



Forbedrings- guiden

Teorier, tips og verktøy for forbedringsarbeid
i helse- og omsorgstjenesten

Det nasjonale pasient-
sikkerhetsprogrammet
I trygge hender 24-7
skal bidra til å redusere
pasientskader i Norge.

Les mer på
pasientsikkerhetsprogrammet.no



Verktøy med dette symbolet
kan du laste ned fra
pasientsikkerhetsprogrammet.no

INNHOOLD

Teorier og tips til forbedringsarbeid

Forbedringskunnskap	4
Forbedringsmodellen	11
Statistisk prosesskontroll (SPC)	17
Gangen/milepæler i et forbedringsarbeid	20
Forankring og rollefordeling	36
Reaksjoner på endringer	39
Suksesskriterier	41

18 verktøy til forbedringsarbeid

Verktøy 1: 5 x hvorfor	44
Verktøy 2: Fiskebensdiagram	46
Verktøy 3: Paretoanalyse	48
Verktøy 4: Flytskjema - Prosesskartlegging	50
Verktøy 5: I dag - i morg en	52
Verktøy 6: Interessentanalyse	54
Verktøy 7: Kommunikasjonsplan	56
Verktøy 8: Force Field-analyse	58
Verktøy 9: Idemyldring (brainstorming)	60
Verktøy 10: Nominell gruppeteknikk	62
Verktøy 11: Prioriteringsmatrise	64
Verktøy 12: Driverdiagram	66
Verktøy 13: Måleplan	68
Verktøy 14: Sjekkliste for utvikling av indikator	70
Verktøy 15: Risikotavle og -møte	72
Verktøy 16: PDSA-skjema	74
Verktøy 17: Forbedringstavle og -møte	76
Verktøy 18: Sjekkliste og plan for implementering	78
Les mer om forbedringsarbeid	80

Til deg som skal jobbe med forbedring!

Denne guiden inneholder sentrale modeller og verktøy som kan brukes i forbedringsarbeid. Guiden er laget for å gi inspirasjon og veiledning til alle som jobber med å forbedre helsetjenesten, og inneholder konkrete verktøy for å planlegge og gjennomføre et forbedringsprosjekt.

Her vil du blant annet finne tips om hva som er viktig å ta hensyn til, hvilke reaksjoner du kan forvente og hvordan du kan kommunisere og involvere andre i det viktige arbeidet.

Forbedringsarbeid er krevende, men også lærerikt og morsomt. Og ikke minst nyttig for de det gjelder - nemlig pasientene og brukerne.

Lykke til!

Vennlig hilsen

Anne Grete Skjellanger

Sekretariatsleder,

I trygge hender 24-7



Teorier og tips til forbedrings- arbeid



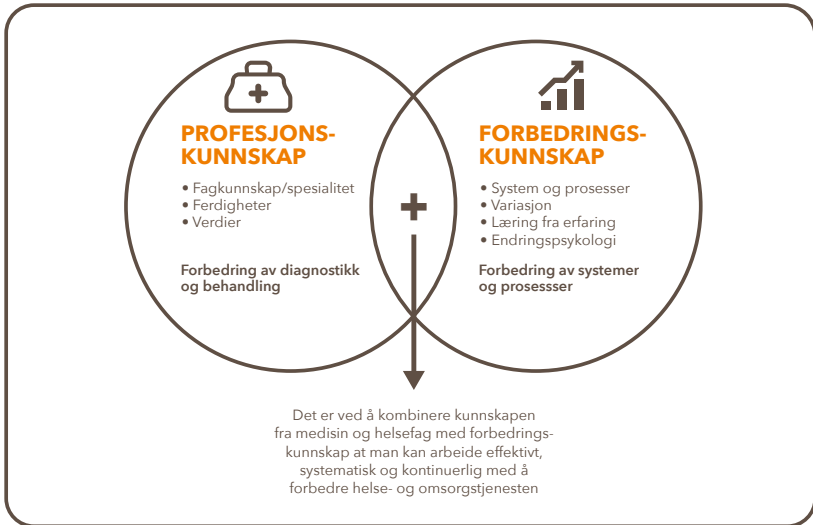
Forbedringskunnskap

Hva er forbedringskunnskap?

Hver dag jobber ansatte i helse- og omsorgstjenesten for å sikre at pasienter og brukere skal få riktig og god behandling. Likevel finnes det studier som viser at det kan ta alt fra 9-17 år fra ny forskning er publisert til ny kunnskap har blitt standard behandling for pasienten. Også i Norge erfarer vi at det tar lang tid før ny kunnskap blir en del av daglig praksis. Det viser seg ofte at behandling eller undersøkelser man tror alle pasientene får, faktisk bare gis til 60-80 prosent av pasientene.

For å lukke dette gapet, er det behov for et kontinuerlig fokus på forbedring av tjenestene. Forbedringskunnskap er et supplement til profesjonskunnskapen, og kan bidra til økt forståelse for hva som påvirker resultatet av behandlingen pasienter og brukere mottar. Edward Demings teori om «System of Profound Knowledge» er utgangspunktet for mye forbedringsarbeid - vi kaller dette for forbedringskunnskap. Her vektlegges følgende fire områder som avgjørende for å forstå komplekse utfordringer og kunne drive forbedringsarbeid framover:

- Forståelse for virksomheter og tjenester som **systemer og prosesser**.
- Forståelse for **variasjon** i prosesser.
- Forståelse for hvordan du skaper **læring fra erfaring**.
- Forståelse for **endringspsykologi**.

FORBEDRING

Rammeverk for systematisk og kontinuerlig forbedring (Stoltz og Batalden 1993).
Oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet

Forståelse for virksomheter og tjenester som systemer og prosesser

Hvordan helse- og omsorgstjenestene struktureres, har betydning for hvilket resultat tjenesten leverer. Helse- og omsorgstjenestene utgjør et system som består av ulike prosesser, utstyr, mennesker og kompleks sosial samhandling. Skal vi påvirke kvaliteten eller opplevelsen av tjenestene, må vi endre selve systemet. Paul Batalden er en nestor innen forbedringskunnskap, og han har uttalt:

«Ethvert system er perfekt utformet til å levere de resultatene det leverer.»

For å forstå problemer og finne løsninger, kan vi bryte systemet ned til de enkelte delene det består av og studere deres egenskaper og samspillet

mellom dem. Dette kan gjøres ved å beskrive systemet i form av prosesser. Edward Deming påstår at:

«Hvis man ikke kan beskrive hva man gjør som en prosess, vet man ikke hva man gjør.»

→ **EKSEMPEL**

For å forebygge kateterrelaterte urinveisinfectionsjoner er det nødvendig å kartlegge og forstå hele prosessen for innleggelse og seponering av urinveiskateter. En kartlegging i form av et flytskjema gir en innsikt i og oversikt over det systemet som skal endres. Her kan det være relevant å få svar på følgende spørsmål:

- Hvem ordinerer og legger inn kateteret på hvem?
Med hvilken indikasjon, på hvilken måte og når gjøres dette? Og hvem legger en plan for seponering, og hvor dokumenteres det?
- Hvem avgjør seponering og på hvilket grunnlag? Hvem fjerner kateteret på hvem og på hvilken måte? Og når gjøres dette?

Dette og mer utfyllende informasjon tegnes så opp som en prosess og diskuteres av involverte aktører. Det er vanlig å starte med å bli enige om hvordan prosessen ser ut i dag før man beskriver ønsket prosess for fremtiden.

Forståelse for variasjon i prosesser

Forbedringsarbeid handler ofte om å redusere en variasjon som observeres i en prosess over tid og forbedre resultatene til ønsket nivå. Nesten all variasjon i en prosess er tilfeldig variasjon. Forbedring av prosesser er et ledelsesansvar, og krever betydelig innsats fra de ansatte som er involvert i prosessen for å sikre at endringene også er forbedringer.

Når vi gjennomfører forbedringsarbeid er det viktig å både forstå skillet mellom tilfeldig og ikke-tilfeldig variasjon i en prosess, og kunne analysere denne variasjonen. Analyse av variasjon handler om å se på egne data fremstilt over tid. Det kan både vurderes om graden av variasjon er større enn ønsket, og om den ikke-tilfeldige variasjonen er ønsket forbedring eller uønsket forverring. Denne informasjonen og analysene er viktige for å kunne ta gode beslutninger og drive forbedringsarbeidet fremover.

→ EKSEMPEL

Forbedringsteamet så på målingene de hadde gjort for å kunne følge med på forebygging av kateterrelatert urinveisinfeksjoner. De oppdaget da at pasientene ikke fikk vurdert indikasjon i helgen. Det var et klart mønster i dataene som viste at 85-95 prosent av pasientene fikk vurdert indikasjon på ukedagene, mens kun 5-15 prosent av pasientene fikk det samme vurdert i helgene. Dette var ikke et uttrykk for ikke-tilfeldig variasjon, men en variasjon som skyldtes et konkret forhold ved systemet og arbeidsprosessene i helgen. Hvilken dag pasienten var inneliggende var avgjørende for kvaliteten på tjenestene.

Forståelse for hvordan man skaper læring fra erfaring

Forbedringsarbeid bygger på Aristoteles' tanker om å erfare seg frem til en løsning. Gjennom å systematisk prøve ut ideer, for eksempel forslag til nye arbeidsmetoder, bygger vi kunnskap om hvordan systemet vi forsøker å endre faktisk fungerer, og hva som skal til for å endre det.

Når vi arbeider med forbedringer, setter vi oss et mål for arbeidet og definerer noen ideer til endring eller tiltak vi forventer skal bidra til å nå målet. Tiltakene beskriver hva vi skal gjøre. Gjennom utprøving finner vi ut hvordan tiltakene kan gjennomføres med lokalemuligheter og begrensninger. Det gjør vi ved å teste ulike ideer eller hypoteser, først i liten skala og så i stadig større skala. Dette kalles småskala- eller PDSA-testing. PDSA-sykluser er en

systematisk metode for å lære fra utprøving og bygge videre på det. Se mer under Forbedringsmodellen.

→ **EKSEMPEL**

I arbeidet med å forebygge kateterrelaterte urinveisinfeksjoner er det et relevant tiltak å fjerne kateter når indikasjon opphører. Nøyaktig hvordan dette skal gjøres, finner vi ut av ved å teste ut ulike måter å gjøre det på i en aktuell avdeling.

En ide som kan testes ut er: «Hvis man på en tavle markerer pasienten med en farge og magnet som indikerer kateter og skriver opp datoen for når siste vurdering ble gjort, så vil lege ta stilling til fortsatt kateterbruk under hver previsitt». Dette baserer seg på hypotesen om at systematisk vurdering av lege ved previsitt vil føre til at man tidlig oppdager om pasienten trenger kateter. Forventet effekt er at tavlen vil bidra til å synliggjøre hvilke pasienter som har kateter og hvor indikasjon er vurdert, noe som systematiserer vurderingsprosessen.

De første testene viste at en slik tavle fungerte for å synliggjøre pasientens behov, noe som bidro til at tiltaket ble gjennomført. Datamaterialet viste imidlertid senere at dette ikke sikret pasientene vurdering i helgen. Ideen forutsatte en previsitt, men denne ble bare gjennomført på ukedager. Ideen eller hypotesen du ønsker å teste, må derfor testes flere ganger og i flere settinger og situasjoner. I dette tilfellet erfarte man at det var behov for å videreutvikler ideen for å sikre at pasientene også ble fulgt opp tilstrekkelig i helgen.

Forståelse for endringspsykologi i endringsprosesser

Forbedringsarbeid ledes av mennesker og det er mennesker som påvirkes av endringene. Det er derfor viktig å ha en grunnleggende forståelse for hvorfor og hvordan individer og grupper reagerer på forandring, samt hva som motiverer dem til å gjennomføre nødvendig endring. Her er det nyttig å kjenne til metodene for å forebygge, oppdage og håndtere reaksjoner på endring.

→ EKSEMPEL

Smittevernpersonell som arbeider i sykehus og kommuner har verdifull kunnskap om infeksjonsforebygging og -kontroll. De vet hva som kan bidra til å forebygge kateterrelaterte urinveisinfeksjoner, hvordan samle inn insidensdata og har ofte oversikt over hvordan andre har oppnådd suksess i liknende arbeid. Det er ofte fristende å la eksperter med spisskompetanse innen et fagfelt lede det lokale forbedringsarbeidet. Dette kan imidlertid bidra til mindre lokalt eierskap til både problemet og løsningene, og mindre forpliktelse til å teste ut og gjennomføre tiltakene.

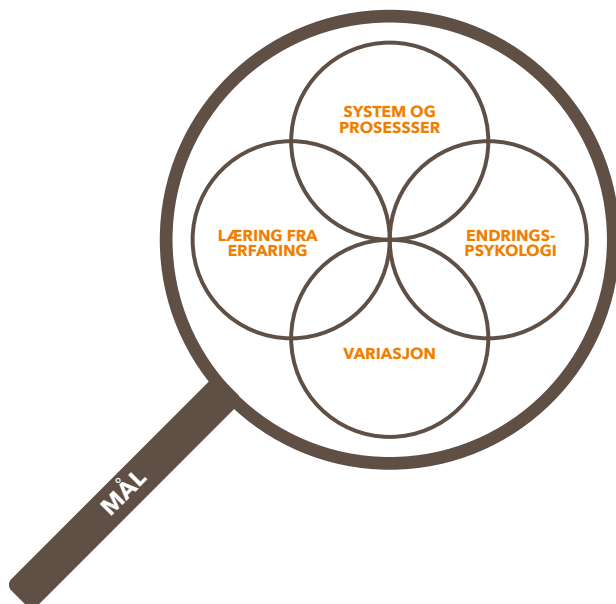
En lokal teamleder vil som regel bidra til mindre motstand enn en ekstern teamleder. En teamleder utenfor den organisatoriske enheten har færre kontaktpunkter med de andre i forbedringsteamet, lederen og kollegene enn en lokal teamleder.

I forbedringsarbeid bør det ikke bare være fokus på hva som fungerer dårlig i dag og hva som blir bedre med de nye tiltakene. Det bør også vektlegges hva som fungerer godt i dag, og hva som kan bli mer utfordrende med de nye tiltakene i form av tid, ansvar, kompetanser og liknende.

Oppsummert

De fire områdene beskrevet over vil øke sannsynligheten for bedre og mer effektive endringsprosesser. Dette er områder som er relevante i alle faser av et forbedringsarbeid. En erfaren forbedringsagent vil løpende ta i bruk ulike aspekter ved disse områdene for å forstå de utfordringer og muligheter som til enhver tid finnes i forbedringsarbeidet.

DE FIRE OMRÅDENE I FORBEDRINGSKUNNSKAP



System of Profound Knowledge (Demin 1993).
Oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen - en metode for å gjennomføre forbedringer

Å skape forbedringer krever en systematisk tilnærming. Forbedringsmodellen er en metode som bidrar til dette. Modellen er todelt: først planlegges forbedringsarbeidet, så testes ideer til endring ut i praksis.

Første del: Tre grunnleggende spørsmål:

1. Hva ønsker vi å oppnå? (Mål)
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Indikatorer)
3. Hvilke endringer kan vi iverksette for å skape forbedring? (Tiltak)

Det første spørsmålet hjelper til med å sette et klart mål for arbeidet, og må spesifiseres som «hvor mye, innen når og for hvem?». Spørsmål to hjelper til å bestemme hvilke målinger som skal gjennomføres for å kunne avgjøre om endringene faktisk fører til forventet forbedring. Spørsmål tre er de kliniske og/eller organisatoriske tiltakene som skal bidra til å skape en forbedring og sikre måloppnåelse. Disse skal i så stor grad som mulig være kunnskapsbaserte.

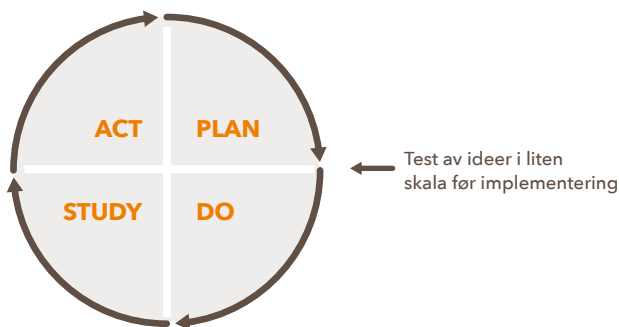
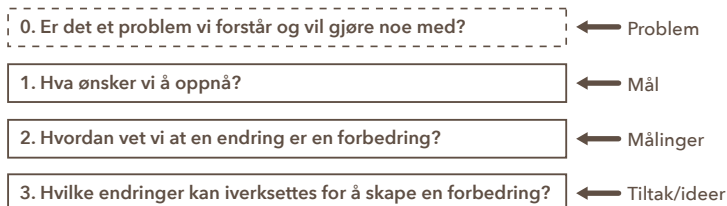
→ **EKSEMPEL**

En avdeling vurderte selv at den hadde for høy forekomst av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner sammenliknet med liknende avdelinger. Forbedringsteamet så på historiske data, dagens praksis og beste praksis på området. Teamet ble enig med leder og ansatte om mål, indikatorer og tiltak:

- **Mål:** 70 prosent reduksjon av urinveisrelaterte kateterinfeksjoner på post 5 innen utgangen av 2017.
- **Indikator:**
 - Løpende måling av forekomsten av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner.
 - Ukentlig data på hvor mange av pasientene med blærekateter som daglig har fått en revurdering av indikasjon for blærekateter (prosessindikator).
 - Forekomsten av overfylte blærer (balanserende indikator/ ulempeindikator).
- **Tiltak:** Forbedringsteamet identifiserte følgende tiltak som de mest effektive for å redusere kateterrelaterte urinveisinfeksjoner:
 - Innføring av ny, strengere rutine for hvem som skal ha blærekateter.
 - Innføring av ny rutine for blærescanning/tømming for pasienten som tidligere hadde blærekateter.
 - Daglig vurdering av indikasjon for blærekateter.



FORBEDRINGSMODELLEN



Forbedringsmodellen (Langley, Nolan og kollegaer 2009).
Oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet

Andre del: PDSA-sirkelen (Plan-Do-Study-Act)

Spørsmål 3 i modellens første del besvarer HVA som skal gjøres for å skape en forbedring. Forbedringsmodellens andre del handler om å finne ut HVORDAN dette kan gjennomføres i praksis.

Forbedringsmodellens andre del handler om å teste ut forbedringstiltakene i liten skala for å raskt finne ut hvordan de lar seg gjennomføre i praksis. Småskala-testing handler ikke om å vurdere om tiltakene virker, men få en forståelse av hvordan man kan gjennomføre tiltakene for alle relevante pasienter, enten det er på dagvakt, kveldsvakt, ukedag eller helg.

Formålet med å småskalatesting er å lære av erfaring hvordan tiltaket skal tilpasses den konteksten det skal bli en del av, deriblant

- når det skal gjøres
- hvem som skal gjøre det
- i sammenheng med hvilke andre rutiner det skal gjøres
- hvor det skal dokumenteres

Ved hjelp av småskalatesting finner man ut hvilke tiltak som gir forbedringer i praksis og kommer frem til de beste tiltakene tilpasset lokale forhold.

Småskalatesting inngår i Edward Demings teori «System of Profound Knowledge», og vi benytter PDSA-sirkel for å systematisk innhente kunnskap om hvordan forbedringstiltakene lar seg gjennomføre i praksis. PDSA står for Plan (planlegg), Do (utfør), Study (studer) og Act (handle).

Det er kun en PDSA-test dersom:

- **Det er formet en hypotese.** Det vil si en ide eller teori om hva som vil skje dersom du gjør noe: hvis A, så B
- **Plan:** Testen var planlagt, inkludert en plan for hvordan samle data (kvalitative og/eller kvantitative)
- **Do:** Planen ble utført, og data ble samlet inn
- **Study:** Data ble studert og analysert
- **Act:** Videre handling var basert på læring (S), og fører til enten
 - 1) flere tester av samme hypotese
 - 2) reformulering av hypotesen
 - 3) forkasting av hypotesen

Tiltakene testes først ut i svært liten skala; på én enkelt eller noen få pasienter eller brukere. Deretter gjennomføres testene i stadig større skala. Testing gjennomføres i flere omganger helt til det er en høy tiltro til at ideene fungerer i praksis. Nå er man klare til å implementere tiltakene. Les mer om implementering under «Gangen i et forbedringsarbeid».

Det er svært viktig å involvere teamet og de berørte av endringene i både utvikling og gjennomføring av testing.

Gjennom systematisk testing kan vi blant annet:

- Øke tiltroen til at en endring vil føre til forbedring.
- Samle informasjon om mulig effekt av tiltak eller endringsideer.

- Avgjøre om foreslåtte endringer fungerer i den lokale konteksten, eller om det forutsetter tilpasninger.
- Involvere de ansatte fra start og dermed redusere risiko for motstand når tiltaket skal implementeres.
- Evaluere ressursforbruk og avdekke eventuelle sideeffekter av forbedrings tiltaket.

→ EKSEMPEL

Et forbedringsteam som skulle redusere forekomsten av kateterrelaterte urinveisinfeksjoner, ønsket at legen daglig vurderte indikasjon for blærekateter under previsitt. Teamet informerte legene og sykepleierne om at de skulle gjøre dette på neste previsitt, men det ble bare vurdert for 2 av 14 pasienter. Årsaken til at det ble glemt var at det var så mye annet viktig å ta stilling til.

Forbedringsteamet ønsket at følgende skulle testes på neste previsitt (hvis A, så B):

- Hvis man inkluderer en kolonne som angir blærekateter på risikotavlen, og en kolonne hvor man angir dato/signatur for vurdering, så vil man daglig vurdere indikasjon for blærekateter for alle pasienter med blærekateter.

Dette ble gjort på previstt dagen etter. Ettersom risikotavlen ble benyttet under previsitt, ble indikasjon vurdert for 10 av 13 pasienter. Hypotesen var at denne måten å gjøre det på, skulle sikre at man fikk gjort vurderingen på 13 av 13 pasienter. Forbedringsteamets videre arbeid med testingen vil være å gå i dialog med legene og sykepleierne på previsitten og undersøke hvorfor de siste tre ikke ble vurdert. Informasjonen man får inn, brukes til å forbedre ideen/ teorien til neste test.



- Årsaken til at man kun fikk vurdert indikasjon for blærekateter for 10 av 13 pasienter kan for eksempel skyldes:
- Det var ikke oppgitt at de tre pasientene hadde blærekateter på risikotavlen.
 - Gårsdagens signaturer på risikotavlen var ikke tatt bort for disse tre pasientene, så det så ut som om det allerede var gjort en vurdering av indikasjon.
 - Legene mener det er unødvendig å gjøre en vurdering av indikasjon for disse tre pasientene ettersom de kom inn med et permanent blærekateter.

Hva forbedringsteamet velger å gjøre videre, er avhengig av den informasjonen de samler inn.

Oppsummert

I forbedringsarbeid gjennomfører man småskalatesting av alle tiltak, samt hvordan samle inn data, gjennomføre prosjektmøtene eller ha den løpende dialogen med leder og ansatte. Det er ikke utenkelig at man i et forbedringsarbeid gjennomfører flere hundre småskalatester.

Som en tommelfingerregel skal man først teste på en pasient. Når man finner en måte å gjennomføre tiltaket som virker på en pasient, går man videre til to, fem og 10 pasienter. Testing skal også skje under ulike typer forhold og av alle typer ansatte som skal gjennomføre tiltaket.

Statistisk prosesskontroll (SPC)

Hva er statistisk prosesskontroll?

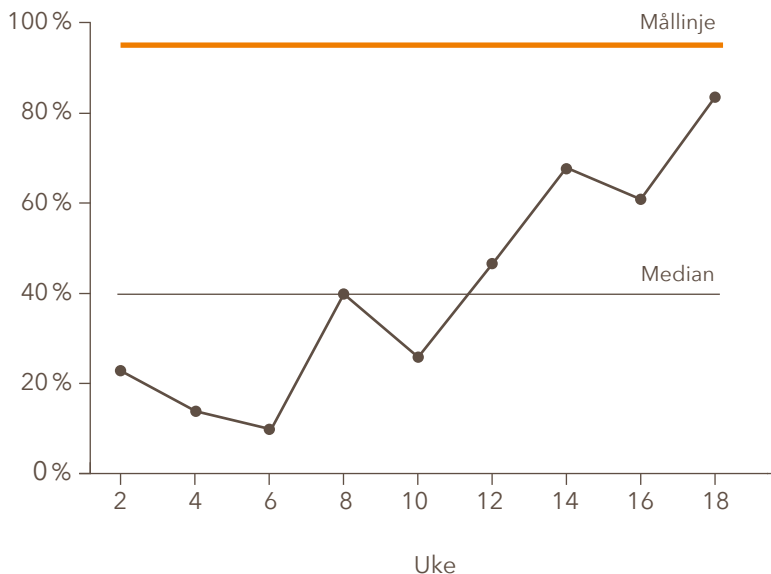
Statistisk prosesskontroll (SPC) er en egen gren innen statistikk, og egner seg godt til forbedringsarbeid fordi den gjør det mulig å trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. SPC brukes til å svare på spørsmål to i forbedringsmodellen: hvordan vet vi at en endring er en forbedring? Ved å fremstille måleresultatene i en tidsserie, kan vi studere variasjon i dataene våre over tid.

SPC er et verktøy som gjør at vi kan identifisere og analysere tilfeldig og ikke-tilfeldig variasjon i en prosess. Ved bruk av analysereglene som finnes i SPC, kan forbedringsteam eller leder få svar på om en prosess er tilfeldig eller ikke-tilfeldig, og om den er stabil eller ustabil.

Ved hjelp av analysen kan du:

- Få oversikt over status. Er prosessen stabil? Har vi et problem? Hvor stort er problemet?
- Identifisere utvikling og forbedring over tid. Fører endringene til ønsket forbedring? Gjør vi det vi sier vi skal gjøre?
- Dokumentere hva vi leverer. Vise brukere/pasienter, pårørende og andre hvordan våre tjenester er.

RUN-DIAGRAM



Eksempel på en tidsserie i form av et run-diagram

Variasjon

Tilfeldig variasjon er en iboende egenskap ved en prosess.

For eksempel:

- Kropstemperaturen varierer normalt mellom 36,5 og 37,5 grader gjennom døgnet.
- Ventetiden ved en legevakt varierer mellom 0 og 90 minutter avhengig av pågang.

Ikke-tilfeldig variasjon kommer som resultat av spesielle eller særlige årsaker som ikke er iboende i prosessen. Ikke-tilfeldig variasjon kan være både ønsket og uønsket. For eksempel:

- Ønsket ikke-tilfeldig variasjon som følge av igangsatt forbedring: Reduksjon i antall trykksår.

- Uønsket ikke-tilfeldig variasjon som følge av utstyrsmangel (u)vaner/ kultur, manglende standardisering eller manglende evne til å takle akutte tilfeller på en god måte.

Hvordan gjør vi det?

- Definer og utarbeid en indikator relevant for det forbedringsarbeidet som skal gjennomføres (se mal for utvikling av indikator).
- Utarbeid en måleplan (se mal for måleplan).
- Samle inn data og fremstill disse i form av en tidsserie, f.eks. et run-diagram.
- Bruk SPC analyseregler til å identifisere tilfeldig og ikke-tilfeldig variasjon. I forbedringsarbeid brukes SPC særlig til å avgjøre om man observerer en reell endring eller ikke.

Analyseregler:

Det er utviklet flere tester som kan benyttes for å avgjøre om man observerer en reell endring eller ikke. Det er også ulike versjoner av tester. I Extranet, en elektronisk løsning tilgjengelig på www.pasientsikkerhetsprogrammet.no er det en innebygget funksjon for å gjennomføre testene automatisk.

Her brukes følgende regler til å identifisere ikke-tilfeldig variasjon:

- **For mange eller for få «runs»**
Sammenlikn det totale antall datapunkter som ikke er på medianen med en tabell som inneholder de nedre og øvre grenser for antall runs. Et run defineres som et eller flere etterfølgende datapunkter på samme side av medianen.
- **Nivåskifte**
6 eller flere etterfølgende datapunkter på samme side av medianen.
- **Trend i dataene**
5 eller flere etterfølgende punkter som stadig øker eller synker.
- **Sporadiske avvik/ astronomisk punkt**
Punkt som er åpenbart mye høyere eller lavere enn alle de andre punktene i diagrammet.

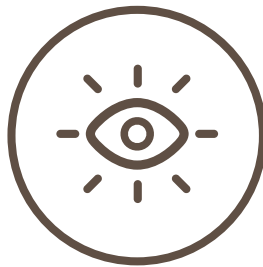
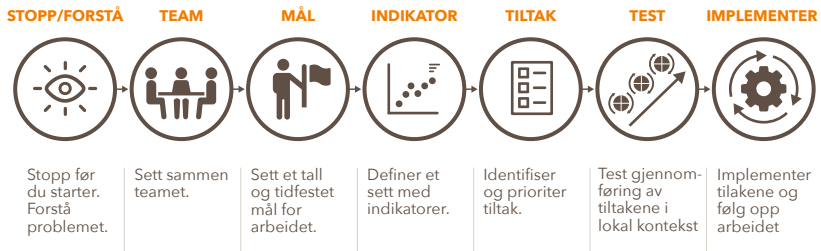
Gangen i et forbedringsarbeid

Forbedringsarbeid går ofte gjennom en rekke faser. Faseinndelingen skissert under baserer seg på erfaringer fra norsk og internasjonalt forbedringsarbeid. Inndelingen kan brukes ved både små og store forbedringsprosjekter. Det å strukturere arbeidet på denne måten vil kunne hjelpe deg til å jobbe mer systematisk. Det finnes andre modeller og fremstillinger av et forbedringsarbeid. Disse modellene er noe ulike, men prinsippene er de samme.

Forbedringsarbeid er ikke en lineær prosess, og du vil kunne oppleve å bevege deg frem og tilbake mellom de ulike fasene. Noen ganger vil du kanskje også oppleve å jobbe i en annen rekkefølge enn beskrevet eller at det er overlapp mellom fasene.

Fasene i et forbedringsarbeid

- Stopp før du starter - forstå problemet
- Sett sammen teamet
- Sett et tall- og tidfestet mål for arbeidet
- Definer et sett med indikatorer
- Identifiser og prioriter tiltak
- Test gjennomføringen av tiltakene i lokal kontekst
- Implementer tiltakene
- Følg opp arbeidet over tid



STOPP/FORSTÅ

Stopp før du starter
- forstå problemet

Stopp før du starter

Før du går i gang er det viktig å forstå hva du forsøker å forbedre. Her finner du noen spørsmål som kan brukes for å kartlegge problemet:

- Hvorfor er det et problem for pasienten, brukeren og/eller pårørende? For de ansatte? For leder og for virksomheten?
- Hvordan vet du at det er et problem? Hva er status i dag? Har du data eller annen informasjon fra for eksempel pasientene som understøtter problemet?

- Hva ønsker man å oppnå med forbedringsarbeidet? Hva er gevinsten for pasienten, brukeren, pårørende, ansatte, leder og virksomheten forøvrig?
- Når oppstår problemet, og for hvem? Kan du beskrive prosessen eller systemet hvor utfordringen ligger? Vet du om denne prosessen er preget av tilfeldig eller ikke-tilfeldig variasjon?
- Hvordan passer det planlagte arbeidet inn i virksomhetens strategier og prioriteringer innenfor kvalitet- og pasientsikkerhetsarbeid? Hvorfor er dette temaet viktig akkurat nå?
- Ser du noen potensielle barrierer og/eller suksesskriterier relevant for forbedringsarbeidet?
- Hvem blir berørt av dette arbeidet og hvordan skal du kommunisere med dem?

For å få hjelp til å besvare disse spørsmålene, er det nyttig å samarbeide med en veileder som har erfaring med praktisk forbedringsarbeid. Erfaring viser at dette er et viktig suksesskriterium for å oppnå ønskede forbedringer.

→ EKSEMPEL

En sengepost har dobbelt så mange kateterrelaterte urinveisinfeksjoner som tilsvarende enhet på et annet, liknende sykehus. Dette medfører ubehag, sykdom og forlenget sykehusopphold for pasientene, og de ansatte og ledelsen ser at de har forbedringspotensial. Sykehuset har et uttalt mål om å redusere sykehusinfeksjoner til under 2 prosent innen to år.

Sjekkpunkter før du går videre til neste fase:

- Er problemet av en viss størrelse for pasienter, brukere, pårørende og/eller helsepersonell?
- Forbedringsarbeidet er forankret i virksomhetsplaner og -strategier.
- Har du planlagt hvordan du skal kommunisere til de som blir berørt av dette arbeidet?
- Formål med forbedringsarbeidet og tids- og ressursbruk er avtalt med nærmeste og ansvarlige leder.
- Min nærmeste leder vil etterspørre resultater, fjerne hindringer, frigjøre tid og sikre at det etableres et forbedringsteam.



TEAM

Sett sammen teamet

Sett sammen et team

Forbedringsteamet består av de som skal drive forbedringsarbeidet fremover. Teamet kan endres og justeres underveis, men består ofte av 5-7 personer og bør:

- **Være tverrfaglig og representativt:** Alle som er involvert i prosessen som skal forbedres bør være representert i teamet eller inkludert på en annen måte. Dette kan for eksempel være medarbeidere, pasienter/brukere og pårørende.
- **Ha tydelig fordelte roller:** Teamleder, kompetanse i forbedringsarbeid, kompetanse i det kliniske området som skal forbedres, leder med myndighet og måleansvarlig.
- **Være enige om formålet:** Kjennetegnes av å dra mot et felles mål, ha gjensidig respekt for hverandres kompetanse, god ledelse, deltagelse fra alle og lik påvirkningsmulighet.
- **Ha tid til å møtes:** Teamet må ha mulighet til å møtes regelmessig og ha etablert noen felles spilleregler for internt samarbeid. Det inkludere tid til dialog med eier av prosjektet og berørte personalgrupper.
- **Knytte til seg lokal veileder:** Teamet bør knytte til seg en lokal veileder/coach. Personen må ha kompetanse og erfaring fra å veilede forbedringsarbeid.

→ **EKSEMPEL**

For å kunne arbeide godt og effektivt med å redusere kateterrelaterte urinveisinfeksjoner, har sengeposten satt ned et forbedringsteam bestående av overlege (leder), fagsykepleier (måleansvarlig), sykepleier ved sengeposten, hjelpepleier og smittevernrådgiver. I tillegg har teamet knyttet til seg en fra kvalitetsavdelingen som kan forbedringsmetodikk, en som kan veilede teamet og to pasienter som har vært inneliggende i avdelingen det siste kvartalet.



MÅL

Sett et tall- og tidfestet mål
for arbeidet

Sett et mål

Du må vite hva du skal oppnå med forbedringsarbeidet. Derfor må det settes et klart og tydelig mål. Dette tilsvarer første spørsmål i Forbedringsmodellen: «Hva ønsker vi å oppnå?». Målet skal beskrive hvor stor forbedring man skal oppnå lokalt, innen når og for hvem.

Et godt mål er en viktig motiverende faktor, og bør derfor være utfordrende, inspirerende og samtidig realistisk. Det er viktig at målet for arbeidet er

avklart med ledelse og forankret hos forbedringsteam og helsepersonell som berøres av endringene.

Å definere et mål er vanskelig og det er en øvelse hvor forbedringsteamet, lederen og de ansatte som berøres av endringene bør involveres. Et godt mål kjennetegnes av at det er:

- **Spesifikt:** Målet må være tydelig, og det er derfor viktig at det fremgår hvor og hvem målet er relatert til (ofte pasientgruppe).
- **Målbart:** Målet må være formulert slik at det kan måles i tid, antall, andel eller andre enheter.
- **Attraktiv:** Målet må være så attraktivt at de ansatte virkelig er villige til å bidra til at det oppnås.
- **Realistisk:** Målet bør være realistisk slik at de ansatte tror at de kan oppnå det.
- **Tidsbestemt:** Det må være definert på hvilket bestemt tidspunkt målet og eventuelle tilhørende delmål skal oppnås.

→ EKSEMPEL

Forbedringsteamet så på historiske data og gikk i dialog med leder og ansatte om målet for arbeidet. Det ble enighet om et av følgende mål for sengeposten:

- Mer enn 60 dager mellom hver urinveisinfeksjon på post 5 innen utgangen av 2018.

For at dette skulle være enklere å forholde seg til i det daglige, ble det beregnet til å være cirka en urinveisinfeksjon annenhver måned.



INDIKATOR

Definer et sett med indikatorer

Definer indikatorer

Løpende målinger fremstilt i tidsserier er særlig viktig i forbedringsarbeid. Disse tidsseriene kan analyseres ved bruk av statistisk prosesskontroll (SPC). Å følge resultatet og etterlevelsen av arbeidsprosesser ved bruk av tidsserier gir mulighet for å følge egen utvikling over tid, og avgjøre om en endring fører til en forbedring. Denne fasen tilsvarer spørsmål to i Forbedringsmodellen: «Hvordan vite om en endring er en forbedring?».

Under planlegging av et forbedringsarbeid skal det defineres et sett med indikatorer bestående av resultatindikatorer, prosessindikatorer og balanserende indikatorer ved behov.

- En resultatindikator beskriver resultatet for pasientene, og fremstilles for eksempel som antall eller dager mellom hvert tilfelle.
- En prosessindikator beskriver ofte i hvilken grad man gjennomfører tiltak, og fremstilles for eksempel som andel (prosent).
- En balanserende indikator eller en ulempeindikator beskriver et mulig utilsiktet/uønsket utfall av innføringen av et forbedringstiltak.

Indikatorene skal gi oss en pekepinn på hvor vi er, om vi er på vei mot målet vi har satt oss, om vi gjør det vi sier vi skal gjøre, og i hvilken grad forbedringsarbeidet får uønskede konsekvenser. Det er viktig at det settes

et mål for hva vi ønsker å oppnå på både på resultat- og prosessindikatoren. Les mer om å sette tall- og tidfestede mål i det foregående kapitlet.

Arbeidet med å definere gode indikatorer og finne gode metoder for innsamling av data er utfordrende. Det anbefales at dette gjøres sammen med noen som har erfaring med forbedringsarbeid. Se sjekklister for utvikling av indikatorer på side 70.

→ **EKSEMPEL**

Forbedringsteamet utviklet i samarbeid med sin veileder følgende indikatorer:

- **Resultatindikator:** Antall dager mellom hver kateterrelaterte urinveisinfeksjon.
- **Prosessindikator:** Andel pasienter med blærekateter som daglig har fått en revurdering av indikasjon for blærekateter.
- **Balanserende indikator/ulempeindikator:** Antall dager mellom hver gang en pasient har overfylt blære.



TILTAK

Identifiser og prioriter tiltak

Identifiser og prioriter tiltak

Ikke alle endringer fører til forbedringer, men alle forbedringer krever endring. Forbedringsarbeid handler om å finne måter vi kan gjøre ting annerledes for å oppnå en forbedring. Denne fasen svarer til spørsmål tre i Forbedringsmodellen: «Hvilke tiltak kan innføres for å oppnå ønskede forbedringer».

I denne fasen skal teamet, sammen med relevante medarbeidere, identifisere og utvikle et sett med ideer til endring: det vil si tiltak. Her gjelder det å være kreativ og åpne opp for så mange ideer som mulig. Deretter prioriteres tre til fem tiltak som forbedringsteamet forventer har størst effekt og som kan føre til at målet nås.

→ **EKSEMPEL**

Forbedringsteamet identifiserte følgende tiltak som de mest effektive for å redusere kateterrelaterte urinveisinfeksjoner:

- Innføring av rutine med tydeligere indikasjon for hvem som skal ha blærekateter.
- Innføring av ny rutine for blærescanning/tømming for pasienten som tidligere hadde blærekateter.
- Daglig vurdering av indikasjon for blærekateter.

Sjekkpunkter før du går videre til neste fase:

- Det er definert et tydelig og målbart mål for arbeidet.
- Det er enighet om teorien om hvilke endringer som skal til og utviklet et utkast til driverdiagram.
- Det er definert et sett med indikatorer som kan følges i tidsserier.



TEST

Test gjennomføring av tiltakene i lokal kontekst

Test tiltakene i lokal kontekst

Denne fasen hjelper forbedringsteamet å forstå hvordan forslagene til endringer (spørsmål 3) kan gjennomføres i praksis. Det handler om utprøving av endringene i liten skala før de gradvis testes ut i større skala. Dette tilsvarer del to av Forbedringsmodellen (Test av ideer i liten skala før implementering). Hvor raskt man lykkes med forbedringsarbeidet, handler ofte om hvor raskt man kommer i gang med testingen.

Småskala-testing handler om å systematisk gjennomføre en rekke PDSA-tester.

Tiltakene skal først testes ut i svært liten skala, på én enkelt eller noen få pasienter eller brukere (f.eks. neste pasient som kommer til poliklinisk konsultasjon skal få et utkast til et informasjonsskriv). Erfaringen fra testen diskuteres og tiltakene justeres ved behov før nye tester gjennomføres. Det er svært viktig å involvere teamet og de som vil bli berørt av endringene i utvikling og gjennomføring av testing. Ved hjelp av småskalatesting finner man hvilke tiltak som gir forbedringer i praksis og den beste mulige løsningen for gjennomføring av tiltakene tilpasset lokale forhold.

Det er kun en test dersom:

- Det er formet en hypotese. Det vil si en teori om hva som vil skje dersom du gjør noe. Formulert som «hvis A, så B».
- Den var planlagt (P), inkludert en plan for hvordan samle data.
- Planen ble utført (D), og data ble samlet inn.
- Data ble analysert (S).
- Videre handling (A) er definert basert på den læring som er gjort (S). Enten ved at man 1) gjør flere tester av samme hypotese, 2) reformulerer hypotesen eller 3) forkaster hypotesen.

Gjennom systematisk testing kan vi blant annet:

- Avgjøre om foreslåtte endringer fungerer i den lokale konteksten, evt. om det forutsetter tilpasninger.
- Øke tiltroen til at en endring vil føre til forbedring til det beste for pasienten.
- Samle nyttig informasjon om mulig effekt av tiltak/endringsideer.
- Evaluere ressursforbruket og avdekke eventuelle «bivirkninger» av forbedringstiltaket.
- Involvere de ansatte fra start og slik bidra til å redusere risiko for motstand når det skal implementeres.

→ EKSEMPEL

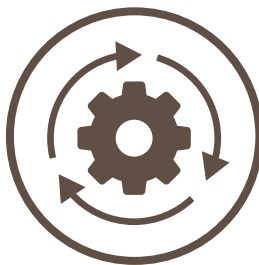
Forbedringsteamet ønsket at daglig vurdering av indikasjon for blærekateter skulle skje under previsitt, og informerte legene og sykepleierne om at de skulle gjøre dette på neste previsitt. Dette ble så vurdert for 2 av 14 pasienter, og årsaken var at dette ble glemt fordi det var så mye annet man skulle ta stilling til. Forbedringsteamet ønsket da at man skulle teste (hvis A, så B):

Hvis man inkluderer en kolonne som angir blærekateter på risikotavlen, og en kolonne hvor man angir dato/signatur for vurdering, så vil man daglig vurdere indikasjon for blærekateter.

Dette ble gjort på previstt dagen etter, og ettersom risikotavlen ble benyttet under previsitt, så ble også indikasjon vurdert denne gang for 13 av 13 pasienter.

Sjekkpunkter før du går videre til neste fase

- Alle endringer/tiltak er testet ut i flere sykluser, i stadig større kontekst, gjennom flere tester og i ulike settinger.
 - Vi har oppnådd resultater på det nivå som tilsvarer målet som ble satt, og disse resultatet har ligget stabilt over en periode. Hvor lang denne perioden skal være avhenger av prosjekt. En tommelfingerregel er at perioden inkluderer perioder hvor man mistenker sesongvariasjon.
 - Det er støtte og tro hos både ledelsen og de ansatte om at dette er endringer som kan gjennomføres og er til beste for pasienten og bruker.
-



IMPLEMENTER

Implementer tiltakene

Implementer tiltakene

Når småskalatesting har ført til ønsket forbedring, og man har funnet en robust måte å gjennomføre tiltakene på, er man klar for å sikre at tiltakene implementeres. Med implementering menes her å gjøre tiltakene til en integrert og fast del av virksomheten – «slik gjør vi det her hos oss». Implementeringsfasen skiller seg fra testfasen på flere områder, blant annet ved at:

- Flere personer vil bli involvert utover det opprinnelige teamet, og bevisstheten om og reaksjonen på endringer derfor kan bli større.
- Behovet for tilrettelegging og støtte er større når endringene skal gjøres permanent (til en fast og integrert del av arbeidet).
- Implementeringsfasen ofte tar lengre tid enn testfasen.
- Det er mye mindre rom for feil i implementeringsfasen fordi konsekvensene er større (gjennomføring av tiltaket er mer kompleks, og tiltaket berører og involverer flere).

Hvordan implementere?

Proessen for implementering og hva som kreves avhenger av faktorer som virksomhetens størrelse og hvor komplekse endringene er. Noen endringer er små og ukompliserte. Disse kan i større grad innføres hos alle samtidig.

Andre krever en mer strukturert og gradvis tilnærming, enten ved å fase inn endringene parallelt med at eksisterende praksis opprettholdes, eller gjennom en trinnvis tilnærming der man planlegger hvem, hvor og til hvilken tid. I denne fasen vil også utprøving gjennom større PDSA-sykluser være aktuelt.

Vellykket implementering krever tilpasninger eller endringer i noen av virksomhetens støtteprosesser, deriblant etablering eller tilpasning av et eksisterende målesystem, etablere eller utvikle et system for dokumentasjon, endringer i skriftlige prosedyrer og rutiner, opplæring av ansatte for å sikre at ny praksis skjer også i fremtiden, med mer.

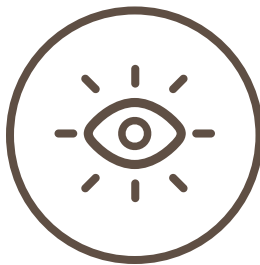
Implementering krever støtte fra ledelse og andre støttefunksjoner. Det krever også at man er oppmerksom på, forstår og kan håndtere de menneskelige sidene ved gjennomføring av endringer i praksis.

Når du planlegger implementeringen, bør du tenke gjennom følgende:

- Har vi en plan for hvem, hvor mange og hvilke deler av enheten som vil bli involvert, inkludert fordeling av ansvar?
- Hva må vi ha på plass for at en endring skal vare? (f.eks. standardisering, målesystemer, tilstrekkelig ressurser på riktig sted, plan for opplæring av nye og gamle ansatte).
- Har vi en plan for hvordan vi skal følge opp og sikre at endringene varer? (f.eks. et etablert måle- og feedback system, fast plan for gjennomgang/audit).

→ **EKSEMPEL**

Forbedringsteamet har ved hjelp av mange småskala-tester funnet ut hvordan de på en best mulig måte får gjennomført de tre tiltakene. Arbeidet har gitt gode resultater. Nå legges det en plan for blant annet opplæring av alle ansatte (og fremtidige nyansatte) om de nye rutineene, innkjøp av flere blærescannere og oppdatering av aktuelle skriftlige rutiner. De fortsetter hele tiden å måle og følge med på indikatorene sine for å sikre at de gode resultatene vedvarer.



OPPFØLGING

Følg opp arbeidet over tid

Følg opp arbeidet

Det er nødvendig å få på plass et system for å overvåke at ny praksis fortsetter å fungerer optimalt. Dette kan blant annet gjøres ved å fortsette å måle ukentlig eller ved å ta kvartalsvise stikkprøver. Det må være en løpende dialog mellom leder og pasienter, brukere, pårørende og medarbeidere om disse resultatene der formålet er læring. Denne dialogen må planlegges og etterspørres.

Det er et lederansvar å sørge for at dette gjøres og at resultatene brukes i videre forbedringsarbeid. Andre tiltak for å kontrollere at kvaliteten på tjenestene vedvarer er blant annet systematisk avvikshåndtering og intern revisjon.

Det skjer mange gode forbedringsprosjekter i helse- og omsorgstjenesten, men de fleste forblir ukjente i øvrige avdelinger og andre organisasjoner. Å dele erfaringene fra forbedringsarbeidet slik at det kan spres til andre organisasjoner er derfor en viktig oppgave. Dette kan gjøres via lokale og nasjonale nettverk, eller gjennom å tilrettelegge for felles læring ved at prosjekter blir gjort kjent gjennom blant annet artikler, postere og foredrag.

Når den forbedrede praksis er innarbeidet, er det tid for å velge et nytt forbedringsområde. På denne måten innføres kontinuerlig forbedring som den måten virksomheten utvikles og ledes på.

Forankring og rollefordeling

Leder av forbedringsarbeidet

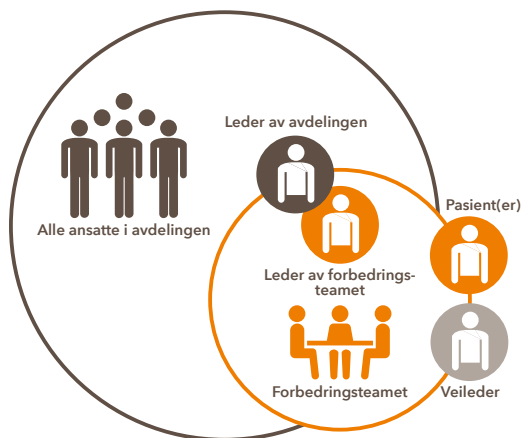
Som leder av forbedringsteamet har du et særlig ansvar for forbedringsprosessen, for å følge opp at innførte endringer ønsket effekten, og at medlemmene i teamet opplever tydelighet i forhold til ansvar, roller og fremdrift.

Leder av forbedringsteamet kan ha som ansvar å:

- Etablere forbedringsteamet og fordele roller sammen med nærmeste leder.
- Ta initiativ til møter som har en tydelig agenda og oppfølgingspunkter (minst ukentlig).
- Forberede og ta et ansvar for fremdrift i møter.
- Samarbeide med forbedringsteamet om å skape forbedringer.
- Ha tett dialog med ledere om fremdrift.
- Ha dialog med ansatte om resultater, for eksempel i tavlemøter.

Leder av avdelingen/eier av prosessen

For å lykkes med forbedringsarbeidet er det helt avgjørende at nærmeste leder er involvert og kjenner til behovet for endring på området som skal forbedres. Lederen må inkluderes i etablering av en konkret målsetting og vurdere dette opp mot enhetens kjente utfordringer og muligheter. Lederen har et spesielt ansvar for å legge til rette for arbeidet og gjøre det mulig for forbedringsteamet å gjennomføre forbedringer i praksis.



Interessenter

Forbedringsarbeid krever høy grad av involvering av de som er ansvarlig eller påvirkes av området som skal endres. Dette er viktige interessenter som spesielt må involveres i forbedringsteamet.

Forbedringsteamet

Som leder av forbedringsteamet bør du sammen med din leder etablere et tverrfaglig team av medarbeidere som er involvert i den prosessen som skal forbedres. Det er også verdifullt å inkludere pasienter/brukere og pårørende som teammedlemmer, og utnevne et medlem som måleansvarlig. Det bør lages spilleregler for teamet, og roller og ansvar i teamet bør avklares tidlig. Teamet bør møtes hyppig og regelmessig, gjerne ukentlig for kortere statusmøter og lengre arbeidsmøter.

Andre kolleger

Selv om man inkluderer mange av de som berøres av endringene i forbedringsteamet, må man finne måter å ha dialog med de øvrige kollegene om de endringene som vurderes og de som skal innføres. Å involvere andre kolleger i arbeidet med målformulering, prosesskartlegging, idegenerering og prioritering av identifiserte tiltak er svært ofte helt nødvendig for å lykkes med implementering.

Pasientene/pårørende

Pasienter og pårørende sitter ofte med ideer og perspektiver som er annerledes enn de helsepersonell har. Denne innsikten kan innhentes ved hjelp av intervju, testing av tiltakene og ved å inkludere pasienter og pårørende i forbedringsteamet. Ofte vil en kombinasjon være nødvendig for å innhente tilstrekkelig innsikt.

Veileder

Et forbedringsteam bør knytte til seg en veileder som har erfaring med kliniske forbedringsarbeid. Særlig dersom denne kompetansen ikke finnes i teamet. Veilederen vil kunne støtte både lederen av teamet og selvet teamet med de utfordringer som ofte oppstår underveis i et forbedringsarbeid.

Reaksjoner på endringer







Forskning viser at de fleste av oss er grunnleggende positive til endring, men at vi ikke liker å bli endret på. Vi har behov for å forstå hva endringen innebærer, hvorfor den er nødvendig, hva den vil kreve av oss – og hvilke fordeler den kan gi oss.

Endring skaper reaksjoner. Selv om vi mennesker er ulike, er det noen reaksjonsfaser de fleste går gjennom:

- Fornektelse - forsvinner kravet om endring hvis jeg ignorerer det?
- Motstand - ønsker ikke fordi jeg ikke forstår, ikke vil eller ikke stoler på deg.
- Utforskning - hva betyr dette for meg, hvilke muligheter finnes?
- Nytt eierskap - dette vil jeg!

Alle mennesker beveger seg igjennom de fire fasene, men med forskjellig hastighet. Hver fase er nødvendig for å komme videre og har et positivt bidrag til endringen. Som leder er det din jobb å hjelpe dine medarbeidere gjennom de ulike fasene. Det er viktig å huske at du også skal gjennom de fire fasene, og har lov til å ha egne reaksjoner på endringsprosessen.

Til høyre finner du en modell av Rick Maurer som kan hjelpe deg å forstå de ulike former for endringsreaksjoner, og praktiske råd om hvordan du kan forstå og arbeide med ulike endringsreaksjoner.

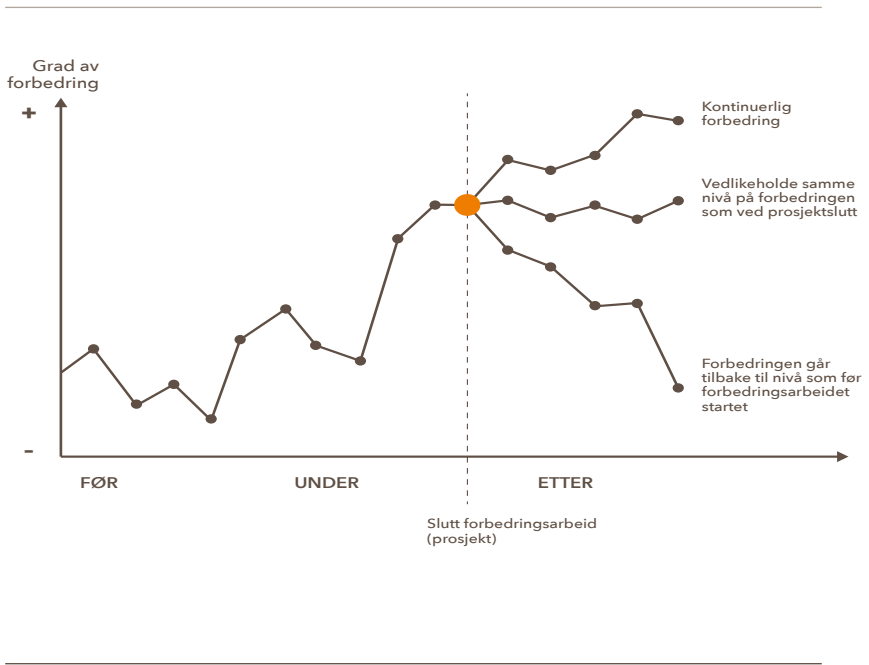
	KOGNITIVT	EMOSJONELT	RELASJONELT
Type			
Reaksjon			
Hva skal du gjøre?	<ul style="list-style-type: none"> • Vær rasjonell • Sørg for tilgang til informasjon • Begrunn årsakene med fakta • Involver i planlegging og analyse • Klargjør hensikt - ha svar på hvorfor 	<ul style="list-style-type: none"> • La folk få utløp for følelser • Sørg for å dialog om trusler, tap, frykt og stress • Vis oppriktig interesse for den frykten som uttrykkes • Vis empati • Følg opp regelmessig 	<ul style="list-style-type: none"> • Hva handler dette egentlig om? • Reforhandle gamle mellommenneskelige historier • Avdekke evt. misforståelser (adferd vs. intensjon)

Three levels of resistance (Rick Maurer 2009).
Oversatt og tilpasset av Pasientsikkerhetsprogrammet

Suksesskriterier

Forskning og erfaringer viser at forbedringsprosjekter som skaper signifikante forbedringer kjennetegnes ved at de:

- Har mål om å forbedre klinisk praksis og pasientopplevelse.
- Har mål som er i tråd med virksomhetens mål og strategi.
- Har etablert et tverrfaglig forbedringsteam med tydelige roller og ansvar som møtes hyppig.
- Har tydelig involvert relevante interessenter i vurderingen av problemet og identifisering av tiltak.
- Har resultatindikatorer som er direkte relatert til forbedringsarbeidets mål.
- Har ledere som etterspør fremdrift og resultater.
- Har etablert arenaer for refleksjon og læring av dataene som samles inn.
- Ser på og analyserer data jevnlig og hyppig.





18 verktøy til forbedrings- arbeid



Verktøy 1: 5 x hvorfor

HVA?

Dette er et svært enkelt verktøy for å avdekke de grunnleggende årsaken(e) til et problem.

Det er ofte slik at den første åpenbare årsaken til problemet ikke er selve roten til problemet. Metoden bygger derfor på at man ved å spørre «hvorfor» 5 ganger kan finne den reelle årsaken til problemet, derav navnet «5 x hvorfor».

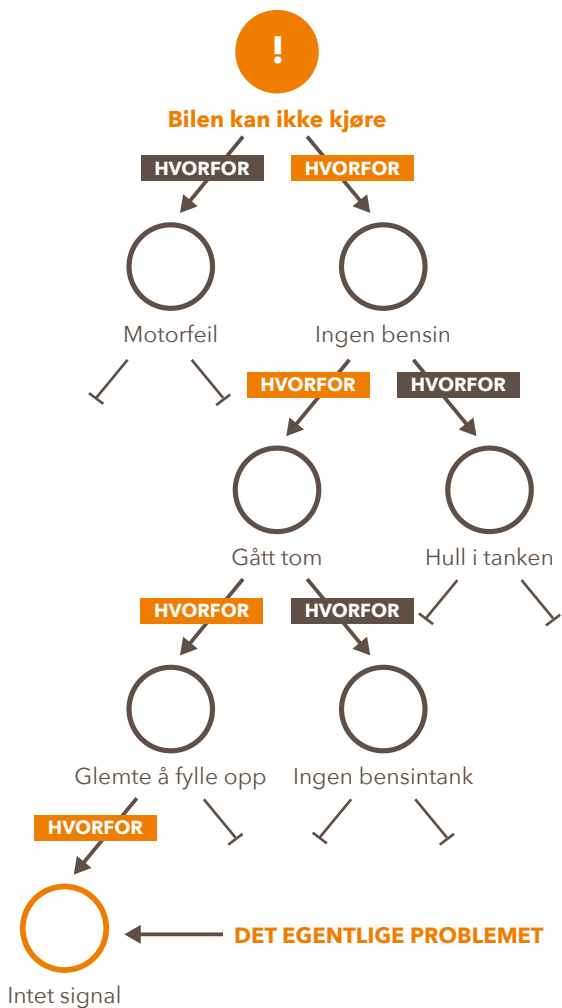
HVORFOR?

Hvis ikke problemets reelle årsak identifiseres fra starten, vil tiltak som innføres sjelden ha ønsket effekt.

Metoden kan brukes av alle, også av de som ikke har særlig kjennskap til det enkelte problem.

HVORDAN?

Når et problem er identifisert, bør det vurderes hvorfor problemet er oppstått. Når det åpenbare svaret er funnet, vurderer man videre hva som var årsaken til denne hendelsen. Denne spørrende metoden gjentas inntil den egentlige årsaken til problemet er funnet.



Det kan være nyttig å avklare det første nivå gjennom en paretoanalyse.

Verktøy 2: Fiskebensdiagram

HVA?

Fiskebensdiagram er et verktøy som kan brukes til å kartlegge mulige sammenhenger mellom årsak og virkning på sammensatte problemer. Det er et godt hjelpemiddel som strukturerer årsakene i kategorier og gjør det enklere å se helheten rundt et problem man ønsker å gjøre noe med.

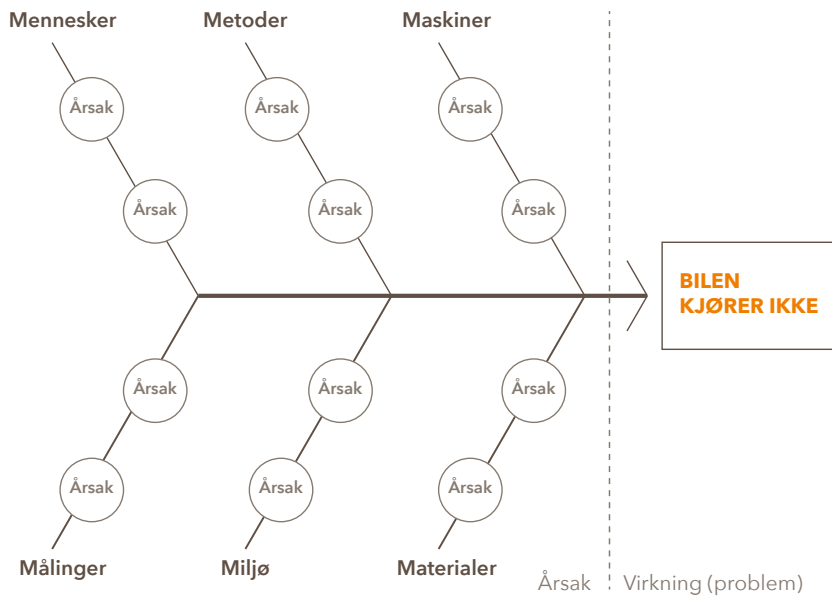
HVORFOR?

Fiskebensdiagrammet egner seg i tidlige eller evaluerende faser for å vise sammenheng mellom mulige årsaker og virkninger.

Det kan være nyttig å separere ulike årsaksfaktorer for å analysere hvilken individuell og samlende virkning de kan ha på problemet.

HVORDAN?

- Sett problemet i «problemboksen». Gjerne i spørsmålsform, slik at det er lett å svare ut.
- Definer hvilke kategorier man bør plassere på hver gren langs «ryggmargen». Dette kan for eksempel være mennesker, metode, utstyr, prosedyrer, osv.
- Når du har merket grenene i kategorier, kan idemyldringen starte for å finne årsaker til problemet.
- Når du er ferdig, bør du ha en ganske god oversikt over hva som er årsakene til problemet man ønsker å analysere.



TIPS

- Du kan kategorisere grenene i ulike kategorier, gjerne i funksjoner som er involvert i et problem, eller mer generelle kategorier som metode, måling, prosedyre, miljø eller lignende.
- For hver identifiserte årsak, fortsett å spørre «Hvorfor skjer det?» og «Hvorfor kan dette være en medvirkende årsak?».

Verktøy 3: Paretoanalyse

HVA?

Paretoanalyse er et årsaksanalyseverktøy som prioriterer ulike undergrupper av problemet. Verktøyet hjelper oss til å skille «de vitale få» årsakene til problemene fra «de trivielle mange».

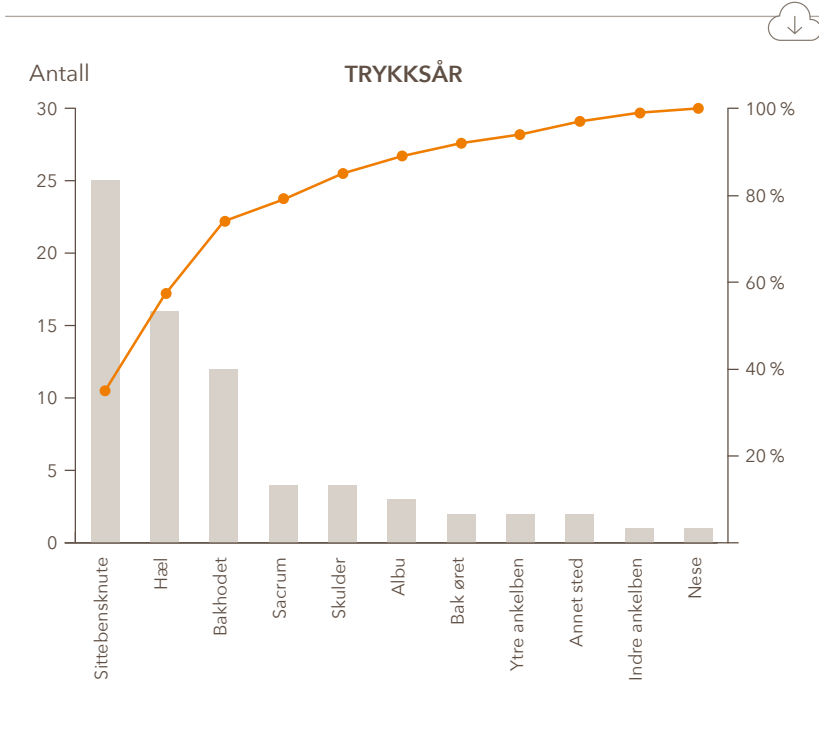
HVORFOR?

Verktøyet brukes ved mistanke at et eller flere problemer eller underkategorier av problemer er dominerende i forhold til det totale antall problemer.

HVORDAN?

- Foreta en datainnsamling.
- List problemene/årsakene fra høyest til lavest forekomst.
- Fremstill de ulike problemene/årsakene på x-aksen og forekomsten på y-aksen.
- Legg til en graf som viser antall problemer sammenlagt.
- Analyser diagrammet og finn ut hvilke faktorer/kategorier/årsaker som skal rettes på først. Husk at noen ganger skal en faktor på grunn av stor betydning håndteres raskt selv om den forekommer sjelden.

Dersom et eller flere problem/årsaker er dominerende, vil grafen stige raskt i starten for deretter å flate ut.



TIPS

- Det kan være en god ide å gruppere liknede årsaker sammen før man setter opp diagrammet.
- Det ligger en mal for paretoanalyse (Excel-skjema) tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammet.no.

Verktøy 4: Flytskjema - Prosesskartlegging

HVA?

Et flytskjema er en visuell fremstilling av en prosess fra start til slutt. Her defineres alle beslutningspunkter som må gjennomføres for at prosessen skal gå som planlagt.

HVORFOR?

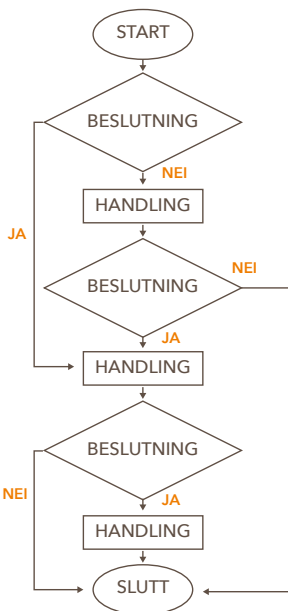
Et flytskjema bidrar til å skape en felles forståelse av hvordan den aktuelle prosessen ser ut i dag, og hvordan den kan forbedres. Ved å kartlegge dagens praksis, identifiseres utfordringer eller forbedringspunkter i den prosessen som skal forbedres. Flytskjema brukes også til å planlegge helt nye prosesser.

Flytskjema bør utvikles i samarbeid med representanter fra de gruppene som er involvert i og blir berørt av prosessen, herunder pasienter, brukere, pårørende og helsepersonell.

HVORDAN?

Følgende steg er anbefalt:

- Bli enig om hvilken type prosess dere ønsker å illustrere og på hvilket detaljnivå. For eksempel å få bedre overblikk, forstå hvordan ting gjøres nå eller definere en ny, ønsket prosess.
- Begynn med å bestemme start- og sluttpunkt.
- Identifiser og beskriv alle relevante trinnene i prosessen og viktige beslutningspunkter som kommer underveis.



- Beskriv og illustrer rekkefølgen på de ulike stegene.
- Diskuter utkastet. Er det uklarheter i prosessen? Er alle gruppene involvert?
- Vurder om det er ulike steg i prosessen som bør endres eller forbedres.
- Test flytskjema. Fungerer det som det skal?
- Heng gjerne opp skjemaet i arbeidsmiljøet, slik at andre kan kommentere på oppsettet.

TIPS

- Å lage et flytskjema kan enkelt gjøres med penn og papir. Bruk gjerne gråpapir på en vegg for å skape en mer involverende arbeidsprosess i forbedringsteamet.
- Det finnes en rekke standardiserte symboler som kan brukes i et flytskjema. Disse symbolene er nyttige for å beskrive ulike aspekter i prosessen.

Verktøy 5: I dag - i morgen

HVA?

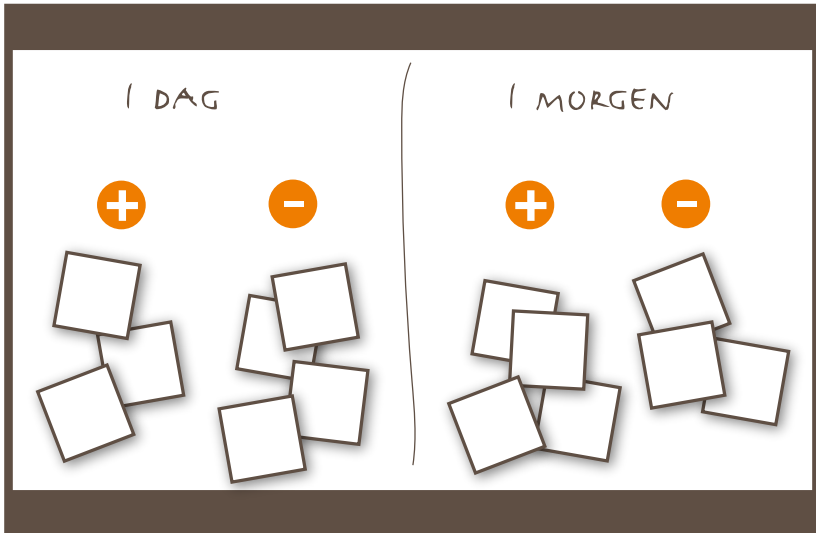
Denne modellen tvinger deg til å ta stilling til hva som er bra og mindre bra med dagens arbeidsmetoder og -prosesser, men også hva som blir bedre og mer krevende med endringene som skal innføres.

HVORFOR?

Kommunikasjon i endringsprosesser kan ofte bli ubalansert. Det er ofte mest fokus på hva som ikke fungerer i dag og hvor bra alt blir når endringene er innført. Virkeligheten er mer kompleks, og denne modellen kan brukes for å finne ut hvordan ulike aktører opplever dagens situasjon og endringene som innføres.

HVORDAN?

Inviter de som blir berørt av endringene til å beskrive hva de opplever fungerer bra og mindre bra med dagens situasjon, og hva de forventer vil skje om endringene innføres. Dette kan gjøres i med alle som blir berørt av endringene i plenum eller i mindre grupper, eller i kombinasjon. Øvelsen kan også være nyttig å gjøre for kun forbedringsteamet.



TIPS

- Bruk resultatet fra denne øvelsen til å tilpasse en kommunikasjonsplan.
- I dialogen om hvordan endringene vil påvirke negativt, kan man sette av tid til å drøfte hvordan man kan oppnå det samme uten de negative konsekvensene (eller hvordan de negative konsekvensene kan reduseres).

Verktøy 6: Interessentanalyse

HVA?

En interessentanalyse er en oversikt over interessenter som er eller bør bli involvert i forbedringsarbeidet.

Interessenter kan være både interne og eksterne. Eksempel på interessenter er brukere, pasienter, medarbeidere, ledere, avdeling, statsorgan, media, osv.

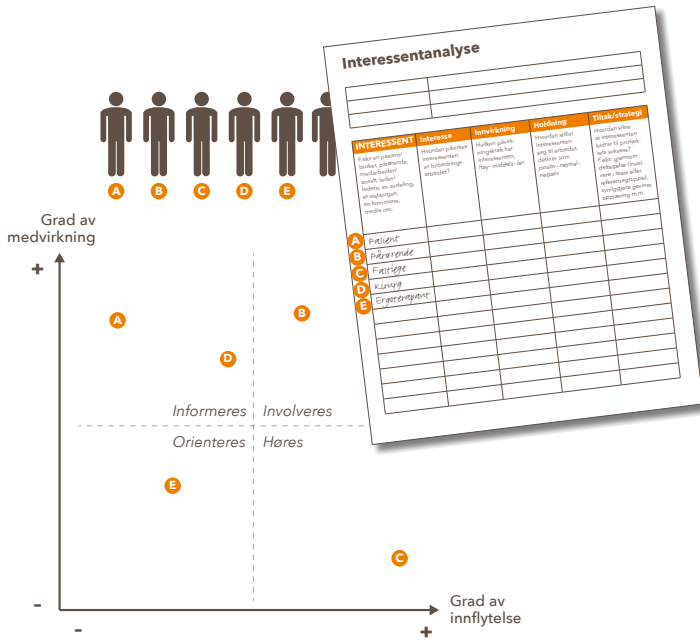
HVORFOR?

Gjennom systematisk kartlegging får man en oversikt over de viktigste interessentene, og et innblikk i de muligheter og trusler som sentrale interessenter representerer.

På bakgrunn av kartleggingen kan forbedringsteamet planlegge hvordan de skal forholde seg til de ulike aktørene i løpet av forbedringsprosessen, og definere hvilke tiltak som bør tas.

HVORDAN?

- Kartlegge mulige interessenter i starten av et forbedringsarbeid. Gjerne i etterkant av å ha definert målsettingene. Gå bredt ut.
- Definer de antatt viktigste interessentene. Hold oppmerksomhet på de interessentene som er kritiske for å få gjennomført forbedringsarbeidet.
- Vurder den enkelte interessent sin grad av påvirkningskraft, hvordan de blir påvirket av forbedringsarbeidet, og holdning til de endringer som skal skje.
- Vurder tiltak som sikrer at interessenten er en medspiller som bidrar til suksess.



- Gjenta analysen. Interessentanalysen er dynamisk og vil endre seg underveis.
- Hver runde med analyse fører til mer utfyllende informasjon om prosjektets interesser. Det gir bedre grunnlag for å gjennomføre prosjektet med hell.

TIPS

Bruk analysen som grunnlag for å:

- Planlegge involvering av viktige interesser, f.eks. i forbedringsteam og referansegrupper.
- Utforme kommunikasjonsplan.
- Få oversikt hvilke interesser som vil oppleve gevinster eller ulemper som følge av arbeidets målsetning. Dette gir et mest mulig riktig bilde av mulige gevinster.
- Utforme og gjennomføre risikoanalyser underveis.
- Definere hvem som bør læres opp (opplæringsplan).

Verktøy 7: Kommunikasjonsplan

HVA?

En kommunikasjonsplan beskriver hvordan et budskap kan kommuniseres ut til hver enkelt av de aktuelle målgruppene, og er svært nyttig for den eller de som har ansvaret for forbedringsarbeidet.

Formålet er å understøtte hele forbedringsprosessen, fra testing og implementering til spredning.

HVORFOR?

Ved å tilpasse budskapet til hver enkelt gruppe, er det større sannsynlighet for at vi greier å overbevise og involvere alle relevante aktører. Dette er viktig med tanke på å sikre tilstrekkelig motivasjon og engasjement, noe som øker sannsynligheten for å lykkes med å innføre tiltak/endring, det vil si ny beste praksis.

HVORDAN?

- Kommunikasjonsplanen bør utvikles i forkant av forbedringsarbeidet, det vil si i planleggingsfasen.
- Identifiser aktører og interessenter som er eller kan bli involvert i prosessen, og vurder mulige tiltak. Hver målgruppe vil kreve ulike tilnæringsmåter avhengig av hvordan de blir eller vil bli involvert, og hvor klare de er for endringen som kreves.
- I forkant av prosessen med å teste det enkelte tiltak, gjennomgås kommunikasjonsplanen med tanke på å identifisere relevante interessenter som bør involveres (se verktøy 6: Interessentanalyse).



- Juster planen underveis som dere får mer informasjon om både tiltak og aktører som viser seg å være aktuelle og/eller blir involvert. Planen er et levende dokument.

TIPS

Bruk kommunikasjonsplan sammen med interessentanalysen, og verktøyet i dag og i morgen.

Verktøy 8: Force Field-analyse

HVA?

I en force field-analyse presenteres positive og negative krefter som påvirker hele eller deler av det forbedringsarbeidet som skal gjennomføres.

Formålet er å finne ideer til hvordan vi kan forsterke krefter som bringer forbedringsarbeidet fremover, og håndtere det som hindrer eller bremser fremdrift.

HVORFOR?

En force field-analyse hjelper forbedringsteamet å vurdere alle sider ved en ønsket endring. Øvelsen krever en ærlig vurdering av underliggende årsaker til problemet man jobber med og de løsninger som er foreslått. I skjemaet skal deltagerne til å bli enige om en prioritert rekkefølge av hemmere og fremmere. Ved å sette positive og negative krefter opp mot hverandre, kan man vurdere sammenhengen mellom dem og vurdere hvilke som eventuelt balanserer hverandre ut.

HVORDAN?

- Definer hvilken situasjon, mulighet eller problem som skal analyseres.
- Beskriv den ideelle situasjonen eller tilstanden du ønsker å oppnå.
- Diskuter dere frem til krefter som gjør at dere kan nå målet eller den ideelle situasjonen (enten internt i prosjektet eller eksternt).
- Gjør det samme med alt som kan hindrer dere eller bremser dere i å nå målet.



- Prioriter punktene etter hva som i størst grad vil motvirke eller fremme arbeidet.
- Bruk rangeringsmetoder som nominell gruppeteknikk for å oppnå konsensus.
- Arbeid frem ideer til hva dere kan gjøre for å styrke det som kan fremme fremdrift, og hvordan dere kan fjerne det som motvirker eller bremser fremdrift.

TIPS

- Ensidig fokus på enten positive eller negative krefter vil ikke nødvendigvis gi effekt.
- Det som kommer frem i en force field-analyse kan brukes inn i prosjektplaner og en kommunikasjonsplan.
- Øvelsen brukes gjerne sammen med idemyldring eller nominell gruppeteknikk.

Verktøy 9: Idemyldring (brainstorming)

HVA?

Idemyldring er en måte å produsere så mange ideer som mulig innenfor et definert tema.

Formålet er å etablere en så kreativ prosess som mulig, fri for kritikk og negativitet, slik at gruppen kan komme frem til ideer de ellers ikke ville tenkt på.

HVORFOR?

Ved å åpne opp for alle ideer, uansett hvor usannsynlige eller urealistiske disse er, frigjør man seg fra tradisjonell tenkemåte og eventuelle begrensninger man bevisst eller ubevisst preges av.

Idemyldring kan legge til rette for involvering og entusiasme i et team, og åpner for at deltagerne kan bygge på hverandres ideer og kreativitet.

HVORDAN?

Idemyldring kan gjennomføres som en strukturert eller ustrukturert prosess.

Strukturert: Hver enkelt deltager gis mulighet til å komme frem til ideer etter tur.

- Definer og bli enige om temaet eller spørsmålet dere skal idemyldre rundt. Gjør temaet synlig for hele gruppen, for eksempel ved å skrive det på en tavle/flip-over.



-
- Hver deltager kommer med sitt forslag etter tur. Ta flere runder rundt bordet, det er lov å «si pass». Det er svært viktig at ingen forslag blir kritisert eller bedømt i denne fasen. Det kan føre til usikkerhet og hindre kreativitet.
 - Skriv ned hver eneste idé på tavle/flip-over eller lignende. Ha en ansvarlig for å skrive. Sjekk med opphavspersonen til ideen om den er nedfelt riktig.
 - Gjenta prosessen til gruppen ikke kommer på flere ideer. Viktig at prosessen har fremdrift og flyt, og ikke går i stå. Kan vare ca. 5-20 minutt, avhengig av kompleksitet i temaet.
 - Gjennomgå listen, stryk duplikater og avklar eventuelle uenigheter.

Ustrukturert: På lik måte som strukturert, men hver enkelt gruppedeltager kaster ut ideer etter hvert som de kommer på dem (ingen «runde rundt bordet»).

TIPS

Det finnes mange varianter av idémyldring, deriblant verktøy 10: Nominell gruppeteknikk.

Verktøy 10: Nominell gruppeteknikk

HVA?

Nominell gruppeteknikk er en strukturert form for idemyldring.

Formålet er å komme frem til enighet om:

- Hvordan foreslåtte ideer kan rangeres.
- Hvilke muligheter/utfordringer som er av størst betydning for arbeidet.
- Hva som er den eller de beste løsningene på et problem.

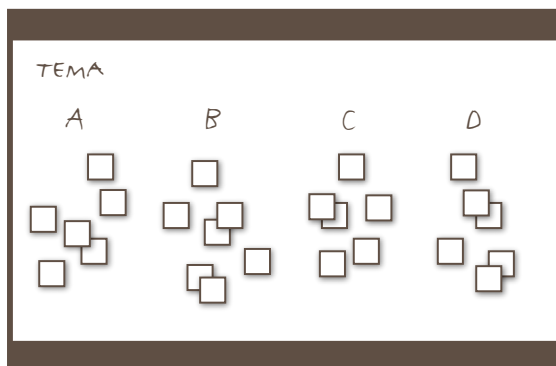
HVORFOR?

Nominell gruppeteknikk legger opp til en demokratisk prosess for å komme til enighet. Teknikken er nyttig å bruke dersom:

- Det er vanskelig å bli enige om hvilken idé som skal eller bør brukes.
- Gruppen genererer få ideer.
- Temaet er særlig kontroversielt eller det er store motsetninger i gruppen.
- Noen gruppemedlemmer er mer pratsomme eller dominerende enn andre.
- En eller flere av gruppemedlemmer tenker bedre i stillhet.
- Det er behov for å sikre at alle medlemmene deltar.
- Når en eller flere gruppemedlemmer er nye i teamet.

HVORDAN?

- Avklar roller: hvem leder prosessen og har ansvar for å sikre fremdrift, hvem holder tiden, hvem leser opp lappene og skriver på flip-over/tavle eller tilsvarende ved behov.
- Beskriv oppgaven som skal løses, dvs. temaet dere skal idemyldre rundt. Vær sikre på at dere har en felles forståelse i gruppen.



- Det valgte temaet eller oppgaven skal være synlig for hele gruppen gjennom prosessen, for eksempel skrevet ned på en tavle/flip-over.
- Hvert gruppe medlem tenker ut og skriver ned så mange ideer som mulig i stillhet innenfor et begrenset tidsrom. Hver ide skrives på en egen lapp.
- Plasser alle lappene synlig på en vegg eller tavle.
- Grupper lappene i kategorier uten diskusjon. Alle kan bidra med å plassere/flytte lappene.
- Leder leser gjennom. Dersom det er noen lapper som er uklare, må disse tydeliggjøres eller fjernes.
- Gi kategoriene en merkelapp som beskriver kategorien.
- Den enkelte deltager rangerer ideene ved å for eksempel gi hver ide under en kategori en skår for forventet effekt.
- Legg sammen poeng for hver idé, og fremstill de 3-5 beste ideene.
- Gå gjennom forslagene og prioriter hvor dere skal starte. Dette kan gjøres i flere runder om nødvendig.

TIPS

- Sørg for nødvendig materiell. Det kan være nyttig med papir og penn til hver deltaker, flip-over, tusj, tape.
- Det kan være nyttig å bruke verktøy 11: Prioriteringsmatrise sammen med denne øvelsen.

Verktøy 11: Prioriteringsmatrise

HVA?

Prioriteringsmatrisen er et verktøy for vurdere ideer og tiltak man identifiserer i forbedringsarbeidet.

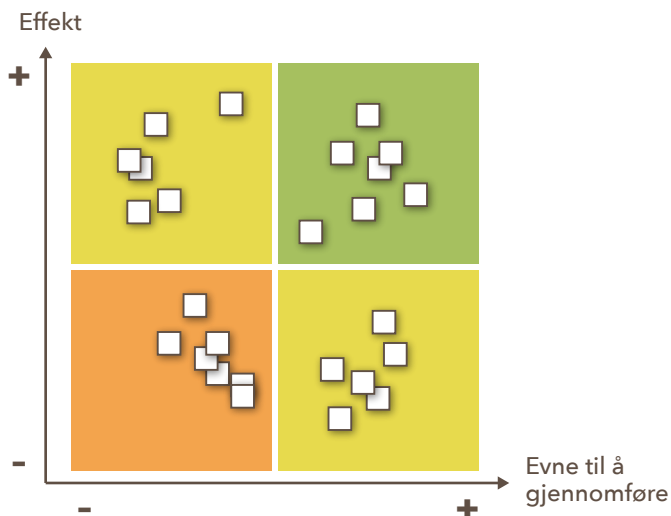
HVORFOR?

Ideene og tiltakene vurderes med tanke på hvilken sannsynlighet det er for at de har effekt når de implementeres, og hvor krevende de er å innføre.

Vi ønsker å unngå å innføre noe som det ikke er tiltro til virker, eller som er altfor krevende å innføre.

HVORDAN?

- Plasser ideene eller tiltakene i matrisen.
- Vurder hvor stor effekt man tror tiltaket har, og hvor krevende det blir å innføre.
- Ha en kort samtale om ideen/tiltaket i en mindre gruppe og beslutt deretter hvor i matrisen den skal plasseres.
- Ideene som plasseres øverst til høyere er ideer man raskt bør teste/innføre, mens ideene nederst til venstre ofte er mer komplekse og krever et større arbeid for at det skal bli vellykket.



TIPS

- Vurder hvordan ideer/tiltak kan skape mer effekt eller bli enklere å innføre.
- Om dere har for mange gode ideer og skal prioritere dem ytterligere, kan dere sette dem opp i en ny matrise med andre akser. For eksempel «Mulighet for pasientene/pårørende til å påvirke» og «Bidrar til at vi utnytter ressursene bedre».

Verktøy 12: Driverdiagram

HVA?

Et driverdiagram er en visuell fremstilling av hele forbedringsarbeidet på en side. Det beskriver hele prosessen fra målsetting til konkrete tiltak som bidrar til at målet oppnås.

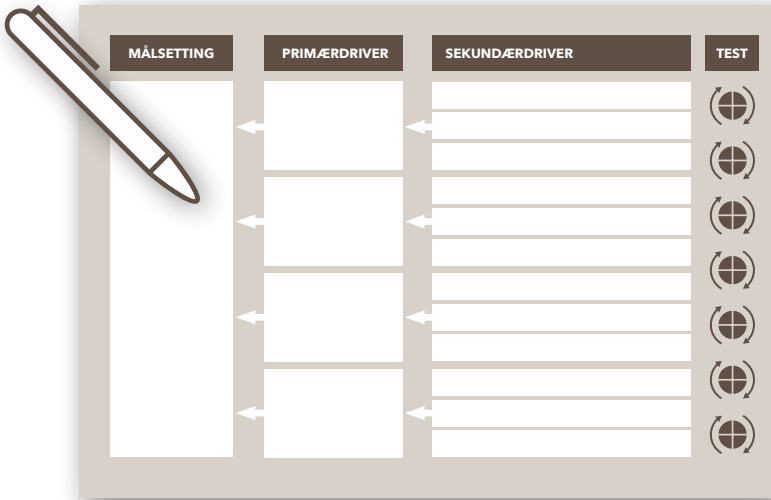
HVORFOR?

Driverdiagrammet brukes til å synliggjøre mål og tiltak på en måte som gjør det lettere å se mål og tiltak i sammenheng, slik at man kan prioritere tiltakene.

Ved oppstarten av et forbedringsarbeid er det fristende å sette i gang tiltak så snart som mulig. Men hvordan vet du at det er akkurat de tiltakene som vil føre til at du når målsettingen din? Ved å sette opp tiltak og målsetting i et driverdiagram, er det mulig å vurdere om de riktige tiltak fører til at målet nås.

HVORDAN?

- Driverdiagrammet har tre kolonner som beskriver resultatmål, primære drivere og sekundære drivere.
- Resultatmålet plasseres helt til venstre med en konkret målsetting som sier noe om «hvor mye, innen når og for hvem».
- Primære drivere plasseres til høyre og inneholder faktorer som må adresseres for å oppnå resultatmålet.



- Sekundære drivere inneholder spesifikke områder der det planlegges endringer eller intervensjoner. Dette bør være prosessforandringer som mest sannsynlig vil påvirke resultatmålet.
- Driverne bør være kunnskapsbaserte tiltak som man vet har effekt på resultatmålet.

TIPS

- Sett navn på ansvarspersoner i driverdiagrammet.
- Småskalatest de ulike driverne.
- Lag prosessindikatorer som sikrer at tiltakene blir gjennomført.

Verktøy 13: Måleplan

HVA?

Under hele forbedringsprosessen er det viktig å ha tilgang til og ta i bruk data. Informasjonen vi får fra dataene er en grunnpilar for forbedringsarbeidet. Det er gjennom data vi kan besvare spørsmålet om vi oppnår de forbedringer vi ønsker.

HVORFOR?

Å utvikle en god plan for hvordan data skal samles inn, hvor, hvordan de skal analyseres, og når/hvem og hvordan dette skal gjøres, er essensielt for at vi skal lykkes med forbedringer.

HVORDAN?

- Besvar de enkelte punktene i måleplanen sammen med leder, forbedrings-
teamet og en veileder som har erfaring med forbedringsarbeid.



Mike Davidge 2014

TIPS

- Ta i bruk måleplanen sammen med en sjekkliste for utvikling av indikator.
- Innhenting, analyse og bruk av data er essensielt, men kan også bli svært tidkrevende hvis det ikke er godt planlagt og gjennomførbart.
- Test gjerne ut måleplanen i praksis før det utvikles til valgt målesystem.

Verktøy 14: Sjekkliste for utvikling av indikator

HVA?

Under planlegging av forbedringsarbeid skal det defineres et sett med indikatorer.

En godt definert indikator vil kunne produsere resultater som vil gi en pekepinn på hvor dere er i prosessen, og om dere når målet som er satt. Dette er helt essensielt i forbedringsarbeid.

HVORFOR?

For å sikre en god indikator bør du bruke en sjekkliste med detaljert beskrivelse av hva en god indikator bør inneholde.

Sjekklisten kan benyttes av alle som skal utvikle egne indikatorer for å sikre at man har vurdert alle aspekter ved en indikator, som for eksempel definisjon, inklusjonskriterier, dataelementer, osv.

HVORDAN?

- Besvar de enkelte elementer i sjekklisten sammen med leder, forbedrings-
teamet og en veileder som har erfaring med forbedringsarbeid og måling.



Mike Davidge 2014

TIPS

- Å utvikle en god indikator kan være en utfordring. Ofte vil det være nødvendig å samle inn data, presentere data og vurdere om indikatoren gir mening gjentatte ganger før den fungerer optimalt.
- Sjekklisten bør derfor brukes sammen med måleplan.

Verktøy 15: Risikotavle og -møte

HVA?

Risikotavlene som er benyttet i pasientsikkerhetsprogrammet er en videreutvikling av pasienttavlene som ofte benyttes på vaktrommene eller tilsvarende. Forskjellen er at risikotavlene ofte inkluderer flere kolonner hvor man kan angi om pasienten har særlig risiko for enkelte pasientskader, og hvilke tiltak som skal gjøres for å redusere risikoen.

HVORFOR?

Tavlen er et verktøy for å etablere en regelmessig dialog om pasienten og oppfølging av utvalgte tiltak knyttet til risikoområdene.

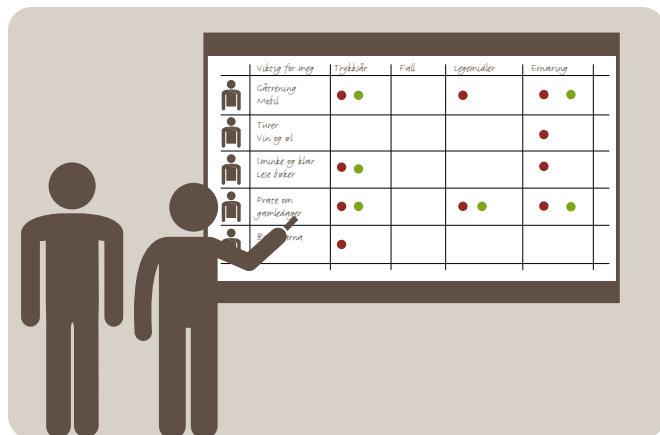
Tavlemøtet kan bidra til å redusere pasientskader og uønskede hendelser ved å sikre oppfølging av tiltak som reduserer risiko og skape en felles forståelse for risiko i avdelingen.

HVORDAN?

Foreslått struktur for et risikomøte:

Når: Tavlemøtet gjennomføres regelmessig, enten daglig eller flere ganger hver dag. Flere virksomheter kombinerer møtet med previsitt. Noen velger å ha to tavlemøter daglig, og formålet med det siste blir da å avklare hvilke oppgaver som gjenstår og om noen trenger hjelp til sine oppgaver.

Hvor: Risikomøtet gjennomføres foran tavlen. NB: Tavlen må henge på et sted uten innsyn for pasienter/brukere og pårørende.



Hvem: Møtet er en tverrfaglig arena for som er til stede på avdelingen/enheten på tidspunktet for tavlemøtet. Det kan være relevant å definere hvem som må og hvem som bør delta dersom det ikke er mulig at alle deltar. Tavlemøtet ledes av den ansvarlige for driften i avdelingen.

Hvordan: Strukturen for risikomøtet er at man gjennomgår de identifiserte risikoområdene for den enkelte pasient og tar stilling til om relevante tiltak er gjennomført og/eller hvem som skal gjennomføre nødvendige tiltak. Som en tommelfingerregel bør man ikke bruke mer enn to til fire minutter per pasient.

TIPS

- Tavlen kan benyttes til å samle inn data daglig. Data fra for eksempel en uke legges sammen og fremstilles i tidsserier som henges opp på forbedringstavlen.
- Det bør tilstrebnes en symbol- og fargebruk som gjør det enkelt å raskt vurdere om det er mange oppgaver som gjenstår.
- Det kan være svært ulike behov knyttet til hvilke risikoområder man velger å inkludere i den enkelte risikotavle. Utvelgelsen kan baseres på en enkel risiko- og sårbarhetsanalyse for pasientgruppen.

Verktøy 16: PDSA-skjema

HVA?

PDSA-metodikk er en systematisk metode for å utvikle, teste og implementere forbedringer, og brukes gjennom hele forbedringsprosessen. PDSA står for Plan (planlegg), Do (utfør), Study (studer) og Act (handle). I testfasen brukes PDSA i til å prøve ut ideer/hypoteser til *hvordan* tiltak best gjennomføres.

HVORFOR?

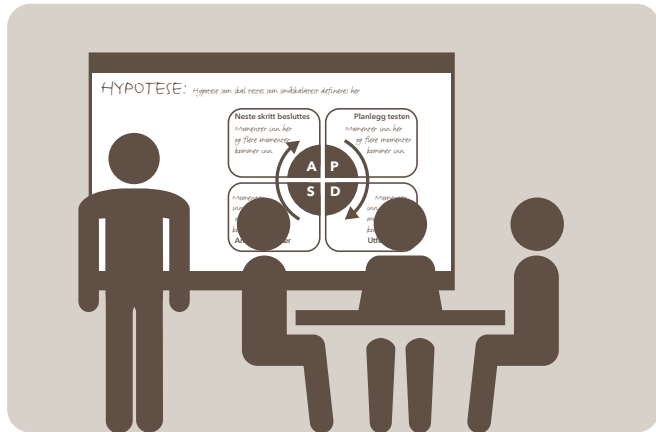
Systematisk testing forutsetter at alle stegene i det som kalles PDSA-sirkelen er gjennomført. Et PDSA-skjema hjelper deg med å systematisere og strukturere testingen.

HVORDAN?

Beskriv arbeidshypotesen: Hver test må ta utgangspunkt i en hypotese som igjen bygger på en teori om en forventet effekt. Hypotesen formuleres som hva som vil skje dersom vi gjør noe annerledes i dag («hvis A gjøres, vil B inntreffe»).

Plan (planlegg): Planlegg både testen og innsamling av informasjon. En plan bør beskrive:

- Hva skal gjøres, av hvem og hvor?
- Når skal det gjøres og hvordan?
- På hvilken måte skal man samle inn data/læring fra testen, og hvordan skal denne informasjonen samles inn?



Do (utfør): Utfør testen og dokumenter erfaring og eventuelle resultater som er samlet inn under testen.

Study (studer): Analyser testen og reflekter over hvilken læring som er gjort.

- Gikk det som forventet? Hvorfor, hvorfor ikke?
- Hva lærte du?

Act (handle): På bakgrunn av læring besluttes neste steg. Videre handling kan innebære følgende:

- Testen bekreftet hypotesen, flere tester av samme hypotese planlegges.
- Testen var bare delvis vellykket. Hypotesen må reformuleres eller planen justeres.
- Testen bekreftet ikke hypotesen. Hypotesen bør forkastes.

TIPS

- Hver hypotese om hvordan ting kan gjøres skal testes flere ganger, i stadig større kontekst, og i ulike settinger og tidspunkt. Dette vil bidra til å gi økt tiltro til at foreslåtte endringer fungerer, og at hypotesen gjelder også under ulike forutsetninger.
- Testing bidrar til å avdekke eventuelle behov for tilpasninger, ressurser, og gjør at vi kan avdekke «bivirkninger» eller uforutsette effekter.

Verktøy 17: Forbedringstavle og -møte

HVA?

Forbedringstavlen bidrar til at man i fellesskap kommer frem til, prioriterer, tester og vurderer forbedringsideer knyttet til noen utvalgte forbedringsområder eller konkrete utfordringer. Disse kan være meldt inn av ansatte, pasienter eller pårørende.

HVORFOR?

Tavlemøte er en arena for å diskutere prosjekter, avvik og enkeltideer til forbedring.

Tavlemøte foran en forbedringstavle er en god måte å integrere forbedringsarbeidet i daglig drift. Det er en arena for leder til å involvere alle ansatte i pågående forbedringsinitiativ. I løpet av et tavlemøte får leder og medarbeidere oversikt over status på det aktuelle forbedringsområdet, og mulighet til å diskutere neste skritt. Dette er med på skape fremdrift i alle pågående forbedringsinitiativ.

HVORDAN?

Et møte på 15-20 minutter hver uke eller annenhver uke er en god start. Det er en fordel å velge et tidspunkt som sikrer tverrfaglig deltakelse.

Møtet gjennomføres foran tavlen som henger et sted der også pasienter, brukere og pårørende kan se tavlen og gi sine innspill.



Mulig struktur for møtet:

- Status for utvalgte forbedringsområder
- Gjennomgang av læring/erfaring fra ideer som er testet siden forrige møte og hva man velger å gjøre videre med disse (forbedre, forkaste eller teste ideen en gang til/implementere)
- Starte med å gå gjennom og prioritere innkomne ideer (disse kan også komme i løpet møtet), samt delegering av ansvar for å teste de av disse ideene som blir prioritert.

TIPS

- Møtedeltakerne skal inviteres til aktiv deltakelse, og som en tommelfingerregel bør ikke møteleder snakke mer enn 10 prosent av tiden.
- For å få inn flere forbedringsideer til møtet kan man inkludere brukerrepresentanter i tavlemøtene. I tillegg kan man etterspørre forbedringsideer fra pasientene hver dag: «Hva synes du vi kan bli bedre på?», og inkludere et fast spørsmål i tavlemøtet: «Har noen forbedringsinnspill fra pasientene?».

Verktøy 18: Sjekkliste og plan for implementering

HVA?

En sjekkliste for implementering brukes i overgangen fra småskalatesting til implementering.

Denne sjekklisten vil kunne hjelpe leder i samarbeid med forbedringsteamet å gjennomføre implementeringsprosessen.

Implementering handler om å gjøre tiltakene man har testet ut til en integrert og fast del av virksomhetens praksis og daglige rutiner. Implementering kommer som en naturlig følge av småskalatesting.

HVORFOR?

Sjekklisten fungerer som en huskeliste for de oppgaver og aktiviteter som bør være på plass før, eller som skal gjennomføres i løpet av, implementeringsprosessen.

Formålet er å sikre at forbedret praksis blir til ny beste praksis.

HVORDAN?

Hvordan bruke sjekklisten:

- Vurder om dere oppfyller forutsetningene som bør være på plass før dere går i gang med å rulle ut tiltakene til en hel avdeling, post eller sone.
- Følg opp og gjennomfør aktivitetene beskrevet under «implementeringsprosessen».



- Sjekk av relevante punkter på listen etter hvert som prosessen pågår slik at dere har oversikt over prosessens fremdrift.
- Sørg for at dere har en plan for videre overvåking av det eller de aktuelle områdene også etter at implementeringsprosessen er avsluttet.

TIPS

- Omfang av implementeringsprosessen vil avhenge av virksomhetens størrelse og hvor komplekse endringene er.
- Sjekklisten bør derfor brukes som veiledende.

Les mer om forbedringsarbeid

Bøker

- Langley GL, Nolan KM, Nolan TW, et al. The improvement guide: A practical approach to enhancing organizational performance. 2nd edn. San Francisco: Jossey Bass, 2009.
- Jacob Anhøj: Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Munksgaard, 2015.
- John P. Kotter: XLR8 - Accelerate: Building Strategic Agility for a Faster-Moving World. Harvard Business Review Press, 2014.
- Chip Heath & Dan Heath: Switch, How to change things when change is hard. Random House Business Books, 2011.

Artikler

- Batalden, P. B. and F. Davidoff (2007). What is "quality improvement" and how can it transform healthcare?. Quality & Safety in Health Care 16(1): 2-3.
- Brandrud, A. S., et al. (2011). Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members. BMJ Quality & Safety 20(3): 251-259.
- Batalden PB, Stolz PK. A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm J Qual Impr 1993; 10: 424-45.
- Brandon Bennett and Lloyd Provost. What's your theory? Driver diagram serves as tool for building and testing theories for improvement. QP, 2015.

Design og illustrasjon: Itera Gazette
Foto: Stig Marlon Weston og Rebecca Ravneberg
Trykk: Merkur Grafisk

Generelle henvendelser:

post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Sekretariats telefon: 464 19 575

Har du tilbakemeldinger eller innspill til
forbedringsguiden, ta gjerne kontakt
med oss!

bit.ly/forbedringsguiden