriske Sygehus og det intensive senge- og modtageafsnit (N6) i 2015 blev involveret i pakken omkring reduktion af bæltefikseringer. Projektet har været organiseret omkring en lokal projektleder og lokal ledelse. På Brønderslev Psykiatriske Sygehus er der i alt syv sengeafsnit inklusive et modtageafsnit. Det åbne afsnit i Frederikshavn er blevet involveret i projektet i 2015 ved introduktionen af pakken om selvmordsforebyggelse. Psykiatrien i Frederikshavn består af et sengeafsnit, et psykiatrisk ambulatorium og et ambulante akutteam. Til sammen har Brønderslev og Frederikshavn 111 sengepladser.

#### ***Klinik Syd***

Klinik Syd har været involveret i Sikker Psykiatri siden 2014. I alt otte afsnit (sengeafsnit for psykotiske sygdomme, fra 30 år (S1), sengeafsnit for skizofreni eller andre sygdomme med psykoser, 18-30-årige (S2), S3 (afsnit lukket ned), modtageafsnit (S4), intensivt sengeafsnit (S5), intensivt sengeafsnit (S6), sengeafsnit primært for mani, depression, spiseforstyrrelse (S7) og 5-døgnsafsnit (S8) har været tilknyttet projektet igennem forløbet. Patientsikkerhedspakkernes implementering har været tilpasset de enkelte afsnits behov. Projektet har været organiseret omkring en lokal projektleder og lokal klinikledelse. Klinikken omfatter almenpsykiatri med åbne og intensive sengeafsnit samt en række ambulante funktioner. Klinik Syd har i alt 139 sengepladser.

### **Region Midtjylland**

Region Midtjylland har været repræsenteret ved Regionspsykiatrien Viborg og Regionspsykiatrien Horsens. Der har været en projektleder tilknyttet hver af de to enheder, og klinikledelserne har været gennemgående i hele projektperioden, ligesom kvalitetsafdelingen og en repræsentant fra psykiatrilædelser har været involveret i arbejdet i hele projektperioden.

#### ***Viborg***

Regionspsykiatrien Viborg har været tilknyttet projektet siden 2014. Indledningsvis var et psykoseafsnit (P2) involveret i arbejdet med medicinpakken. I takt med introduktionen af pakkerne er antallet af deltagende afsnit steget, og med introduktion af pakken om bæltefikseringer blev det retspsykiatriske sengeafsnit (R2) inkluderet i projektet, mens det affektive afsnit blev involveret ved introduktionen af pakken om selvmordsforebyggelse. Projektet har været organiseret omkring en lokal projektleder og den lokale afdelingsledelse. Teamet i Viborg har bestået af en repræsentant

fra hvert af de enkelte afsnit. I Regionspsykiatrien Viborg er der i alt 97 sengepladser fordelt på syv afsnit.

### *Horsens*

Regionspsykiatrien Horsens har været med i Sikker Psykiatri siden 2015. Der har været to afsnit (O1 og O2), som har arbejdet med henholdsvis pakken om forebyggelse af tvang og pakken om selvmordsforebyggelse. I Horsens har man etableret teams i de to afsnit, og der har været tilknyttet en projektleder i projektperioden, ligesom en repræsentant fra hospitalets kvalitetsafdeling har bistået i store dele af projektperioden og afdelingsledelsen har også været involveret i hele perioden. Regionspsykiatrien Horsens består af to sengeafsnit og to klinikker.

### *Region Syddanmark*

Psykiatrisk afdeling i Svendborg har været Region Syddanmarks repræsentant i Sikker Psykiatri. Afdelingen har tre afsnit (P1, P2, P3), bestående af 54 sengepladser. Alle afdelinger har været involveret i projektet i hele projektperioden, siden 2014, og med samtlige pakker. Projektet har været organiseret omkring den lokale klinikledelse, særligt den ledende oversygeplejerske og en lokal projektleder. Forbedringsteamet i Svendborg har været sammensat af én til to repræsentanter fra de tre involverede afsnit samt distriktet.

### *Region Sjælland*

Region Sjælland har været repræsenteret i projektet siden 2014 ved Psykiatrien Syd i Vordingborg. Der har været et projektafsnit tilknyttet projektet - et skærmet afsnit for affektive patienter (S3 36). Strategien har været at have et pilotafsnit, som har arbejdet med samtlige indsatser i projektet. Projektet har været drevet af en lokal projektleder, som har skiftet over tid samt den lokale ledelse og regionale repræsentanter samt en repræsentant fra psykiatrilæden. I Vordingborg er der i alt 89 sengepladser.

### *Region Hovedstaden*

Psykiatrisk Center Glostrup har siden 2014 været det deltagende center fra Region Hovedstaden. Glostrup har i hele projektperioden involveret distriktspsykiatrien i de forskellige pakker. Indledningsvis var Glostrup repræsenteret ved et retspsykiatrisk afsnit (Q182), et ældrepsykiatrisk afsnit (I181) samt et distriktspsykiatrisk center. I løbet af projektperioden er flere afsnit blevet involveret i takt med introduktionen af nye pakker, således at ni afsnit ved projektets afslutning er involveret i projektet. Ikke alle afsnit har arbejdet med alle fire pakker. Projektet har været organiseret omkring en lokal projektleder samt centerledelsen samt en repræsentant fra psykiatrilæden. Psykiatrisk Center Glostrup har 148 sengepladser på i alt ni sengeafsnit.



## Litteraturliste

Anhøj, J, 2018. Forbedringsmodellen – evidensbaseret kvalitetsudvikling. I: Bedre Begrundet Praksis. Velfærdsudvikling efter evidensbølgen. Red. Kongsgaard, L. T., M. H. Rod. Samfundslitteratur.

Arbejdsgruppen "Risikolægemidler" 2008-2010, 2011. Rapport om lægemidler involveret i alvorlige utilsigtede hændelser. København: Lægemiddelstyrelsen.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2016. Fælles forbedringsteori, selvmordsforebyggelse.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2016. Idekatalog. Patienter og pårørendesamarbejde.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Idekatalog til ledelse af forbedringsprojekter.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Pakker for medicin.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Pakke for tvang.

Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2014. Somatisk sygdom, baggrund og evidens.

Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL & Provost LP, 2009. The Improvement guide. A practical approach to Enhancing organizational performance. 2<sup>nd</sup> edition. San Francisco: Jossey-Bass