

# De vigtigste budskaber om den lokale LKT-indsats

## Bispebjerg og Frederiksberg Hospital

Har vi som organisation –  
set fra **vores** perspektiv –  
lært noget, vi ikke vidste i  
forvejen?

**Nej, er det korte svar –  
men vi har fået et koncept  
som kan hjælpe os...**

## Fordi...

*Hvis vi bliver ved med at  
gøre, hvad vi altid har gjort,  
vil vi blive ved med at få,  
hvad vi altid har fået....!*

**OG**

Vi **ved** jo godt, hvornår og hvorfor en indsats eller et projekt skaber bedre kvalitet, og vi **ved** også godt, hvornår og hvorfor det ikke lykkes

**Når det er sagt, så er**



## LKT som koncept rigtigt tænkt og en god idé

- En fremragende platform for forbedringsarbejde og kvalitetsudvikling både lokalt, regionalt og nationalt
- Godt med regional og national opbakning – og møderne regionalt og nationalt er værdsat
- Videndeling/idéudveksling og inspiration + en oplevelse af at blive taget alvorligt
- At arbejde tværfagligt og på tværs af specialer er en stor styrke

# Kort og specifikt om (nogle af) vores indsatser – med forskellige grader af succes

## Undervisning af læger (yngre, ældre og nye):

Det lykkedes at gennemføre undervisningen: Det tager en hel del tid at få den planlagt og gennemført. Effekten er ikke dokumenteret.  
Krav: Et team af dedikerede undervisere og opbakning fra ledelsen 😊😊

## Antibiotika-screeningen på MMA ved farmaceuter:

Initiativet har båret "frugt" og gavner en problemfokuseret og målrettet indsats omkring rationel antibiotikaanvendelse på MMA.  
Krav: Allokering af ressourcer og en målrettet indsats i en samlet faggruppe. Lægerne er meget positive overfor input/feedback på antibiotikabehandling. Indsatsen er dokumenteret 😊😊😊😊

# Kort og specifikt om vores indsatser – dem med succes og dem uden...

Mindre lokale projekter som fx "Markering af iv dato på patienttavler og opmærksomhed på overgang til per os" og "Særlig markering af kritiske antibiotika i medicinrum" og "Projekt fra HGH om NaCl inhalation + PEP-fløjte":  
Ansvar placeret på enkeltpersoner, som er dedikerede til eget projekt.  
Det er sårbart, og det har været vanskeligt i forhold til at sikre kompetencer, tid og ressourcer til at gennemføre projekterne og fastholde/sprede dem.  
Indsatsen er typisk ikke dokumenteret. Ledelsesopbakningen er ikke tydelig.

☹ → 😊😊

# Hvad skal vi gøre bedre - anbefalinger?

- Vi skal uddanne flere klinikere i forbedringsmetoderne (PDSA)
- Lederne skal **forpligte sig** til at afsætte de fornødne ressourcer – der skal frigives tid til klinikerne, som er dem, der skal løfte opgaven. Der skal være andre opgaver som i en periode nedprioriteres
- Der skal i højere grad forventningsafstemmes og indgås kontrakter mellem ledelserne og LKT (eller andre projekter)
- Det skal sikres, at den lokale forankring har faglig gennemslagskraft og tydelig ledelse
- “Lead me, follow me, or get the hell out of my way” (George S. Patton Jr / leadership WWII)
- Derudover skal vi blive ved med at arbejde med forbedringsmodellen på tværs af fag og specialer og hospitaler og regioner

Så får vi noget andet, end vi plejer –  
og på den måde kan vi drive  
kvaliteten i den rigtige regning...!