

Sluttrapport

Kvalitetsforbedringsprosjekt med bruk av data fra nasjonale medisinske kvalitetsregistre

Økt andel barn med cerebral parese som tilbys kognitiv utredning

Prosjektansvarlig:

Guro L. Andersen, Sykehuset i Vestfold

Prosjektleder:

Kristine Stadskleiv, Oslo universitetssykehus

Medisinsk kvalitetsregister som

datakilde:

Cerebral pareseregisteret i Norge (CPRN)

Dato:

02. mai 2020

Innhold

Sammendrag.....	3
1 Bakgrunn for prosjektet	5
2 Prosjektets formål og konkrete mål.....	8
3 Prosjektets metode og arbeidsform	8
4 Utvalg (pasientgruppe og deltakende enheter)	9
5 Prosjektets tiltak/intervensjon	11
5.1 Seminarer	11
5.2 Samarbeidsavtale.....	12
5.3 Styrings- og ressursgruppen	13
5.4 Statusrapporter.....	14
5.5 Foreldreundersøkelsen	14
5.6 Avklaring med ledernetverket for barnehabiliteringene.....	14
6 Praktisk gjennomføring av prosjektet.....	15
7 Kvalitetsindikatorer	15
8 Måloppfyllelse.....	15
9 Prosjektgruppens evaluering	19
10 Foreldreundersøkelsen.....	20
11 Deltakende habiliteringstjenesters arbeid i prosjektet	20
12 Prosjektregnskap.....	26
13 Videre utviklingsarbeid	26
14 Levering av rapport	27
15 Referanser	28
16 Vedlegg A. Samarbeidsavtalen	30
17 Vedlegg B. Mal for statusrapporter	32

Sammendrag

Bakgrunn

Barn med cerebral parese (CP) har ofte kognitive utfordringer og det er derfor utarbeidet en oppfølgingsprotokoll for kognisjon, kalt CPCog. Denne ble anbefalt implementert av barnehabiliteringstjenestene (HABU) i Norge i 2013. I CPCog anbefales det at alle barn med CP tilbys en kognitiv utredning ved 5/6- og 12/13- års alder. Data fra Cerebral pareseregisteret i Norge (CPRN) viste at andelen barn som var utredet likevel ikke økte, og det ble derfor søkt om midler til et kvalitetsforbedringsprosjekt.

Mål

Å øke andelen barn med CP som tilbys en utredning av kognisjon ved å informere om CPCog, om hvordan data fra kognitive utredninger kan registreres i CPRN, samt ved å oppmuntre til å etablere interne rutiner på HABU for å sikre at alle barn med CP tilbys en utredning i henhold til CPCog. Målet var at dette skulle bidra til å øke andelen barn som var utredet fra 32% til 65% innen 31.12.2019 og til 85% innen 31.12.2020.

Tiltak

Alle landets HABU ble invitert til å delta i prosjektet. I første omgang ble de invitert til å delta i et to-dagers oppstartsseminar, der det blant annet ble informert om kognitiv fungering hos barn med CP, CPCog og Gjennombruddsmetoden, som var den metoden som var valgt for å drive kvalitetsforbedringsarbeidet. Alle deltakende HABU, som representerte 21 lokalisasjoner fra 20 ulike helseforetak, ønsket å være med i prosjektet videre og 19 av lederne undertegnet en samarbeidsavtale. På oppstartsseminaret ble det også etablert en styringsgruppe og en ressursgruppe. De deltakende enhetene ble invitert til ytterligere to samlinger i 2019 (mai og november) og oppfordret til å drive lokalt kvalitetsforbedringsarbeid mellom disse samlingene. For å strukturere dette kvalitetsforbedringsarbeidet sendte de inn statusrapporter med spesifiserte delmål og intervensjoner våren og høsten 2019. I tillegg til å involvere HABU i kvalitetsforbedringsarbeidet, ønsket vi også å få foreldres synspunkter på kognitiv utredning. For å innhente dette ble det i august 2019 sendt et spørreskjema til 1080 foreldre som har barn med CP, født 2005–2013. Vi mottok svar fra 170 (16%), hvorav 64% var foreldre til gutter med CP.

Måloppfyllelse

Målet om at 65% på landsbasis skulle ha blitt formelt kartlagt kognitivt innen utgangen av 2019 ble ikke nådd, men resultatene viser at en god utvikling kom i gang i løpet av prosjektperioden. Ved utgangen av 2019 var 51% utredet og dette hadde økt til 54% i mars 2020. Selv om 65%-målet ikke ble nådd på landsbasis, økte andelen barn som var utredet ved samtlige HABU, 10 av 21 enheter nådde det oppsatte målet og det ble også nådd for de yngste alderskohortene (barn født i 2011, 2012 og 2013). Data fra spørreundersøkelsen viste at der foreldrene rapporterer at barna ikke har vært til en utredning, så skyldes dette i 65% av tilfellene at foreldrene ikke visste at det var mulig å få en slik utredning. Der hvor barna har vært til en utredning rapporterer 94% at testresultatene stemmer helt eller nesten helt med deres oppfatning av barnets kognitive fungering. Der foreldrene rapporterer at de ikke opplevde at barnet ble riktig vurdert med testene, hadde flertallet av barna omfattende motoriske vansker. Dette trekkes også frem i evalueringen av prosjektet; at flere psykologer synes det er utfordrende å utrede denne gruppen barn da de ikke ser nok barn med omfattende motoriske vansker til å opparbeide tilstrekkelig erfaring med gruppen. Det er derfor behov for klare nasjonale

føringer på om dette skal gjøres lokalt, regionalt eller nasjonalt. Basert på de tilbakemeldinger vi mottok, anbefaler prosjektgruppen at dette fortsatt tilbys nasjonalt, ved Kommunikasjonsteamet på Rikshospitalet, men at det også etableres regionale kompetanseenheter som kan utrede og følge opp denne gruppen i samarbeid med de lokale HABU.

1 Bakgrunn for prosjektet

Cerebral parese (CP) er definert som vansker med motorisk funksjon, inkludert postural kontroll og bevegelse, som følge av en medfødt eller tidlig ervervet hjerneskade. De motoriske vanskene skal være av et slikt omfang at de gir aktivitetsbegrensninger (Rosenbaum et al., 2007). Forekomsten av CP i Norge er 2,5 per 1000 levende fødte (Hollung, Vik, Wiik, Bakken, & Andersen, 2017).

Omfanget av de motoriske vanskene hos barn med CP varierer mye. Det er vanlig å klassifisere grovmotorisk fungering etter Gross Motor Function Classification System (GMFCS) (Palisano et al., 1997). Dette klassifiseringsverktøyet er en ordinal skala fra I til V, der nivå V brukes for å klassifisere barn med de mest omfattende grovmotoriske vanskene. Barn på nivå I–III er gående, mens barn på nivå IV og V benytter rullestol til forflytning. I Norge er 76% av barna med CP gående (Andersen, Hollung, & Vik, 2019).

De motoriske vanskene er ofte ledsaget av vansker på andre områder (Rosenbaum et al., 2007). Ett slikt område er kognisjon, der barn med CP har en økt risiko for både generelle og spesifikke kognitive vansker (Pakula, Braun, & Yeargin-Allsopp, 2009; Sigurdardottir et al., 2008; Stadskleiv, 2020; Straub & Obrzut, 2009). Omfanget og arten av vanskene varierer mye, og det er ikke noe en-til-en forhold mellom kognitive og motoriske vansker. Det er derfor behov for å utrede kognisjon hos hvert enkelt barn med CP (Blair, 2010; Stadskleiv, Jahnsen, Andersen, & von Tetzchner, 2018).

Selv om det er velkjent at barn med CP er i risiko for å utvikle kognitive vansker, blir kognisjon likevel ofte ikke utredet (Andersen et al., 2008; Stadskleiv, 2020). Dette kan ha store konsekvenser for det enkelte barn, da barnet kanskje ikke får den oppfølgingen i barnehage og/eller på skole som det har behov for. Ofte antas det at barn med lette motoriske utfall ikke har eller kun har lette kognitive vansker, men dette kan være en feil antagelse. Barn kan ha kognitive vansker som ikke er umiddelbart observerbare men som har stor innvirkning på forståelse og gjennomføringsevne. Eksempler er visuo-spatiale vansker og eksekutiv dysfunksjon. Andre ganger er vanskene lett observerbare, men skyldes andre forhold enn de typiske, slik som når visuelle persepsjonsvansker, og ikke fonologisk svikt, leder til lese- og skrivevansker (Facoetti, 2012). For barn med store motoriske vansker, er det ofte mer opplagt at de har behov for tiltak. Eksempelvis vil de fleste med store motoriske vansker også ha store talevansker og dermed være i behov av alternativ og supplerende kommunikasjon (ASK) (Andersen, Mjøen, & Vik, 2010). De aktuelle ASK-tiltakene varierer imidlertid med hensyn til modalitet og kompleksitet. For å vite hvilke ASK-tiltak et barn har behov for, må en kognitiv utredning foreligge (Stadskleiv, 2015). Det som derimot ofte skjer er at man i stedet *antar* at barn med omfattende motoriske vansker også har omfattende kognitive vansker, uten at dette har blitt utredet (Himmelmann, Beckung, Hagberg, & Uvebrant, 2006).

På bakgrunn av den store variasjonen i kognitiv fungering og de varierte behovene for tiltak som følge av dette, tok de nordiske brukerforeningene for CP i 2012 initiativ til at det ble opprettet en protokoll for oppfølging av kognisjon hos barn med CP. En gruppe psykologer fra Danmark, Sverige og Norge utarbeidet protokollen, kalt CPCog. Formålet var å øke andelen barn med CP som fikk en systematisk oppfølging av kognisjon (Bøttcher et al., 2016).

CPCog protokollen beskriver en to-trinns prosess, basert på alder og grovmotorisk funksjonsnivå. I første fase implementeres en basisprotokoll med utredninger ved fem-seks og 12–13 års alder. For barn på GMFCS nivå I–III ble det anbefalt å inkludere en generell evnetest, en test av visuo-spatial persepsjon og en vurdering av eksekutiv fungering (se Tabell 1).

Tabell 1: Instrumenter anbefalt benyttet i CPCog ved implementering av basisprotokollen for barn med Gross Motor Function Classification System (GMFCS) nivå I–III.

Område	5–6 år	12–13 år
Generelt evnenivå	WPPSI ¹	WISC ²
Visuospatial persepsjon	VMI ³	VMI ³
Ekektiv fungering	BRIEF ⁴	BRIEF ⁴
Adaptive ferdigheter	PEDI ⁵ eller Vineland-II ⁶	Vineland-II

Note: ¹ Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (Wechsler, 2015); ² Wechsler Intelligence Scale for Children (Wechsler, 2017); ³ The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration (Beery & Beery, 2010); ⁴ Behavior Rating Inventory of Executive Function (Gioia, Isquith, Guy, & Kinsworthy, 2000); ⁵ Pediatric Evaluation of Disability Inventory (Berg, Dolva, Kleiven, & Krumlinde-Sundholm, 2013); ⁶ Vineland Adaptive Behavior Scales (Sparrow, Cicchetti, & Balla, 2011)

For å vurdere visuospatial persepsjon i relasjon til finmotoriske ferdigheter, ble det anbefalt å administrere alle tre deltestene av VMI; kopieringsdelen, den visuospatiale delen og den motoriske delen. Vurderingen av eksekutiv fungering skulle gjøres med spørreskjemaet BRIEF, som skulle fylles ut av både omsorgsgivere og pedagoger i barnehage/skole. For barn på GMFCS nivå IV og V ble det anbefalt å anvende tilrettelagte oppgaver fra standardiserte tester, men fremgangsmåten ble ikke nærmere beskrevet.

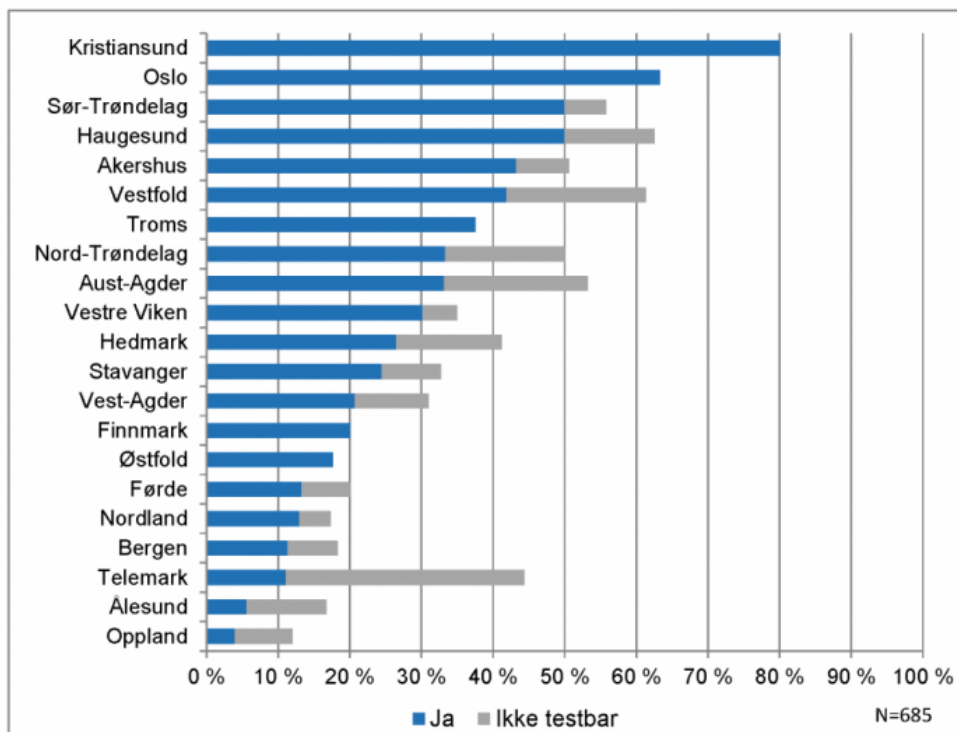
I det andre trinnet anbefales det å utvide protokollen til å omfatte flere aldersgrupper, samt til også å inneholde en mer detaljert beskrivelse av hvordan barn med GMFCS nivå IV–V kan utredes.

I Norge følges barn med CP opp ved alle landets barnehabiliteringstjenester (HABU). Foreldrene får tilbud om at barna deltar i det motoriske oppfølgingsprogrammet CPOP (Cerebral Parese Oppfølgingsprogram) og blir spurt om samtykke til at data registreres i CPOP og i det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret for CP, CPRN (Cerebral pareseregisteret i Norge). I CPRN registreres medisinsk informasjon, informasjon om kognisjon, kommunikasjon, ernæring, sansning og motorikk. I Norge ble det derfor enighet om at CPCog protokollen skulle inkluderes i CPRN. Protokollen ble presentert på den nasjonale CPRN/CPOP-dagen i 2013 (Berntsen, 2013), og det ble anbefalt at HABU tok den i bruk.

I forkant av dette ble det i 2012 gjennomført en pilotundersøkelse der psykologer ved HABU ble spurt om sin holdning til det å ha en protokoll for oppfølging av kognisjon hos barn med CP. Av de 16 som responderte, var 15 (94%) positive til en oppfølgingsprotokoll. Til tross for denne positive innstillingen, og at CPCog ble anbefalt innført for flere år siden, økte ikke dekningsgraden vesentlig. I 2008 lå den på 29% (Andersen et al., 2008), mens den i 2017 ble rapportert å være 32% (Andersen et al., 2017).

Data fra CPRN (Andersen et al., 2017) viste imidlertid at det er store forskjeller mellom de ulike HABU når det gjelder andel som blir kognitiv utredet. I Kristiansund ble 80% og på Ullevål 62% av barna vurdert, mens under 10% ble vurdert i Ålesund og i Oppland (se Figur 1). Videre varierte andelen barn som oppgis å være «ikke testbare», fra 0% i Kristiansund og Oslo til drøye 30% i Telemark. Årsakene til disse store forskjellene var ikke kjent.

Figur 1: Andel barn med CP (født 2006-2010) ved hver HABU som er utredet med standardiserte instrumenter (formelt testet)



Våren 2018 besvarte ledere og psykologer i HABU en spørreundersøkelse sendt ut fra CPRN. Vi mottok svar fra totalt 22 av 44 mulige respondenter (50%). Av disse svarte samtlige at de utredet kognisjon hos barn med CP. Seks oppga at de årlig utredet over 15 barn, syv at de utredet 10–15 barn, fire at de utredet 5–10 barn og tre at de utredet færre enn 5 med CP. Seks svarte at de kun utredet barn med GMFCS nivå I–III, mens 13 at de utredet barn med alle GMFCS nivå.

Av de 22 respondentene svarte 18 (82%) at CPCog prosedyren var kjent, 13 (59%) at de fulgte den og 12 (55%) at de rapporterte resultatene fra den kognitive undersøkelsen til CPRN. En av de som ikke kjente til CPCog ga uttrykk for at dette var noe de ønsket å ta tak i og bli bedre på. Manglende kjennskap til prosedyre, samt tidspress og stor utskiftning av psykologer ble oppgitt som årsaker til at resultatene fra de kognitive undersøkelsene ikke var sendt inn til CPRN. På spørsmål om hvordan CPCog kan forbedres, fikk vi kommentarer som «gjør den bedre kjent».

Denne preliminnære undersøkelsen tydet på bred aksept for viktigheten av å undersøke kognisjon hos barn med CP og at langt flere barn enn de som registreres i CPRN tilbys utredning, men at faktorer som tidspress, stor arbeidsbelastning i spesialisthelsetjenesten, samt manglende kjennskap til CPCog prosedyren var blant årsakene til lav innrapportering av data til CPRN. Med bakgrunn i resultatene fra denne undersøkelsen, den relativt lave dekningsgraden, samt den store variasjonen mellom landets HABU når det gjaldt det å innrapportere data til CPRN om hvor mange kognitive utredninger som ble foretatt, ble det i 2018 søkt om midler fra SKDE til dette kvalitetsforbedringsprosjektet.

2 Prosjektets formål og konkrete mål

Prosjektets overordnede mål var å øke andelen barn med CP som tilbys en systematisk oppfølging av kognisjon. Det ble utarbeidet følgende konkrete delmål:

- 1) CPCog protokollen implementeres i alle landets HABU innen 31.12.2019. Dette innebærer at både ledelsen ved hver HABU og psykologene
 - a) er kjent med CPCog protokollen,
 - b) er kjent med hvordan data fra den kognitive utredningen sendes til CPRN,
 - c) har en intern prosedyre for å sikre at barn i fem-seks og 12–13 års alder med CP tilbys en kognitiv utredning, og
 - d) har et tverrfaglig samarbeid innad i tjenesten som sikrer at resultatene fra den kognitive utredningen inngår i det helhetlige oppfølgingstilbudet for barn med CP.
- 2) Andelen barn med CP som har blitt utredet med en standardisert test er på landsbasis 65% innen 31.12.2019 og 85% innen 31.12.2020. Dette målet ble satt på bakgrunn av studier som viser at det med tilrettelagt metodikk er mulig å utrede kognitiv fungering med standardiserte metoder hos en såpass høy andel av barn med store tale- og bevegelsesvansker. Eksempelvis så ble 87% av et representativt utvalg barn med CP mellom 5–17 ½ år utredet med ikke-språklige oppgaver fra en Wechsler test (Stadskleiv, 2017; Stadskleiv et al., 2018).

3 Prosjektets metode og arbeidsform

Gjennombruddsmetoden (*The Breakthrough Series*) er en modell for samarbeid om utvikling av helsetjenester (Institute for Healthcare Improvement, 2003). Det er seks forutsetninger som må være oppfylt for at metoden skal anvendes (Kilo, 1998):

- 1) Det foreligger et substansielt gap mellom kunnskap og praksis i helsevesenet
- 2) Det foreligger variasjoner i praksis
- 3) Eksempler på forbedret praksis og utkomme eksisterer, men de må beskrives og spres til andre organisasjoner
- 4) Samarbeid mellom profesjonelle som jobber sammen mot et klart mål gjør forbedring mulig
- 5) Forbedret praksis er et resultat av denne prosessen
- 6) Det å ha kunnskap om vitenskapen bak hurtige endringsprosesser kan akselerere påvisbare forbedringer

Forutsetningene 1, 2 og 3 var oppfylt da det ble søkt om midler til et kvalitetsforbedringsprosjekt da kunnskapen om betydningen av kognitive utredninger forelå, det eksisterte variasjoner i praksis (ulik dekningsgrad av kognitive data rapportert til CPRN fra de forskjellige HABU) og det var beskrevet en prosedyre for forbedret

praksis (CPCog). Man anså videre at det å etablere et samarbeid, både innad i HABU og mellom ulike HABU (punkt 4) ville lede til forbedret praksis (punkt 5). Da vi antok at det var manglende kjennskap til rutiner som var hovedårsaken til manglende innrapportering og at det å jobbe sammen for forbedret praksis ville være inspirerende, ble det innledningsvis lagt vekt på å formidle kunnskap om arbeidsmetodikken som ble lagt til grunn i prosjektet (punkt 6).

Arbeidsmetodikken som ble benyttet i prosjektet var PDSA (Plan-Do-Study-Act). Dette er en metode som er mye benyttet for å strukturere forbedringsarbeid i helsesektoren (Cleghorn & Headrick, 1996). Med utgangspunkt i de beskrevne prosjektmålene ble følgende arbeidsplan lagt

- 1) Plan: På det første seminaret i prosjektet ble det lagt opp til å arbeide i grupper slik at lokale årsaker til manglende innrapportering av kognitive data kunne identifiseres og det kunne legges en plan for hvordan arbeide for å nå målene lokalt.
- 2) Do: Representantene fra de ulike HABU fikk ansvaret for å iverksette de planlagte tiltakene ved sin avdeling etter at første samling var avholdt
- 3) Study: På det andre seminaret ble det satt av tid til en evaluering av hvor langt i arbeidet med å nå målene de ulike HABU hadde kommet
- 4) Act : Denne fasen pågår fortsatt etter avslutning av prosjektet, da den handler om i hvilken grad de endringer som er innført har blitt implementert i vanlig praksis.

4 Utvalg (pasientgruppe og deltakende enheter)

Utvalget inkluderer alle landets HABU, samt barn med CP som er registrert i CPRN og deres foreldre.

Til samlingene i prosjektet ble ledere, CPRN/CPOP-kontakt og psykologer fra alle landets HABU invitert. Lederne ble invitert for å sikre at prosjektet hadde ledelsesforankring og at deltakerne fikk muligheter til å drive med kvalitetsutviklingsarbeid lokalt i prosjektperioden. CPRN/CPOP-kontaktene ble invitert for å sikre at CPCog ble forankret i den tverrfaglige oppfølgingen av barna med CP. Psykologene ble invitert da det er denne yrkesgruppen som de aller fleste steder gjør de utredningene som inngår i CPCog. (Noen steder rapporterte at det var pedagoger som stod for disse utredningene, og da deltok også pedagog på seminarene.)

Til den første samlingen i prosjektet ble alle landets HABU invitert. Det er HABU knyttet til 21 helseforetak. I noen av helseforetakene er det flere lokalisasjoner, slik at det totale antallet blir 29 (habilitering.no). I prosjektet deltok det representanter fra 21 lokalisasjoner ved 20 helseforetak (se tabell 2). Disse 21 lokalisasjonene vil heretter bli referert til som deltakende enheter. Det deltok ingen representant fra Helgelandssykehuset¹.

Totalt deltok 12 ledere, 32 psykologer og 18 CPOP-kontakter i prosjektet. I tillegg var det to representanter fra CPRN (Sandra Julsen Hollung og Guro L. Andersen), en representant fra CPOP (Gunvor L. Klevberg), en representant fra CP-foreningen (Eva Buschmann), prosjektleder (Kristine Stadskleiv), representant fra Nasjonalt servicemiljø

¹ Ved Helgelandssykehuset har de habiliteringsteam for voksne og barn, organisert under enhet for psykisk helse og rus. Lokalisasjonene er oppført som et barnehabiliteringstjenestetilbud på nettsiden habilitering.no, men CPOP og CPRN har ikke kontaktpersoner ved disse teamene

for medisinske kvalitetsregistre i Helse Sør-Øst (Gitte Ellen Høiland-Carlsen Ruud) og representant fra OUS med spesialkompetanse på kvalitetsforbedringsarbeid (Irena Jakopanec).

Tabell 2. Oversikt over deltakende fagpersoner fra HABU

Helseforetak	Lokalisasjon	Deltakere i prosjektet			Samarbeids- avtale	Antall CP- barn ²
		Leder	Psykolog	CPRN/CPOP -kontakt		
Sykehuset Innlandet	Furnes	1	2 ³	1	X	7
	Lillehammer		1	1		5
Akershus	Fjellhamar		2	1		15
Universitetssykehus Oslo	Ullevål		2	1	X	13
Sykehuset Østfold	Kalnes	1	1	2	X	7
Sørlandet sykehus	Arendal	1	1	1	X	3
	Kristiansand	1	2	1	X	5
Vestre Viken	Drammen		1	1	X	12
Sykehuset Telemark	Skien		2	1	X	5
Sykehuset Vestfold	Tønsberg	1	1		X	5
Helse Stavanger	Stavanger		1		X	10
Helse Fonna	Haugesund		1	1	X	3
Helse Bergen	Bergen	1	2 ³	1	X	14
Helse Førde	Førde	1	1		X	3
Kristiansund sykehus	Kristiansund		1	2	X	3
Ålesund sjukehus	Ålesund	1	1	1	X	4
St. Olavs Hospital	Trondheim	1	2 ³	1	X	12
Sykehuset Levanger	Levanger		2 ³	1	X	3
Sykehuset Namsos	Namsos	1				
Helgelandssykehuset ¹	Sandnessjøen					
	Mo i Rana					
	Mosjøen					
Nordlandssykehuset	Bodø	1	2		X	5
	Lofoten					
	Vesterålen					
Universitetssykehuset Nord-Norge	Tromsø		2		X	5
	Harstad					
	Narvik					
Finnmarkssykehuset	Hammerfest	1	2 ³	1	X	1
SUM		12	32	18		140

² Gjennomsnittlig antall barn med CP per årskull

³ Pedagog og psykolog deltok

5 Prosjektets tiltak/intervensjon

For å nå prosjektets delmål ble det arrangert seminarer for ledere, psykologer og CPRN/CPOP-kontakter fra HABU. For å sikre ledelsesforankring ble det undertegnet en samarbeidsavtale. De ulike HABU fikk i oppdrag å jobbe med statusrapporter mellom hvert seminar for å sikre fremdriften i prosjektet. Det ble etablerte en styringsgruppe og en ressursgruppe. I løpet av prosjektet ble det også gjennomført en foreldreundersøkelse for å få foreldrenes synspunkter på kognitive utredninger og nytteverdien av disse.

5.1 Seminarer

Formålet med seminarerne var å gi informasjon om studien, opplæring i gjennombruddsmetoden slik at de kunne drive kvalitetsforbedringsarbeid på sine respektive enheter (HABU), organisere oppfølging av deltakende enheter mellom seminarerne, samt legge til rette for erfaringsutveksling og fagutvikling.

Det ble arrangert i alt tre seminarer; de to første av to dagers varighet og det siste av én dags varighet (se milepælsplan under punkt 6). I utgangspunktet var det planlagt fire seminarer, hver av to dagers varighet, men da det meldte seg flere til prosjektet enn antatt måtte aktiviteten nedskaleres for å holde budsjettet.

Oppstartsseminar:

Til det første oppstartsseminaret ble ledere, psykologer og CPRN/CPOP-kontakter fra HABU i alle 21 helseforetak, representanter fra CP-foreningen (brukerrepresentant), samt representant fra CPOP, invitert. Oppstartsseminaret gikk over to dager (13.–14. februar 2019). Første dagen var alle til stede, mens dag to var forbeholdt psykologer og pedagoger. Totalt deltok det 63 fagpersoner på dette seminaret.

Den første dagen ble det gitt informasjon om CP, om kognitive vansker ved CP og om CPCog-protokollen. Det ble gitt undervisning i kvalitetsforbedringsmetodikken (se punkt 3) som skulle benyttes for å få økt andelen barn ved hver HABU som tilbys en systematisk oppfølging av kognisjon. Videre ble det orientert om samarbeidsavtalen og bakgrunnen for denne (se punkt 5.2).

Dag to av oppstartsseminaret var temaet utredning av barn med store tale- og bevegelsesvansker. Alle psykologer har utredningskompetanse og de instrumentene som er inkludert i CPCog er også godt kjent blant psykologene, da de er blant de mest brukte psykologiske tester/spørreskjema her i landet (Vaskinn & Egeland, 2012). Det er imidlertid ikke alle psykologer som har erfaring med utredning av barn med store tale- og bevegelsesvansker, da dette krever en spesialisert utredningsmetodikk og at man har en stor nok pasientpopulasjon. På oppstartsseminaret ble det derfor satt av en dag til undervisning i dette samt til praktisk øvelse, inkludert en oppskrift på hvordan man kan tilrettelegge for å blikkepeke på testoppgaver på datamaskiner med øyestyringsutstyr.

Læringsseminar I:

Til det andre seminaret, som vi kalte læringsseminar I, ble psykologer og CPOP/CPRN-kontakter invitert. Dette seminaret gikk også over to dager (13.–14. mai 2019). På dette seminaret deltok det 47 fagpersoner totalt.

Fokuset for dette læringsseminaret var mental helse og familiarbeid. Fire av deltakerne på seminaret holdt innlegg;

- Psykologspesialist Kristian Sørensen fra Sørlandet sykehus underviste om familiarbeid når et barn i førskolealder har CP
- Psykologspesialist Marte Ramstad og spesialpedagog Toril Heglum fra St. Olavs hospital underviste om en oppfølgingsmodell for familier som har barn med omfattende motoriske vansker
- Psykologspesialist Marianne Halvorsen fra Universitetssykehuset i Nord-Norge foreleste om metoder for kartlegging av psykiske vansker hos barn som følges ved HABU

I tillegg var overlege Hanne Marit Bjørgaas fra Stavanger Universitetssykehus invitert for å forelese om psykiske vansker hos barn med CP. Psykologspesialist Kristine Stadskleiv orienterte om den planlagte foreldreundersøkelsen i regi av prosjektet, samt om instrumenter for utredning av adaptiv fungering hos barn med omfattende tale- og bevegelsesvansker.

I tillegg til forelesningene ble det orientert om fremdriften i prosjektet, og det ble satt av tid til arbeid i grupper (geografisk inndelt) der det ble delt erfaringer med gjennomføring av CPCog lokalt. Disse erfaringene ble så formidlet i plenum.

Læringsseminar II/avslutningsseminar:

Dette seminaret ble avholdt på høsten (8. november 2019) og hadde bare en dags varighet. 46 fagpersoner deltok.

På dette seminaret ble det formidlet preliminnære resultater fra foreldreundersøkelsen. Marit Gullien fra CP-foreningen orienterte om det materielle CP-foreningen har for å lette samarbeidet mellom hjem og barnehage/skole, og om hvordan informasjonsmateriellet kan brukes for å nå ut til barnehage/skoler med informasjon om hvilke vansker barn med CP kan ha. Materiellet inneholder også informasjon om kognitive vansker hos barn med CP og hvilke behov for tilrettelegging i skolen barna kan ha behov for, og passer derfor som et supplement til CPCog.

I tillegg ble det satt av tid til å orientere om prosjektfremdriften, samt å få skriftlige tilbakemeldinger fra deltakerne om prosjektet, CPCog og videre fremdrift.

5.2 Samarbeidsavtale

Malen fra Nasjonalt service miljø for medisinske kvalitetsregistre ble benyttet som utgangspunkt for samarbeidsavtalen (vedlegg A). Lederne for 19 av 20 deltakende HABU undertegnet og returnerte samarbeidsavtalen (en av lederne som undertegnet er leder for to enheter). En leder ønsket å være med i prosjektet uten å undertegne samarbeidsavtalen.

5.3 Styrings- og ressursgruppen

På oppstartsseminaret ble det etablert en styringsgruppe for prosjektet, samt utpekt en ressursgruppe (se tabell 3). Styringsgruppen fikk ansvaret for å organisere det praktiske knyttet til seminarene og gjennomføringen av disse. Ressursgruppen fikk tre oppgaver

- 1) Å kvalitetssikre den faglige delen av prosjektet
- 2) Følge opp deltakende enheter mellom samlingene
- 3) Skissere mulige forbedringsområder

Psykologrepresentantene fra de ulike helseregionene fikk ansvaret for å følge opp 2 – 4 av de barnehabiliteringsenhetene som lå i deres nærhet mellom samling to og tre.

Alle representantene fra styrings- og ressursgruppen fått sluttrapporten til gjennomlesning.

Tabell 3: Medlemmer i styrings- og ressursgruppen til prosjektet.

Organisasjon	Navn	Rolle		Oppgave
		Styrings- gruppe	Ressurs- gruppe	
CPRN	Guro L Andersen	x	X	Prosjektansvarlig
CPRN	Sandra Julsen Hollung	x	X	Prosjektmedarbeider
OUS Barnehabiliteringen	Kristine Stadskleiv	x	X	Prosjektleder
OUS Stab	Irena Jakopanec	x		Forbedringsagent
CPOP	Gunvor Klevberg	x	X	CPOP representant
CP-foreningen	Eva Buschmann	x		CP-foreningen representant
Sørlandet sykehus	Jon Skranes	x		Lederrepresentant
Universitetssykehuset Nord-Norge	Marianne Halvorsen	x		Psykologrepresentant
St. Olavs Hospital	Anne Lise Høyland		X	Lederrepresentant
Sykehuset Østfold	Ronny Grimstad		X	Psykologrepresentant , Helse Sør-Øst
Vestre Viken	Katja Grill		X	Psykologrepresentant Helse Sør-Øst
Helse Bergen	Björg Eli Eide		X	Psykologrepresentant Helse Vest
Helse Fonna	Anita Helgeland		X	Psykologrepresentant Helse Vest
St. Olavs Hospital	Marte Ramstad		X	Psykologrepresentant Helse Midt
Ålesund sjukehus	Ingrid Schistad Staff		X	Psykologrepresentant Helse Midt
Nordlandssykehuset	Maria C. B. Engen		X	Psykologrepresentant Helse Nord
Finnmarkssykehuset	Edda Granly		X	Psykologrepresentant Helse Midt

5.4 Statusrapporter

På Oppstartsseminaret presenterte dr. Irena Jakopanec en mal for statusrapporter (se vedlegg B). Det ble satt av tid på alle samlingene til å jobbe med disse, og deltakende enheter ble oppfordret til å bruke dem for å konkretisere og følge opp lokale delmål. Prosjektet ba om å få tilsendt kopi av den første statusrapporten til de deltakende enhetene før læringsseminar I og den andre statusrapporten i september 2019.

For at HABU skulle ha oversikt og kunne planlegge lokalt kvalitetsutviklingsarbeid, mottok hver deltakende enhet rapporter fra CPRN med oversikt over mottatte versus ikke mottatte CPCog-skjemaer, og kunne på den måten følge med i løpet av prosjektperioden på hvilke barn som ikke var registrert i CPRN med «kognitive ressurser formelt testet», slik at de kunne planlegge utredning av disse barna.

5.5 Foreldreundersøkelsen

Initiativet til å utvikle CPCog kom fra brukerorganisasjonene i Norden (Böttcher et al., 2016). Det ble derfor vurdert som ønskelig å innhente kunnskap om hvordan foreldre til barn med CP oppfatter CPCog, drøye fem år etter at protokollen først ble anbefalt. For å få informasjon om dette ble det i august 2019 sendt ut et spørreskjema fra CPRN til foreldre til 1080 barn med CP født 2005 til 2013. Vi mottok svar fra 170 (16%), hvorav 64% var foreldre til gutter med CP. Informasjonen fra foreldrene vil bli sammenholdt med informasjon i CPRN. Denne delen av prosjektet er godkjent av REK (# 2017/1870). Se punkt 10 for en beskrivelse av resultatene fra undersøkelsen.

5.6 Avklaring med ledernetverket for barnehabiliteringene

På læringsseminaret i mai 2019 kom det frem et behov om at ledernetverket i HABU må ta stilling til hvilke tjenestesteder som skal utrede barna med de størst tale- og bevegelsesvanskene. Prosjektledelsen skrev derfor et brev til spesialrådgiver Ulrik Sverdrup i Helse Sør-Øst om dette. Det ble gitt muntlig svar i forkant av læringsseminaret i november om at det er utarbeidet en (per da upublisert) rapport fra arbeidet med oppfølging av sak fra Beslutningsforum for nye metoder om Intensive habiliteringsprogram for barn og unge med hjerneskade. I rapporten er det anbefalt opprettelse av regionale intensive tilbud som «bør ha særlig kompetanse i å utføre tester som er særlig tidkrevende eller krever så grundig tilrettelegging for gjennomføring at en ikke kan forvente at lokal HABU kan stå for utredningen». Videre ble det presisert at teamene «bør ha tverrfaglig kompetanse som minimum dekker motorikk, kognisjon, kommunikasjon/ASK, atferd, spise/ernæringsproblematikk, syn, hørsel, søvn og psykisk helse.». Dette var i tråd med ønsket fra deltagerne i vårt kvalitetsforbedringsprosjekt.

6 Praktisk gjennomføring av prosjektet

Opprinnelig var det planlagt å gjennomføre fire seminarer, hver av to dagers varighet. Da langt flere enheter enn forventet meldte sin interesse for å delta i prosjektet, ble dette nedskalert til tre seminarer av totalt fem dagers varighet. Prosjektets planlagte og gjennomførte milepæler er summert opp i tabell 4 nedenfor.

Tabell 4: Planlagte og gjennomførte milepæler i prosjektet.

ID	Milepæl	Planlagt	Gjennomført
1	Spørreundersøkelse for å kartlegge dagens praksis	April-Juni 2018	April-Juni 2018
2	Oppstartsseminar (2 dager) som inkluderer seminar for psykologer i barnehabiliteringstjenestene om tilrettelagt utredningsmetodikk	Februar 2019	13.-14. februar 2019
3	Spørreundersøkelse til foresatte	Januar-Mars 2019	August-Oktober 2019
4	Læringsseminar I (2 dager). Planlagt fokus på tverrfaglig samarbeid og familieperspektiv ble endret til fokus på familieperspektiv og mental helse.	Mai 2019	13.-14. mai 2019
5	Læringsseminar II (planlagt 2 dager, gjennomført 1 dag). Tema «tiltak for barn med CP i barnehage og skole». Planlagt å invitere Statped, inviterte CP-foreningen	Oktober 2019	8. november 2018
6	Avslutningsseminar. «Veien videre»	Desember 2019	Avlyst
7	Analysering og sammenfatning av data fra spørreundersøkelse og læringsseminarene	Januar 2020	April 2020
8	Utarbeidelse av prosjektrapport	Februar 2020	April 2020
9	Publisering av resultater fra foreldreundersøkelsen og prosjektet i vitenskapelige tidsskrift		Høsten 2020

7 Kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatoren som ble valgt er indikatoren «kognitive ressurser formelt testet». Denne finnes på nettsiden CPRN har på kvalitetsregistre.no. Barnets fødselsår vil bli vurdert i tillegg til kvalitetsindikatoren «kognitive ressurser formelt testet». Dette vil gjøre det mulig å se om utredningene gjennomføres for de årstrinn som CPCog anbefaler.

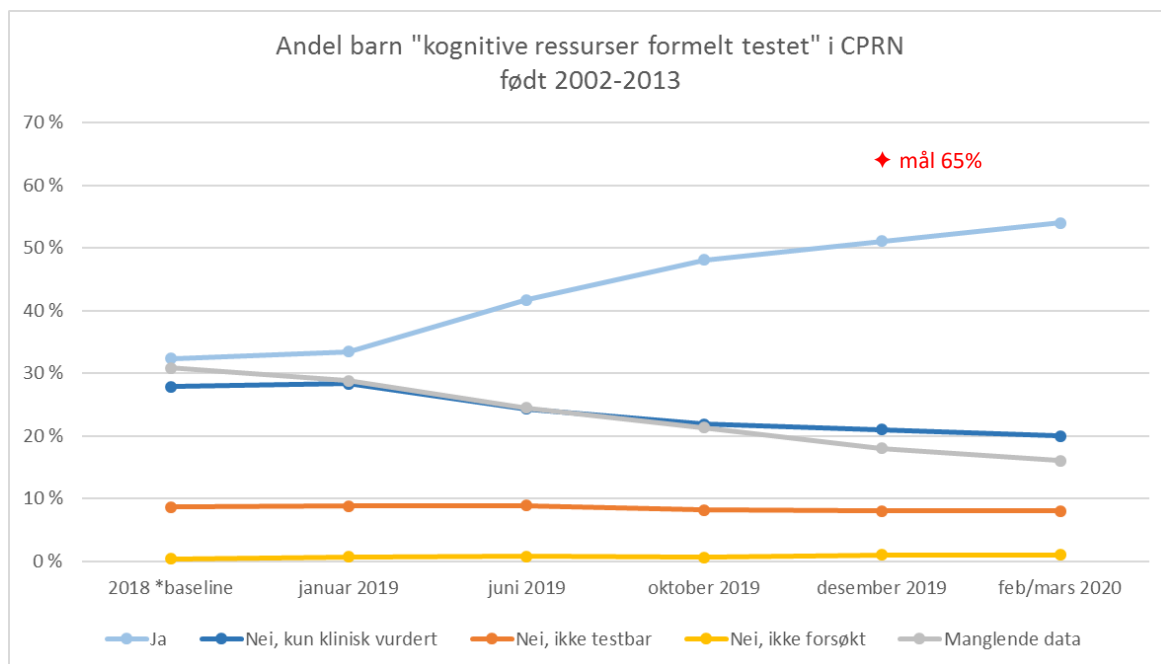
8 Måloppfyllelse

For å vurdere om intervensjonen lykkes med å øke antallet barn som mottar kognitiv utredning ble kvalitetsindikatorer fra CPRN som vurderer dette lagt til grunn. Målet var at 65% av barna skulle ha vært formelt testet (utredet med en standardisert test) innen utgangen av 2019, og 85% innen utgangen av 2020.

Rett før prosjektoppstart, i desember 2018, var status at av barn født 2002–2013, så var 32% formelt utredet med en evnetest. I løpet av 2019 økte dette jevnt, slik at status ved utgangen av 2019 var 51%. Andelen har fortsatt å øke jevnt også utover i 2020, og var på 54% i mars 2020 (se figur 2). Videre har andelen manglende data blitt redusert fra 31% til 18% i løpet av 2019.

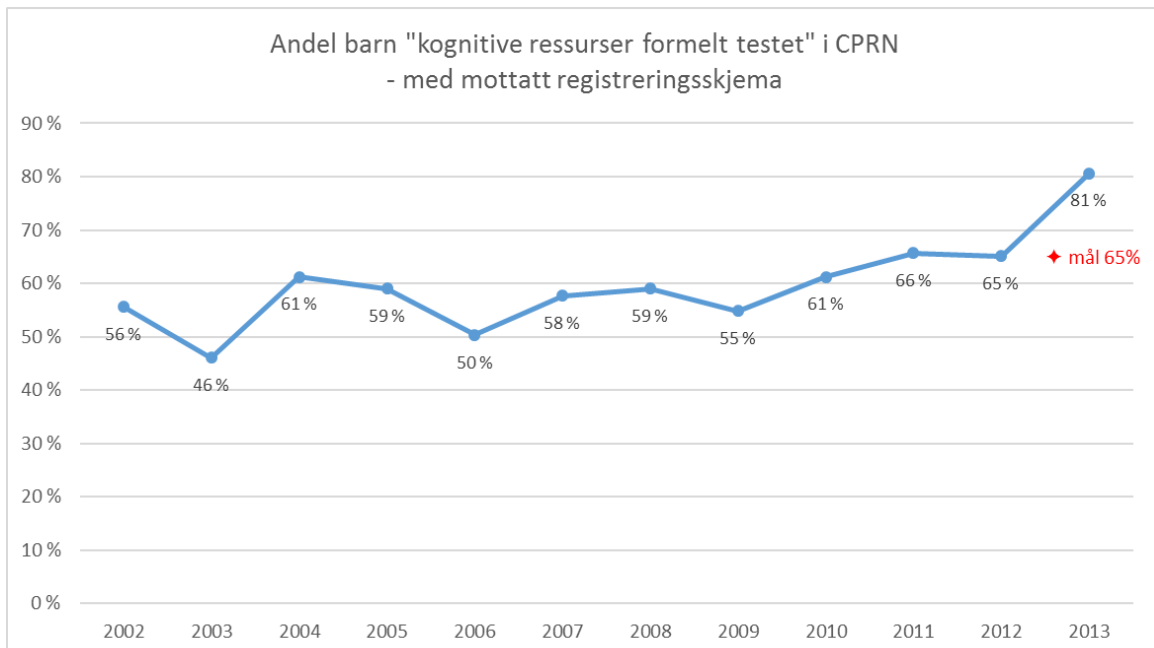
I tillegg til at andelen barn med CP som var blitt formelt testet ble vurdert å ligge for lavt på nasjonalt nivå, var den store variasjonen i rapporterte data mellom de ulike enhetene også en av årsakene til at det ble søkt om midler til kvalitetsforbedringsprosjektet. Andelen som var blitt formelt vurdert, varierte fra 10 til 80% da det ble søkt om midler. I desember 2018 var status at andelen barn som var blitt formelt testet varierte fra 9 til 54% (se figur 4). Dette tallet inkluderer ikke de barna som kun er klinisk vurdert, kun de der det er rapportert inn data fra standardiserte tester. I mars 2020 hadde andelen formelt testet økt ved samtlige enheter, slik at det nå varierte fra 17 til 78%. Det var variasjon mellom enhetene i forhold til hvor stor økningen hadde vært i løpet av året. Laveste økning var på 2 prosentpoeng og største på 48. Av de 21 deltakende enhetene, nådde 10 målet om å ha formelt testet 65% eller flere av barna med en CP-diagnose.

Figur 2: Andelen barn, født 2002 –2013, der CPRN har mottatt informasjon om at de er testet, klinisk vurdert, vurdert som ikke testbare, ikke testet, samt der det mangler data.

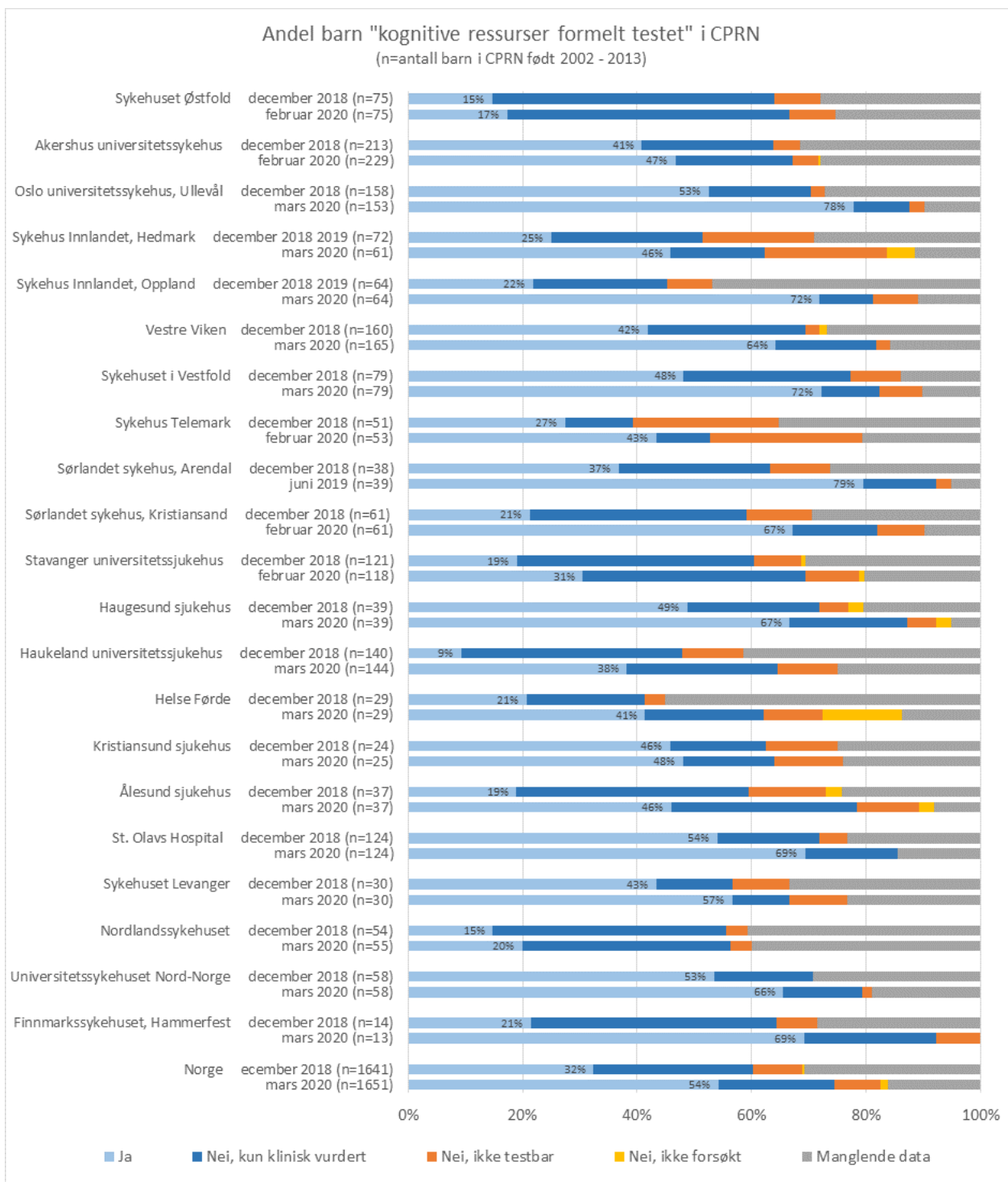


Figur 2 viser oversikten over barna samlet, uavhengig av fødselsår. I henhold til CPCog skal barna utredet ved 5/6 og 12/13-års alder. For 2019 innebar det at det var særlig aktuelt å se på utredninger av barn født i 2013/2014 og 2006/2007. Som figur 3 viser er det noe variasjon mellom de ulike årskullene, men også en tydelig tendens til at utredningen av de som fylte 6 år i løpet av 2019 (fødselsår 2013) var blitt prioritert.

Figur 3: Andel barn der kognisjonsdata er registrert i CPRN, fordelt på fødselsår



Figur 4. Andel barn registrert i CPRN, født 2002–2013, som er registrert testet, klinisk vurdert, vurdert som ikke testbare, ikke testet og der det mangler data, fordelt på hver av de deltakende barnehabiliteringstjenesteenhetene



9 Prosjektgruppens evaluering

Prosjektgruppen vurderer at kvalitetsforbedringsprosjektet har bidratt til å sette søkelyset på behovet for å tilby barn med CP jevnlig kognitive utredninger og dermed også bidratt til å øke andelen barn med CP som mottar slik utredning. Selv om målet om 65% dekning innen utgangen av 2019 ikke ble nådd når vi ser på tallene på nasjonalt nivå, er det tre forhold som gjør at vi likevel vurderer prosjektet som vellykket:

- 1) Det har vært en jevn økning gjennom 2019 i andelen barn som har blitt utredet og denne økningen har vedvart også inn i 2020
- 2) 10 av 21 deltakende barnehabiliteringsenheter nådde målet om 65%
- 3) Målet om at 65% av barna med CP skulle få tilbud om en kognitiv utredning ble nådd for de yngste aldersgruppene (barn født i 2011, 2012 og 2013). Dette tyder på at i hvert fall den delen av CPCog som handler om at barn skal tilbys en kognitiv utredning ved 5/6-års alderen er gjennomført på nasjonalt nivå.

Kvalitetsforbedringsprosjektet har blitt svært godt mottatt i alle landets barnehabiliteringstjenester, noe som reflekteres i at nær samtlige meldte seg på. Den praktiske gjennomføringen av seminarer fungerte greit, selv om vi måtte nedskalere i forhold til planlagt aktivitetsnivå. Det siste skyldes at vi fikk langt flere deltakere enn forventet, noe som understreker viktigheten av prosjektet og den positive innstillingen til CPCog som finnes rundt omkring i landets HABU.

Samlingene hadde en uventet positiv bieffekt som prosjektgruppen ikke hadde forutsett i det de ble nasjonale samlingspunkter for psykologer ansatt i HABU. Det finnes ellers ingen fora der psykologer fra alle landets HABU møtes. Det å få anledning til å ha tre samlinger der psykologer kunne møtes og utveksle erfaringer ble derfor ansett som særlig verdifullt, og det ble besluttet å bruke samlingene også til å gi faglig påfyll som var særlig relevant for denne yrkesgruppen. Eksempler på dette er at det på læringsseminar I ble lagt fokus på utredning av mental helse og adaptive ferdigheter, samt på familiearbeid, og at fagpersoner (primært psykologer) fra ulike HABU ble bedt om å forelese om tema de hadde spesialkunnskap om. Prosjektgruppen vurderer det å kombinere kvalitetsforbedringsarbeid med relevant og oppdatert faglig påfyll som en suksessfaktor.

Prosjektgruppen ser i ettertid at vi var for tilbakeholdne med å indikere hvor mye tid som var nødvendig å bruke for å få gjennomført prosjektet. Dette har medført at med unntak av samlingene, som har vært gjennomført innenfor ordinær arbeidstid, så har relativt mye av prosjektarbeidet måtte gjennomføres utenfor ordinær arbeidstid.

10 Foreldreundersøkelsen

Foreldre til 170 barn med CP svarte på en spørreundersøkelse om deres erfaringer med kognitiv utredning av barna. Av de som svarte, fortalte 80% at deres barn har vært til en kognitiv utredning. Sammenlignet med tallene i CPRN, kan dette tyde på at enten langt flere barn blir utredet enn de som det rapporteres inn data på til CPRN eller at det hovedsakelig er foreldre som har hatt barn til utredning som har svart på spørreundersøkelsen.

Av de som ikke har blitt utredet, svarer 13% at det er planlagt, men at de foreløpig står på venteliste, 19% at det er fordi det ikke er behov, 3% at det er fordi de ikke ønsket det og hele 65% at de ikke visste at det var mulig å få en kognitiv utredning. Av de som har vært til utredning, svarte 79% at utredningsresultatene stemte helt overens med deres oppfatning av barnets fungering og 15% at det nesten stemte. Kun 6% ga uttrykk for at testresultatene ikke stemte, og dette var helst foreldre til barn med omfattende motoriske vansker som opplevde at barnets evner var blitt undervurdert med de verktøyene som var benyttet. Av de som var testet, rapporterte 66% at utredningsresultatene hadde bidratt på en positiv måte til den oppfølgingen barnet fikk i skolen og kun 1% at den hadde bidratt på en negativ måte.

11 Deltakende habiliteringstjenesters arbeid i prosjektet

Det ble bestemt at alle deltakende enheter skulle sende inn en statusrapport (se punkt 5.4) i forkant av læringsseminar I, som var i mai 2019, samt i forbindelse med læringsseminar II, som var i november 2019. Vi mottok første statusrapport fra 12 enheter i løpet av mai og juni 2019. Vi minnet om innsending av ny statusrapport før siste læringsseminar, i august. Fra september til desember 2019 mottok vi ny statusrapport fra 10 deltagende enheter. Ved det siste tidspunktet var det 7 som hadde sendt inn en rapport tidligere, mens 3 nye steder sendte inn. Totalt fikk vi altså inn statusrapporter fra 15 av 21 av enheter.

Statusrapportene var de lokale enhetens oversikt over de delmålene de satte seg for å nå det overordnede målet om å øke andelen barn med CP som utredes kognitivt, samt hvilke tiltak som ville iverksettes for å innfri de utpekte delmålene. Tabell 5 gir en samlet oversikt over de målene som gikk igjen i flere av statusrapportene fra enhetene.

Tabell 5. Eksempler fra statusrapporter på delmål og intervensjoner som flere enheter utarbeidet for å nå målet om å øke andelen barn med CP som utredes kognitivt

Delmål	Intervensjon
---------------	---------------------

Få bedre oversikt

- Bruke oversikt fra CPRN om hvilke barn som er utredet
- Utarbeide prosedyre for intern etterkontroll for å se hvilke barn som er testet
- Utpeke en CPCog-ansvarlig psykolog

Planlegge og koordinere bedre

- Lage venteliste i DIPS; sette opp CPCog-testing i førskolealder (5-/6 år) når barnet diagnostiseres og i 12/13-års alder etter at førskolevurdering er gjort.
 - Samkjøre CPOP-listen med intern psykologventeliste i DIPS.
 - Avsette tid på hver HABU til intern koordinering; avklare med ledelsen; avtale faste møtetidspunkt (noen foreslo hver 14. dag, andre hvert halvår)
 - Lage eHåndboks dokument for samkjøring av alle prosedyrer knyttet til oppfølging av barn med CP: CPOP, CPRN og CPCog
-

Avklare hvem som registrerer hva når i eReg
<i>Etablere rutiner for oppfølging</i>
Etablere rutine med fast psykolog for nydiagnostiserte barn med CP
Minne psykologgruppen om CPCog ved oppstarten av hvert semester
Gi nye psykologer informasjon om CPCog
<i>Gi foreldre informasjon om CPCog</i>
Legge ved CPCogs informasjonsbrev i innkallingen til foreldrene
<i>Bruke journalsystemet DIPS mer strukturert</i>
Bruke funksjonen med interne ventelister for å skaffe oversikt
Lage fraser for å lette rapporteringsarbeidet

Deltakende enheter ble også oppmuntret til å komme med tilbakemeldinger på prosjektet og på CPCog underveis i hele prosjektperioden. Det ble satt av tid til dette på Oppstartsseminaret og Læringsseminar II, samt at enhetene har blitt oppmuntret til å sende inn jevnlig statusoppdateringer. For oversiktens skyld samles alle disse tilbakemeldingene i en tabell (se tabell 6). Tilbakemeldinger fra små og store enheter er noen ganger skilt fra hverandre, da utfordringene kan være noe forskjellige avhengig av størrelse og lokalisering. De store enhetene er her definert som de som gjennomsnittlig har 10 barn eller flere per årskull med en CP-diagnose, og omfatter HABU ved Akershus Universitetssykehus, Oslo universitetssykehus, Vestre Viken, Stavanger, Helse Bergen og St. Olav.

Tabell 6. Identifiserte utfordringer og mulige løsninger ved gjennomføring av CPCog

	Identifiserte utfordringer	Mulige løsninger
Gjennomføre CPCog	For liten psykologkapasitet. Mye utskiftninger av psykologer. Ved noen lokalisasjoner utfordring å få rekruttert psykologer.	Sette opp barn i intern venteliste i journalsystemet ⁴ DIPS så snart barnet har fått CP-diagnosen. Skaper oversikt over ressursbehov flere år fremover.
Antall barn med CP	Ved små enheter har de god oversikt, mens det kan være mer utfordrende ved større enheter.	Bruke DIPS til å lage interne ventelister (utfordring for de som ikke har denne funksjonaliteten).
Alder ved utredning	Noen etterspurte nødvendigheten av å utrede også ved 12/13-års alder, og om det i stedet burde være utredning på indikasjon for barn i skolealder.	Kan ikke pålegge dette, men noe forskning tyder på at deler av CP-gruppen kan stagnere i utviklingen. Viktig med gode longitudinelle data, noe CPRN på sikt kan tilby.
Barn med CP og GMFCS nivå IV-V	Ved små enheter har de få barn, og dermed mindre erfaringer med å utrede denne gruppen.	Tilby utredning av denne gruppen regionalt (se punkt 5.6).
Når foreldrene takker nei til utredning	Noen steder rapporterte om dette som en utfordring.	Alle barn med CP bør få tilbud, men foreldre kan takke nei. Viktig at CPOP-kontakt og andre som ser barna oftere enn psykologene er orientert om CPCog og kan informere om betydningen.
Barn utredet andre steder	Noen tjenester rapporterte at det hovedsakelig er PPT som utreder	Innhente testskårer fra PPT og registrere i CPRN.

⁴ Dette er mulig i journalsystemet DIPS. Ikke alle helseregioner bruker dette, eksempelvis bruker Helse Midt PAS/DocuLive

Psykologoppfølging	før skolestart. Sikre at alle psykologer kjenner til CPCog og at nytilsatte får informasjon.	Utnevne CPCog-ansvarlig psykolog ved enheten. Utvikle prosedyre for å sikre at nytilsatte får informasjon om CPCog.
Tverrfaglig arbeid	Behov for å etablere bedre koordinering internt mellom CPOP og CPCog ved flere enheter.	Generelt godt tverrfaglig samarbeidsmiljø ved HABU så det er godt grunnlag for å få etablert gode rutiner. Viktig med godt samarbeid mellom psykologer og CPOP/CPRN-kontakter
Tester	Det er en utfordring at det har kommet nye versjoner av de instrumentene som er foreslått i CPCog.	Bruke nyeste versjoner, men send inn papirskjema til CPRN slik at man vet hvilken utgave av testene som er benyttet.
Rapportere fra CPCog undersøkelser til CPRN	Flere barn er utredet enn de som er rapportert til CPRN grunnet manglende kjennskap til rutiner og liten kapasitet.	Etablere rutiner lokalt for å sikre rapportering. Her ble det eksempelvis nevnt at det kan være en fordel at skjema for registrering i CPRN/eREG finnes frem samtidig med testprotokoller, slik at registreringen kan gjøres umiddelbart etter testing.
Oppfølging av barn med CP	Rapporteringskjemaene tar ikke høyde for ulike versjoner av Wechsler-testene. Uklart hvem som har oppfølgingsansvar og for hva	CPRN etablere mulighet for å rapportere inn på ulike versjoner av tester. Etablere tilbud ved noen aldre/til noen grupper?

Vi ba også om skriftlige evalueringer av selve kvalitetsforbedringsprosjektet fra alle deltakende enheter. Enhetene ble bedt om å komme med både kritiske bemerkninger og positive kommentarer. Nesten samtlige avdelinger ga uttrykk for en positiv innstilling til det å bruke CPCog, men at det var en utfordring med manglende psykologkapasitet til å gjennomføre utredninger og rapportere til CPRN. Nedenfor er en tematisert oversikt over de ulike tilbakemeldingene som ble gitt om prosjektet, samlingene, CP-gruppen, CPRN, CPCog, psykologarbeidet og det tverrfaglige arbeidet:

Kritiske bemerkninger til CPCog kvalitetsforbedringsprosjektet

Om prosjektet

- Det var uklare rammer for prosjektet innledningsvis og uklar informasjon om hva prosjektdeltakelse ville medføre.
- Det å etablere CPCog tar tid og ressurser, og det kan derfor komme til å gå på bekostning av andre pasientgrupper psykologer i HABU også skal følge opp. Krever felles forståelse for dette i enheten og hos lederne. Særlig det å rapportere inn data til CPRN oppleves som en ekstrabelastning det ikke er ressurser til.
- Etisk dilemma å følge opp barn med CP som har mindre vansker, kanskje ikke vansker i det hele tatt («teste for å teste, ikke på indikasjon»), når det er ventelister med barn med tydelige kognitive utfordringer.
- Prosjektet kunne løftet bedre frem at det er en utfordring med manglende kapasitet i psykologgruppen til å utrede alle barn med CP i henhold til CPCog.

Om barn med CP

- Det burde avklares hvor barna med de største motoriske vanskene (GMFCS nivå IV og V) skal utredes. Ikke alle psykologer har nok erfaring til å utrede denne gruppen. Samtidig er dette en sårbar gruppe hvor det å skulle be dem reise over lengre strekninger ikke alltid er det optimale. Ved noen enheter strider det å reise ut mot eksisterende rutiner, som anbefaler at barna kommer til enheten for å sikre best mulig tidsutnyttelse for psykologen.
- Det kunne vært større fokus på hvordan følge opp foreldre som har svake norskerferdigheter.
- Det burde gjøres enda tydeligere at for noen barn er en klinisk vurdering det eneste mulige og det å benytte en Wechsler-test ikke er egnet/ønskelig i alle tilfelle.

Om CPRN

- Skjemaene fra CPRN er for mange og for lange.
- CPRN/CPOP kan sende lister i forkant med hvilke protokoller som skal inn hvert år (i stedet for å sende lister i etterkant på hvem det IKKE er sent inn på).
- Avklare om det skal sendes inn skjema også på barn som ikke er testet da de vurderes å fungere normalt.

Om CPCog

- Ikke alle barn med GMFCS nivå I-III har gode nok finmotoriske ferdigheter til å utføre Wechsler-testene og VMI.
- Det er en svakhet at det ikke er registreringsskjema i CPRN for ulike testutgaver og for de ulike aldersgruppene.
- eReg fungerer ikke optimalt for registrering av kognisjonsdata. Eksempelvis ikke eget kognisjonsskjema for 12/13-åringene. Det burde vært eget kognisjonsskjema for 5/6-åringene, da psykologene ikke alltid gjør sin vurdering samtidig med den øvrige 5-års registreringen.
- CPCog og CPRNung kunne vært bedre samkjørt.

Om psykologarbeidet ved enheten

- Fint å ha fokus på barn med CP, men medfører samtidig en belastning da det er så mange grupper man skulle ha nådd. Øker følelsen av å ikke strekke til.
- Det å utrede barna gjennomføres ofte, men det er begrenset med tid til å rapportere til CPRN. Særlig utfordrende i en oppstartsfase, hvor det er et etterslep på registreringene.
- Det kunne vært mer fokus på hvordan vi kan utrede barn med et annet morsmål enn norsk.
- Urealistisk å forvente at alle skal kunne utrede de med størst motoriske vansker.
- Det tar lang tid til å tilpasse tester slik at de kan brukes med øyestyring; hadde vært en fordel om prosjektet kunne videreformidlet tilrettelagte tester⁵ til alle enhetene.
- Om psykologene skal utrede de med mest omfattende motoriske vansker trengs det oppgradering av utstyr, slik som PC med øyestyingsutstyr, noe som er kostbart
- Det å gå gjennom journaler for å sende inn data til CPRN på barn som var utredet, men der dette ikke var rapportert, var svært tidkrevende.

Om tverrfaglig samarbeid ved enheten

- Svak lederoppfølging av prosjektet.
- For større enheter tar det å gå gjennom listen fra CPRN betydelig med tid.
- Prosjektet kunne tilrettelagt bedre for å etablere prosedyrer for samarbeid lokalt; det var ikke satt av ekstra tid til deltakelse i prosjektet.

⁵ Dette skulle vi gjerne gjort, men det er problematisk av hensyn til testselskapenes copyright rettigheter. Det ble formidlet maler for å lette prosessen med å tilrettelegge tester.

Positive bemerkninger til CPCog kvalitetsforbedringsprosjektet

Om prosjektet

- Opplevs som spennende og meningsfullt å være del av et slikt prosjekt.
- Prosjektet har bidratt til at flere ved enheten har fått kjennskap til CPCog og til en økt bevissthet hos både ledelsen og fagpersoner ved HABU om de utfordringene barn med CP kan ha.
- Positivt å treffe fagpersoner fra HABU i hele landet. Vært et forum for å bli kjent med andre og kunne utveksle erfaringer, noe som har vært veldig nyttig.
- Interessant og lærerikt å høre om hvordan det arbeides ved andre HABU.
- Positivt at prosjektet har tilrettelagt for samarbeid mellom tjenestesteder innenfor samme fylke, og muliggjort at det også kan samarbeides om testmateriell på tvers av tjenester.

Om samlingene

- Det har vært gode foredragsholdere på samlingene i regi av prosjektet.
- Det har vært gode fagpersoner med lang erfaring som har forelest.

Om barn med CP

- Prosjektet har satt fokus på at CP er «mer enn bare motorikk».
- Prosjektet har bidratt til mer kunnskap om kognitive utfordringer hos barn med CP.
- Bidratt til å bevisstgjøre oss som klinikere på at barn kan ha mer usynlige vansker, ikke bare kognitive, men også psykiske.
- Nyttig og viktig å se resultater hos barn med GMFCS nivå I, som tidligere ikke har blitt prioritert da man har antatt at de ikke har kognitive utfordringer.
- Prosjektet har satt fokus på barna med de største motoriske vanskene.
- Prosjektet har bidratt til å nå målet om at barn med CP verken over- eller undervurderes.

Om CPRN

- Velfungerende og lett tilgjengelig eReg løsning vil lette arbeidet.
- Positivt å få skriftlige oversikter fra CPRN over hvilke barn som det er mottatt registrerings skjema på og hvilke ikke. Dette har gjort at enheten har fått oversikt over barn med CP som bør følges opp. Viktig at dette fortsetter; gjerne også med beskjed om hvem som skal utredes når.

Om CPCog

- Positivt at CPCog har overkommelige anbefalinger hva angår antallet tester og testtidspunkt.
- Bidratt til å få sendt inn skjema til CPRN på barn som var utredet, men der dette ikke tidligere var videreformidlet til CPRN.
- Positivt at prosjektet fremskaffer data som kan brukes til forskning.

Om psykologarbeidet ved enheten

- Bidratt positivt til psykologsamarbeidet internt ved enheten
- Bidratt til å få bedre oversikt over barn med CP som har behov for utredninger
- Bra at det ble satt fokus på systematikk for å planlegge utredninger og registrering
- Når det forventes at lokal HABU skal kunne veilede på tiltak, må det vel forventes at vi kan utrede?

Om tverrfaglig samarbeid ved enheten

- Prosjektet har bidratt til at enheten at startet en refleksjon og diskusjon rundt måten vi jobber på
- Bidratt til å synliggjøre uavklarte ansvarsforhold lokalt
- Bidratt til å synliggjøre at vi allerede har gode rutiner
- Bidratt til å få etablert systemer, rutiner og faste møtepunkter lokalt

- Bidratt til å synliggjøre det arbeidet som gjøres ved enheten når det gjelder oppfølging av barn med CP, slik som å tilby dem kurs
- Bidratt positivt til samarbeidet mellom psykologer og CPOP/CPRN-kontakter ved enheten; skapt engasjement og felles mål
- Klargjort at også CPOP/CPRN-kontaktene kan sende inn kognisjonsdata etter avtale
- Bidratt til å bruke DIPS for å etablere system for ventelister
- Positivt med ledelsesforankring av prosjektet; dette har vært viktig for å få gjennomført prosjektet.
- Prosjektet har synliggjort hvor viktig jobb de lokale CPOP/CPRN-kontaktene gjør og hvor viktig det er at de har god oversikt.
- Prosjektet har synliggjort viktigheten at tverrfaglig samarbeid ved enheten, også i selve utredningssituasjonene (behov for tilpasning av stoler og bruk av ASK, eksempelvis).

12 Prosjektregnskap

Vennligst se separat vedlegg.

13 Videre utviklingsarbeid

Prosjektgruppen vurderer at det å publisere informasjon om dette kvalitetsforbedringsprosjektet, inkludert resultatene fra foreldreundersøkelsen, er viktig for å spre kunnskap om behovet for utredning, illustrere hvordan andelen barn som tilbys utredning kan økes gjennom et systematisk kvalitetsforbedringsarbeid, samt for å belyse hvordan foreldre opplever de kognitive utredningene. I tillegg til denne projektrapporten, er informasjon om prosjektet derfor allerede formidlet muntlig på konferanser nasjonalt og internasjonalt (på konferansen til American Academy of Cerebral Palsy and Developmental Medicine i Anaheim, California i september 2019, på Surveillance of Cerebral Palsy in Europe(SCPE) sitt årlige møte i Belgia 2019) og på regional habiliteringskonferanse for Helse Sør-Øst i februar 2020). Videre vil det foreleses om resultatene på konferansen til European Academy of Childhood Disability i Polen i november 2020 og på neste års konferanse i regi av CPRN, CPOP og CP-foreningen. Av skriftlig formidling planlegges det å formidle i CP-bladet tli CP-foreningen nå i mai 2020, på bloggen til RHABU i Helse Sør-Øst, samt å informere om prosjektet i tidsskriftene til psykologforeningene i Norge og Sverige, på spesialistkurs i regi av Norsk Psykologforening, samt å utarbeide to vitenskapelig artikler som publiseres internasjonalt. Det å formidle på disse arenaene, der også norske fagpersoner følger med, håper vi skal bidra til å opprettholde fokuset på viktigheten av å tilby barn med CP jevnlig kognitive utredninger.

I den ene vitenskapelige artikkelen vil fokuset være på resultatene fra foreldreundersøkelsen, og hvordan disse kan forstås sett i lys av data i CPRN. I den andre artikkelen vil vi analysere hvilke barn som tilbys kognitiv utredning ut i fra GFMCS nivå, samt vurdere kognitiv utredning opp mot kvalitetsindikatoren «andel barn med behov for Alternative og supplerende kommunikasjon (ASK) (Viking taleskala III-IV) som kommuniserer ved hjelp av grafisk kommunikasjon eller håndtegn, signaler eller gester». Alle barn med behov for ASK har behov for en kognitiv utredning for å bestemme type og nivå på tiltakene (Stadskleiv, 2015), og en sammenstilling av de to kvalitetsindikatorerne vil bidra til vesentlig kunnskap om hvordan dette gjennomføres i klinikken.

14 Levering av rapport

I vår prosjektsøknad skisserte vi at vi ville sammenfatte den samlede informasjonen fra oppstartsseminaret, læringsseminarene, spørreundersøkelsen og kunnskapsoppsummeringer i en rapport, som så vil gjøres tilgjengelig for oppdragsgiver, for alle landets barnehabiliteringstjenester, samt for relevante spesialistutdanninger for psykologer (habilitering og nevropsykologi).

Rapporten oversendes SKDE, ved:

Marianne Nicolaisen

Rådgiver, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre

SKDE - senter for klinisk dokumentasjon og evaluering

Helse Nord RHF

Mob. +47 913 65 951

E-post; Marianne.Nicolaisen@helse-nord.no

15 Referanser

- Andersen, G. L., Hollung, S. J., & Vik, T. (2019). *Cerebral pareseregisteret i Norge. Årsrapport for 2018 med plan for forbedringstiltak. [The Cerebral Palsy Registry of Norway. Yearly report for 2018 with plan for improvement]*. Retrieved from The Norwegian Cerebral Palsy Registry, Vestfold Hospital Trust: <https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#arsrapporter>
- Andersen, G. L., Hollung, S. J., Vik, T., Jahnsen, R., Elkjær, S., & Myklebust, G. (2017). *Cerebral pareseregisteret i Norge (CPRN) og Cerebral Parese Oppfølgingsprogram (CPOP). Årsrapport for 2016 med plan for forbedringstiltak*. Retrieved from Tønsberg, Vestfold: <https://www.siv.no/helsefaglig/cp-registeret#arsrapporter>
- Andersen, G. L., Irgens, L. M., Haagaas, I., Skranes, J. S., Meberg, A. E., & Vik, T. (2008). Cerebral palsy in Norway: prevalence, subtypes and severity. *European journal of paediatric neurology*, 12(1), 4–13.
- Andersen, G. L., Mjøen, T. R., & Vik, T. (2010). Prevalence of speech problems and the use of augmentative and alternative communication in children with cerebral palsy: a registry-based study in Norway. *Perspectives on Augmentative and Alternative Communication*, 19(1), 12–20.
- Beery, K. E., & Beery, N. A. (2010). *The Beery-Buktenica Developmental Test of Visual-Motor Integration*. London, UK: Pearson Assessment.
- Berg, M., Dolva, A.-S., Kleiven, J., & Krumlinde-Sundholm, L. (2013). *Pediatric Evaluation of Disability Inventory (PEDI, norsk versjon)*. Sunnaas, Norway: Sunnaas Sykehus.
- Berntsen, T. (2013). *Oppfølgingsprotokoll for kognisjon for barn med CP*. Paper presented at the Nasjonal CPRN/CPOP-dag, Oslo, Norge.
- Blair, E. (2010). Epidemiology of the cerebral palsies. *Orthopedic Clinics*, 41(4), 441–455.
- Bøttcher, L., Stadskeiv, K., Berntsen, T., Christensen, K., Korsfelt, Å., Kihlgren, M., & Ödman, P. (2016). Systematic cognitive monitoring of children with cerebral palsy—The development of an assessment and follow-up protocol. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 18(4), 304–315.
- Cleghorn, G. D., & Headrick, L. A. (1996). The PDSA cycle at the core of learning in health professions education. *The Joint Commission journal on Quality Improvement*, 22(3). doi:10.1016/S1070-3241(16)30223-1
- Facoetti, A. (2012). Spatial attention disorders in developmental dyslexia: Towards the prevention of reading acquisition deficits. In J. Stein & Z. Kapoula (Eds.), *Visual aspects of dyslexia* (pp. 123–136). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Gioia, G. A., Isquith, P. K., Guy, S. C., & Kinsworthy, L. (2000). *Behavior Rating Inventory of Executive Function (BRIEF, norsk versjon)*. Oslo, Norway: Hogrefe.
- Himmelmann, K., Beckung, E., Hagberg, G., & Uvebrant, P. (2006). Gross and fine motor function and accompanying impairments in cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 48(6), 417–423.
- Hollung, S. J., Vik, T., Wiik, R., Bakken, I. J., & Andersen, G. L. (2017). Completeness and correctness of cerebral palsy diagnoses in two health registers: implications for estimating prevalence. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 59(4), 402–406.
- Institute for Healthcare Improvement. (2003). *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. Boston, MA: Institute for Healthcare Improvement.

- Kilo, C. M. (1998). A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series. *Quality Management in Health Care*, 6, 1-13.
- Pakula, A. T., Braun, K. V. N., & Yeargin-Allsopp, M. (2009). Cerebral palsy: classification and epidemiology. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 20(3), 425–452. doi:10.1016/j.pmr.2009.06.001
- Palisano, R., Rosenbaum, P., Walter, S., Russell, D., Wood, E., & Galuppi, B. (1997). Development and reliability of a system to classify gross motor function in children with cerebral palsy. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 39(4), 214–223.
- Rosenbaum, P., Paneth, N., Leviton, A., Goldstein, M., Bax, M., Damiano, D., . . . Jacobsson, B. (2007). A report: the definition and classification of cerebral palsy April 2006. *Dev Med Child Neurol Suppl*, 109(suppl 109), 8–14.
- Sigurdardottir, S., Eiriksdottir, A., Gunnarsdottir, E., Meintema, M., Arnadottir, U., & Vik, T. (2008). Cognitive profile in young Icelandic children with cerebral palsy. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 50(5), 357-362.
- Sparrow, S. S., Cicchetti, D. V., & Balla, D. A. (2011). *The Vineland adaptive behavior scales - second edition (Vineland -II) (Norwegian version)*. Bromma, Sweden: Pearson Assessment.
- Stadskleiv, K. (2015). Kartlegging. In K.-A. B. N. o. A. V. Karlsen (Ed.), *God kommunikasjon med ASK-brukere* (pp. 73-118). Oslo: Fagbokforlaget.
- Stadskleiv, K. (2017). *The relationship between language, expressive abilities and executive functioning in children with speech and motor impairment* (PhD), University of Oslo, Oslo, Norway.
- Stadskleiv, K. (2020). Cognitive functioning in children with cerebral palsy. *Developmental medicine and child neurology*, 62, 283–289. doi:10.1111/dmcn.14463
- Stadskleiv, K., Jahnsen, R., Andersen, G. L., & von Tetzchner, S. (2018). Neuropsychological profiles of children with cerebral palsy. *Developmental Neurorehabilitation*, 21(2), 108–120. doi:10.1080/17518423.2017.1282054
- Straub, K., & Obrzut, J. E. (2009). Effects of cerebral palsy on neuropsychological function. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 21(2), 153–167.
- Vaskinn, A., & Egeland, J. (2012). Testbruksundersøkelsen: En oversikt over tester brukt av norsk psykologer [Survey of test use: An overview over tests used by Norwegian psychologists]. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening [Journal of the Norwegian Psychological Association]*, 49(7), 658–665.
- Wechsler, D. (2015). *Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence (fourth edition, Norwegian version)*. Bromma, Sweden: Pearson Assessment
- Wechsler, D. (2017). *Wechsler Intelligence Scale for Children (fifth edition, Norwegian version)*. Bromma, Sweden: Pearson Assessment

16 Vedlegg A. Samarbeidsavtalen

Samarbeidsavtale for underskrift og retur til prosjektleder

Ledelsesforankring av kvalitetsforbedringsprosjektet i regi av Cerebral pareseregisteret i Norge (CPRN): «Økt andel barn med cerebral parese som tilbys kognitiv utredning»

Det bekreftes herved at avdeling/seksjon (AVDELING/SEKSJON) på (SYKEHUSNAVN) ønsker å delta i kvalitetsforbedringsprosjektet «ØKT ANDEL BARN MED CEREBRAL PARESE SOM TILBYS KOGNITIV UTREDNING». Prosjektet er et viktig innsats for våre pasienter og skal bidra til faglig utvikling av våre medarbeidere i forbedringsarbeid

Avdelingen er innforstått med at dette krever at vi gjennomfører følgende:

- Oppnevner kontaktperson(er)/prosjektmedarbeidere som skal være pådrivere for å få gjennomført prosjektet ved avdelingen
- Setter sammen en arbeidsgruppe, helst tverrfaglig, som skal jobbe med prosjektet lokalt
- Tilrettelegger for at deltakerne i arbeidsgruppen får delta på de 3 seminarer/workshopene som arrangeres i forbindelse med prosjektet, og at de også får avsatt tid til å arbeide med prosjektet lokalt
- Tilrettelegger for kvalitetsforbedrende arbeid lokalt i henhold til mål i prosjektet
- Registrerer i det nasjonale medisinske kvalitetsregisteret (CPRN) nødvendige data som er aktuelt for pasientbehandlingen og i henhold til prosjektet

Utgifter dekket av prosjektet:

- Deltakelse på tre seminarer/workshoper (13.-14. februar, 13.-14. mai og xx. November 2019). Reise dekkes etter billigste reisemåte og inkluderer ikke taxi til/fra flyplass. Overnatting dekkes hvis det er behov for det.
- Undervisning om kvalitetsforbedringsarbeid knyttet til prosjektet
- Undervisning om kognitiv fungering hos barn med CP og om tilrettelagt utredning av kognisjon
- Rapportering og utlevering av data fra kvalitetsregisteret

Følgende må dekkes av deltakende avdeling:

- Tid til registrering i registeret
- Tid til lokalt kvalitetsforbedringsarbeid
- Tid til deltakelse på seminarer

Undertegnede leder bekrefter at vedkommende vil bidra til å stimulere og legge til rette for kvalitetsforbedringsarbeidet sammen med de oppnevnte kontaktpersonene/prosjektmedarbeiderne (for eksempel CPOP/CPRN kontaktperson, psykolog(er)).

Dato, navn i blokkbokstaver og signatur, person fra seksjons/avdelingsledelsen

Dato, navn i blokkbokstaver og signatur, ansvarlig (fagtittel) og prosjektmedarbeider (kontaktperson)

Dato, navn i blokkbokstaver og signatur, ansvarlig (fagtittel) og prosjektmedarbeider (kontaktperson)

Avtalen returneres innen 15. april 2019 enten som scannet per e-post, eller i papirformat per post til
NAVN (Prosjektansvarlig) Guro L Andersen
E-post adr.guro.andersen@siv.no
Post adr. Cerebral pareseregisteret i Norge, Sykehuset i Vestfold. Postboks 2168,3101 Tønsberg
Telefonnummer 33308200/33308259

17 Vedlegg B. Mal for statusrapporter

STATUSRAPPORT

OPPFØLGING AV KOGNISJON HOS BARN MED CP

Enhet/Dato:
Avdeling, antall pasienter/senger,
antall ansatte, osv...

Hvor stor er utfordringen/problemet? Beskriv utfordringen i egen organisasjon.	Status og ev. utfordringer, tiltak 1 <ul style="list-style-type: none">Status & utfordringer NESTE STEG <ul style="list-style-type: none">Hva skal testes? (Småskalatesting)	Status og ev. utfordringer, tiltak 3 <ul style="list-style-type: none">Status & utfordringer NESTE STEG <ul style="list-style-type: none">Hva skal testes? (Småskalatesting)
Forbedringsteamet Teamleder: Måleansvarlig: Gruppedeltagere: Veileder: Viktige å involvere: Nærmeste leder:	Status og ev. utfordringer, tiltak 2 <ul style="list-style-type: none">Status & utfordringer NESTE STEG <ul style="list-style-type: none">Hva skal testes? (Småskalatesting)	Status og ev. utfordringer, tiltak 4 <ul style="list-style-type: none">Status & utfordringer NESTE STEG <ul style="list-style-type: none">Hva skal testes? (Småskalatesting)
Målsætning - Hva skal dere oppnå? Mål definert for hver indikator (Hvor mye, hvor, for hvem, innen når?)		Selvevalueringstall (1-5) <input type="text" value="x"/>

Statusrapporten er en beskrivelse av hva teamet gjør og oppnår i løpet av læringsnettverksperioden. Rapporten brukes som utgangspunkt for diskusjon sammen i teamet og i samtale med veileder og/eller leder. Rapportene sendes til kontaktpunkt fra veiledergruppe.

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7