

Registerseminar NorArtritt, NorVas, RevNatus 16. oktober 2024

Hvordan jobbe systematisk med kliniske forbedringsarbeider i komplekse organisasjoner
Forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen



PROGRAM REGISTERSEMINAR NORARTRITT, NORVAS, REVNATUS - KLINISKE FORBEDRINGSARBEIDER

Tid	Tema
1330-1345	TEORI Systematisk forbedringsarbeid -Forbedringskunnskap -Forbedringsmodellen -Fasene i et forbedringsarbeid -Forbedringsverktøy
1345-1515	WORKSHOP: Starte kliniske forbedringsarbeider med utgangspunkt i indikatorer fra registrene Fase 1: Forstå problemet Fase 2: Sett sammen teamet Fase 3: Lag et mål for arbeidet Fase 4: Lag et sett med måleindikatorer PAUSE Fase 5: Identifiser og prioriter forbedringsideer Fase 6: Test ut ideene i lokal kontekst
1515-1525	TEORI Fase 7: Implementer og følg opp Fase 8: Spredning av arbeidet
1525-1530	Veien videre og vel hjem!

TEMA FOR FORBEDRINGSOMRÅDER 2022

NorArtritt:

- Andel pasienter med ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnose (RA)

NorVas:

- Andel konsultasjoner med utfylt BVAS (ANCA vaskulitter)
- Andel pasienter med prednisolon dose $\leq 7,5$ mg etter 28 uker (storkarvaskulitter)

RevNatus:

- Andel pasienter fått veiledning om svangerskap ved første registrering etter påvist svangerskap (alle diagnoser)

TEMA FOR FORBEDRINGSOMRÅDER 2023

NorArtritt:

- Pasienter med oppstart csDMARD innen 2 uker etter diagnose
 - Mål: 80 % har startet cs innen 2 uker
- Pasienter med oppstart Methotrexate og andre cs/b/tsDMARDs innen 4 uker etter diagnose
- Pasienter på Methotrexate, andre cs/b/tsDMARDs og prednisolon på 3 mnd kontroll

NorVas:

- Pasienter med storkarsvaskulitt som behandles med prednisolon dose $\leq 7,5$ mg 28 uker etter oppstart behandling
 - Mål: 60 % har dose lik eller under 7,5 mg innen 28 uker

RevNatus:

- Pasienter som har fått veiledning om svangerskap ved inklusjon eller ved første registrering etter påvist svangerskap (alle diagnoser)
 - Mål: 80 % svart JA ved selvrapporing

TEMA FOR FORBEDRINGSOMRÅDER 2024

NorArtritt:

- Pasienter med oppstart csDMARD innen 2 uker etter diagnose
 - Mål: 80 % har startet csDMARD innen 2 uker

NorVas:

- Pasienter med storkarsvaskulitt som behandles med prednisolon dose $\leq 7,5$ mg 28 uker etter oppstart behandling
 - Mål: 60 % har dose lik eller under 7,5 mg innen 28 uker
- IgG hos pasienter med AAV som bruker rituximab
 - Mål: IgG skal tas minst en gang årlig hos (60 % (?)) av pasientene
 - (Mål: Ved IgG verdier < 5 skal pasienten være medisinsk vurdert mht videre medikamenter, infeksjonsrisiko og evt infeksjonsforebyggende behandling)
- **RevNatus:**
 - Pasienter som har fått veiledning om svangerskap ved inklusjon eller ved første registrering etter påvist svangerskap (alle diagnoser)
 - Mål: 80 % svart JA ved selvrapporing

Hva kan vi gjøre annerledes?



Every system is
perfectly designed to
get the results it gets.

W. Edwards Deming

**Galskap er å gjøre
«mer av det
samme» og forvente
et annet resultat**

Hvis vi ønsker et annet resultat enn i dag

- må vi gjøre ting **på en annen måte/gjøre noe nytt**

Det syke helsevesenet og det friske helsevesenet

Lege
Sivilingeniør
Siviløkonom

Magnus Lord

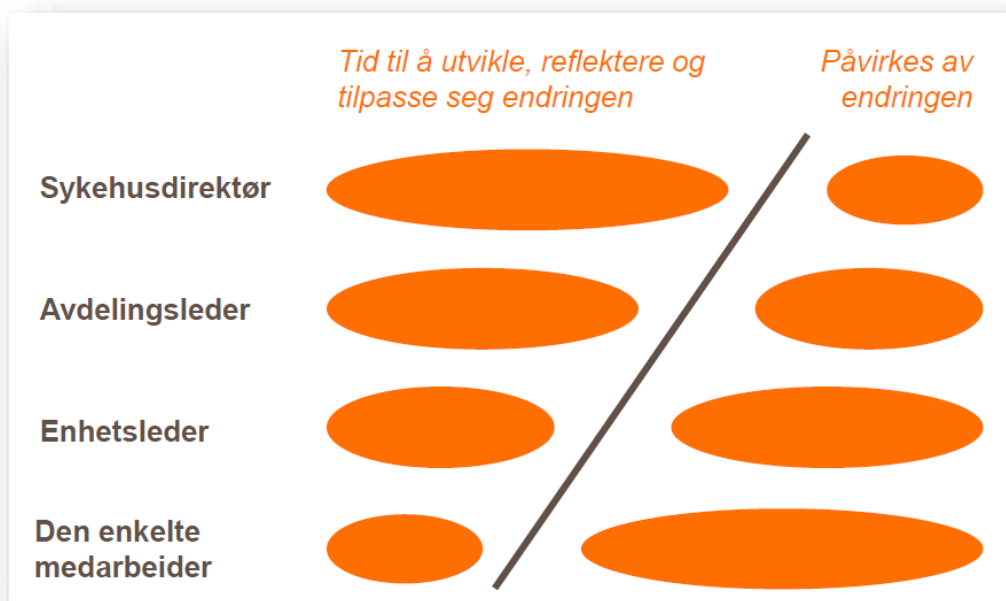
...dårlige
systemer, ikke
dårlige folk...

Det friske helsevesenet:

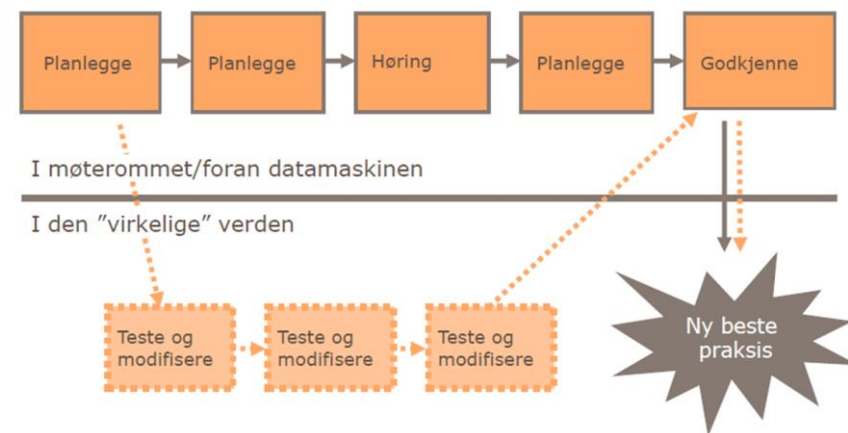
- Medarbeidere og brukere som utviklere av helsetjenesten
- Ledere som inspiratorer og tilretteleggere
- Fokus på pasientens vei gjennom helsetjenesten

[Det syke og det friske helsevesenet - YouTube](#)

Hvordan er forbedringsmetodikk forskjellig fra «slik vi har jobbet tidligere»?

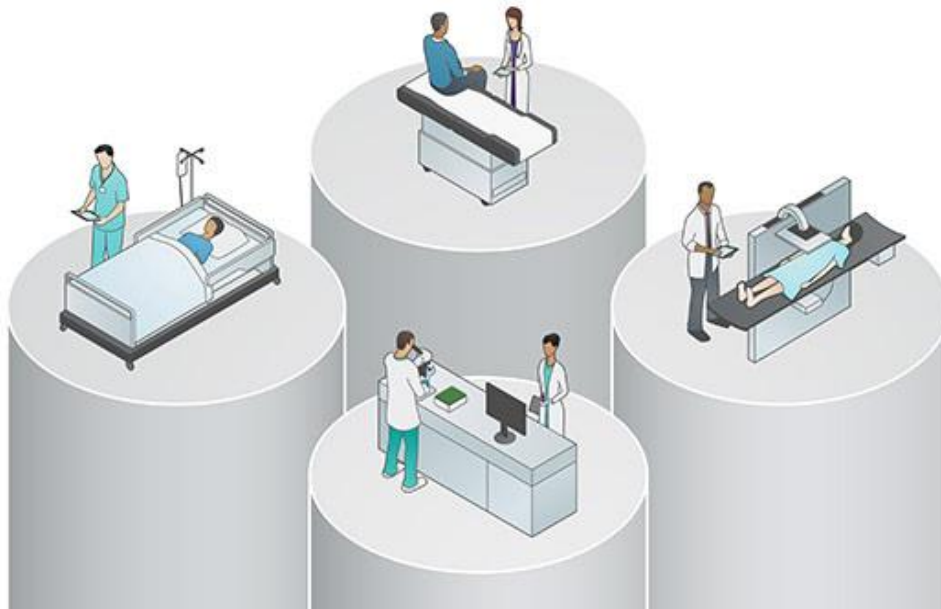


Implementering av ny forskning og nye nasjonale anbefalinger

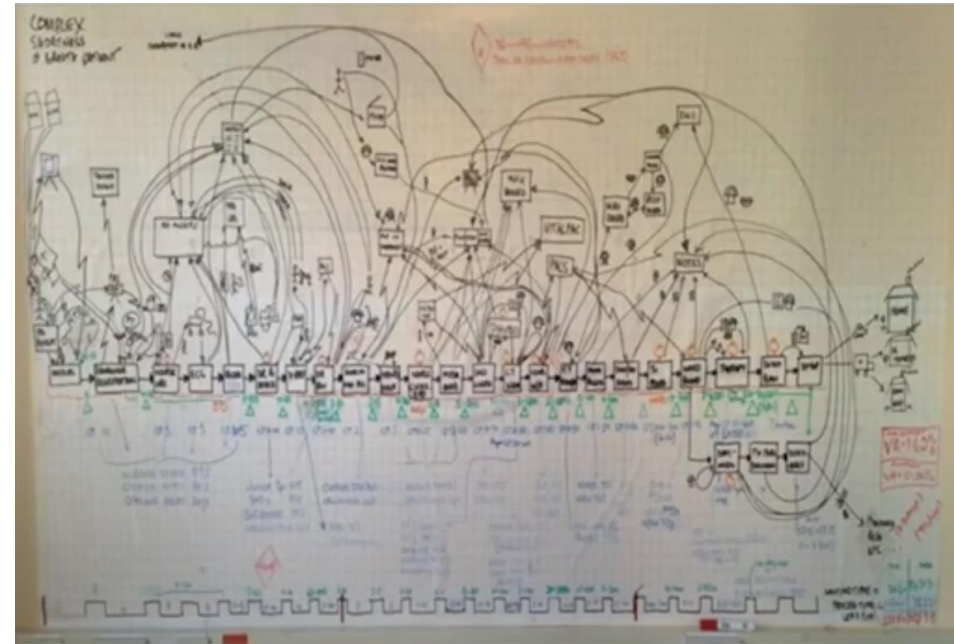


Helsetjenesten i Norge er en av verdens beste! Enkeltbehandlere gjør en strålende jobb

- men i til dels dårlige systemer



- og i svært komplekse systemer

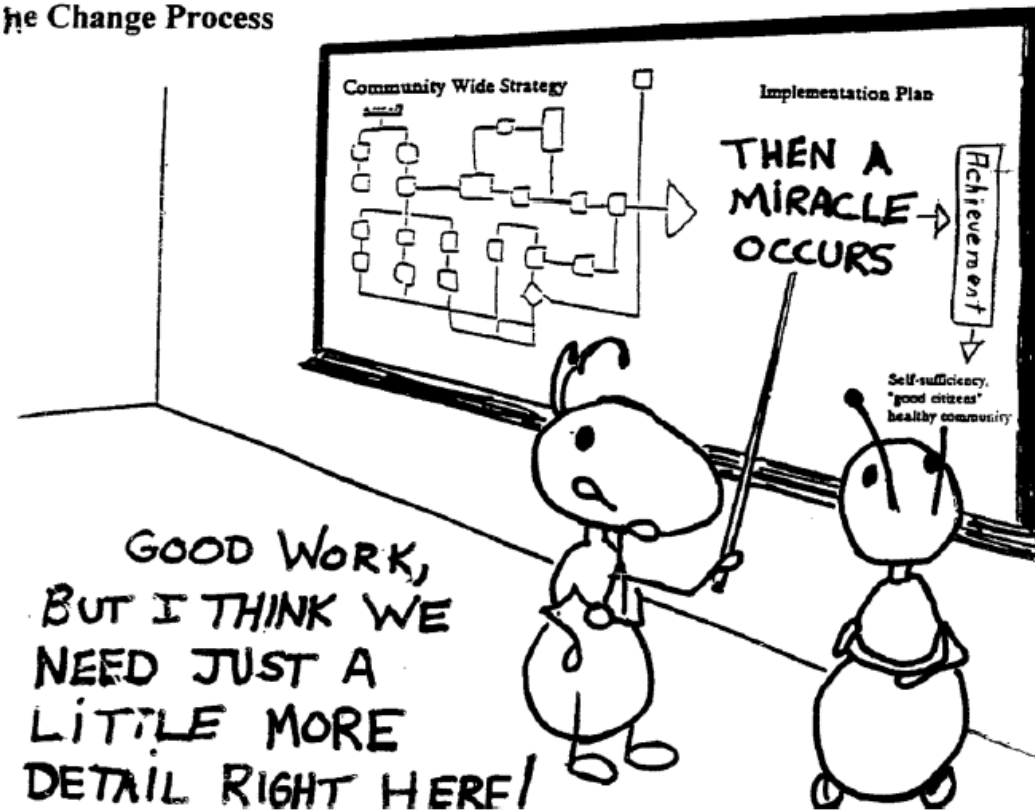


Planlegge mindre!

Gjøre mer!

Creativity and Change Concepts

The Change Process



På workshop jobbet dere med de første fasene i et forbedringsarbeid som en start for å realisere økt kvalitet for pasienter med artritt, vaskulitt og gravide med inflammatorisk revmatisk sykdom...



FORSTÅ
endringsbehovet

Forstått
«problemet»
litt bedre?



Sett sammen TEAM

Forslag til
team og
teamleder?




Sett MÅL
for arbeidet

Foreløpig
mål?




Lag et sett med
INDIKATORER

Foreløpig
resultat
måling?



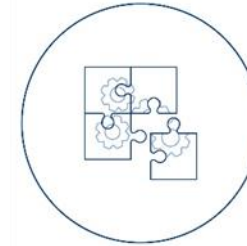
Identifiser og
prioriter IDEER



TEST ideene i
lokal kontekst

Mange
ideer?

Klar til å
teste en ide?



IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

Tilbud om «Mini-læringsnettverk» forbedringsarbeid NorArtritt 2025

Arbeide med forbedringsområde på egen avdeling mellom samlinger og webinarer

Forberedelser

Arbeidsperiode

Møtepunkter	Brukermøte NorArtritt 16.oktober 2024	Informasjonsmøte til interesserte November 2024	Forberedelser og påmelding Desember 2024	Webinar 1 Januar 2025	Webinar 2: Februar 2025	Webinar 3: Mars 2025	Webinar 4: April 2025	Webinar 4: Mai 2025	Webinar 6: Juni 2025	Brukermøte NorArtritt oktober 2025
	Heldagssamling Gardermoen	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	På egen avdeling	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Heldagssamling Gardermoen

Innhold	Kort informasjon tilbud om «Mini-læringsnettverk NorArtritt»	Mer detaljert informasjon til interesserte deltakere	Forbedringsguiden Valg av forbedringsarbeid Bestemme forbedringsteam Avklare med leder Påmelding	Oppstart forbedringsarbeid Suksesskriterier Forstå endringsbehovet Sette sammen teamet Sette mål	Læring og deling Videre arbeid Lag et sett med indikatorer Identifisere og prioritere endringsideer	Læring og deling Videre arbeid PDSA Test ideene i praksis Måling og indikatorer	Læring og deling Videre arbeid PDSA Test ideene i praksis Måling og indikatorer	Læring og deling Videre arbeid Implementering og spredning	Status på arbeidet Veien videre	Erfaringsdeling

Forberedelser

Arbeidsperiode

Læring, deling og veiledning på samlinger og webinarer

Forbedringsarbeid «Nydiagnostisert revmatoid artritt»

Kvalitetsindikator for 2023

Nasjonalt

Vestre Viken HF

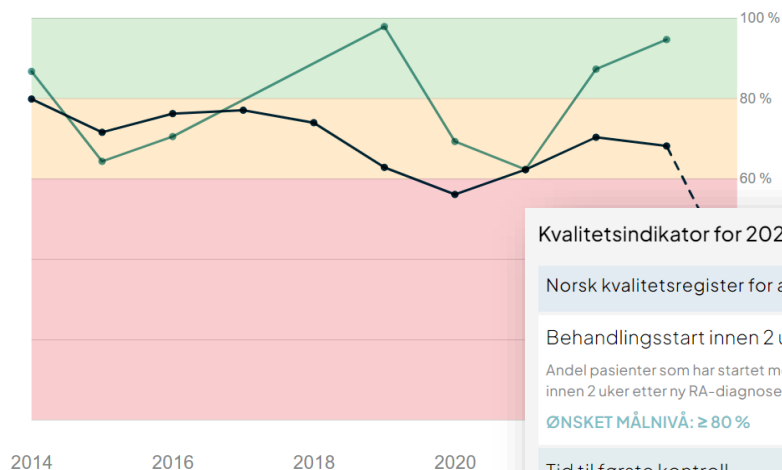
Tid til første kontroll
Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose
ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %

68%
363 av 533

95%
35 av 37

Søyle Skjul målnivå

Nasjonalt Vestre Viken HF



Kvalitetsindikator for 2023

VVHF

Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer

Behandlingsstart innen 2 uker etter diagnosedato

Andel pasienter som har startet med sykdomsmodifiserende behandling innen 2 uker etter ny RA-diagnose

ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %

72%
26 av 36

Tid til første kontroll

Andel pasienter med nyoppstått RA som fikk første kontroll innen 3 måneder etter diagnose

ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 80 %

95%
35 av 37

Sykdomsremisjon for pasienter med revmatoid artritt (RA) 1 år etter diagnose.

Andel RA-pasienter i sykdomsremisjon 1 år etter diagnose

ØNSKET MÅLNIVÅ: ≥ 40 %

53%
8 av 15

Data er komplett til 1. januar 2023.

Utarbeidet av:

VESTRE VIKEN Kontinuerlig forbedring

NYDIAGNOSTISERT REVMATOID ARTRITT (LEDDGIKT), NY RA IMPLEMENTERING AV BESTE BEHANDLING

Team: Revmatologisk seksjon, NRH, Drammen sykehus VVHF

MÅL:

- Alle pasienter med ny-diagnostisert revmatoid artritt (leddgikt) ved revmatologisk seksjon Drammen sykehus, skal få tilbud om «beste behandling» innen desember 2018.
- Over 70 % i DAS 28 remisjon ved 1 og 2 års kontroll.
- Over 80 % av punktene i behandlingsplanen følges.

BAKGRUNN:

- ARCTIC-studien:
 - Randomisert kontrollert behandlingsstrategi-studie, 238 pasienter med ny-diagnostisert RA, 11 revmatologiske avdelinger i Norge.
 - Prinsipp for studien: Tett oppfølging med 13 visitter på 2 år, Treat to Target prinsipp (klinisk remisjon vs ultralyd remisjon) og strukturert medikamentell opptrappingsplan.
 - 2 av 3 pasienter oppnådde remisjon, dette er «best i verden».
- NY RA i Drammen:
 - Vi ønsket å implementere en variant av ARCTIC-studien i klinisk praksis for å gi pasienter med ny-diagnostisert leddgikt beste tilgjengelige behandling.

METODE:

- Deming's system of profound knowledge
- Forbedringsmodellen (Model for Improvement)
- Statistisk prosesskontroll, SPC
- Forbedringstavler

BASELINEDATA OG MEDIKAMENTELL BEHANDLING:



BEHANDLINGSPROTOKOLL:

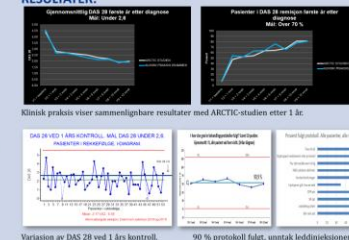
Behandlingsplan til pasient, frae i DIPS
Deler av behandlingsprotokoll, frae i DIPS

Utarbeidet av:
Åse S. Lexberg, Ada Wierød, Anne Hermann, Tone B. Enersen

DRIVERDIAGRAM:



RESULTATER:



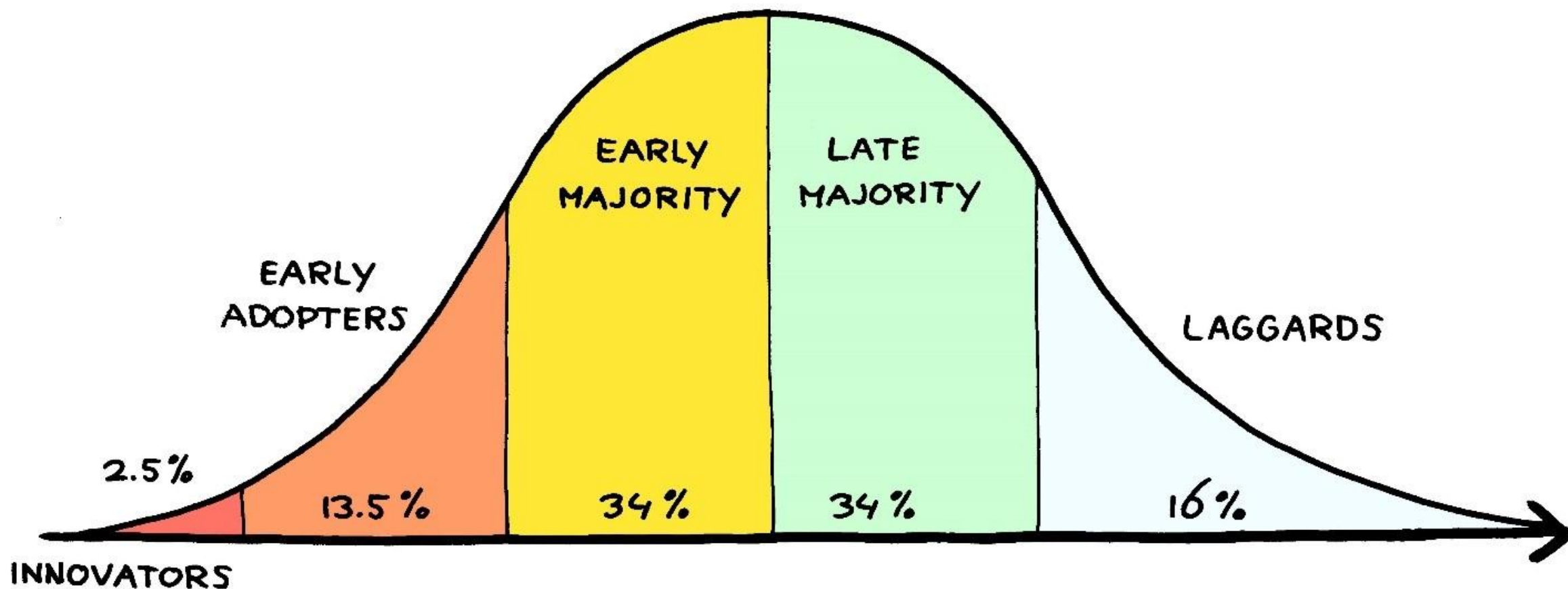
LÆRING OG VEIEN VIDERE:

- Ved systematisk forbedringsarbeid er det mulig å «minne gapet mellom beste praksis og reell praksis».
- Forbedringsarbeid tar tid. I 2017 klarte vi å følge 50 % av pasientene i NY RA, i 2018 og 2019 over 90 % av pasientene.
- Det er motiverende å se så mange pasienter oppleve at behandlingen gir nær symptomfrihet. Vi vet at rask remisjon reduserer risikoen for leddødeleggelse og komplikasjoner.
- Svært gode resultater er oppnådd med «Trinn 1» i behandlingen uten behov for biologisk behandling.
- Det har vært helt nødvendig med betydelig innsats og vilje fra alle leger, sykepleier og helsesekretærer ved seksjonen.
- Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra pasientene, de er godt fornøyd med oppfølging hos både sykepleier og lege. Vi har dessverre ikke dokumentert pasienttilfredshet systematisk.
- Vi må fortsette å jobbe systematisk for å følge alle pasientene i NY RA.
- Erfaringene kan brukes til å bedre pasientforløp også for pasienter med andre diagnoser.

«Vaner vs nytenkning» – vi må ha begge deler!



Ja, vi er også normalfordelt når det kommer til å prøve noe nytt



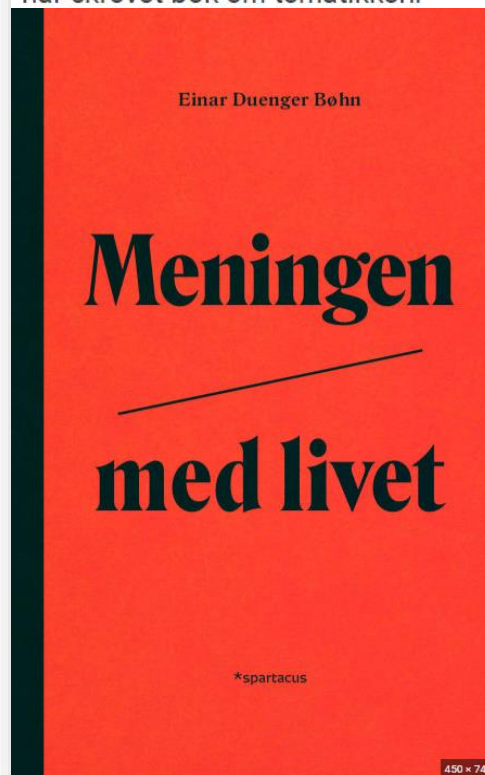
Å stadig forbedre oss...

Å delta i forbedringsarbeid gir økt jobbglede, mindre utbrenthet, økt kvalitet og økt pasientsikkerhet

Godt arbeidsmiljø er svært viktig for pasientsikkerheten

UiA-professor presenterer meningen med livet

– Meningen med livet er å forbedre oss, sier Einar Duenger Bøhn. Han har skrevet bok om tematikken.



Filosofiprofessor Einar Duenger Bøhn har skrevet sin første bok på norsk, Meningen med livet.

– Det høres ut som en streng og kravstor teori at meningen med livet er at vi stadig skal forbedre oss?

– Litt streng og masete, ja, men den er sann, da, sier Duenger Bøhn, professor i filosofi ved Universitetet i Agder (UiA).

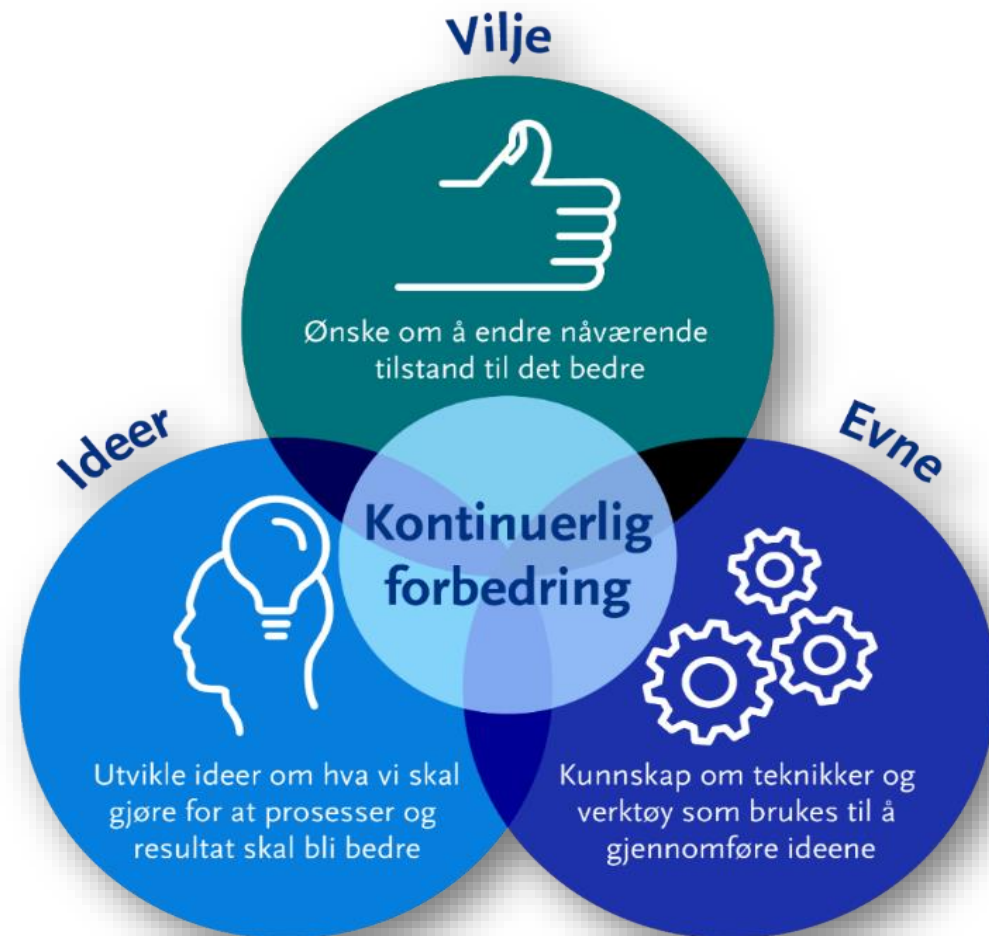
**Helsevesenet står overfor store utfordringer med behov for radikale endringer og implementering i stadig høyere tempo
– samtidig som vi ikke vet hvordan driften skal gå rundt**



Grunnleggende før du starter

- Gir det bedre pasientbehandling?
- Gir det bedre kvalitet?
- Gir det bedre arbeidsmiljø?

- Og er det bærekraftig over tid?



Tre suksessfaktorer for systematisk forbedringsarbeid

Informasjon

- Kontinuerlig og pålitelig info om **beste praksis (kunnskapsbasert)**
- Kontinuerlig og pålitelig info om **nåværende praksis (målinger)**
- Sammenligne egne prestasjoner med tilsvarende enheter (**benchmarking**)

Involvering

- Forankre og involvere **ledere** på alle nivå
- Engasjere **pasienter og pårørende** i forbedringsarbeid
- Forankre forbedringsarbeid i **aktuelle fagmiljø**
- Involvere **alle ansatte** som er berørt av endringene

Infrastruktur

- **System** basert på forbedringskunnskap
- **Tverrfaglige** forbedringsteam
- Utvikle **læringsystemer** tilpasset ulike profesjonskulturer
- Tilgang til **veiledning** i forbedringsarbeid
- Skape et oppfølgingssystem som sikrer **bærekraftige endringer**



Systematisk forbedringsarbeid

Forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen som metode – hva er det?

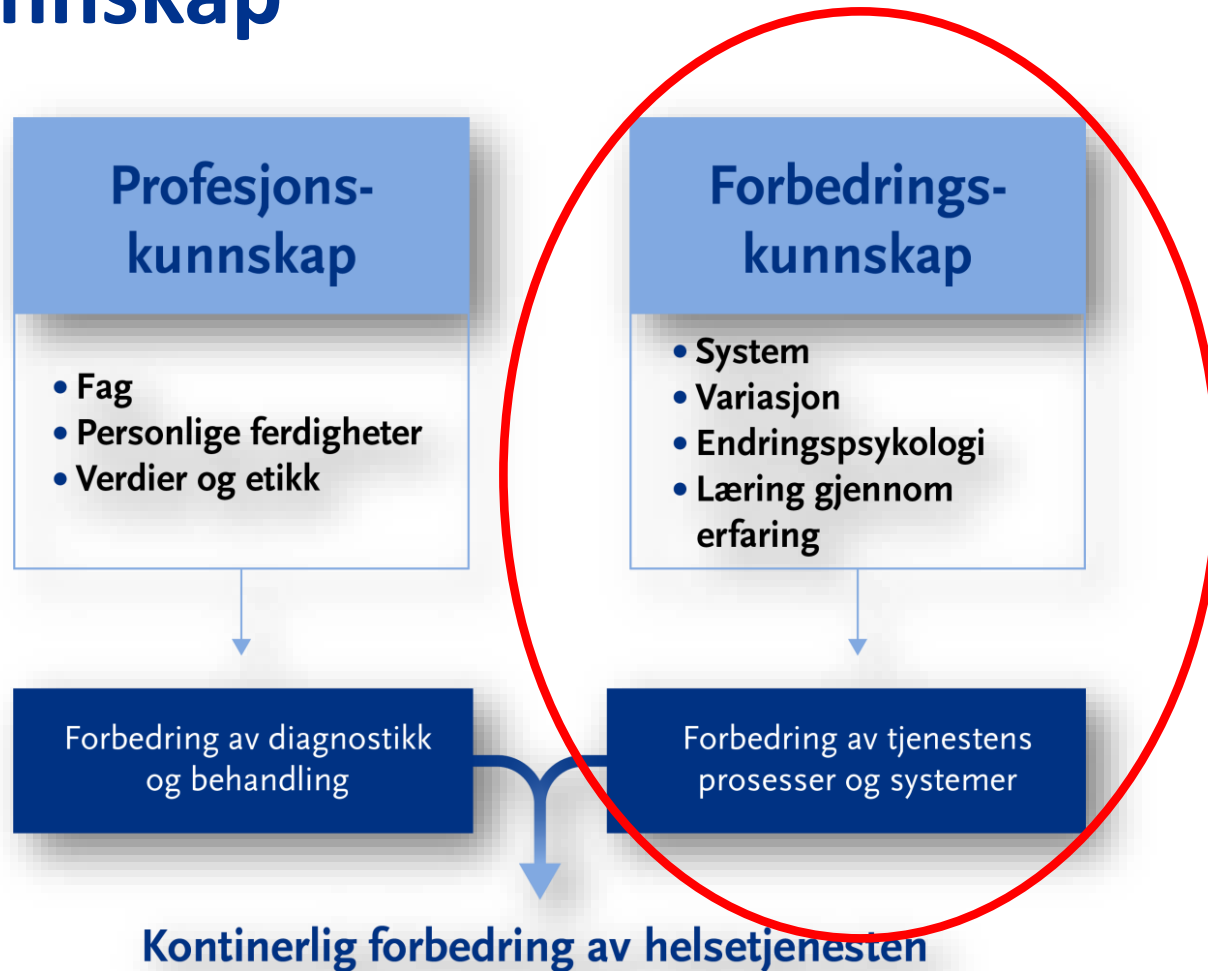
Definisjoner og forklaring av begreper «i forbedringsverden»

- Kontinuerlig forbedring
- Forbedringskunnskap
- Forbedringsmodellen (Model for Improvement) og fasene i et forbedringsarbeid
- Forbedringsverktøy

Kontinuerlig forbedring

- Et **begrep om utvikling**
- Handler om å ha et system, tankesett og kultur for å hele tiden ha fokus på læring og forbedring av tjenestene vi leverer
- **Ulike metoder** kan brukes for å få dette til

Forbedringskunnskap



Forbedringskunnskap (System of Profound Knowledge)

Systemer og prosesser

Har vi oversikt over prosessene relevant for arbeidet?

- Har vi beskrevet de prosesser det om handler om? Vet vi hvor utfordringene og mulighetene ligger?
- Hvordan vil en eventuelt ny prosess kunne se ut?
- Hvordan vil prosesser i din avdeling bli påvirket av og påvirke andre?

Variasjon

Hva vet dere om hvordan disse prosessene yter i dag?

- Hvilke tall eller annen informasjon har vi som sier noe om dette?
- I hvor stor grad er dagens nivå akseptabelt?
- Hvor stor er variasjonen avhengig av tidspunkt, sted osv.?

Endringspsykologi

I hvilken grad har vet vi om de ansatte er klare for å endre?

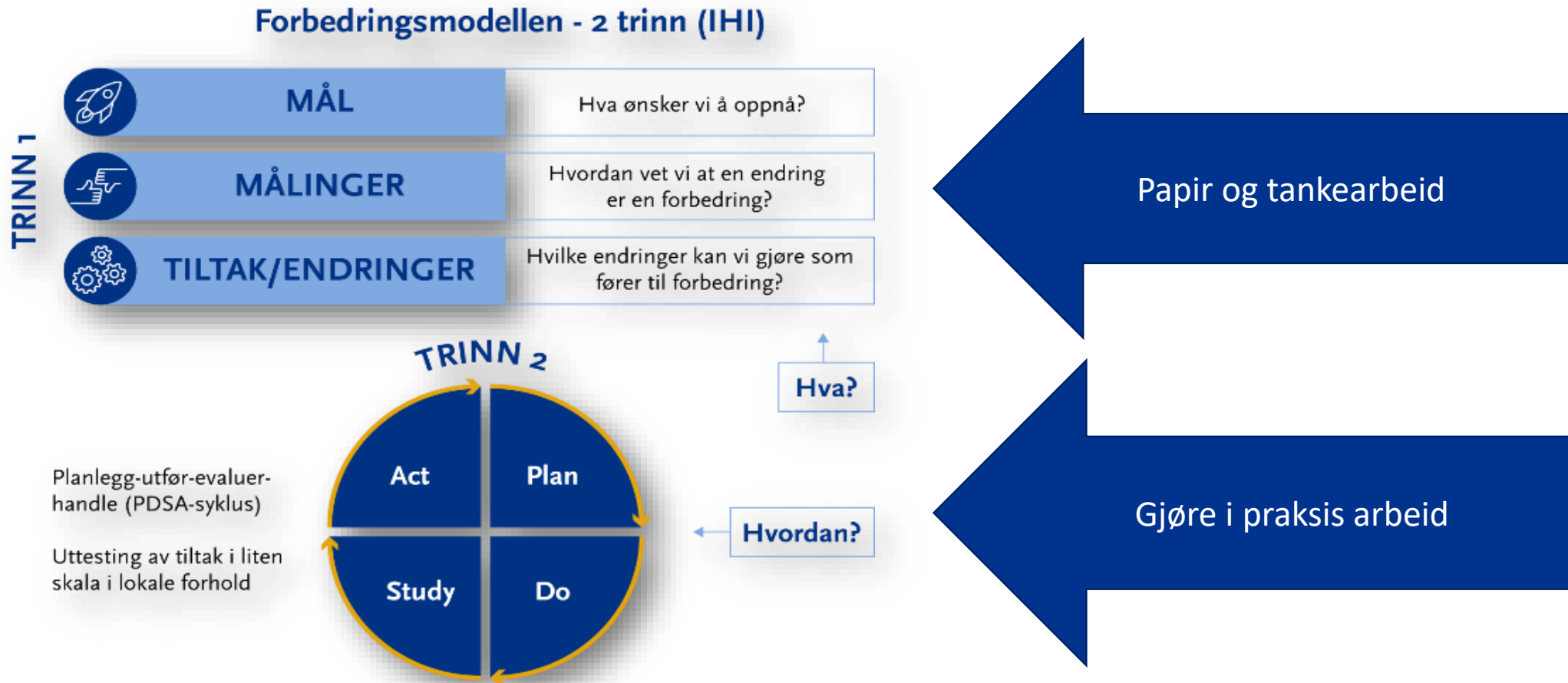
- Hvem vil bli involvert i arbeidet?
- Hvordan de stiller seg til det arbeidet som nå skal i gang?
- Hvilke planer har vi for å involvere og informere underveis i arbeidet?

Læring gjennom erfaring

Hvilke forutsetninger har vi for å teste ut ideer til ny måte å gjøre det på?

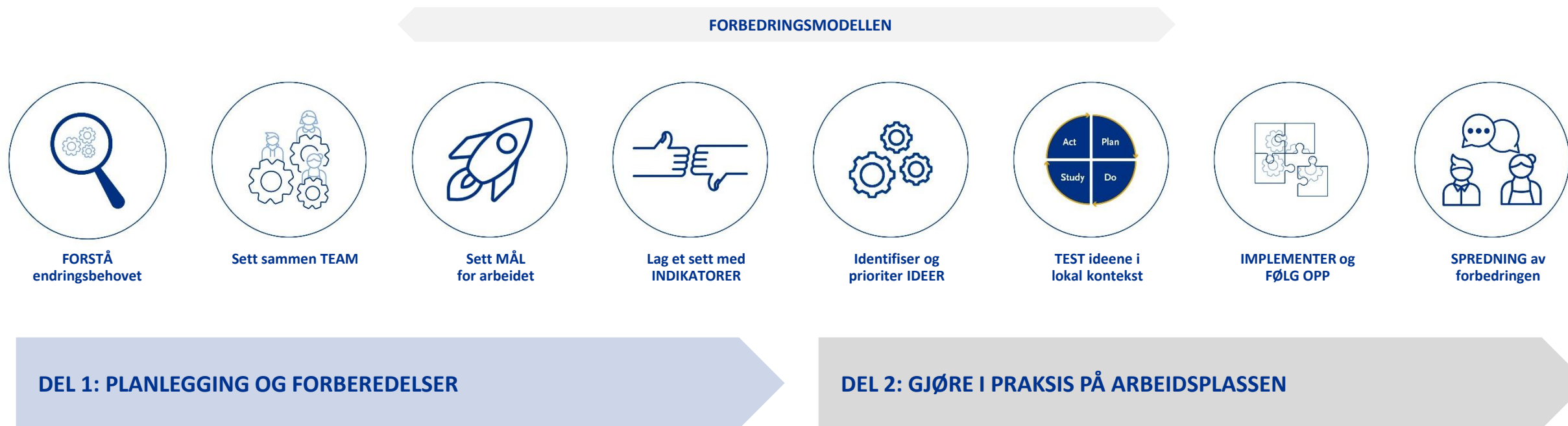
- Hvilke oppfatninger de ansatte har om hva endringen betyr for dem?
- Hvor åpne er vi for å løfte og utforske nye ideer?
- Hvilken erfaring har vi med å teste ut ideer i praksis fra før?

Forbedringsmodellen (Model for Improvement)



Ved praktisk gjennomføring av forbedringsarbeid jobber vi gjennom 8 hovedfaser

Fasene i et forbedringsarbeid



← Aktiv endringsledelse, vurdering om endringene fører til omstilling samt behov for risikostyring er viktig hele veien! →

...og vi bruker ulike forbedringsverktøy underveis i arbeidet der det er nødvendig...

Kan vi få til at helsearbeidere har en arbeidssituasjon der de kan bidra med utvikling av enda bedre tjenester i tillegg til å utføre tjenestene?



FORSTÅ
endringsbehovet



Sett sammen TEAM



Sett MÅL
for arbeidet



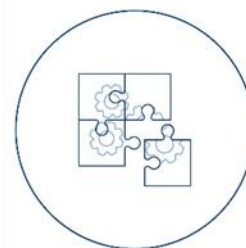
Lag et sett med
INDIKATORER



Identifiser og
prioriter IDEER



TEST ideene i
lokal kontekst

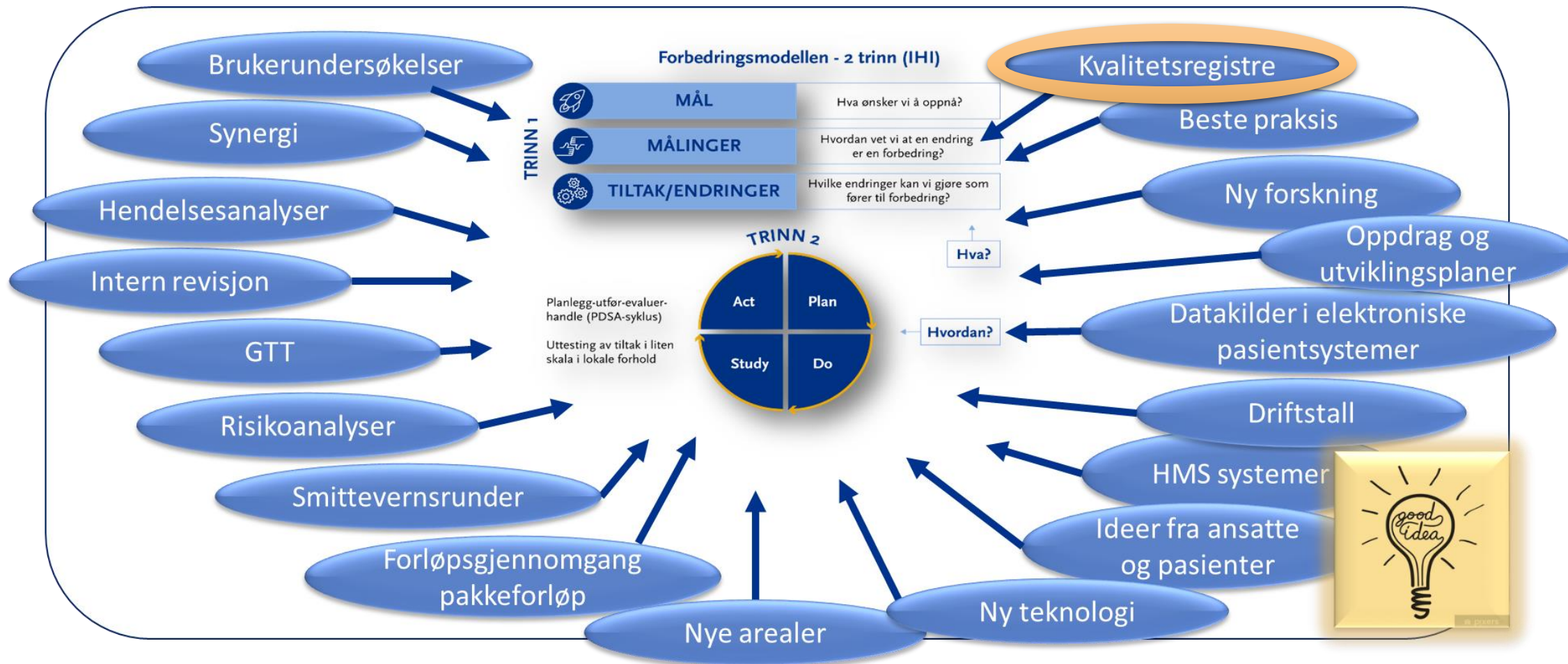


IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

Forbedringsmodellen er en felles metode for å få til forbedring i praksis



Bruk ressurspersoner i rommet underveis i arbeidet!

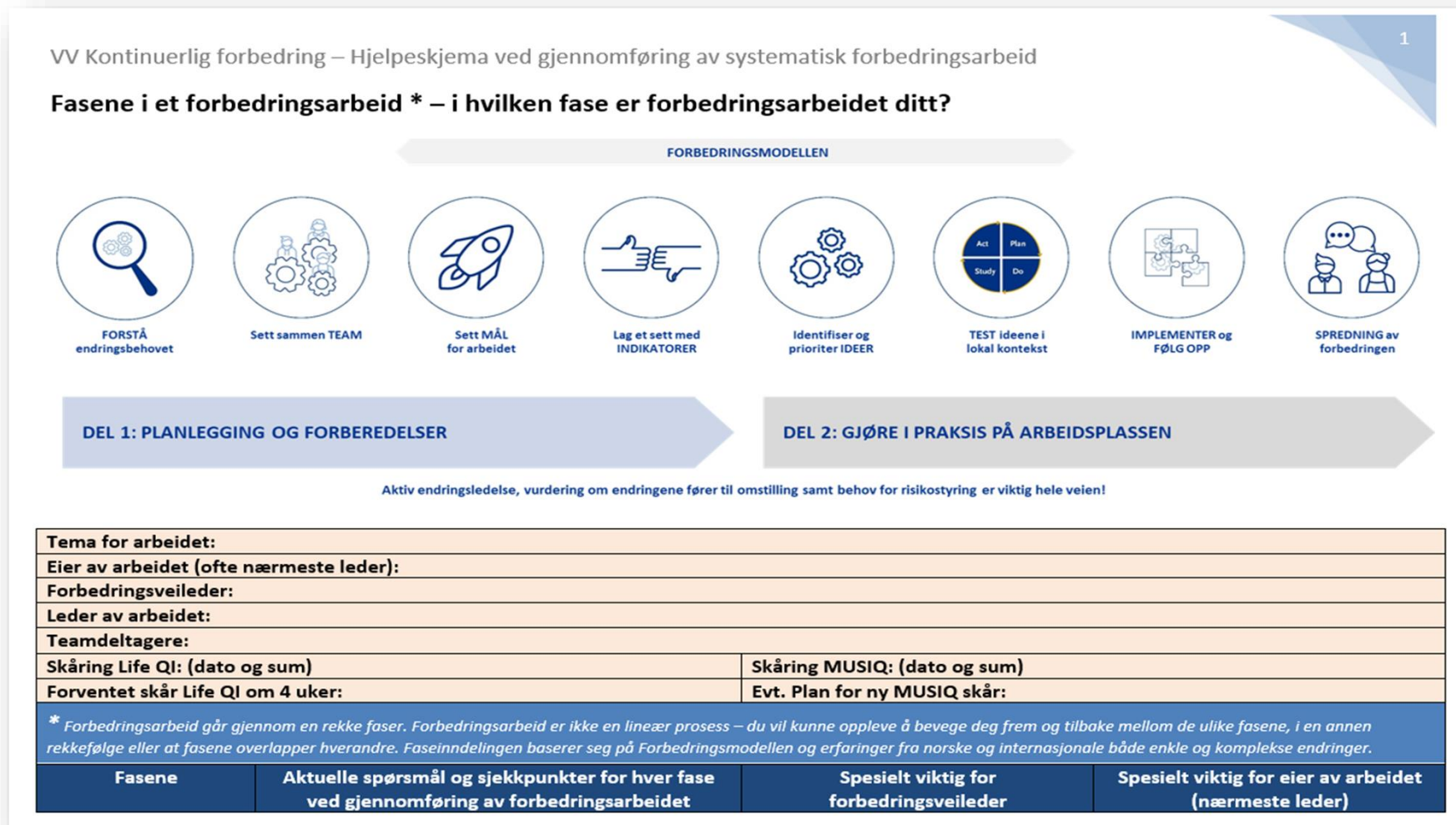
Arbeidsøkt:

NorArtritt, NorVas eller Revnatus

Oppgave	Tidsbruk (omtrent)	Aktuelle verktøy
Velg område å jobbe med Sette deg inn i informasjonen og tallene fra registeret for din avdeling	Informasjon og forstå endringsbehovet 20 minutter	Baselinemålinger
Jobb med å forstå endringsbehovet		Fiskebensdiagram 5 x hvorfor Flytskjema
Finne nye endringsideer og konkretisere endringsideene på valgte endringsområde	Identifisere og prioritere endringsideer 20 minutter	Brainwriting Brainstorming
Prioritere endringsideene som skal prøves i praksis		Prioriteringsmatrise Sorter endringsideer Driverdiagram
Lag PLAN for gjennomføring av test og innhenting av læring for aktuelle endringsideer: Fyll ut PDSA skjema med innledningen og PLAN delen av PDSA	Lage plan for testing av en ide 20 minutter	PDSA syklus
Hva er teamets plan for arbeidet de neste 4 ukene	Lage plan for arbeidet neste 4 uker 10 minutter	Plan for aktiviteter

Fasene i et forbedringsarbeid

Til hjelp i ulike faser av forbedringsarbeidet



Før du går i gang er det viktig å forstå hva dere forsøker å forbedre og hvorfor

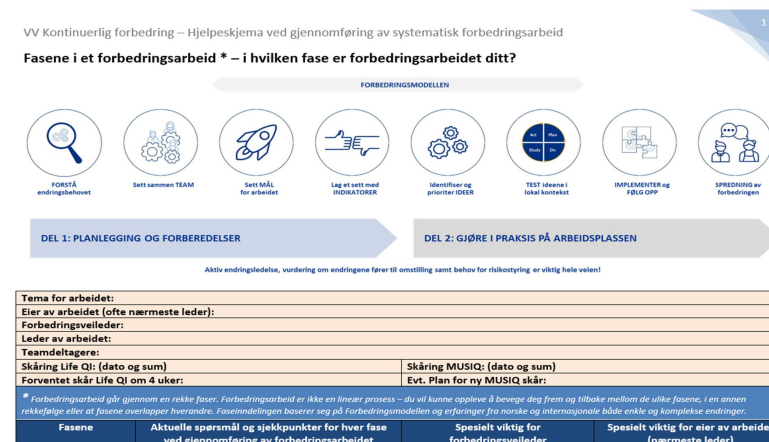
I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

Problemstilling:

- Hvilke data eller annen informasjon har du som viser at det er et behov for forbedring?
- Hvorfor er dette viktig for pasient, bruker, pårørende? For de ansatte? For leder og/eller for virksomheten?
- Hvordan vil du beskrive pasientflyt og/eller arbeidsoppgavene skjer der du jobber?
- I hvilken grad er det uønsket variasjon i tjenestene som leveres?
- Hvilke barrierer eller suksesskriterier er relevant for arbeidet?

Rationale = begrunnelse:

- Hvorfor er dette temaet viktig akkurat nå?
- Hva er mulig effekt for pasientene, brukerne, pårørende, ansatte og virksomheten for øvrig?
- Hvordan passer forbedringsarbeidet inn i virksomhetens strategier og prioriteringer?



Workshop

Kvalitetsregistre

Kvalitetsregistrene



FORSTÅ
endringsbehovet



Sett sammen **TEAM**



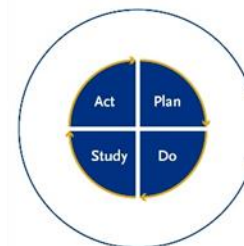
Sett **MÅL**
for arbeidet



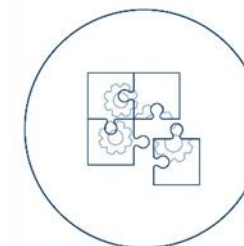
Lag et sett med
INDIKATORER



Identifiser og
prioriter **IDEER**



TEST ideene i
lokal kontekst



IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

Er det et område vi forstår og vil gjøre noe med?
Har vi tall som viser hvordan det ser ut hos oss?

Verktøy TIPS:
Fiskebensdiagram
5 x hvorfor
Baselinemålinger
Flytskjema / prosesskartlegging
Pareto analyse

Hvem skal være med i forbedringsteamet og er teamet etablert?

Verktøy TIPS:
Interessent analyse
Sammensetning forbedringsteam
Roller og ansvar

Har vi et klart og tydelig mål for arbeidet?

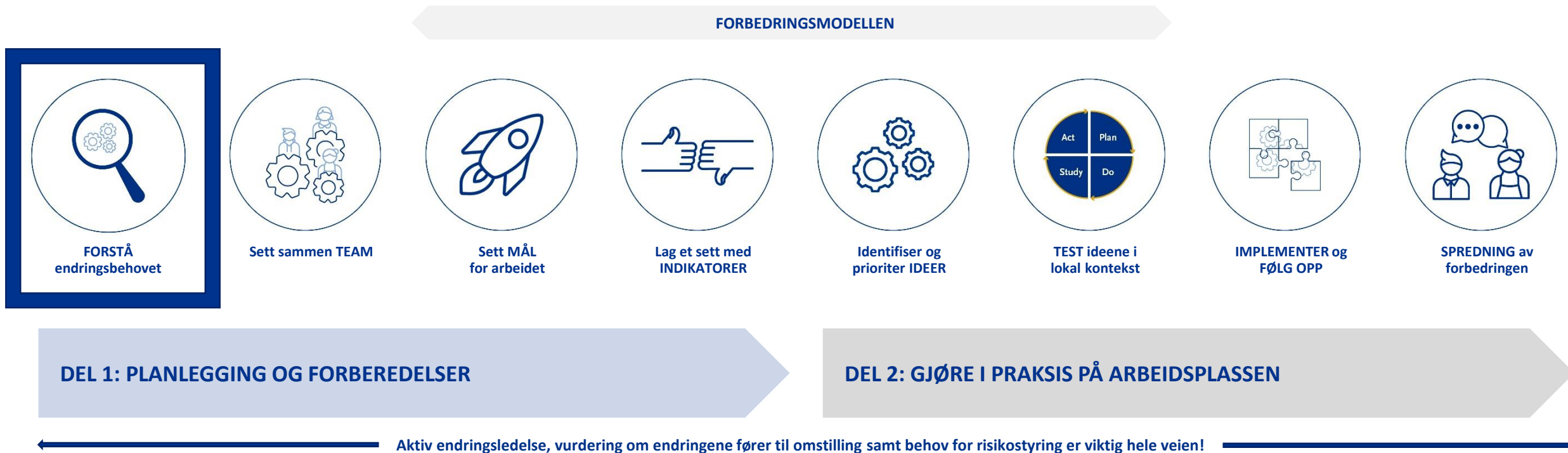
Verktøy TIPS:
Hva skal vi oppnå, hvor mye, for hvem innen når?
Og har vi et SMART mål?

Har vi etablert gode indikatorer for målinger i tidsserier ved hjelp av statistisk prosesskontroll for å se om endringene fører til ønsket forbedring?

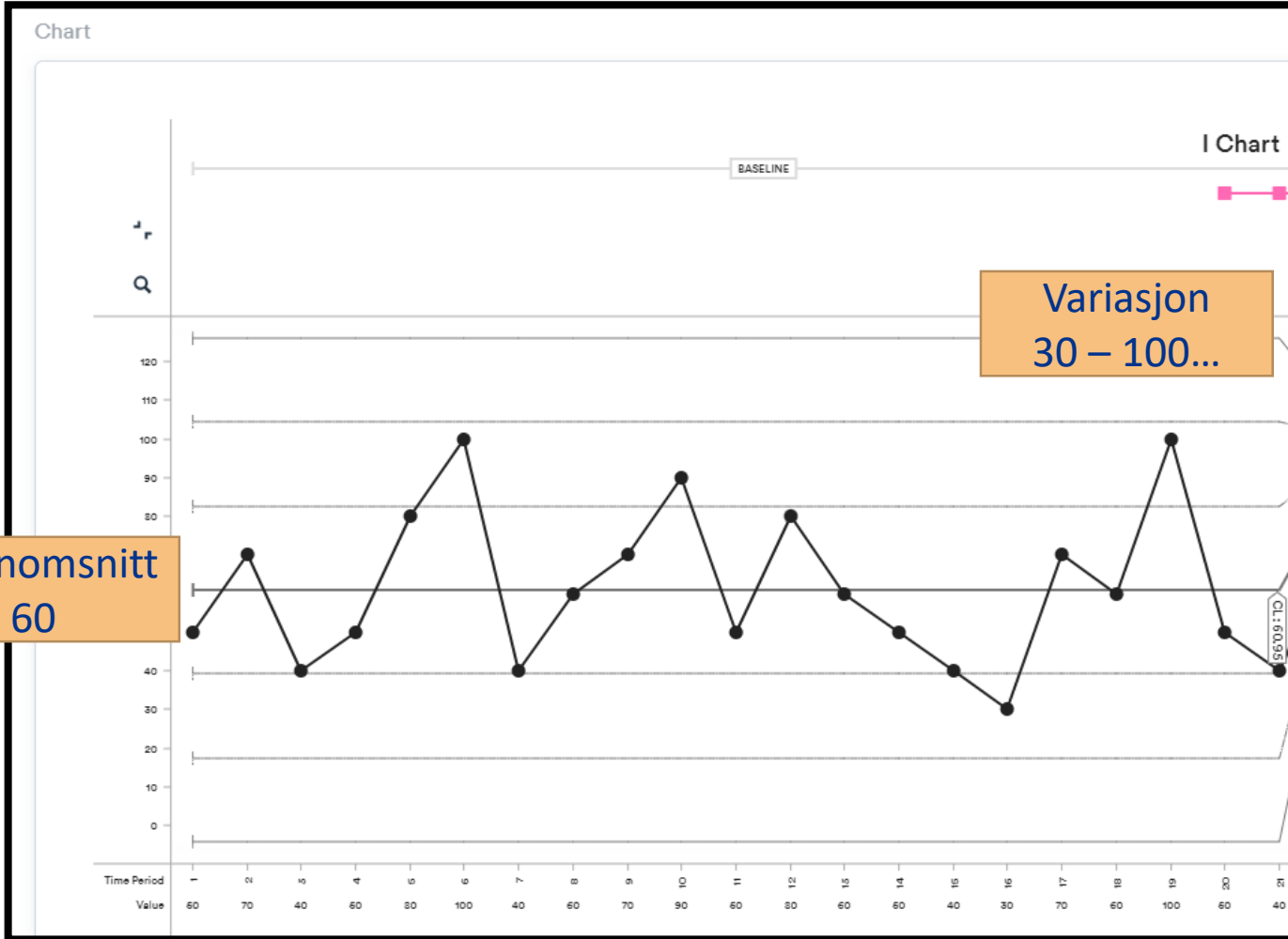
Verktøy TIPS:
Måleplan
Statistisk prosesskontroll med kontrolldiagrammer

--	--	--	--

Jobbe med eget forbedringsarbeid



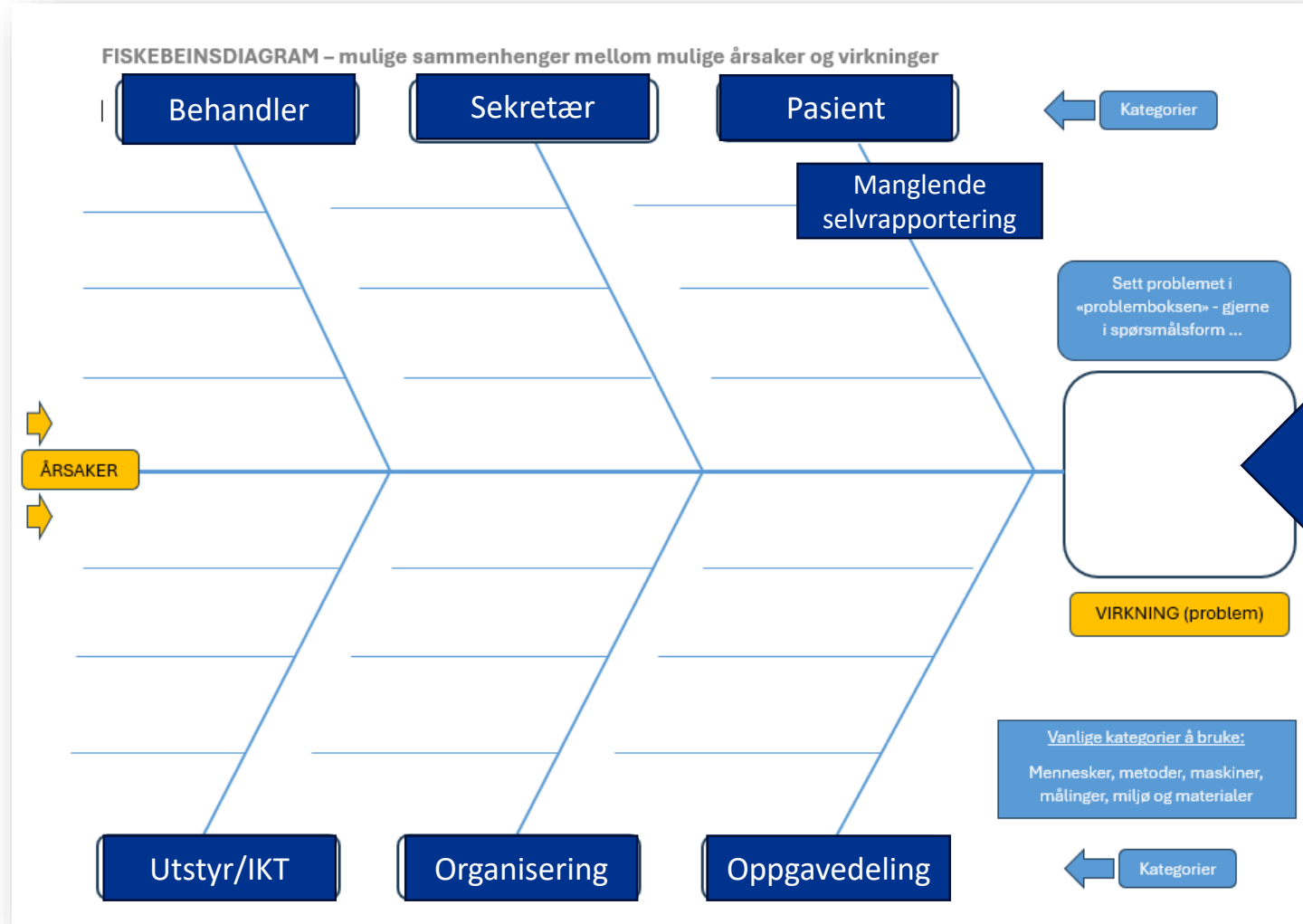
Baselinemåling



Per uke	Prosent
1	50
2	70
3	40
4	50
5	80
6	100
7	40
8	60
9	70
10	90
11	50
12	80
13	60
14	50
15	40
16	30
17	70
18	60
19	100
20	50
21	40

Hvordan ser det ut hos oss før vi starter endringsarbeidet? Har vi noen tall på dette?

Fiskebensdiagram



Pasientene starter ikke csDMARD innen 2 uker etter diagnose

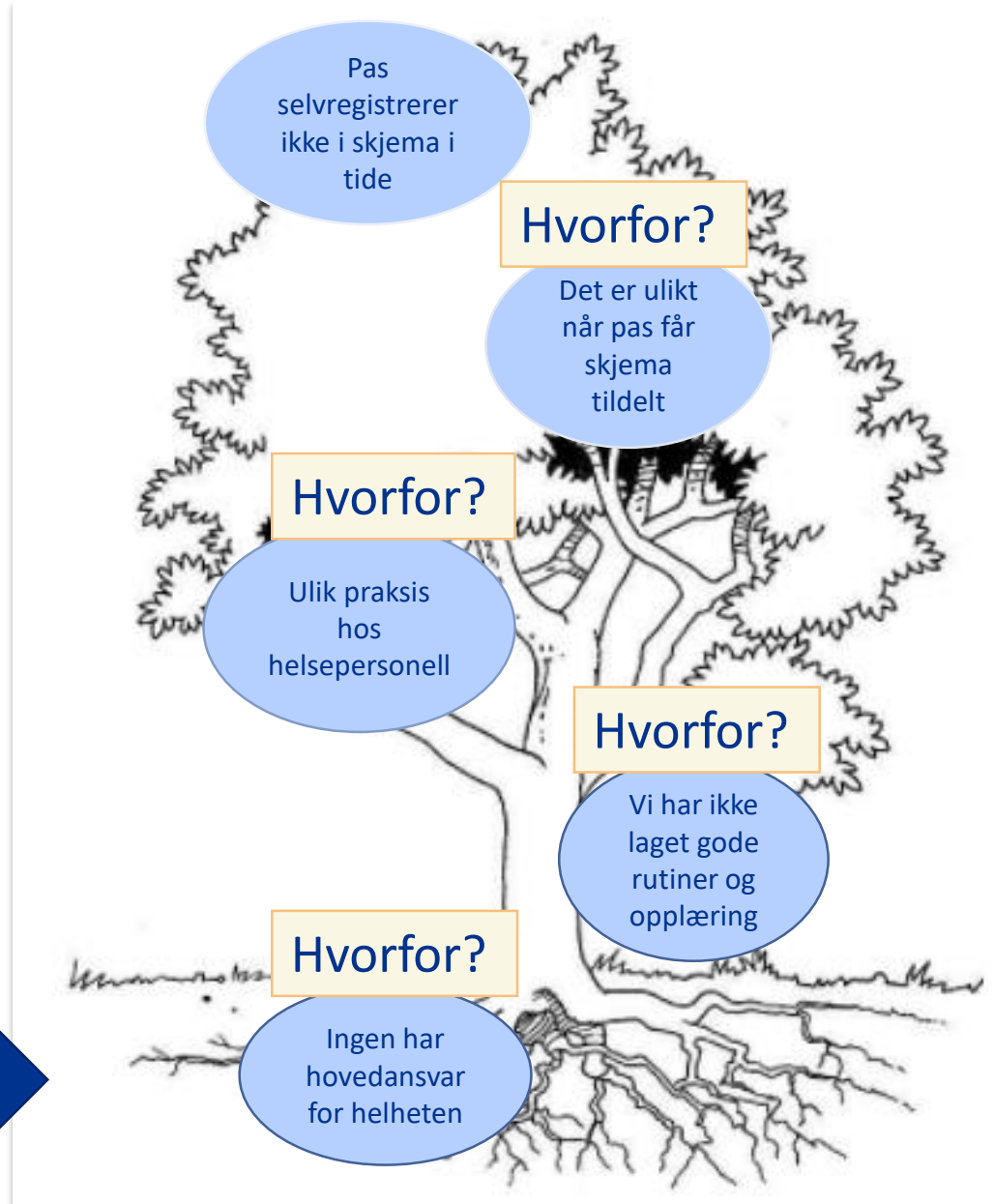
5 x hvorfor

Problem/utfordring ... Manglende selvrapportering fra pasientene

«Vi får ikke inn selvrapportering slik vi ønsker/har beskrevet i pasientforløpet»

Hvorfor?

Rotårsaken/det egentlige problemet?

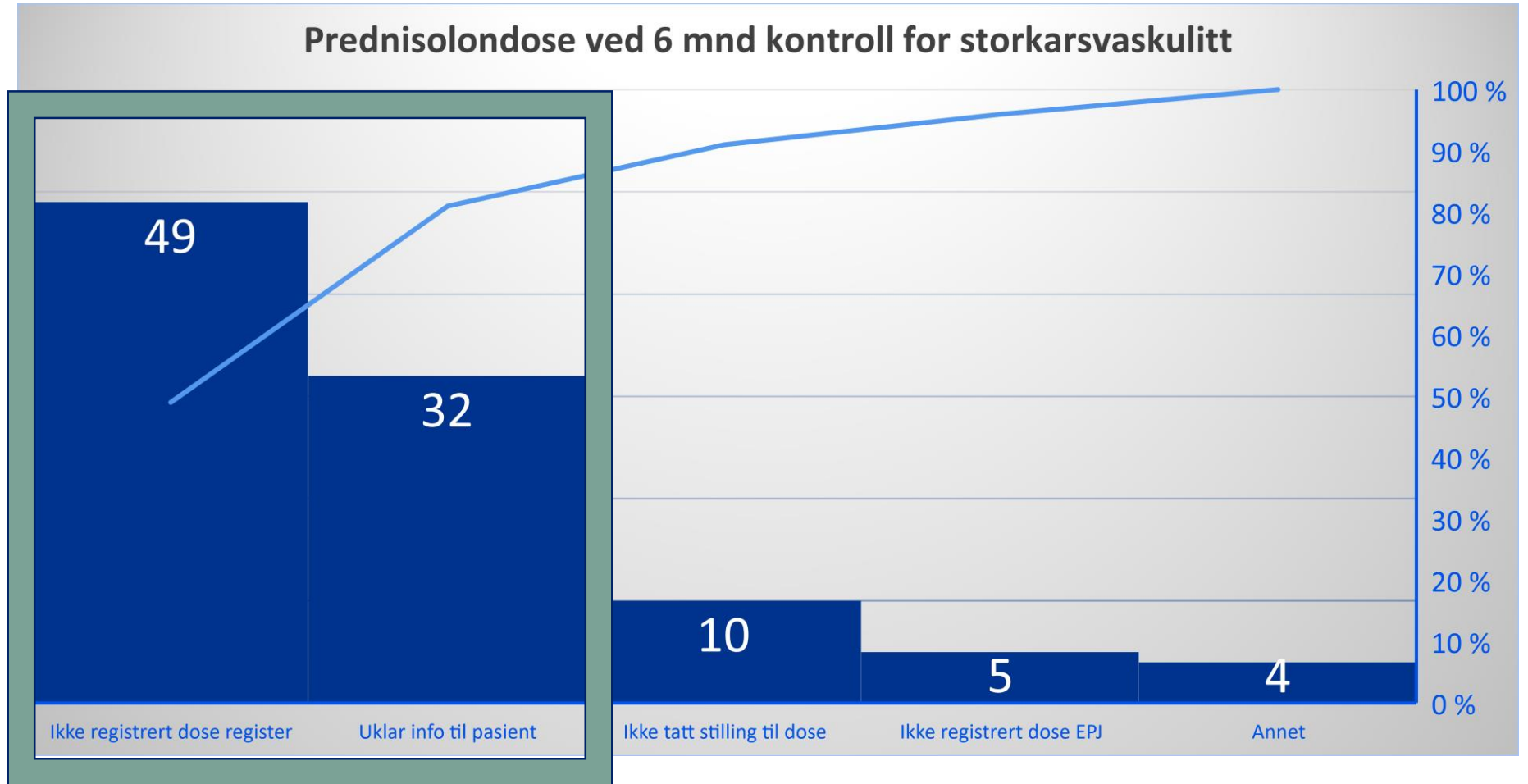


Flytskjema - svømmebaner

Arbeidsoppgave → Hvem utfører ↓	Pasient til konsultasjon	Beslutning om videre prednisolondose	Info om prednisolon til pasient	Dokumentasjon elektronisk pasientjournal	Dokumentasjon register	
Lege						
Sykepleier						
Helsesekretær						
Pasient						

Paretoanalyse

Kanskje vi kan gjøre noe her



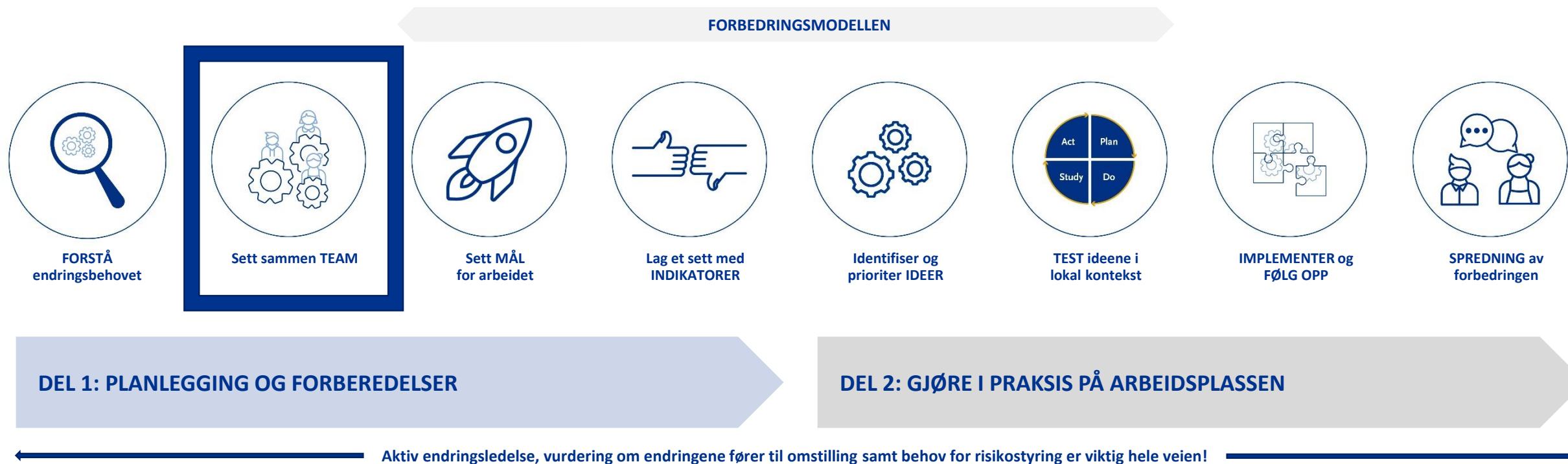
Bruk ressurspersoner i rommet underveis i arbeidet!

Arbeidsøkt:

NorArtritt, NorVas eller Revnatus

Oppgave	Tidsbruk (omtrent)	Aktuelle verktøy
Velg område å jobbe med Sette deg inn i informasjonen og tallene fra registeret for din avdeling	Informasjon og forstå endringsbehovet 20 minutter	Baselinemålinger
Jobb med å forstå endringsbehovet		Fiskebensdiagram 5 x hvorfor Flytskjema
Finne nye endringsideer og konkretisere endringsideene på valgte endringsområde	Identifisere og prioritere endringsideer 20 minutter	Brainwriting Brainstorming
Prioritere endringsideene som skal prøves i praksis		Prioriteringsmatrise Sorter endringsideer Driverdiagram
Lag PLAN for gjennomføring av test og innhenting av læring for aktuelle endringsideer: Fyll ut PDSA skjema med innledningen og PLAN delen av PDSA	Lage plan for testing av en ide 20 minutter	PDSA syklus
Hva er teamets plan for arbeidet de neste 4 ukene	Lage plan for arbeidet neste 4 uker 10 minutter	Plan for aktiviteter

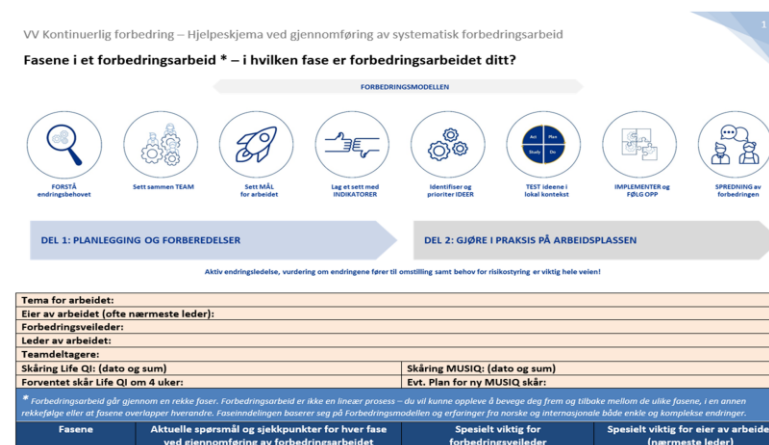
Jobbe med eget forbedringsarbeid



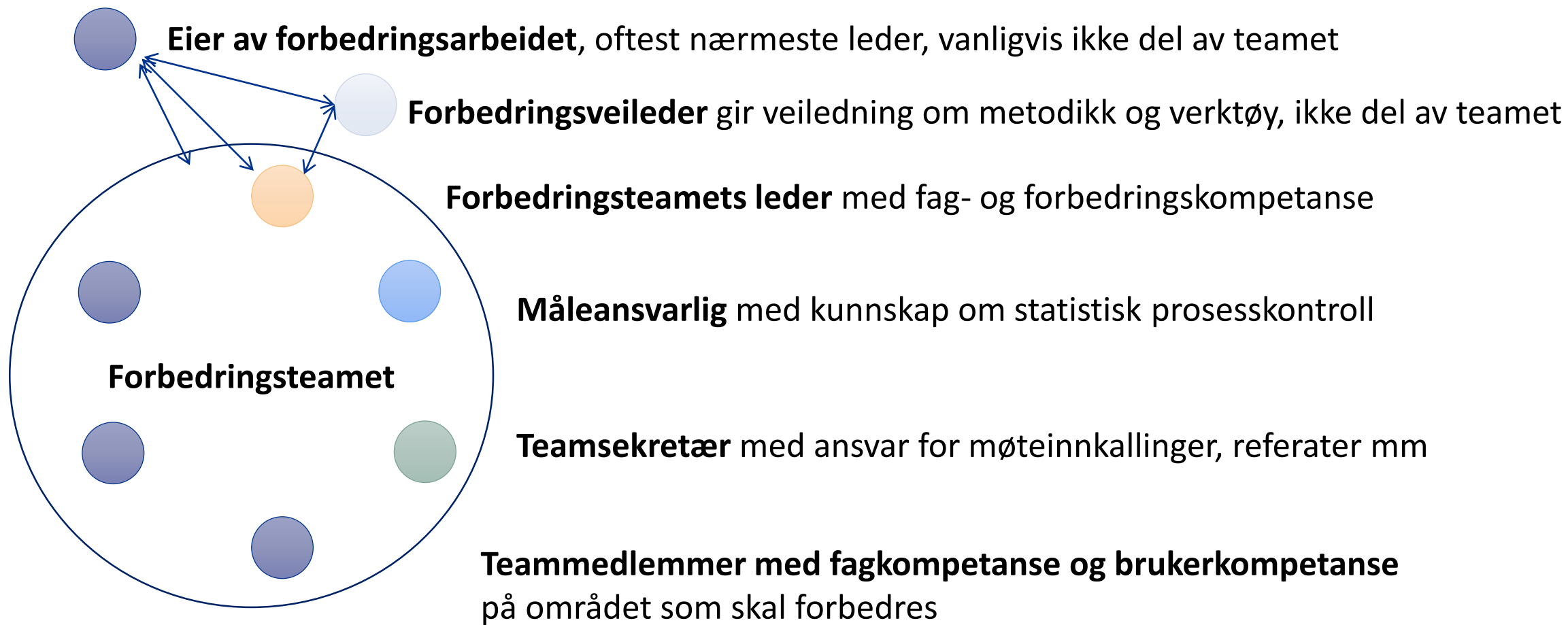
Det tverrfaglige forbedringsteamet skal drive arbeidet fremover

I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

- Er teamet tverrfaglig og representativt?
- Er det med fageksperter på området som skal forbedres? Er det forbedringskompetanse i teamet?
- Er det brukermedvirkning i teamet?
- Er rollene i teamet fordelt (leder, måleansvarlig, sekretær)?
- Er det satt av tid og rom for teamet?
- Kjenner teamet til formålet med arbeidet?
- Er det utarbeidet «teamregler» og møtестruktur?
- Er arbeidet lederforankret?



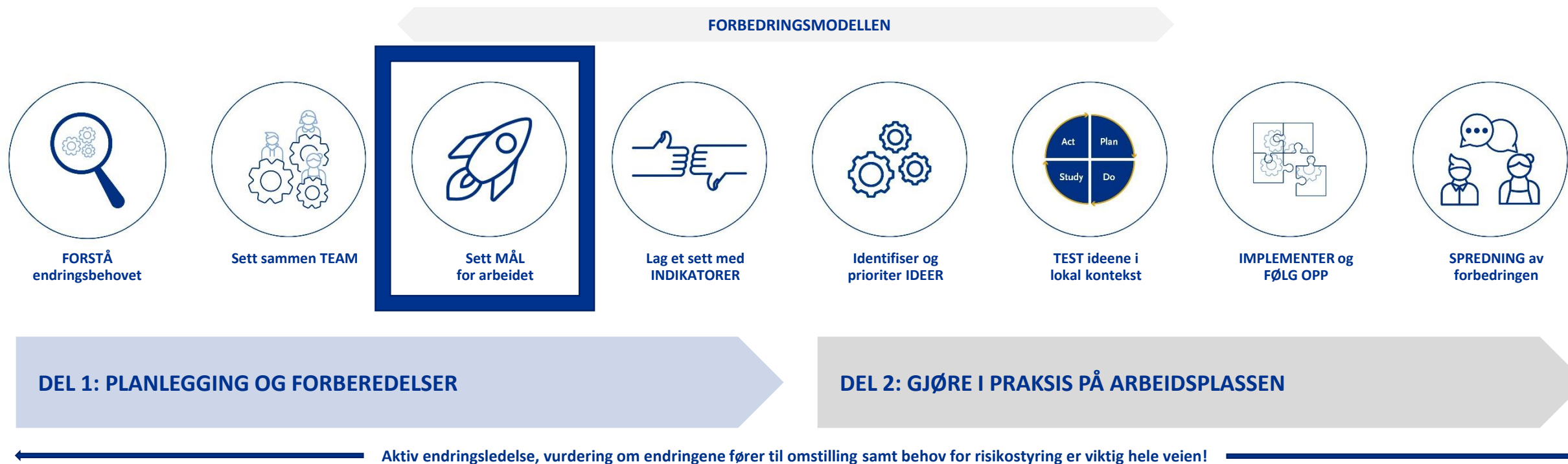
Forbedringsteam – sammensetning (anbefales vanligvis 3-6 teammedlemmer)



Interessentanalyse

Interessentanalyse				
Interessent	Hvorfor	Interesse	Innflytelse	Holdninger
Pasient, ansatt, leder, eksterne <input type="checkbox"/>	Hvorfor er interessenten viktig for prosjektet? Hvilken interesse har den i prosjektet? F.eks. ansvarsområder, oppgaver, fagkompetanse, etc. Hvorfor er interessenten viktig for prosjektet. <input type="checkbox"/>	1-4 (Lav – høy) <input type="checkbox"/>	1-4 (Lav – høy) <input type="checkbox"/>	(++), (+/-), (--) Fra svært positiv <input type="checkbox"/> svært negativ.

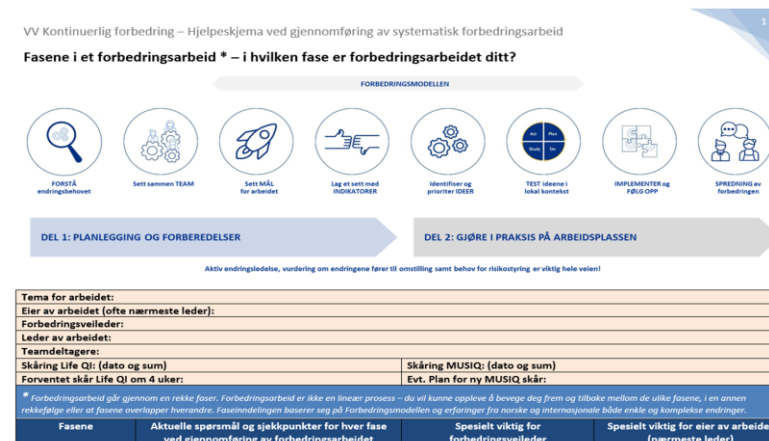
Jobbe med eget forbedringsarbeid



For å vite hva dere skal oppnå med arbeidet må det settes et klart og tydelig mål

I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

- Lag et klart og tydelig mål ved å svare på:
HVA skal vi oppnå, HVOR MYE, For HVEM, INNEN NÅR.
- Vurder deretter om målet er SMART: Spesifikt - Målbart - Attraktivt - Realistisk - Tidsbestemt.
- Hvilke avtaler er gjort for å forankre målet hos ledere?
- Hvordan er målet gjort kjent for forbedringsteam og medarbeidere som berøres av endringene.



Presist og SMART mål

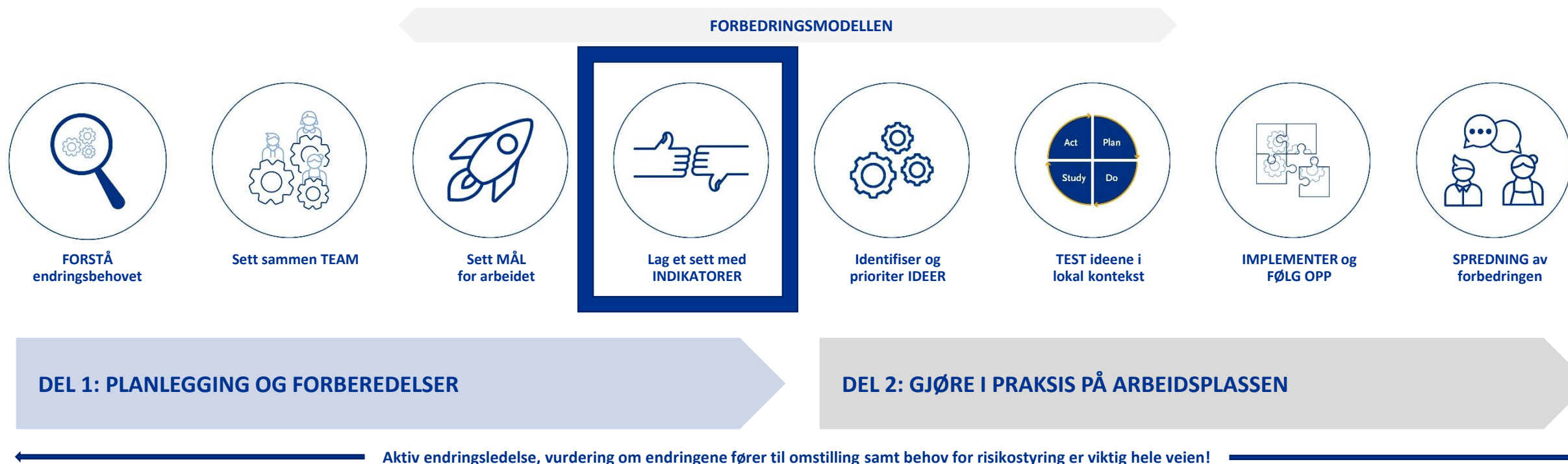
HVA ønsker vi å oppnå?
Hvor MYE?
For HVEM?
Innen NÅR?

Målformuleringen din skal svare på dette!

Og tenk i tillegg på om målet ditt er SMART!



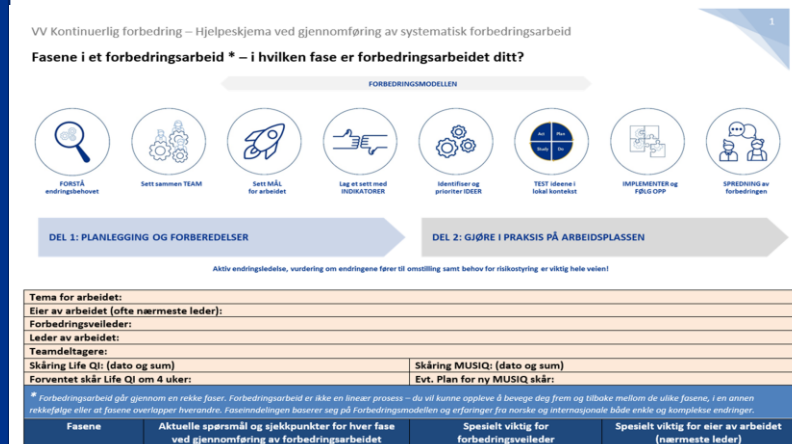
Jobbe med eget forbedringsarbeid



Målinger i tidsserier viser dere om endringene fører til forbedring og målet deres nås

I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

- Bruk et sett med målinger for å vurdere om endringene du gjør fører til forbedringer.
- Du bør vurdere å ha tre typer målinger:
 - Resultatmåling - belyser målet for dette arbeidet
 - Prosessmåling - belyser noen av prosessene/endingene du gjør
 - Balansert måling (ulempemåling) - belyser om endringen påvirker noen andre eller et annet sted i systemet
- Du kan starte med å lage en måleplan:
 - Beskriv hva skal dere måle og hvilke trinn dere må følge for å måle det konsekvent
 - Gi en detaljert beskrivelse av hvordan og når dataene skal samles inn, og av hvem
 - Velg av riktig kontrolldiagram
- Husk å bruke data aktivt underveis i arbeidet og del med andre



Det jeg vil telle eller måle – må det alltid være et tall?

- JA, det må være et tall, men mange kvalitative data kan omgjøres til tall
- Eksempler:
 - Sjekklistor på kvalitet – Antall punkter JA / totalt antall punkter = prosent
 - Spørreundersøkelser – skala 1-5, for eksempel prosent svart 4 eller 5

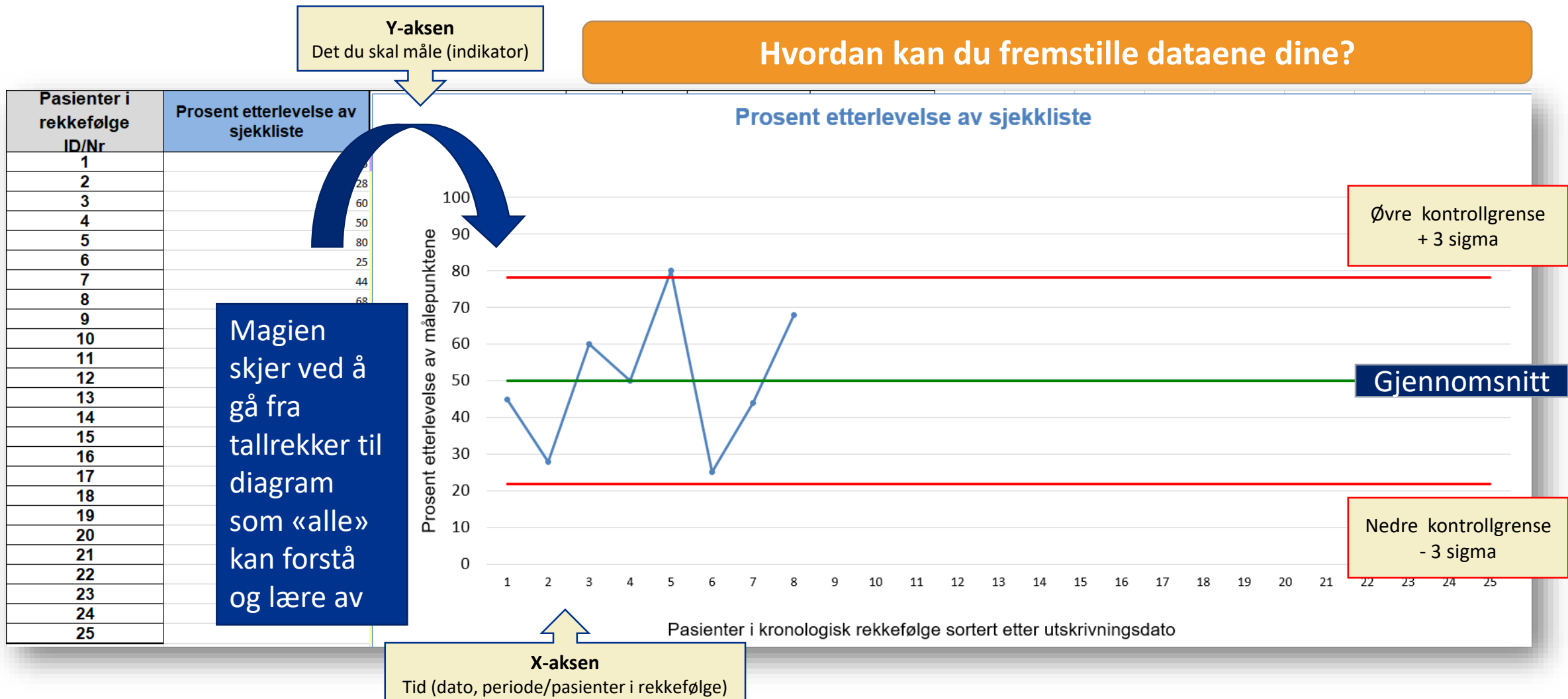
MÅLEPLAN

MÅLENAVN	OPERASJONELL DEFINISJON	DATA INNSAMLING	UTKOMME/ RESULTAT	PROSESS	BALANSERT/ ULEMPE	DIAGRAM TYPE

Definisjon:
SPC er en grafisk, statistisk analysemetode, som brukes til å visualisere kvalitetsmålinger og studere variasjon i data over tid

Statistisk prosesskontroll(SPC) - kontrollidiagram

Hvordan kan du fremstille dataene dine?



Innen 03.02.22 skal alle obligatoriske registerdata være 100% utfyllt hos alle som har samtykket til inklusjon i NorVas, og alle skal registrere seg ved hver konsultasjon.

1 linked measure

Andel riktig utfylte punkter i NORVAS ved hver kontroll, totalt 10 punkter. Mål 100 % hver gang

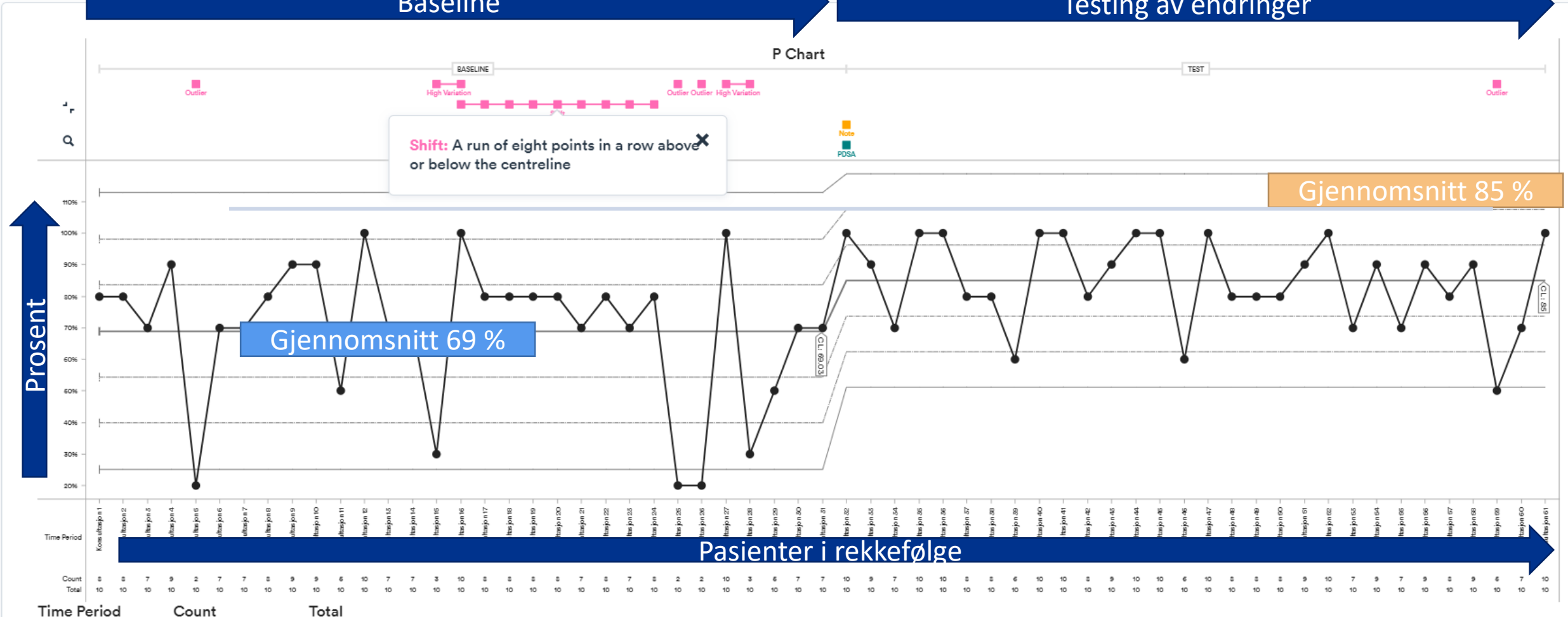
Baseline

Testing av endringer

Chart

Edit

P Chart



Pause



Bruk ressurspersoner i rommet underveis i arbeidet!

Arbeidsøkt:

NorArtritt, NorVas eller Revnatus

Oppgave	Tidsbruk (omtrent)	Aktuelle verktøy
Velg område å jobbe med Sette deg inn i informasjonen og tallene fra registeret for din avdeling	Informasjon og forstå endringsbehovet 20 minutter	Baselinemålinger
Jobb med å forstå endringsbehovet		Fiskebensdiagram 5 x hvorfor Flytskjema
Finne nye endringsideer og konkretisere endringsideene på valgte endringsområde	Identifisere og prioritere endringsideer 20 minutter	Brainwriting Brainstorming
Prioritere endringsideene som skal prøves i praksis		Prioriteringsmatrise Sorter endringsideer Driverdiagram
Lag PLAN for gjennomføring av test og innhenting av læring for aktuelle endringsideer: Fyll ut PDSA skjema med innledningen og PLAN delen av PDSA	Lage plan for testing av en ide 20 minutter	PDSA syklus
Hva er teamets plan for arbeidet de neste 4 ukene	Lage plan for arbeidet neste 4 uker 10 minutter	Plan for aktiviteter

Workshop



FORSTÅ
endringsbehovet



Sett sammen TEAM



Sett MÅL
for arbeidet



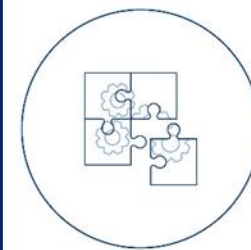
Lag et sett med
INDIKATORER



Identifiser og
prioriter IDEER



TEST ideene i
lokal kontekst



IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

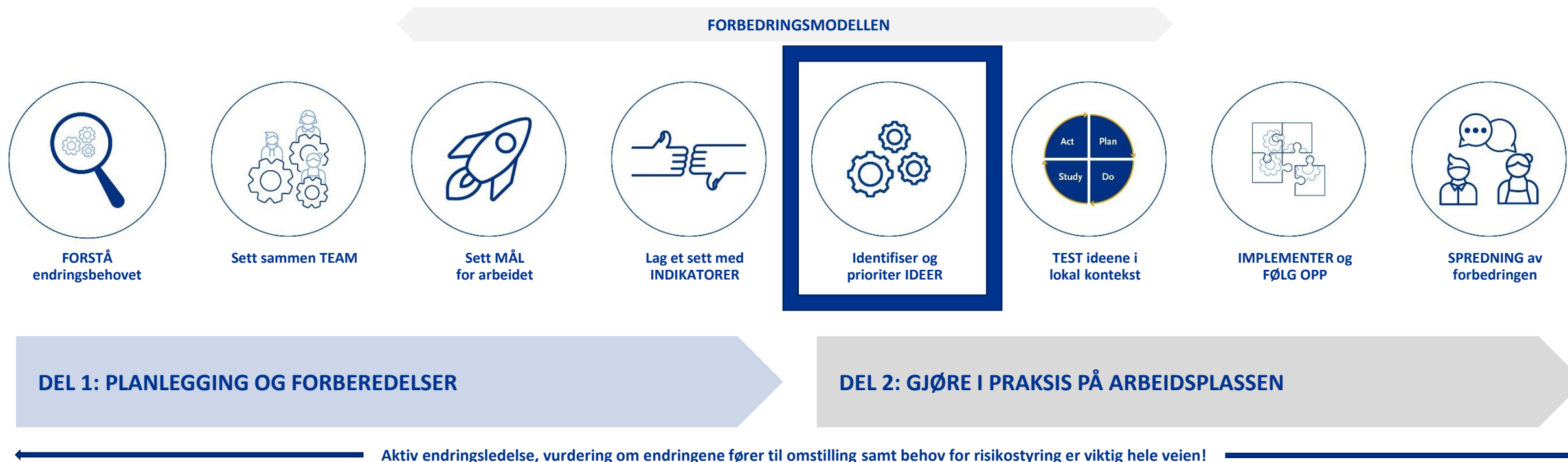
Har dere endringsideer som er robuste nok til å nå målsetningen? Hvilken ide tror vi mest på og vil prioritere og teste først?

Verktøy TIPS:
Nominell
gruppeteknikk.
Prioriteringsmatrise

Har dere testet endringsideene og vet dere om de fungerer i praksis eller ikke?

Verktøy TIPS:
PDSA
Småskalatesting

Jobbe med eget forbedringsarbeid



For å oppnå forbedring må dere finne måter å gjøre ting annerledes på

I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

- Forbedringsteamet skal sammen med relevante medarbeidere identifisere og utvikle ulike ideer til endring for å nå målet.
- Først gjelder det å være kreativ og åpne opp for så mange ideer som mulig.
- Deretter er det viktig at endringsideene vurderes, sorteres og prioriteres.
- Har teamet utarbeidet et sett med endringsideer som de skal teste i sin kontekst?
- Kan noen av ideene testes allerede nå i liten skala?
- Har teamet kommet med endringsideer som er robuste nok til å nå målsetningen?

VV Kontinuerlig forbedring – Hjelpeskjema ved gjennomføring av systematisk forbedringsarbeid

Fasene i et forbedringsarbeid * – i hvilken fase er forbedringsarbeidet ditt?



Tema for arbeidet:	
Eier av arbeidet (ofte nærmeste leder):	
Forbedringsveileder:	
Leder av arbeidet:	
Teamdeltagere:	
Skåring Life QI: (dato og sum)	Skåring MUSIQ: (dato og sum)
Forventet skår Life QI om 4 uker:	Evt. Plan for ny MUSIQ skår:

* Forbedringsarbeid går gjennom en rekke faser. Forbedringsarbeid er ikke en lineær prosess – du vil kunne oppleve å bevege deg frem og tilbake mellom de ulike fasene, i en annen rekkefølge eller at fasene overlapper hverandre. Faseinndelingen baserer seg på Forbedringsmodellen og erfaringer fra norske og internasjonale både enkle og komplekse endringer.

Fasene	Aktuelle spørsmål og sjekkpunkter for hver fase ved gjennomføring av forbedringsarbeidet	Spesielt viktig for forbedringsveileder	Spesielt viktig for eier av arbeidet (nærmeste leder)
--------	--	---	---

Identifiser og prioriter ideer – forbedringsverktøy

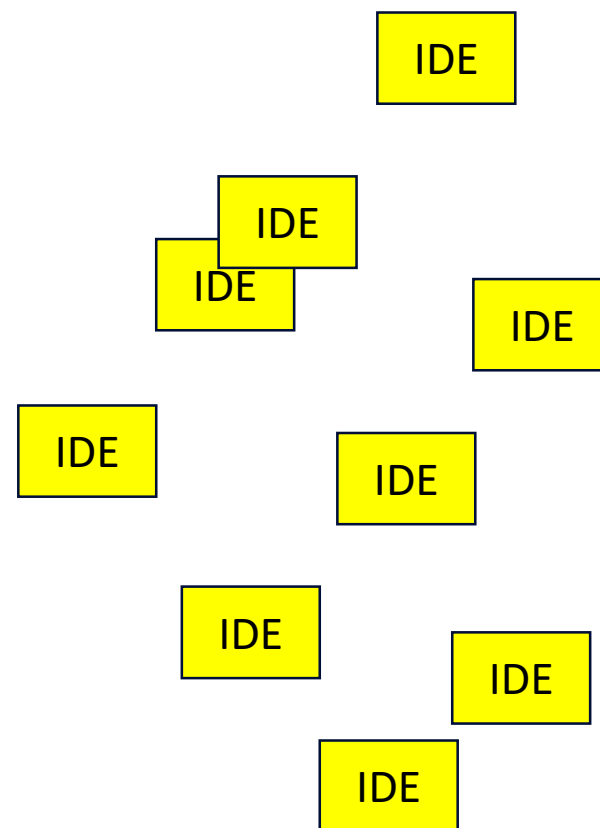
Strukturert brainwriting og brainstorming

Divergent (alle ideer er velkommen)
- få fram så mange ideer som mulig!!



Strukturert brainwriting og brainstorming

- Beskriv temaet som dere skal idemyldre rundt
- Hvert gruppemedlem skriver ned så mange ideer som mulig i stillhet innenfor et begrenset tidsrom. Hver ide skrives på en egen lapp
- Alle lappene plasseres synlig på bordet

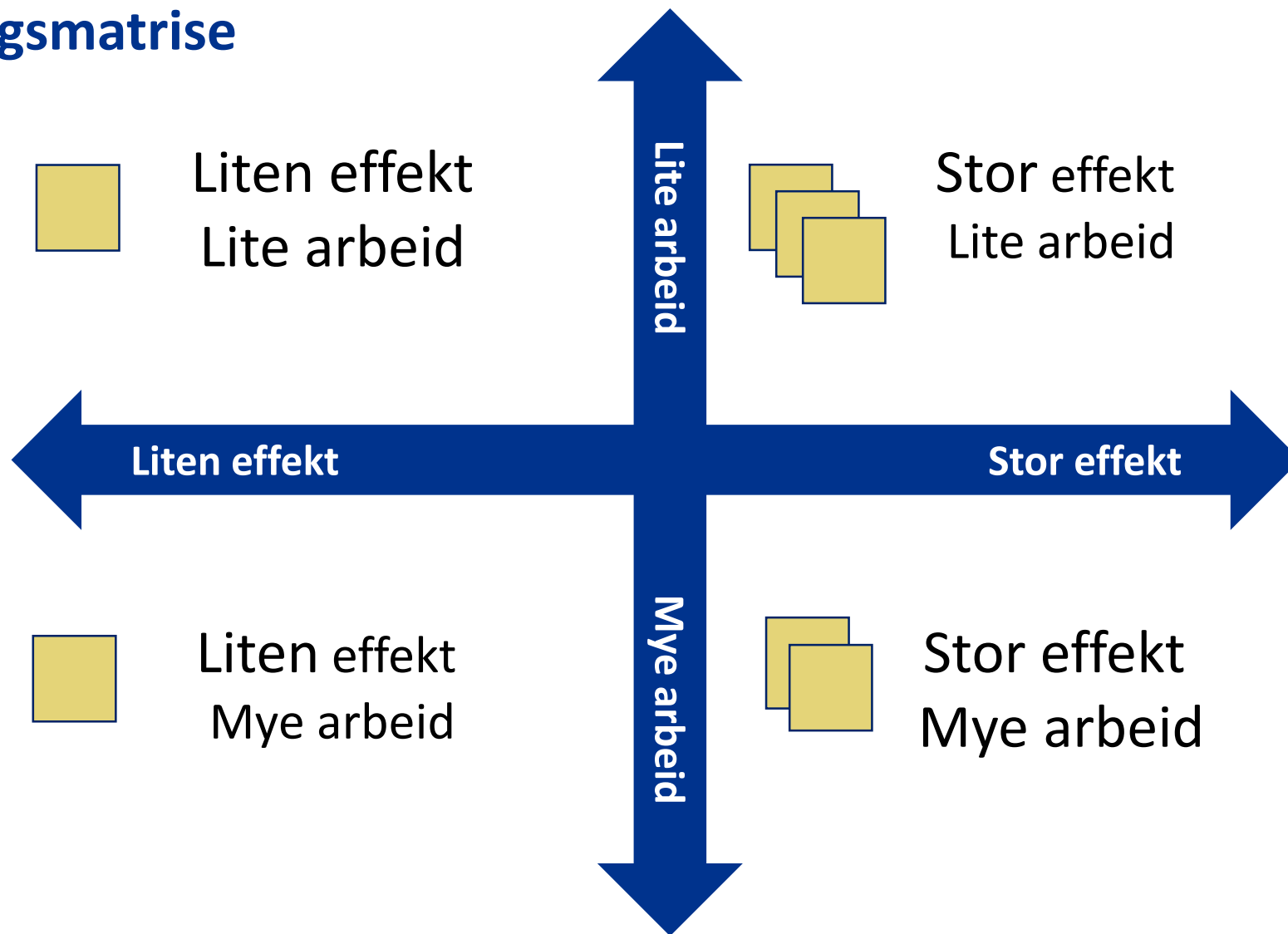


Nominell gruppeteknikk

Konvergent (sortere og prioritere ideer) –
-velge de ideene vi tror mest på (som deretter skal teste i praksis)



Prioriteringsmatrise



Identifiser og prioriter ideer – forbedringsverktøy

Sortere ideer og eventuelt “stemme på de beste ideene”

Tema	Tema	Tema	Tema	Tema
IDE				

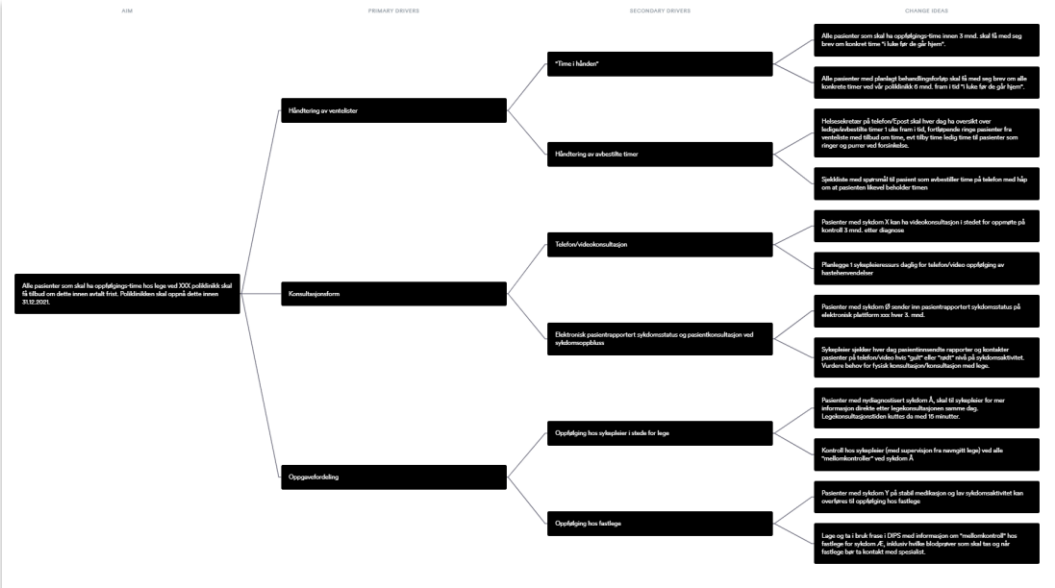
Driverdiagram

Fra sortering av ideer til starten på et driverdiagram

MÅL

	Primærdrivere	Sekundærdrivere og endringsideer
Tema		5 yellow boxes
Tema		2 yellow boxes
Tema		1 yellow box
Tema		4 yellow boxes
Tema		2 yellow boxes, 1 labeled 'IDE'

Disse kan du jobbe videre med og konkretisere og sette opp i et driverdiagram



Mål
HVA, for HVEM,
hvor MYE, innen NÅR
SMART mål

Primærdriver
Hva?

Sekundærdriver
Hvordan?

Konkret endringside
Teste i praksis

Minst 60 % av alle pasienter med nydiagnostisert storkarsvaskulitt ved revmatologisk avdeling XX sykehus, skal ha prednisolondose under eller lik 7,5 mg daglig ved kontroll 6 mnd etter diagnose. Måloppnåelse innen 01.06.2025

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

[Redacted]

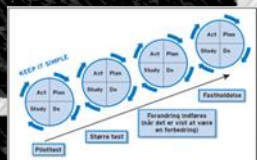
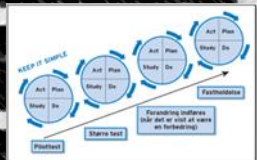
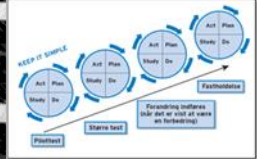
[Redacted]

HVORDAN

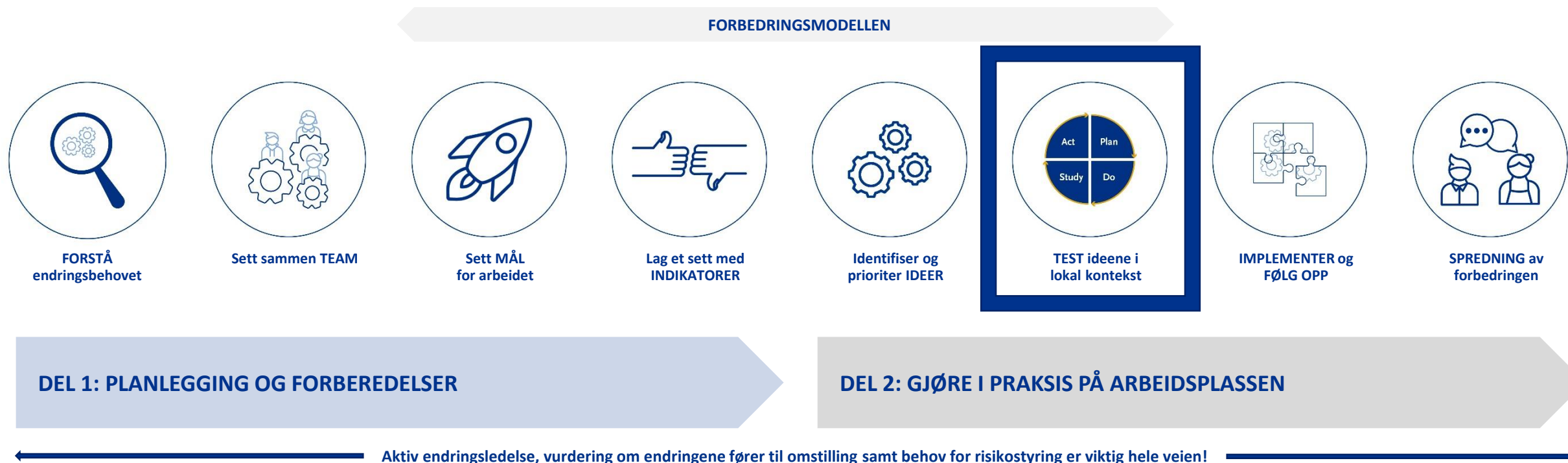
HVORFOR

Resultatmålinger
Balanserte målinger

Prosessmålinger



Jobbe med eget forbedringsarbeid



Bruk ressurspersoner i rommet underveis i arbeidet!

Arbeidsøkt:

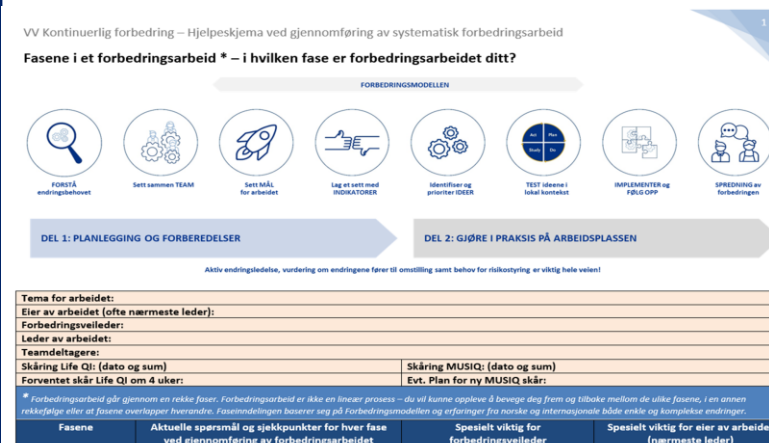
NorArtritt, NorVas eller Revnatus

Oppgave	Tidsbruk (omtrent)	Aktuelle verktøy
Velg område å jobbe med Sette deg inn i informasjonen og tallene fra registeret for din avdeling	Informasjon og forstå endringsbehovet 20 minutter	Baselinemålinger
Jobb med å forstå endringsbehovet		Fiskebensdiagram 5 x hvorfor Flytskjema
Finne nye endringsideer og konkretisere endringsideene på valgte endringsområde	Identifisere og prioritere endringsideer 20 minutter	Brainwriting Brainstorming
Prioritere endringsideene som skal prøves i praksis		Prioriteringsmatrise Sorter endringsideer Driverdiagram
Lag PLAN for gjennomføring av test og innhenting av læring for aktuelle endringsideer: Fyll ut PDSA skjema med innledningen og PLAN delen av PDSA	Lage plan for testing av en ide 20 minutter	PDSA syklus
Hva er teamets plan for arbeidet de neste 4 ukene	Lage plan for arbeidet neste 4 uker 10 minutter	Plan for aktiviteter

For å vite om ideene fungerer i praksis må dere teste dem der endringen skal skje

I DENNE FASEN ER DET VIKTIG FOR FORBEDRINGSTEAMET Å JOBBE MED

- Testing i praksis er selve motoren i forbedringsarbeidet og må gjøres i praksis av de som påvirkes av endringen på egen arbeidsplass.
- Et viktig prinsipp er å starte i liten skala
- Hovedhensikt er læring og justering for å finne ut om endringene fungerer i praksis
- Gjør systematisk testing ved PDSA:
 - Plan: (Beskriv endringsideen og hva dere tror dere vil oppnå hvis denne ideen viser seg å fungere i praksis. Planlegg hvem og hva som skal testes og hvordan dere vil samle inn informasjon om hva som skjedde).
 - Do (ble testen utført som planlagt og informasjon innsamlet som planlagt)
 - Study (hva skjedde i forhold til forventet, hva har vi lært)
 - Act (forkaste ideen, teste mer, implementere)



PDSA – testing

Endringside/tittel på endringen (Hvilken endringside ønsker vi å teste):

Hva vil du oppnå med endringen (Mål for endringsideen):

Arbeidshypotese (Hvis vi gjør A, så forventer vi resultat B):

Test nummer:

Neste skritt besluttes (ACT)

- i. Testen er vellykket: Test hypotesen på flere og/eller under andre omstendigheter eller betingelser
- ii. Testen er delvis vellykket: Endre eller juster hypotesen og teste igjen
- iii. Testen er ikke vellykket: Forkast hypotesen og utarbeid en ny hypotese

1. Planlegg både testen og innsamling av informasjon (PLAN)

- Hva?
- Hvem?
- Hvor ?
- Når?
- Hvordan?



Analyser og lær (STUDY)

- Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen
- Gikk det som forventet? Hva gikk ikke som forventet? Hvorfor?
- Hva lærte du?

2. Utfør testen (DO)

- Ble testen og innsamling av informasjon som planlagt?
- Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser
- Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen

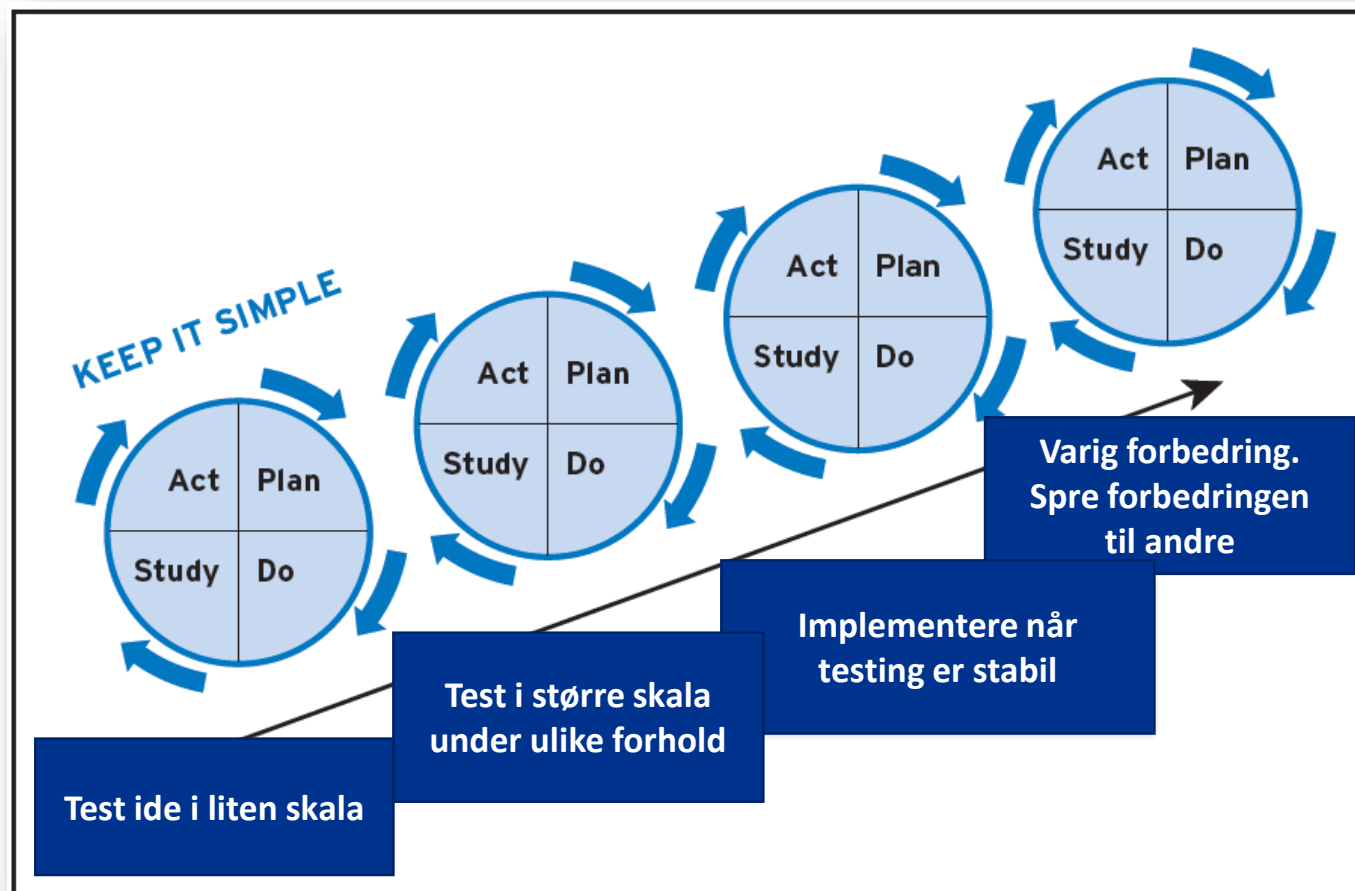
Småskala testing

**Hvor liten kan testen være for å lære ...
... og i liten grad forstyrre daglig drift?**

Trikset er småskala-testing!!

Start testing i liten skala - (1 pasient, 1 lege, 1 sykepleier, 1 dag, 1 epikrise, 1 sjekkliste, 1 ansatt, 1...)

PDSA, småskaletesting, PDSA rampe



Bruk ressurspersoner i rommet underveis i arbeidet!

Arbeidsøkt:

NorArtritt, NorVas eller Revnatus

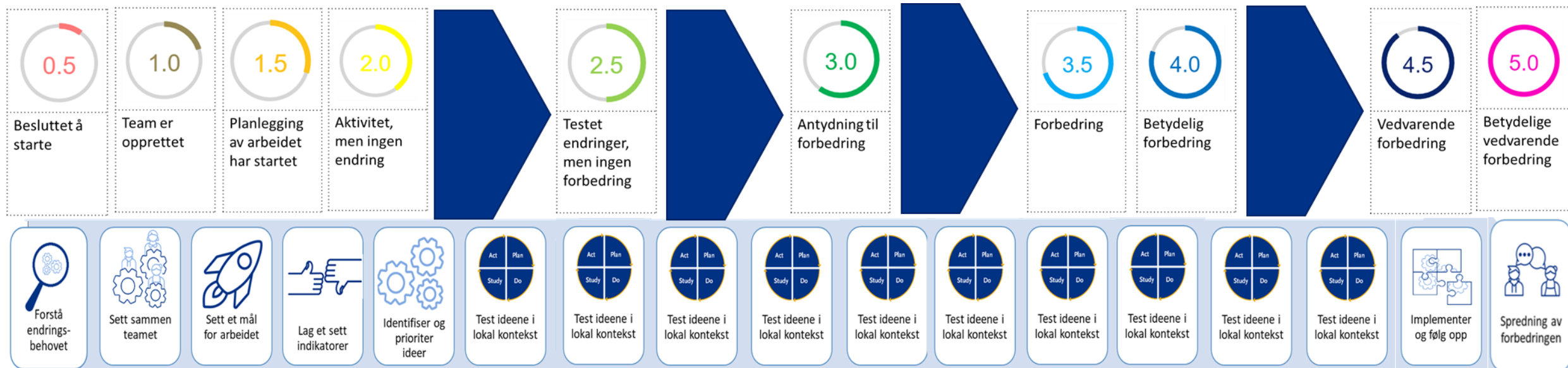
Oppgave	Tidsbruk (omtrent)	Aktuelle verktøy
Velg område å jobbe med Sette deg inn i informasjonen og tallene fra registeret for din avdeling	Informasjon og forstå endringsbehovet 20 minutter	Baselinemålinger
Jobb med å forstå endringsbehovet		Fiskebensdiagram 5 x hvorfor Flytskjema
Finne nye endringsideer og konkretisere endringsideene på valgte endringsområde	Identifisere og prioritere endringsideer 20 minutter	Brainwriting Brainstorming
Prioritere endringsideene som skal prøves i praksis		Prioriteringsmatrise Sorter endringsideer Driverdiagram
Lag PLAN for gjennomføring av test og innhenting av læring for aktuelle endringsideer: Fyll ut PDSA skjema med innledningen og PLAN delen av PDSA	Lage plan for testing av en ide 20 minutter	PDSA syklus
Hva er teamets plan for arbeidet de neste 4 ukene	Lage plan for arbeidet neste 4 uker 10 minutter	Plan for aktiviteter

Plan for arbeidet neste 4 ukene:

Aktivitet:	Uke:	Uke:	Uke:	Uke:

Her er en oversikt over vanlig framdrift i et forbedringsarbeid. De fleste litt større forbedringsarbeider går over 6-9 måneder.

I de fleste arbeider bør en være i gang med PDSA testing innen 3 måneder.



Teori



FORSTÅ
endringsbehovet



Sett sammen TEAM



Sett MÅL
for arbeidet



Lag et sett med
INDIKATORER

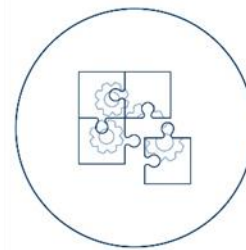


Identifiser og
prioriter IDEER



TEST ideene i
lokal kontekst

Kvalitetsregistrene



IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

Har testing vist forbedring, og har dere en plan for implementeringen slik at dette blir daglig praksis hos oss?

Verktøy TIPS:
Sjekkliste for implementering
Plan for implementering

Er forbedringsarbeidet av interesse for andre, og har dere en plan for spredning?

Verktøy TIPS:
7 tips for spredning
Sjekkliste for spredning
Plan for spredning

Jobbe med eget forbedringsarbeid



Sjekkliste for implementering

- Alle endringer er testet ut i praksis
- Oversikt over hva som må på plass av materiell, utstyr, kunnskap
- Vi har oppnådd resultater på ønsket nivå
- Forankret hos leder og gitt prioritet
- Forankret hos de ansatte
- Utarbeidet plan for implementeringen

Sjekkliste for implementering

Vurder om enheten er klar

Før dere går i gang med å implementere* et eller flere endringer/tiltak, er det anbefalt at leder i samarbeid med forbedringsteamet vurderer følgende punkter i tabellen under. Dersom en eller flere av punktene ikke kan besvares positivt, er det viktig å vurdere om enheten er klar eller om det er behov for justeringer eller ytterligere forankring.



*Med implementering menes her det å gjøre endret praksis til en integrert og fast del av virksomheten så det blir en del av «slik gjør vi det her hos oss» hele tiden. Implementering gjøres i etterkant av at tiltakene er testet ut i klinisk praksis (småskalatesting).

Forutsetning som bør være til stedet der tiltakene skal implementeres	Ja/nei
Alle endringer/tiltak er testet ut i praksis gjennom flere tester og i ulike situasjoner og hos alle relevante målgrupper.	
Vi har gjennom testing samlet kunnskap om hvordan tiltakene best bør gjennomføres, og har oversikt over hva som må på plass for at disse skal kunne ruller ut og implementeres til alle ansatte.	
Vi har gjennom testing fått oversikt over hva tiltakene krever av materiell, utstyr og kunnskap hos involverte og hvordan dette kan gjennomføres etter hensikt.	
Vi har oppnådd resultater på ønsket nivå og har sikret oss det nivå som tilsvarer målet som ble satt, og disse resultatene er oppnådd over en lengre periode. Dette vises i en tidsserie som bør gå over en periode hvor man mistenker sesongvariasjon eller annen forventet variasjon som skifte av personell, ferie osv.	
Tiltakene er forankret hos og er støtte av ledelsen og er nedfelt og gitt prioritert i nødvendige styringsdokumenter, som for eksempel handlingsplaner eller kvalitetsstrategier.	
Tiltakene er forankret hos de ansatte og deres tiltro til at dette er endringer som kan gjennomføres og er til beste for pasienten og bruker, er høy. En slik tiltro kan avdekkes gjennom systematisk småskalatesting og eventuelt ved å spørre ansatte. Det er utarbeidet en plan for hvordan implementeringsprosessen skal gjennomføres. Planen bør inkludere: <ul style="list-style-type: none"> □ hvem som har ansvar for at tiltakene implementeres □ hvilke ressurser som kreves □ hvem som vil bli involvert, i hvilken rekkefølge □ fordeling av ansvar underveis □ tidsplan □ hvordan prosessen skal kommuniseres underveis (kommunikasjonsplan) 	

Illustrasjon

Plan for implementering

- Ansvar, ressurser, rekkefølge, tidsplan, kommunikasjonsplan
- Standardisering og dokumentasjon
- Måle og feedbacksystem
- Ressurser
- Utdannings og opplæringsbehov
- Motivasjon og engasjement
- Hva må på plass for at dette skal skje

Plan for implementering

Dersom dere er klare for å implementere er det viktig å ha vurdert behov (eventuelle behov vil være avdekket under testing) for standardisering, et måle og feedback system, ressurser, utdanning og opplæringsbehov, og opprettholdelse av motivasjon og engasjement for prosessen skal være vellykket. Det vil si at den nye arbeidsmåten (tiltakene/endingene) er integrert i de daglige arbeidsrutinene.

Aktivitet	Ikke avklart /startet/ferdig
Standardisering og dokumentasjon <ul style="list-style-type: none"> □ Nye arbeidsmetoder er standardiser og nedfelt i en skriftlig prosedyre. □ Gamle prosedyrer/rutiner er fjernet (hvis det er behov). □ Det er lagt en plan for hvordan disse rutinene skal gjøres kjent for og brukes av alle i enheten □ Vi har et system for å dokumentere ny arbeidsrutine. 	Hvis ikke avklart, hvorfor?
Hvordan skal dere sørge for at å opprettholde nivå på nye tiltak/endinger? Beskriv en plan, inkludert metoder for å innhente læring underveis.	
Måle- og feedbacksystem <ul style="list-style-type: none"> □ Vi har på plass et system for å følge med på hvordan forandringene som er oppnådd vedvare. □ Dett gjennomføres regelmessige måling og rapporteringer fanges opp og vurderer 	
Beskriv det måle- og feedback systemet som brukes, inkludert hvordan data/informasjon skal presenteres.	
Ressurser <ul style="list-style-type: none"> □ Det er gjort en vurdering av eventuelle behov for ressurser (nye skjemaer, utstyr, opplæringsressurser osv.). □ Nødvendige ressurser er på plass og klare til å ta i bruk. 	
Beskriv hvilke ressurser som det vil være nødvendige å ha på plass for at tiltak/endinger skal kunne implementeres i hele enheten. Hvordan skal dere sørge for at ressursene kommer på plass?	
Utdanning og opplæringsbehov <ul style="list-style-type: none"> □ Det er et behov for opplæring eller trening av ansatte for å sikre vedlikehold av kompetanse □ Vi har på plass et system for hvordan denne opplæringen /utdanningen skal gjøres systematisk og regelmessig. 	
Beskriv hvordan og med hvilke ressurser opplæring og trening skal foregå, inkludert hvordan integrere nye ansatte.	
Motivasjon og engasjement <ul style="list-style-type: none"> □ Resultater og fremdrift blir etterspurt regelmessig. □ Vi har lagt ned en plan for hvordan opprettholde engasjement og motivasjon for ny arbeidsmåte/rutine 	
Beskriv hva som må til for å opprettholde motivasjon og oppmerksomhet på området i den enheten som forbedringene er gjennomført på, og hva som må på plass for at dette skal skje.	

Illustrasjon

Sjekkliste for spredning

- Vedvarende forbedring i testenheter?
- Tydelige endringsideer implementert?
- Gjør dere noe annerledes?
- Kan endringspakken lett forstås av andre?
- Er arbeidet dokumentert?

Sjekkliste for å se om arbeidet er klart for spredning:

Ser du vedvarende forbedring i testenheter din? (vedvarende forbedring i resultatmålet ditt, endringene har blitt «slik gjør vi det her hos oss» og ingen ytterligere større justeringer blir gjort)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan du tydelig beskrive de enkelte endringsideene i endringspakken som du har implementert?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Representerer endringen å gjøre noe annerledes i stedet for bare å gjøre noe bedre?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Kan endringsideene og endringspakken beskrives på en måte som lett kan forstås og teste for?	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>
Har du relevant dokumentasjon fra arbeidet for å støtte videre spredningsarbeid? (driverdiagram, mål og data som tidsserieanalyse, PDSA-dokumentasjon, flytskjemaer, retningslinjer og prosedyrer for å støtte implementering etc.)	Ja <input type="checkbox"/>	Nei <input type="checkbox"/>

Illustrasjon

Hvis du kan svare ja på alt ovenfor, kan prosjektet ditt være klart til å vurderes for spredning.

Last ned Vestre Viken – Plan for spredning og Syv sprednings synder – for å hjelpe deg med å planlegge hvordan du skal spre forbedringsarbeidet til andre sesjoner, avdelinger eller klinikker.

MERK:

Enhver spredningsinnsats trenger ledergodkjenning (på det nivået spredningen skal skje og med prioritet i lederlinjen) som en del av Plan for spredning.

Plan for spredning

- Opprinnelig forbedringsarbeid
- Ressurser og struktur for spredning
- Endringsideer og endringspakke
- Arbeidets samsvar med strategi og satsningsområder
- Mål for spredningen
- Inspirer dine interessenter
- Måleplan

Plan for spredning av forbedringsarbeider

Et vellykket forbedringsarbeid er ikke ferdig før siste fase av arbeidet – Spredning til andre – er vurdert. Et forbedringsteam kan ta initiativ til å spre sitt arbeid til andre, men det er ledere som har ansvar for å ta dette videre.

I Vestre Viken registreres og dokumenteres økende antall forbedringsarbeider i Life QI (nettbasert forbedringsplattform). Et tips for ledere kan være å søke opp alle avsluttede arbeider som skårer 4, 4.5 eller 5 og aktivt etterspørre/se om andres vellykkede forbedringsarbeider kan inspirere oss til å gjøre noe lignende (link til egen rapport for dette?).



Før du starter på skjemaet utarbeidet av Vestre Viken, sjekk opp **Sjekkliste for spredning av forbedringsarbeider** – for å sikre at arbeidet er klart for spredning. Hvis arbeidet er klart, vennligst diskuter ideen din om å spre arbeidet ditt med nærmeste leder og eventuelt en forbedringsveileder, sammen kan dere så startet utfylling av – Plan for spredning av forbedringsarbeider. Ledere kan deretter ta dette med for vurdering i sine ledermøter. Det anbefales å ha med forbedringsteamleder (for forbedringsarbeidet som vurderes for spredning) og en forbedringsveileder på aktuelle ledermøte.

Opprinnelig forbedringsarbeid (testenhet)

Seksjon-Avdeling-Klinikk der endringene er testet og implementert	
Eier av forbedringsarbeidet (nærmeste leder)	
Forbedringsteamleder	
Forbedringsteammedlemmer	
Forbedringsveileder	
Oppsummert oppnådd forbedring (for eksempel resultatmåling)	

(Skjema fortsetter på nest side)

Publisering av forbedringsarbeid

<http://squire-statement.org/>

<http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>

SQUIRE 2.0

Ogrinc G, Davies L, Goodman D, Batalden PB, Davidoff F, Stevens D.

[SQUIRE 2.0 \(Standards for Quality Improvement Reporting Excellence\): Revised publication guidelines from a detailed consensus process.](#)

BMJ Quality and Safety. Online first, September 15, 2015.



Research and reporting methodology

SQUIRE 2.0 (*Standards for Quality Improvement Reporting Excellence*): revised publication guidelines from a detailed consensus process



Greg Ogrinc^{1,2,3}, Louise Davies^{1,2,3}, Daisy Goodman^{1,2}, Paul Batalden^{2,3}, Frank Davidoff³, David Stevens^{3,4}

[Author affiliations](#)

Abstract

Since the publication of Standards for Quality Improvement Reporting Excellence (SQUIRE 1.0) guidelines in 2008, the science of the field has advanced considerably. In this manuscript, we describe the development of SQUIRE 2.0 and its key components. We undertook the revision between 2012 and 2015 using (1) semistructured interviews and focus groups to evaluate SQUIRE 1.0 plus feedback from an international steering group, (2) two face-to-face consensus meetings to develop interim drafts and (3) pilot testing with authors and a public comment period. SQUIRE 2.0 emphasises the reporting of three key components of systematic efforts to improve the quality, value and safety of healthcare: the use of formal and informal theory in planning, implementing and evaluating improvement work; the context in which the work is done and the study of the intervention(s). SQUIRE 2.0 is intended for reporting the range of methods used to improve healthcare, recognising that they can be complex and multidimensional. It provides common ground to share these discoveries in the scholarly literature.

Revised Standards for Quality Improvement Reporting Excellence

SQUIRE 2.0

Ikke glem at LIS har obligatorisk læringsmål om
«Å kunne anvende forbedringsmetode til å forbedre helsetjenesten»

Bestått

MENY VV Forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen. NESTE

Modul 3 Fase 1-3 i forbedringsarbeidet
INTRODUKSJON FASE 1-3

Du er nå kommet til Modul 3 om fase 1-3 i forbedringsarbeidet



Teoretisk og praktisk opplæring

Modul 1 Innføring

Modul 2 Life QI

Modul 3 Fase 1-3

Workshop Fase 1-3

Modul 4 Fase 4-6

Workshop Fase 4-6

Modul 5 Fase 7-8

Workshop Fase 7-8

Modul 6 Måling/SPC

Hva kan vi gjøre annerledes?



Every system is
perfectly designed to
get the results it gets.

W. Edwards Deming

**Galskap er å gjøre
«mer av det
samme» og forvente
et annet resultat**

Hvis vi ønsker et annet resultat enn i dag

- må vi gjøre ting **på en annen måte/gjøre noe nytt**

Videre arbeid hjemme på egen avdeling – har dere en plan?

Kvalitetsregistre



FORSTÅ
endringsbehovet



Sett sammen **TEAM**



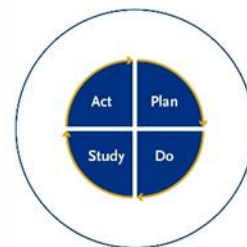
Sett **MÅL**
for arbeidet



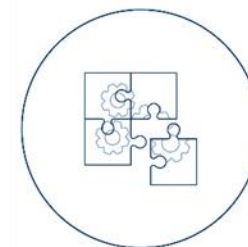
Lag et sett med
INDIKATORER



Identifiser og
prioriter **IDEER**



TEST ideene i
lokal kontekst



IMPLEMENTER og
FØLG OPP



SPREDNING av
forbedringen

Kvalitetsregistrene

Kvalitetsregistrene

Er det et område vi forstår og vil gjøre noe med?
Har vi tall som viser hvordan det ser ut hos oss?

Hvem skal være med i forbedringsteamet og er teamet etablert?

Har vi et klart og tydelig mål for arbeidet?

Har vi etablert gode indikatorer for målinger i tidsserier ved hjelp av statistisk prosesskontroll for å se om endringene fører til ønsket forbedring?

Har dere endringsideer som er robuste nok til å nå målsetningen? Hvilken ide tror vi mest på og vil prioritere og teste først?

Har dere testet endringsideene og vet dere om de fungerer i praksis eller ikke?

Har testing vist forbedring, og har dere en plan for implementeringen slik at dette blir daglig praksis hos oss?

Er forbedringsarbeidet av interesse for andre, og har dere en plan for spredning?

Verktøy TIPS:
5 x hvorfor
Baselinemålinger
Flytskjema / prosesskartlegging
Pareto analyse

Verktøy TIPS:
Interessent analyse
Sammensetning forbedringsteam
Roller og ansvar

Verktøy TIPS:
Hva skal vi oppnå, hvor mye, for hvem innen når?
Og har vi et SMART mål?

Verktøy TIPS:
Måleplan
Statistisk prosesskontroll med kontrollgrammer

Verktøy TIPS:
Nominell gruppeteknikk.
Prioriteringsmatrise

Verktøy TIPS:
PDSA
Småskallatesting

Verktøy TIPS:
Sjekkliste for implementering
Plan for implementering

Verktøy TIPS:
7 tips for spredning
Sjekkliste for spredning
Plan for spredning

«Mini-læringsnettverk» forbedringsarbeid NorArtritt 2025

Arbeide med forbedringsområde på egen avdeling mellom samlinger og webinarer

Forberedelser

Arbeidsperiode

Møte-punkter	Brukermøte NorArtritt 16.oktober 2024	Informasjonsmøte til interesserte November 2024	Forberedelser og påmelding Desember 2024	Webinar 1 Januar 2025	Webinar 2: Februar 2025	Webinar 3: Mars 2025	Webinar 4: April 2025	Webinar 4: Mai 2025	Webinar 6: Juni 2025	Brukermøte NorArtritt oktober 2025
	Heldagssamling Gardermoen	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	På egen avdeling	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Digitalt på TEAMS Kl 15-16?	Heldagssamling Gardermoen

Innhold	Kort informasjon tilbud om «Mini-læringsnettverk NorArtritt»	Mer detaljert informasjon til interesserte deltakere	Forbedringsguiden Valg av forbedringsarbeid Bestemme forbedrings-team Avklare med leder Påmelding	Oppstart forbedringsarbeid Suksesskriterier Forstå endringsbehovet Sette sammen teamet Sette mål	Læring og deling Videre arbeid Lag et sett med indikatorer Identifisere og prioritere endringsideer	Læring og deling Videre arbeid PDSA Test ideene i praksis Måling og indikatorer	Læring og deling Videre arbeid PDSA Test ideene i praksis Måling og indikatorer	Læring og deling Videre arbeid Implementering og spredning	Status på arbeidet Veien videre	Erfaringsdeling

Forberedelser

Arbeidsperiode

Læring, deling og veiledning på samlinger og webinarer



**Lykke til med
videre arbeid**

kontinuerligforbedring@vestreviken.no

