

LYNKURS OG WORKSHOP

Forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen

Tema:

NORARTRITT, NORVAS og REVNATUS

– kliniske forbedringsarbeider med utgangspunkt i kvalitetsregistrene



Åse Stavland Lexberg: Forbedringsrådgiver Team kontinuerlig forbedring, Kvalitetsavdelingen VVHF
Revmatolog med klinisk erfaring og ledererfaring. Teoretisk og praktisk erfaring fra forbedringsarbeider.
Medlem av fagrådet for NorARTRITT og NorVAS.

PROGRAM BRUKERMØTE NORARTRITT, NORVAS, REVNATUS - KLINISKE FORBEDRINGSARBEIDER

Tid	Tema
1230-1250	TEORI: Systematisk forbedringsarbeid -Forbedringskunnskap -Forbedringsmodellen -Fasene i et forbedringsarbeid -Forbedringsverktøy
1250-1500	TEORI og WORKSHOP Kliniske forbedringsarbeider med utgangspunkt i indikatorer fra registrene Gjennomgang fasene i et forbedringsarbeid ved praktisk arbeid på eget forbedringsområde
1250-1330	Fase 1: Forstå problemet Fase 2: Sett sammen teamet Fase 3: Lag et mål for arbeidet Fase 4: Lag et sett med måleindikatorer
1330-1345	Pause
1345-1415	Fase 5: Identifiser og prioriter forbedringsideer
1415-1445	Fase 6: Test ut ideene i lokal kontekst
1445-1500	Fase 7: Implementer og følg opp Fase 8: Spredning av arbeidet
	Veien videre og vel hjem!

Systematisk forbedringsarbeid

Hvorfor gjør vi ikke alltid endringer i arbeidsprosesser, systemer og pasientforløp ved hjelp beste kunnskapsgrunnlag og godt dokumenterte metoder og verktøy?

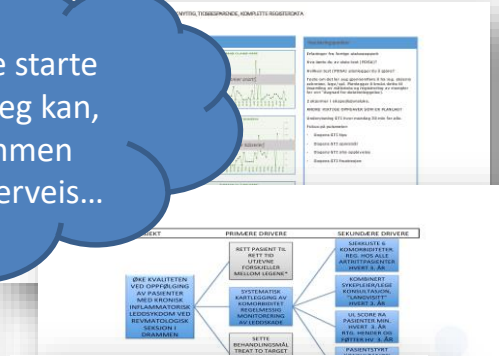
Mange «metoder» brukes:

«Gjør som sjefen sier metoden», «handle i panikk metoden», «ildsjel metoden», «kloke fagfolk metoden», «prosjekt-metoden»...

Konklusjon etter første smakebit av forbedringskunnskap:

Jeg må kunne dette som kliniker, som lege og som leder! Jeg må øve gjennom å gjøre forbedringsarbeider!
 Jeg må skape arena for forbedringsarbeid! Jeg må engasjere mine medarbeidere i dette!

Jeg får jo bare starte med det lille jeg kan, så får vi sammen lære mer underveis...



VESTRE VIKEN

SLE

IMPLEMENTERE BEHANDLINGSPLAN FOR ALLE SLE PASIENTER VED REVMATOLOGISK SEKSJON I DRAMMEN INNEN JULI 2018

VESTRE VIKEN

OSTEOPOROSE

Forbedringsprosjekt 2017/2018:
 Håndtere etterslep venetester/kontroller
 Opprettholde kvaliteten
 Haste erfaringer og beregne ressurser for dimensjonering videre drift

FULO1 Studiehåndbok

Forbedringsutdanning for leger (FUL)

Norwegian Improvement Coach Program
 Design and Key Dates
 12 months program

IHI Improvement coach

IHI Faculty Consults
 Coaching feedback from Participants and Faculty

IHI Improvement advisor

Welcome Wave 61
 Prework - Action Period Call #1

23 April, 2019

VESTRE VIKEN Kontinuerlig forbedring

NYDIAGNOSTISERT REVMATOID ARTRITT (LEDDGIKT), NY RA

Team: Revmatologisk seksjon, NRH, Drammen sykehus VVHF

IMPLEMENTERING AV BESTE BEHANDLING

DRIVERDIAGRAM

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 % av pasienter skal få 1 og 2 års kontroll.
- Over 80 % av pasienter i behandlingsplanen følges.

BAKGRUNN:

- ARCTIC-studien
- Raskestetter kontrollert behandlingsstrategi studie 200 pasienter med ny-diagnostisert RA, 11 revmatologiske sentre i Norge
- Treat to target studier: Tett oppfølging med 13 vifter på 2 år
- 2 av 3 pasienter oppnådde remisjon vs utvalgt remisjon og strukturert medikamentell oppfølging.
- Vi ønsker 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
- Forbedringsstevner

BASELINEDATA OG MEDIKAMENTELL BEHANDLING:

RESULTATER:

100% av pasienter fikk oppdatert behandling og ARCTIC-studien er i gang.

BEHANDLINGSPROTOKOLL:

LÆRING OG VEIEN VIDERE:

- Vi har systematisk forbedringsarbeid er det mulig å erstatte gapet mellom beste praksis og real praksis.
- Forbedringsarbeid har tid til 2017 klarte vi å følge 50 % av pasientene i NY RA i 2018 og 2019 klarte vi å følge 90 % av pasientene i behandlingsplanen i 2018 og 2019.
- Behandlingsplanen gir oss et felles mål og en felles oppfølging av pasienter som behandles for leddgikt og NY RA.
- Store gode resultater er oppnådd og mange pasienter oppnådde remisjon etter biologisk behandling. Vi vet at remisjon gir gode resultater og bedre livskvalitet og funksjonsevne.
- Det har vært litt utfordringer med oppfølging av pasientene, de er alle like sykepløyer og behandlingsplanen er god. Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra pasientene, de er de samme som tidligere, men oppfølgingen har blitt bedre og leger vi har fått mer erfaring med oppfølgingen av pasientene som har fått remisjon.
- Vi må fortsette å jobbe systematisk for å følge alle pasientene i NY RA.
- Behandlingsplanen kan brukes til å bedre pasientforløp også for pasienter med andre diagnoser.

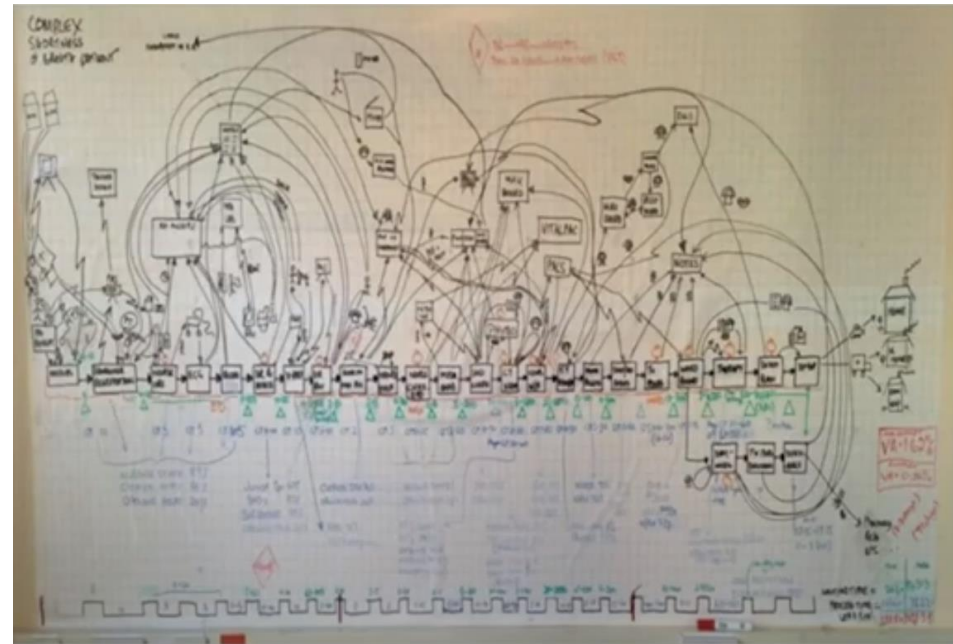
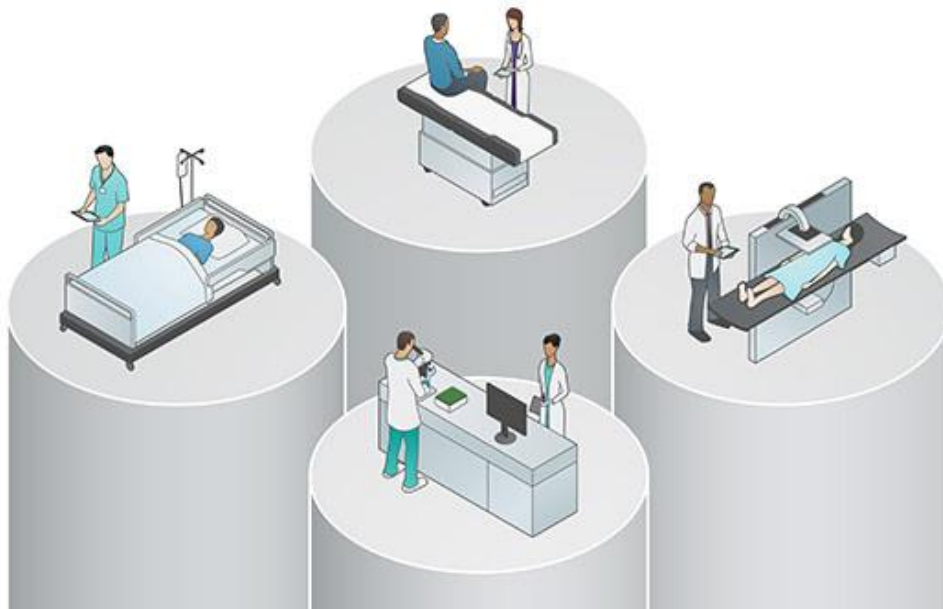
Utarbeidet av: Tor E. Leinang, Ada Worsø, Anne Hermann, Tone B. Engnes

Helsetjenesten i Norge er en av verdens beste!

Enkeltbehandlere gjør en strålende jobb

- men i til dels dårlige systemer

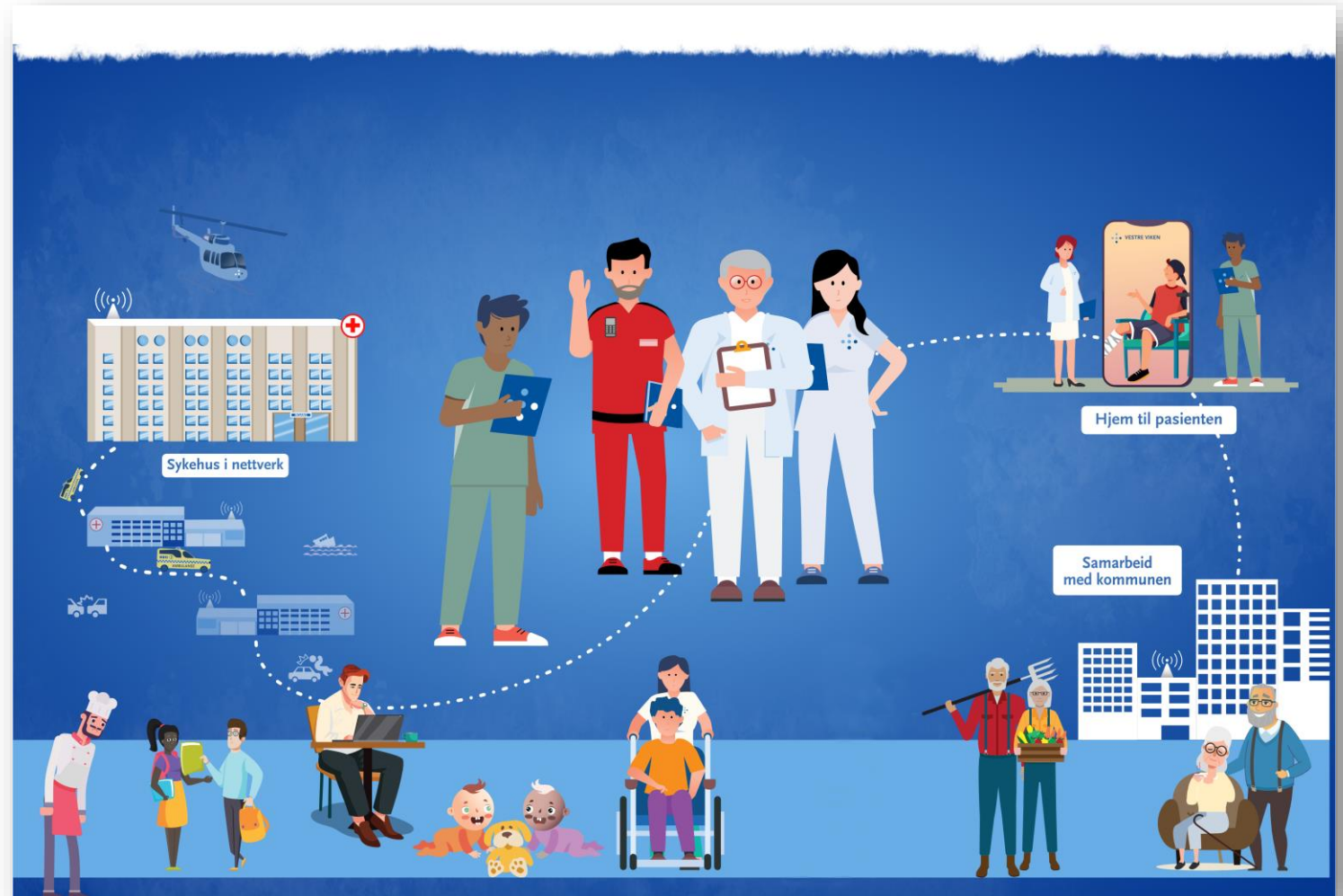
- og i svært komplekse systemer



Pasientens reise gjennom helsetjenesten

Helsepersonell har alltid vært opptatt av pasientene!

«Men bare en av gangen»
«Og ikke systemet rundt»



Det syke helsevesenet og det friske helsevesenet



Magnus Lord

Lege
Sivilingeniør
Siviløkonom



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

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



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

W. Edwards Deming

Hvis vi ønsker et annet resultat enn i dag

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

Det friske helsevesenet



...bedre systemer
og bedre
pasientforløp...

- Medarbeidere og brukere som utviklere av helsetjenesten
- Ledere som inspiratorer og tilretteleggere
- Fokus på pasientens vei gjennom helsetjenesten
- **Hvordan ser det ut i din seksjon?**

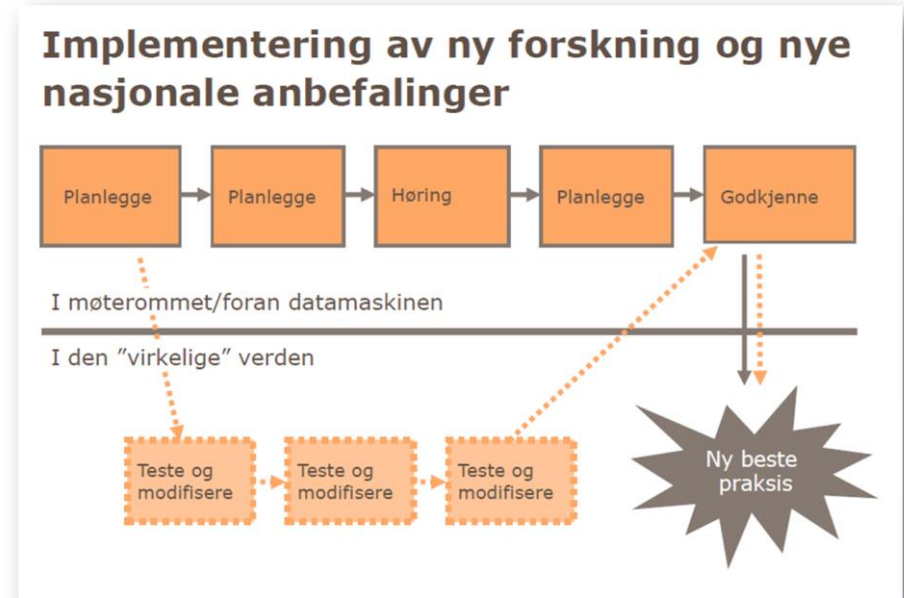
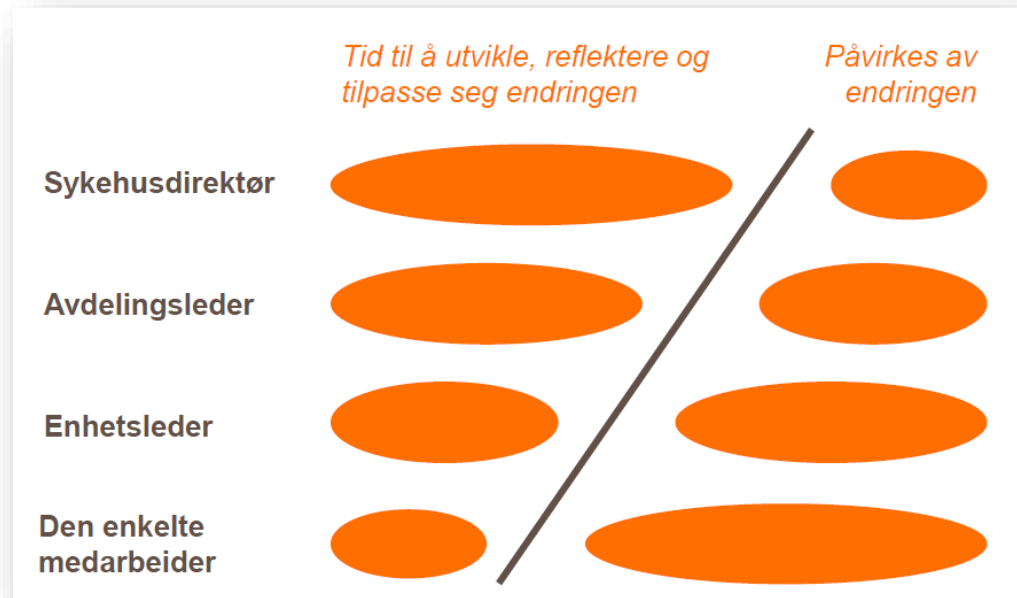
Hva skjer når klinikere lærer seg forbedringsmetodikk?

Evaluering i VVHF 252 deltakere totalt – det skjer noe med tankesettet!

- 77 % oppnådde bedring i klinisk praksis
- 80 % bruker fortsatt forbedringskompetansen
- **78 % opplevde økt arbeidsglede**
- **93 % reflekterte mer over egen arbeidsmåte**

Vi har nå hatt opplæring i forbedringskunnskap og Forbedringsmodellen av ca 800 ansatte i VVHF, inkludert ca 100 LIS

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



Leger som ønsker å delta i kvalitetsarbeid

Alle leger 86 %

LIS leger 80 %

Leger som får tilrettelagt tid til kvalitetsarbeid

Alle leger 17 %

LIS leger 9 %

Hvorfor skal leger engasjere seg i kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet?

Der leger deltar i forbedringsarbeid sammen med andre blir kvaliteten bedre!

Der leger bidrar til utvikling av kvalitet og pasientsikkerhet øker arbeidsgleden!

Nøkkelen er tverrfaglige team hvor alle er like viktige!

Hvorfor skal vi gjøre endringer?

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

Grunnleggende for å få til forbedring

Er det VILJE hos alle parter?

Vilje



Ønske om å endre nåværende tilstand til det bedre

Ideer



Utvikle ideer om hva vi skal gjøre for at prosesser og resultat skal bli bedre

Kontinuerlig forbedring

Evne



Kunnskap om teknikker og verktøy som brukes til å gjennomføre ideene

Har vi IDEER for hva vi skal gjøre?

Har vi EVNE til å gjennomføre ideene?

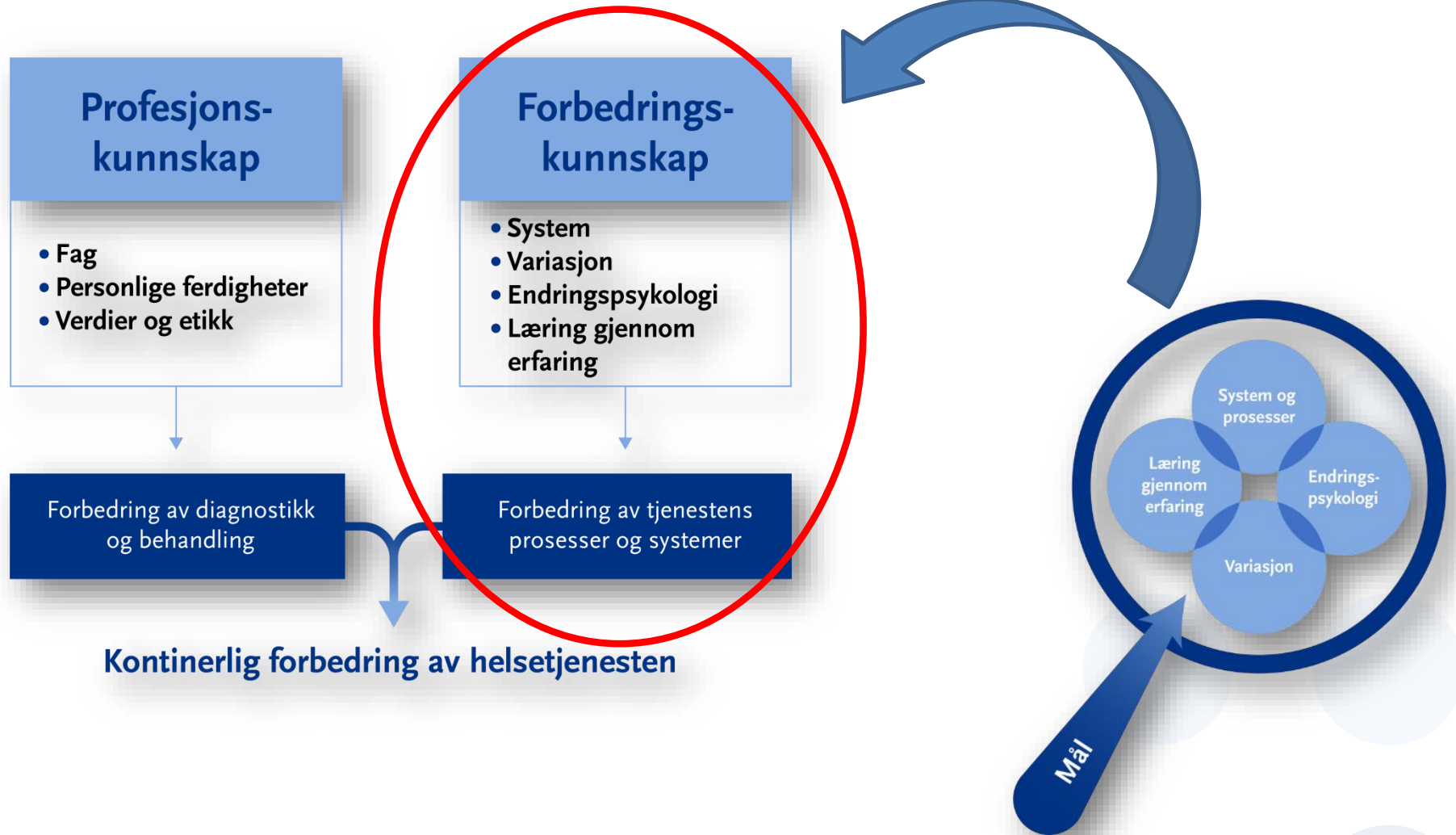
Definisjoner og forklaring av begreper – «forbedringsverden»

- 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

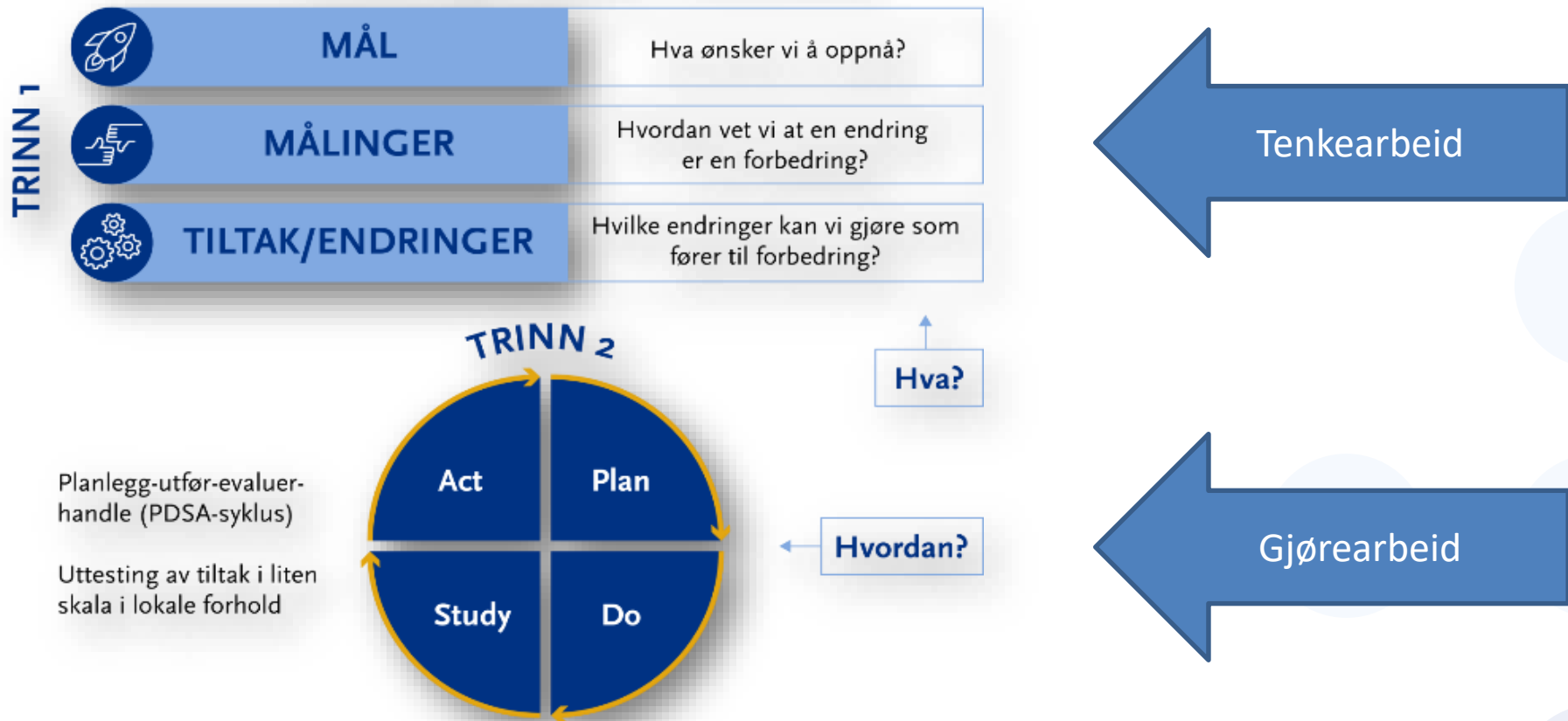
Forbedringskunnskap



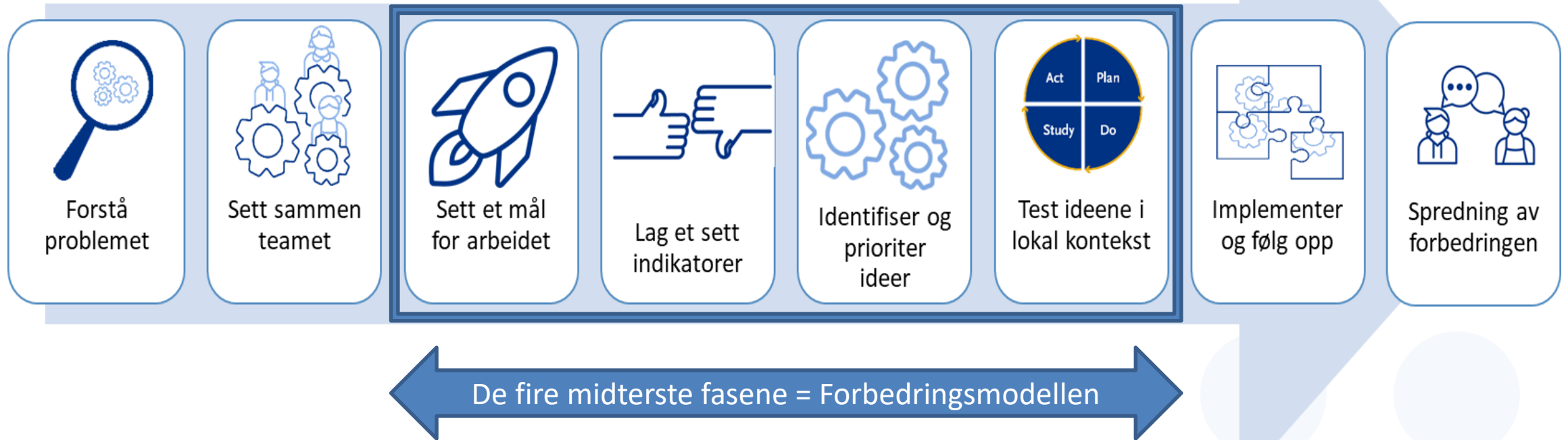
Forbedringsmodellen

Model for Improvement

Forbedringsmodellen - 2 trinn (IHI)



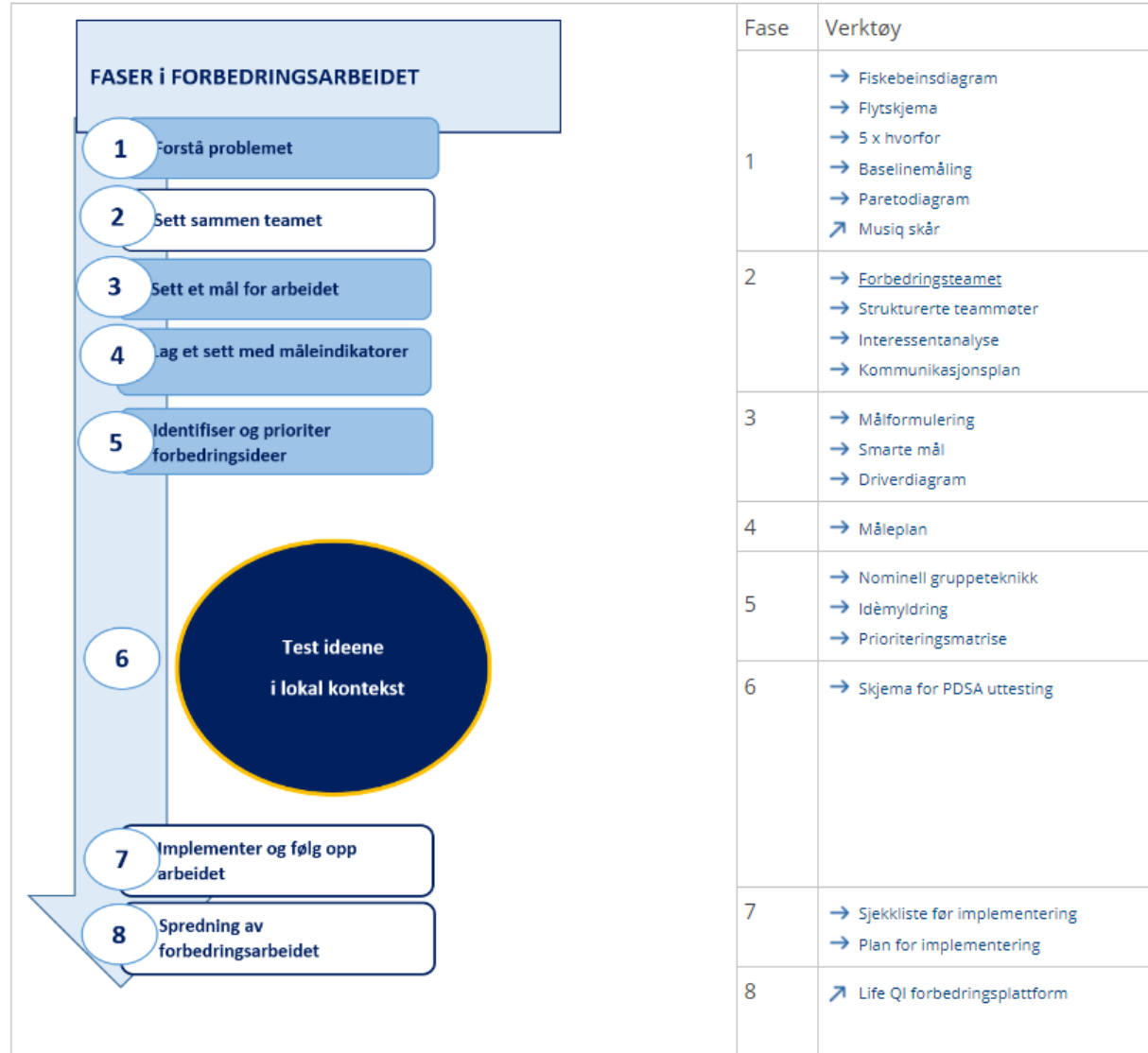
Praktisk forbedringsarbeid: Fasene i et forbedringsarbeid



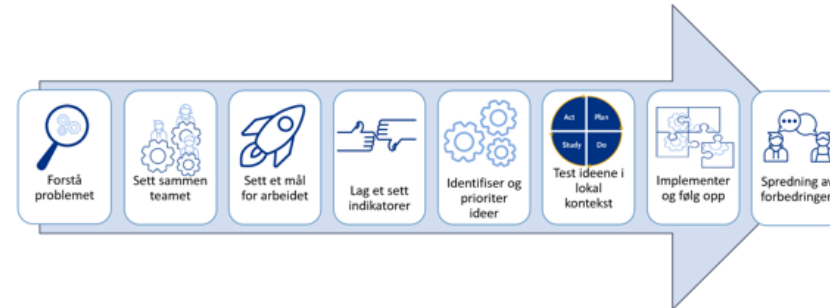
En rekke forbedringsverktøy kan hjelpe oss for å finne ut mer og komme videre i de ulike fasene av forbedringsarbeidet!




Forbedringsverktøy

Å skape forbedringer krever systematisk tilnærming. Forbedringsmodellen er en metode som bidrar til dette. Modellen brukes sammen med konkrete verktøy for å planlegge og gjennomføre et forbedringsarbeid.








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



Leder av forbedringsarbeidet:	
Teamdeltagere:	
Skåring MUSIQ: (dato og sum)	
Skåring Life QI: (dato og sum)	
Fasene	Aktuelle spørsmål/sjekkpunkter for hver fase i arbeidet
 Forstå problemet	<p><i>Før du går i gang er det viktig å forstå hva du forsøker å forbedre.</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Er det et problem vi forstår og vil gjøre noe med? (spørsmål 0 i Forbedrings-guiden) <p>Hvorfor er dette et problem for pasient, bruker, pårørende? For ansatt? For leder eller virksomhet? Hvordan vet du at det er et problem? Hva er status i dag? Har du data eller annen info som understøtter at dette er et problem? Hva ønsker dere å oppnå med forbedringsarbeidet? Når oppstår problemet, og for hvem? Kan du beskrive prosessen eller systemet hvor utfordringen ligger? Er prosessen preget av tilfeldig eller spesiell variasjon? (har du data på dette?) Hvorfor er dette tema viktig akkurat nå? Hvilke barrierer/og/eller suksesskriterier som er relevante for forbedringsarbeidet?</p>
 Sett sammen teamet	<p><i>Forbedringsteamet skal drive forbedringsarbeidet fremover.</i></p> <p>Er forbedringsteamet etablert? Er teamet tverrfaglig og representativt? Er det med «eksperter» på området som skal forbedres? 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? Lederforankring? Er det utarbeidet «teamregler» og møtstruktur?</p>
 Sett et mål for arbeidet	<p><i>For å vite hva man skal oppnå med forbedringsarbeidet må det settes en klar og tydelig målsetting.</i> <i>Dette er første spørsmålet i Forbedringsmodellen</i></p> <p>SMART mål – spesifikt, målbart, attraktivt, realistisk, tidsbestemt HVA skal vi oppnå, HVOR mye, for HVEM, innen NÅR? Har teamet utarbeidet et klart og tydelig mål for forbedringsarbeidet?</p>

* Forbedringsarbeid går gjennom en rekke faser. Faseinndelingen skissert over baserer seg på erfaringer fra norske og internasjonale forbedringsarbeid. Faseinndelingen kan brukes ved små og store forbedringsarbeid. 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.

 Lag et sett indikatorer	<p><i>Målinger i tidsserier er særlig viktig i forbedringsarbeid. Å følge med på resultater og etterlevelse gir mulighet til å følge utvikling over tid, og avgjøre om endringen fører til forbedring. Dette er andre spørsmål i Forbedringsmodellen</i></p> <p>Har teamet definert indikatorer for målinger og utarbeidet måleplan?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Resultat måling (utkomme måling) • Prosess måling • Balansert måling (ulempe måling)
 Identifiser og prioriter ideer	<p><i>Forbedringsarbeid handler om å finne måter vi kan gjøre ting annerledes på for å oppnå en forbedring. Dette er tredje spørsmål i forbedringsmodellen.</i></p> <p>Forbedringsteamet skal sammen med relevante medarbeidere identifisere og utvikle ulike ideer til endring. Her gjelder det å være kreativ og åpne opp for så mange ideer som mulig. Verktøy: driverdiagram, prioriteringsmatrise, idemylrding, nominell gruppeteknikk. Har teamet utarbeidet et sett med endringsideer som de skal teste i sin kontekst?</p>
 Test ideene i lokal kontekst	<p><i>Denne fasen hjelper forbedringsteamet til å forstå hvordan forslagene til endringer kan gjennomføres i praksis. Dette er del to av Forbedringsmodellen</i> <i>Det er kun en test dersom;</i></p> <p>1) Det er formet en hypotese: en teori om hva som vil skje dersom du gjør dette. Formulert som «hvis A, så B» 2) Den var planlagt (P) – inkludert plan for å samle inn data 3) Planen ble utført (D) – og data samlet inn 4) Testen ble analysert (S) 5) Videre arbeid (A) – korrigering eller justering basert på den læring som er gjort (S). <i>Beslutning - flere tester av samme hypotese, reformulerer hypotesen eller forkaster hypotesen?</i></p> <p>Har teamet gjennomført testing av en/flere endringsideer, og at testene er beskrevet/dokumentert? Gjennom systematisk testing har teamet fått god kunnskap om hvordan endringene/tiltakene best kan gjennomføres. Tiltakene er forankret hos ledelsen og er støttet fra ledelsen. De ansatte har vært involvert i prosessen, og har stor tiltro til at dette er endringer som kan gjennomføres.</p>
 Implementer og følg opp	<p><i>Når testing og utprøving har gitt ønsket forbedring, og vi har funnet en robust måte å gjennomføre tiltakene på, er vi klar for å sikre at tiltakene blir implementert. Med implementering menes her å gjøre endret praksis til en integrert og fast del av daglig praksis for alle – «slik gjør vi det her hos oss».</i></p> <p><i>Det er mye mindre rom for feil i implementeringsfasen fordi konsekvensene er større. Gjennomføring av tiltakene er mer komplekse når alle skal med, tiltakene berører og involverer flere.</i></p> <p>Er det laget en plan for implementeringsprosessen? Aktuelle tema i en slik plan kan være; ansvar og rollefordeling, kommunikasjons-plan, tidsplan, ressurser (menneskelige, utstyr og økonomi), standardisering og dokumentasjon, målinger og feedback-system, opplæringsbehov/plan, motivasjon og engasjement hos ansatte.</p>
 Spredning av forbedringen	<p>Er forbedringsarbeidet og resultatene fra endringsprosessen av interesse for andre? Arena for deling og læring på tvers? Kan ideer og tiltak spres til andre enheter i egen avdeling eller klinikker?</p>

Til hjelp i ulike faser av forbedringsarbeidet

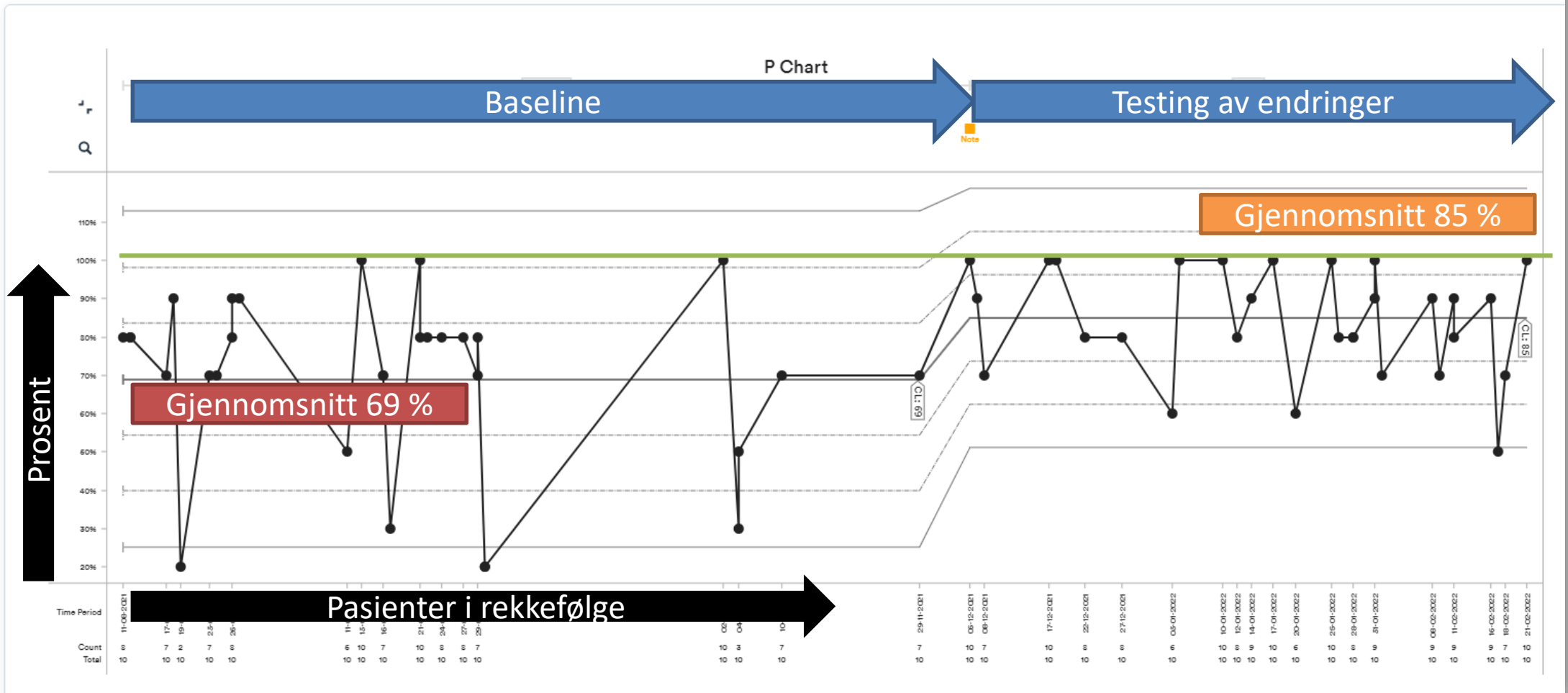
Eksempel: Nasjonalt kvalitetsregister - NorVAS



P Chart – Registrering i NorVas (Registrering i NorVas)



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

Chart



Eksempel:

Nasjonalt kvalitetsregister – GTI og NorArtritt

HVORFOR BLI BEST PÅ GTI?

- Fordi vi må.....
- Datainnsamlingsverktøy for nasjonale kvalitetsregistre NorARTRITT og NorVAS
- Registerne er obligatoriske!
- Ønske om å levere riktige data, slik at de kan brukes til noe!
- Bruk i eget kvalitetsarbeid!
- Dette kommer pasientene og også oss til gode!!

Forbedringsprosjektet på 1, 2 og 3

1. Minst 80 % inklusjon NorARTRITT innen 2017.
Minst 90 % komplette data NorARTRITT innen 2017.
100 % oppdaterte medikamentlister etter hver kons. innen 2016.
100 % diagnosedato/kriterier etter kons.innen 2016.
Alle ansatte behersker GTI innen 2016.
Alle ansatte opplever GTI klinisk nyttig og tidsbesparende innen 2017.
2. Prosessmål : Andel ink NorARTRITT/pas. i DIPS.
Komplette data NorARTRITT etter hver kons.
Komplette data medikamenter etter hver kons.
Spørreskjema alle ansatte før etter forbedringsprosjekt GTI.
3. Se Driverdiagram

Illustrasjon

Tabell 1. Gjennomsnittlig sykdomsaktivitet	
Variabel (andel registrerte i %)	
DAS28 CRP (99)	
CRP (99)	
Antall ømme ledd (99)	
Antall hovne ledd (99)	
Tabell 2. Pasient/sykdomskarakteristika	
Variabel (andel registrerte)	
Røykere (98)	
I jobb (99)	
Røntgenforandringer ved inklusjon (15)	
Positiv anti-CCP og/eller RF (100)	
Oppfylte ACR/EULAR-kriterier (85)	
Tabell 3. Gjennomsnittlig VAS, CRP og ømme ledd	
Variabel (andel registrerte i %)	Vestres Viken
VAS (96/94)	7
CRP (95/94)	7
Antall ømme ledd (97/93)	2
Antall hovne ledd (97/93)	0

Eksempel:

Fra forskning til klinisk praksis – pasientforløp RA

Resultater

Ultrasound in management of rheumatoid arthritis: ARCTIC randomised controlled strategy trial

Espen A Haavardsholm,¹ Anna-Birgitte Aga,¹ Inge Christoffer Olsen,¹ Siri Lillegraven,¹ Hilde B Hammer,¹ Till Uhlig,¹ Hallvard Fremstad,² Tor Magne Madland,³ Åse Stavland Lexberg,⁴ Hilde Haukeland,⁵ Erik Rødevand,⁶ Christian Høili,⁷ Hilde Stray,⁸ Anne Noraas,⁹ Inger Johanne Widding Hansen,¹⁰ Gunnstein Bakland,^{11,12} Lena Bugge Nordberg,¹ Désirée van der Heijde,^{1,13} Tore K Kvien¹

thebmj | BMJ 2016;354:i4205 | doi: 10.1136/bmj.i4205



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.
 - Prinsipper i 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:

PASIENTER VID VISITT 1	
Antall pasienter	94
Alder-gjennomsnitt	60
Alder-spredning	18-85
Kvinner (%)	82 (86%)
Menn (%)	44 (34%)
Antall COPD (%)	68 (72%)
Leiddiagnose sporten	52%

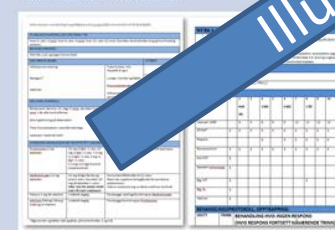
DRIVERDIAGRAM:



RESULTATER:



BEHANDLINGSPROTOKOLL:



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 ledddeformasjon 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, sykepleiere og helsesekretærer ved seksjonen.
- Vi har fått mange positive tilbakemeldinger fra pasientene, de er godt fornøyd med oppfølging hos både sykepleiere og leger. 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.

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

Illustrasjon

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.
 - Prinsipper i 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.

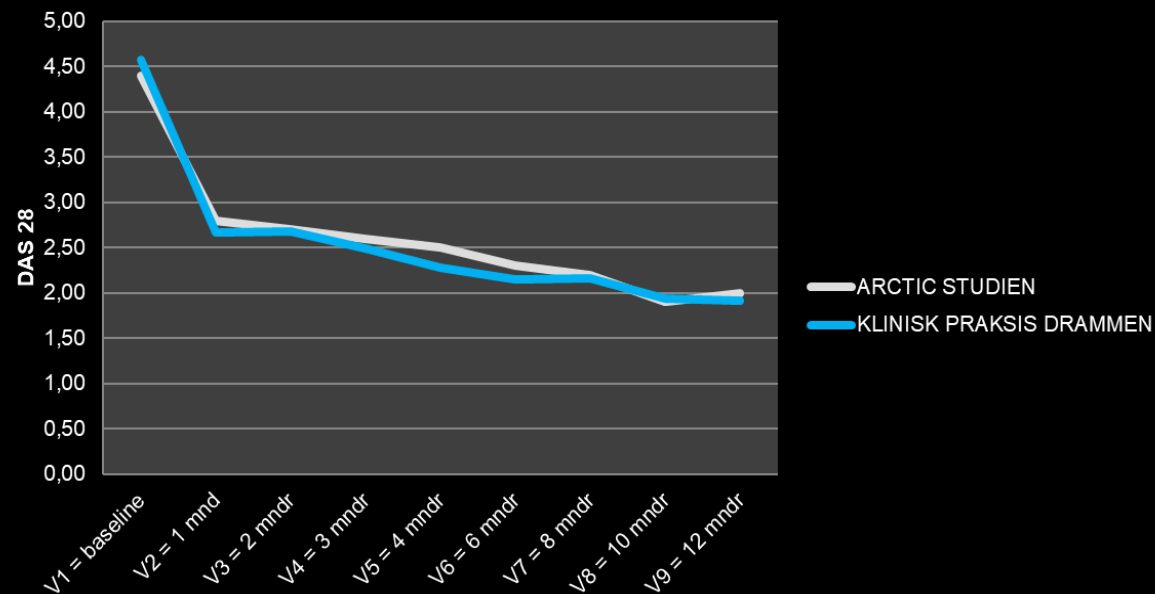
METODE:

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



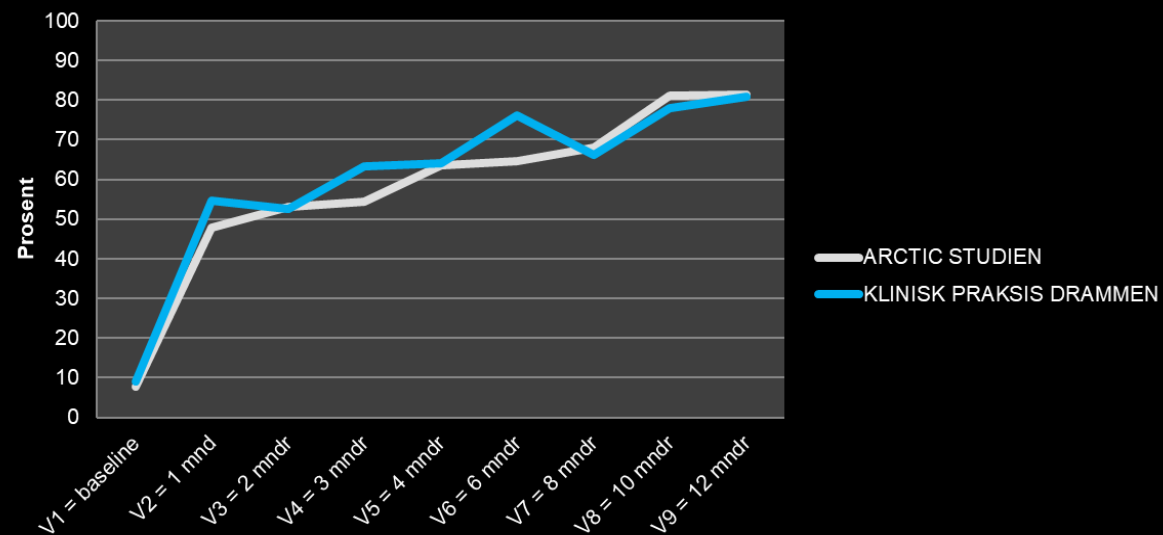
Gjennomsnittlig DAS 28 første år etter diagnose

Mål: Under 2,6



Pasienter i DAS 28 remisjon første år etter diagnose

Mål: Over 70 %





MÅL

Primærdriver

Sekundærdriver

Endringsideer

Alle pasienter med nydiagnostisert revmatoid artitt (leddgikt) ved revmatologisk seksjon, Drammen sykehus, skal få tilbud om "beste behandling" og strukturert oppfølging ifølge behandlingsplan innen desember 2018. Over 80 % av punkter i behandlingsplanen følges hos pasientene. Over 70 % er i DAS 28 remisjon ved 1 og 2 års kontroll.

Tidlig diagnose og tidlig oppstart DMARDs (=Sykdomsmodifiserende behandling)

Treat to target, T2T, og bruk av behandlingsstrategi

Komplians pasient, sykepleier og lege

Organisering lege/sykepleier poliklinikk NY RA

Tidlig henvisning til fastlege
Tidlig artrittklinik, TAK

Forprøver og oppstart prednisolon/DMARDs ved diagnose, senest innen 14 dager

Inkludere pasientene i behandlingsprotokoll NY RA 1 eller NY RA 2 ved diagnose

Planlegge alle visitter minst 4 mnd fram i tid etter protokoll

Standardisert kontroll kons

Sette behandlingsmål ved diagnose.
Vurdere behandlingsmål og

Inkludere pasientene i NorARTRITT (Norsk artrittregister)
Registrere i GTI ved alle visitter

Endre behandling etter skjema ved manglende effekt eller bivirkninger.
Injisere alle inflammerte ledd

Opplæring pasienter
Opplæring sykepleiere, leger, sekretærer

Tidlig artrittklinik, TAK
Kombo lege/sykepleiertimer
Kapasitet

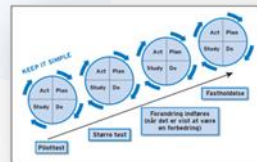
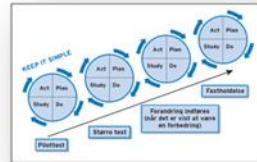
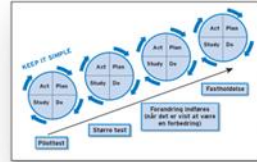
-Henvising: Ved sterk mistanke om RA/høy CCP:
Forhåndsbestille rtg hender/føtter/thorax, hep B, C, HIV, Igra TB + revma utredning.
-Ny frase i innkallingsbrev til alle pasienter, info utredning

-Hele protokollen som frase i DIPS, merke som "Protokoll NY RA"
-Bruke GoTreatIT, GTI
-Inkludere i NorARTRITT
-Standardtekster som fraser i DIPS

-Info og innhente samtykke NorARTRITT diagnosedag.
-Inkludere i NorARTRITT samme dag.
-Alle pasienter i GTI

HVORDAN

HVORFOR



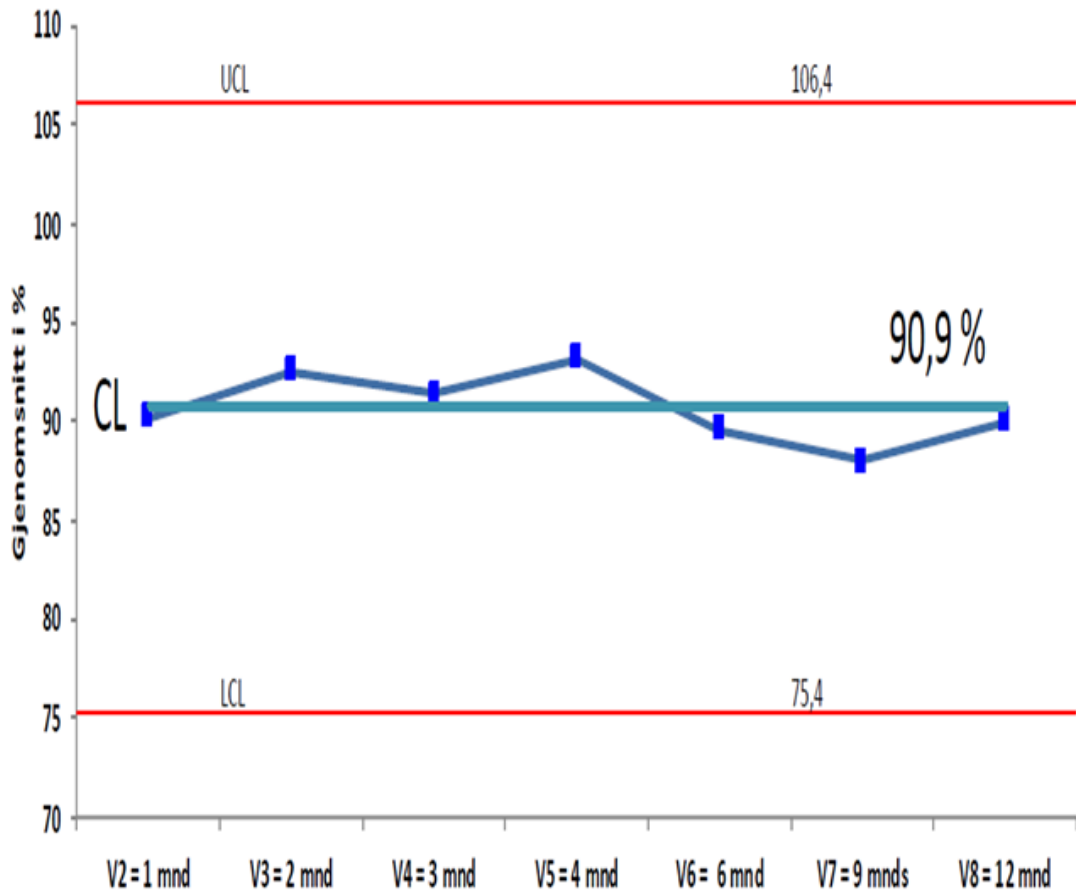
Informasjon om planlagt oppfølging ved nyoppstått revmatoid artritt (leddgikt)

PLANLAGTE KONTROLLER 2 ÅR FREM I TID:		
Hver 4. uke i 2 mnd, hver 6. uke i 4 mnd, hver 12. uke i 12 mnd. Deretter kontroll etter 6 mnd hvis fredelig sykdom.		
BEHANDLINGSMÅL:		
DAS 28 \leq 2,6, og ingen hovne ledd.		
VED FØRSTE BESØK:		UTFØRT:
Infeksjonsscreening	Tuberkulose, HIV, Hepatitt B og C	
Røntgen*	Lunger, hender og føtter	
Vaksiner	Pneumokokkvaksine	
	Influensavaksine i sesong	
VED HVER KONTROLL:		
Blodprøver tas hver 14. dag i 3 mnd, deretter hver 3. mnd + før alle kontrolltimer	Viktig at svar på senkning og CRP medbringes til timen når prøven er tatt hos fastlegen.	
Selvregistrering på datamaskin		
Time hos sykepleier i samråd med lege		
Injeksjon i betente ledd		
STANDARD MEDIKASJON VED NYOPPSTÅTT DIAGNOSE:		
<u>Prednisolon</u> 5 mg tabletter	15 mg (3 tbll) i 1 uke, 10 mg (2 tbll) i 1 uke, 7,5 mg (1,5 tbll) i 1 uke, 5 mg (1 tbll) i 2 uker, 2,5 mg (1/2 tbll) frem til neste kontroll.	Det er viktig at du følger skissert nedtrapping av <u>Prednisolon</u> .
<u>Methotrexate</u> 2,5 mg tabletter	15 mg (6 tbll) første og andre uken. Deretter 20 mg (8 tabletter) i uken. OBS: TAS EN GANG HVER UKE PÅ FAST UKEDAG!!	Forventet effekt etter 8-12 uker. Noen kan oppleve forbigående forverring av sykdommen. Videre medisinerings vurderes ved hver kontroll.
Folsyre 1 mg (B-vitamin)	1 tablett daglig	Forebygge ubehag/bivirkning av <u>Methotrexate</u> .
<u>Kalcipos</u> 500mg/ 20mcg (Kalk og D-vitamin)	1 tablett daglig	Forebygge bivirkning av <u>Prednisolon</u> .

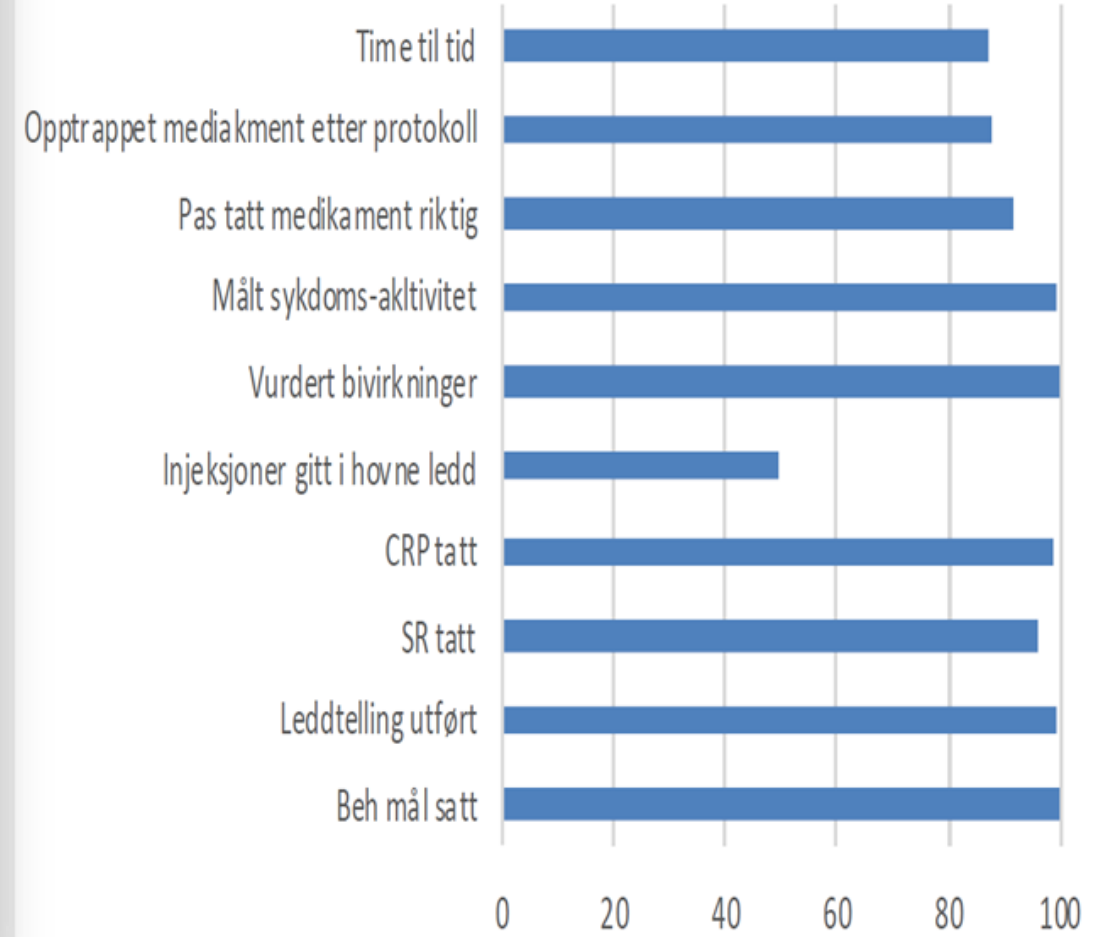
*Rtg hender og føtter skal også tas på kontroll etter 1 og 2 år.

NY RA 1		NY RA 2										
<ul style="list-style-type: none"> Nyoppstått RA, symptom-varighet under 2 år Oppfyller ACR/EULAR 2010 kriteriene Behov for <u>DMARDs</u> Ikke planlagt graviditet Ikke alvorlig nyresykdom, leversykdom, <u>malignitet</u>, infeksjon, NYHA klasse 3-4, alvorlig lungesykdom, ukontrollert diabetes 		<ul style="list-style-type: none"> Nydiagnostisert RA Klinisk RA eller oppfyller ACR/EULAR 2010 kriteriene Behov for <u>DMARDs</u> Planlagt graviditet Har alvorlig nyresykdom, leversykdom, <u>malignitet</u>, infeksjon, NYHA klasse 3-4, alvorlig lungesykdom eller ukontrollert diabetes 										
BEHANDLINGSMÅL:												
DAS 28 \leq 2.6 og ingen hovne ledd												
ACR/EULAR remisjon: TJC \leq 1, SJC \leq 1, CRP \leq 1, PGA \leq 1												
VISITTER:												
VISITT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
		KUN SPL		3 MD		6 MD		1 ÅR			2 ÅR	
Intervall: UKER		4	4	6	6	6	12	12	12	12	26	
GTI/NA*	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Respons				X		X	X	X	X	X	X	
Revma kontroll	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Anti CCP	X											
Oppstart <u>immunsupp.</u>	X											
Rtg. H/F	X							X				X
Rtg. T _x	X											
Vaksiner	X											
BEHANDLINGSPROTOKOLL, OPPTRAPPING:												
VISITT	TRINN	BEHANDLING HVIS INGEN RESPONS (HVIS RESPONS FORTSETT NÅVÆRENDE TRINN)										

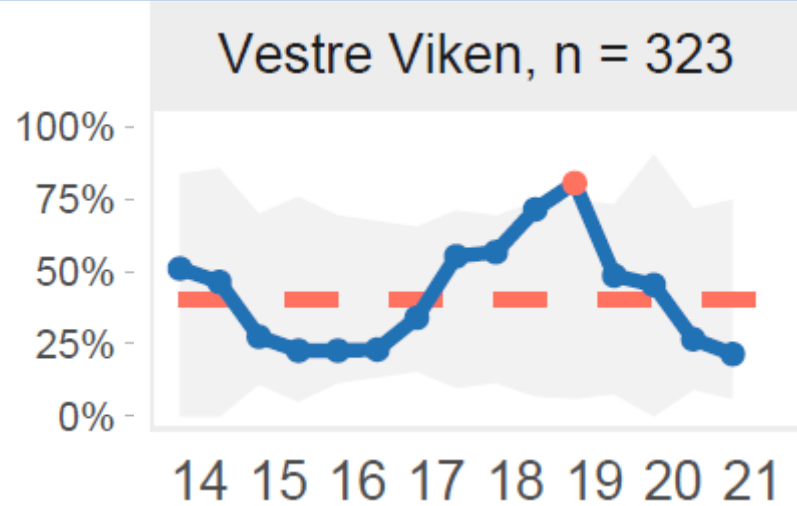
I hvor stor grad er behandlingsprotokollen fulgt? Scoret 10 punkter.
Gjennomsnitt i %, alle pasient ved hver visitt. (X-Bar diagram)



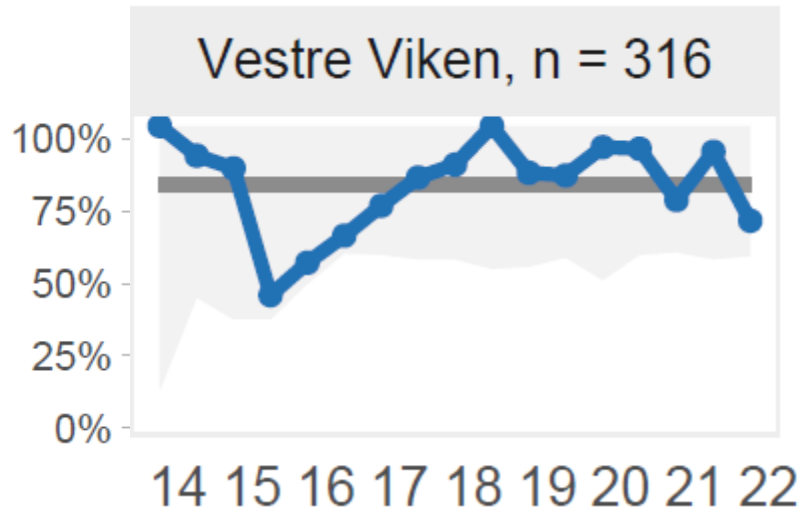
Prosent fulgt protokoll. Alle pasienter, alle visitter.



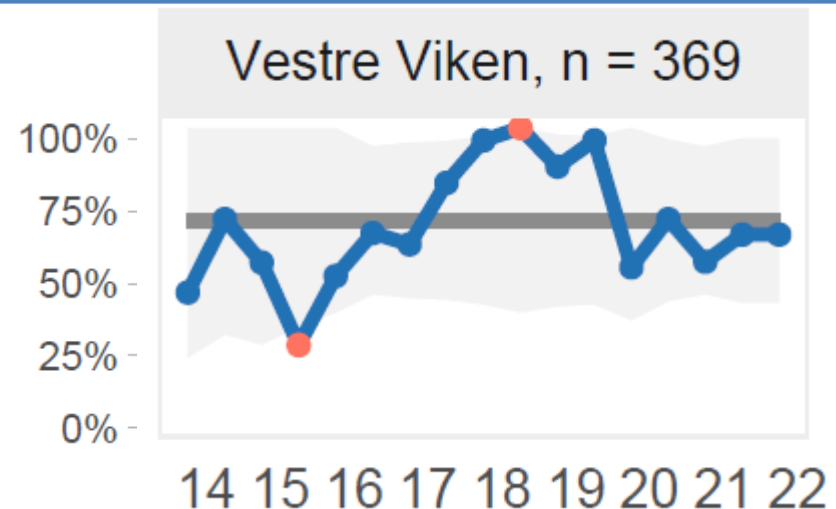
Figur 1. Andel RA-pasienter i ACR/EULAR-remisjon ett år etter diagnostidspunkt. Gjennomsnitt for VV er 40 %



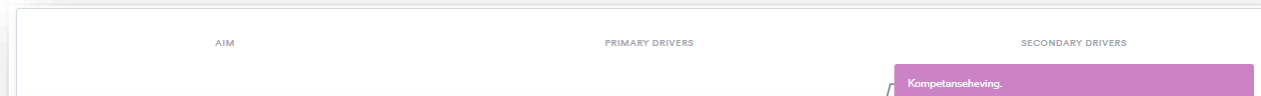
Figur 2. Andel pasienter med revmatoid artritt som begynner på DMARDs innen to uker etter diagnose. Gjennomsnitt for VV er 83 %



Figur 3. Andel pasienter med RA som var til oppfølging innen tre md. etter diagnosedato. Gjennomsnittet for VV er 69%

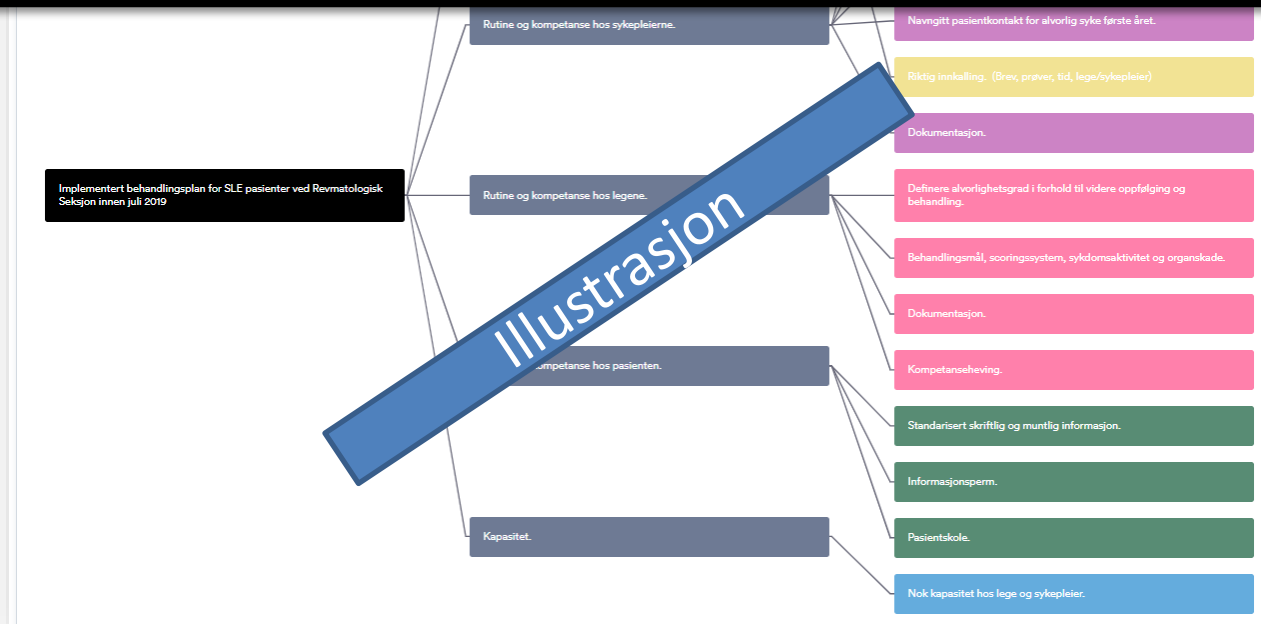


Eksempel: Pasientforløp SLE, inklusiv REVNATUS





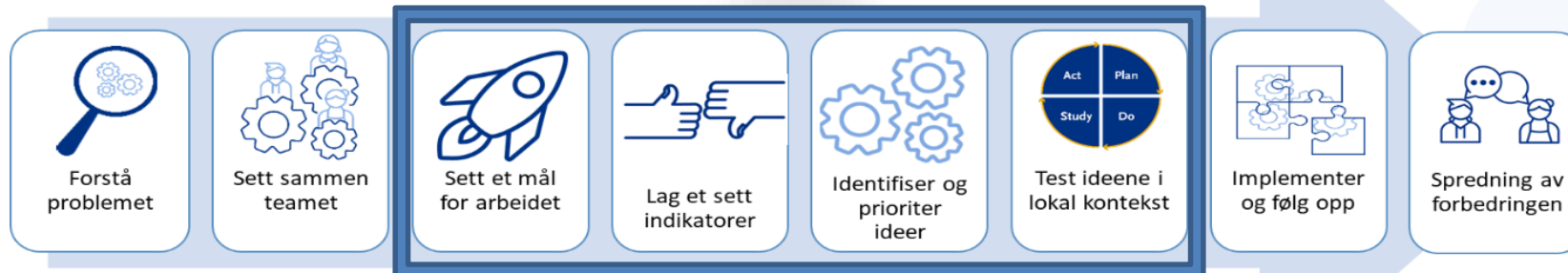
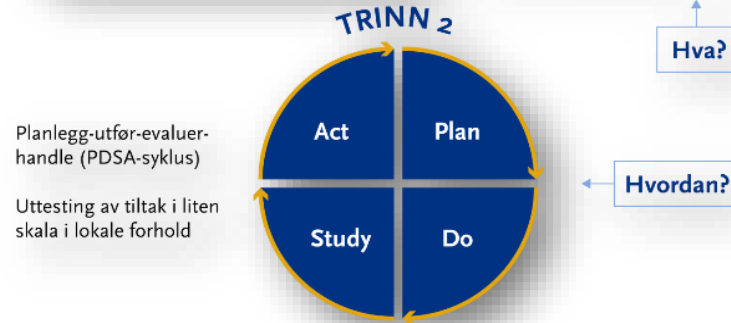
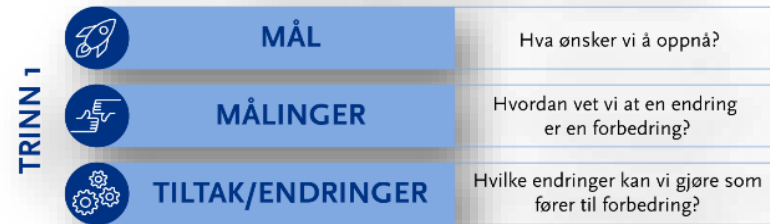
VV - DS - NRH - Revmatologisk seksjon - Bedre kvalitet på oppfølging av alle SLE pasienter ved Revmatologisk Seksjon, Drammen Sykehus.
 Implementert behandlingsplan for SLE pasienter ved Revmatologisk Seksjon innen juli 2019
 Drammen Sykehus Revmatologisk seksjon



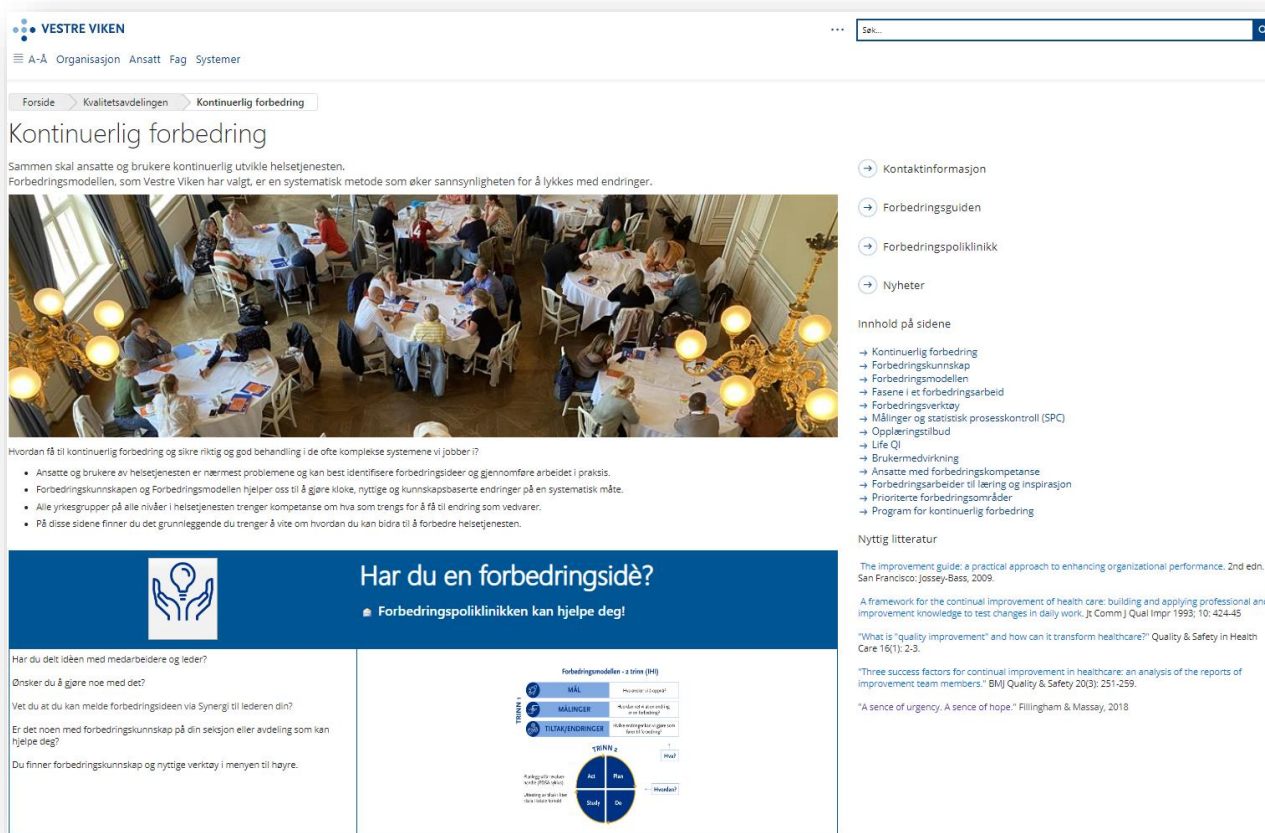
Forbedringsmodellen er svært anvendelig

- anbefaler dere å bli knallgode på dette!

Forbedringsmodellen - 2 trinn (IHI)



Forbedringskunnskap på intranett og internett - sjekk hva som finnes på ditt sykehus




VESTRE VIKEN

A-Å Organisasjon Ansatt Fag Systemer

Forside > Kvalitetsavdelingen > Kontinuerlig forbedring

Kontinuerlig forbedring

Sammen skal ansatte og brukere kontinuerlig utvikle helsejennesten. Forbedringsmodellen, som Vestre Viken har valgt, er en systematisk metode som øker sannsynligheten for å lykkes med endringer.




→ Kontaktinformasjon
→ Forbedringsguiden
→ Forbedringspoliklinikk
→ Nyheter

Innhold på sidene

- Kontinuerlig forbedring
- Forbedringskunnskap
- Forbedringsmodellen
- Fasene i et forbedringsarbeid
- Forbedringsverktøy
- Målinger og statistisk prosesskontroll (SPC)
- Opplæringsstilbud
- Life QI
- Brukermedvirkning
- Ansatte med forbedringskompetanse
- Forbedringsarbeider til læring og inspirasjon
- Prioriterte forbedringsområder
- Program for kontinuerlig forbedring

Nyttig litteratur

- The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. 2nd edn. San Francisco: Jossey-Bass, 2009.
- A framework for the continual improvement of health care: building and applying professional and improvement knowledge to test changes in daily work. Jt Comm Qual Impr 1993; 10: 424-45
- "What is 'quality improvement' and how can it transform healthcare?" Quality & Safety in Health Care 16(1): 2-3.
- "Three success factors for continual improvement in healthcare: an analysis of the reports of improvement team members." BMJ Quality & Safety 20(3): 251-259.
- "A sense of urgency. A sense of hope." Fillingim & Massay, 2018

 **Har du en forbedringsidé?**

• Forbedringspoliklinikken kan hjelpe deg!

Har du det ideen med medarbeidere og leder?
Ønsker du å gjøre noe med det?
Vet du at du kan melde forbedringsideen via Synergi til lederen din?
Er det noen med forbedringskunnskap på din seksjon eller avdeling som kan hjelpe deg?
Du finner forbedringskunnskap og nyttige verktøy i menyen til høyre.

Forbedringsmodellen - 5 steg (3M)

- MÅL** - "Hvordan vil du oppføre seg?"
- MÅLINGER** - "Hvordan vil du måle om du er i mål?"
- TILTAK/ENDRINGER** - "Hvordan vil du gjøre det som du har bestemt deg?"

SHINZ

Plan, Do, Check, Act

[Kvalitetsforbedring | Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre](#)

[Itryggehender \(itryggehender24-7.no\)](#)

[Improving Health and Health Care Worldwide | IHI - Institute for Healthcare Improvement](#)

Opplæringstilbud - sjekk ditt eget sykehus

- **Opplæringsprogram (9 mndr)**
 - Forbedringsagent
 - Forbedringsveileder
- **E-læringskurs**
 - Obligatorisk grunnkurs
 - 6 moduler som bygger på hverandre
 - Innføring
 - Fase 1-3
 - Fase 4-6
 - Fase 7-8
 - Life QI
 - Målinger/SPC
- **Workshop**
 - Foreløpig åpnet for: LIS, Leder nivå 1-4 og TV/VO
- **Forbedringspoliklinikk**
 - Onsdager etter 12:30
 - Digitalt/Drammen/BS/BLAK
- **Læringsnettverk**
 - Bistår PHR (BUPA og ARA)
- **Lederopplæring** (i samarbeid med OU)



Forbedringsagenter in training



E-læring



Forbedringsveiledere in training



Forbedringspoliklinikk



Workshop



Læringsnettverk

Har de lært noe?

Selvevaluering LIS før og etter opplæring

Kjenner ikke til = 0

Har hørt om = 1

Kan bruke etter veiledning = 2

Kan bruke selvstendig = 3

Kan bruke og forklare for andre = 4

Kan undervise teori og bruk av = 5



Sjekkliste for valg av forbedringsområde	
Reelt problem	Avgrenset
<input type="checkbox"/> Forbedringsarbeidet har som mål å forbedre en klinisk behandlings- eller arbeidsprosess som i dag ikke fungerer optimalt eller som ikke gir ønsket resultat	<input type="checkbox"/> Forbedringsarbeidet er avgrenset og kan gjennomføres innenfor avsatt tidsramme
Målbart	Det er satt av tid
<input type="checkbox"/> Målet for arbeidet er målbart (kan kvantifiseres), og det er meningsfullt å måle på resultat over perioden arbeidet pågår	<input type="checkbox"/> Det er satt av tid til å jobbe med forbedringsarbeidet i deltakers arbeidsplan, og det er aksept for å trekke på noen andre ressurser
I tråd med strategi og kvalitetsmål	Teamarbeid
<input type="checkbox"/> Forbedringsarbeidet er av stor betydning for virksomheten og i tråd med overordnede strategi og kvalitetsmål	<input type="checkbox"/> Arbeidet er tenkt etablert som et teamarbeid, ikke et «enkeltmannsprosjekt». Det er en forutsetning at deltager får lov å teste ut ideer til forbedring i egen enhet i samarbeid med andre
Ledelsesforankring	Læringsarena
<input type="checkbox"/> Forbedringsarbeidet er støttet av nærmeste leder som tilrettelegger for ressurser, fjerner barrierer, og etterspør fremdrift og resultater underveis	<input type="checkbox"/> Det er tenkt gjennom arenaer for refleksjon og læring underveis i arbeidet

Tre suksessfaktorer for systematisk forbedringsarbeid i helsetjenesten

- 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 **læringssystemer** tilpasset ulike profesjonskulturer
 - Tilgang til **veiledning** i forbedringsarbeid
 - Skape et oppfølgingssystem som sikrer **bærekraftige endringer**
-

Største utfordringer:

Alt henger sammen med alt...

Ansattes muligheter til å delta i forbedringsarbeid...

Lederoppfølging...



🔍 Søk etter register



- HJERTE- OG KARSYKDOMMER 8
- KREFT 8
- LUFTVEIER 1
- DIABETES 2
- NERVESYSTEMET 5
- MUSKEL OG SKJELETT 6
- MAGE OG TARM 4
- GYNEKOLOGI 2
- NYRE 1
- SKADE OG INTENSIV 3
- INFEKSJONER 1
- REHABILITERING 2
- AUTOIMMUNE SYKDOMMER 2
- REVMATOLOGI 2
- ØRE-NESE-HALS 1
- HUDSYKDOMMER 1
- PSYKISK HELSE OG RUS 3
- BARN 6
- ANDRE 3

Norsk hjerneslagregister	Norsk diabetesregister for	Norsk kvalitets- og oppfølgingsregister for
Norsk nyreregister		
Norsk hjerteinfarktregister		
Norsk register for invasiv kardiologi (NORIC)	hjerTESTANSregister	ablasjonsbehandling og elektrofysiologi i Norge (AblaNor)

OM MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE

Medisinske kvalitetsregistre samler informasjon om utredning og oppfølging av pasienter innenfor definerte sykdomsgrupper.

Medisinske kvalitetsregistre samler strukturert informasjon fra behandlingsforløp for definerte sykdomsgrupper. Informasjon om utredning, behandling, oppfølging og resultat av behandlingen gir oss kunnskap om uberettiget variasjon i helsetilbudet og kvalitet i helsetjenesten.

Hovedformålet med de medisinske kvalitetsregistrene er å bidra til bedre kvalitet på pasientbehandlingen og å redusere uberettiget variasjon i helsetilbud og behandlingskvalitet.

I 2020 er det 51 nasjonale medisinske kvalitetsregistre i Norge. Nasjonal status gis av Helsedirektoratet etter

På tide med mange kliniske forbedringsarbeider!

TEMA FOR FORBEDRINGSOMRÅDER

- **NORARTRITT:**
 - Andel pasienter med ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnose (RA)
- **NORVAS:**
 - Andel konsultasjoner med utfylt BVAS (ANCA vaskulitter)
 - Andel pasienter med prednisolondose $\leq 7,5$ mg etter 6 mnd (storkarvaskulitter)
- **REVNATUS:**
 - Andel pasienter fått veiledning om svangerskap ved første registrering etter påvist svangerskap (alle diagnoser)



Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Forstå
problemet



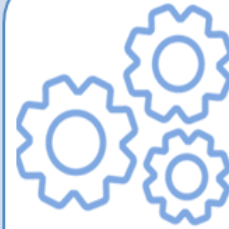
Sett sammen
teamet



Sett et mål
for arbeidet



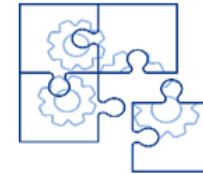
Lag et sett
indikatorer



Identifiser og
prioriter
ideer



Test ideene i
lokal kontekst

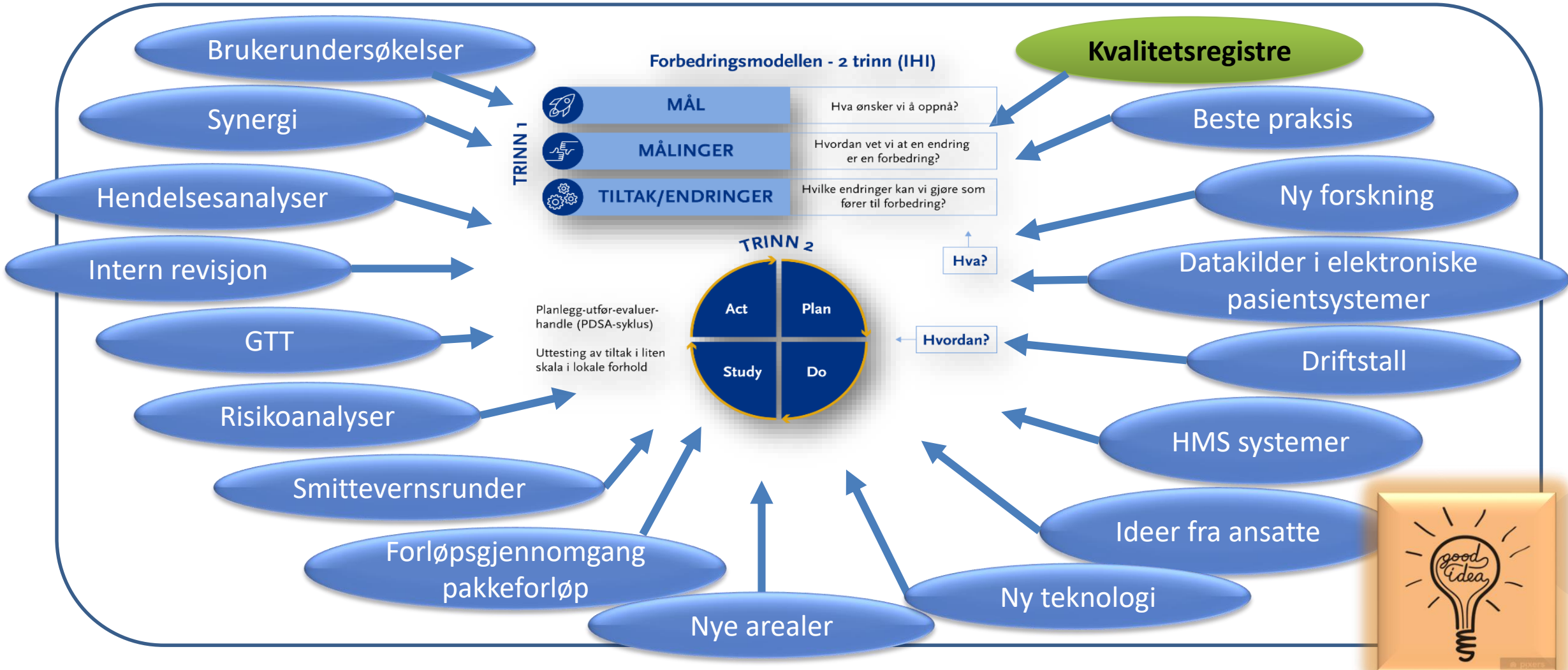


Implementer
og følg opp



Spredning av
forbedringen

Noen kilder til endrings- og forbedringsområder



Forstå problemet

– indikatorer fra kvalitetsregistrene

...men vi har en **STOR** utfordring, altfor sjeldne datapunkter...

RevNatus

Kvalitetsregister for svangerskaps- og revmatiske sykdommer

Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak
Mai 2022

Hilde Bjørngaard¹, Bente Jakobsen¹, Marianne Wallenius¹,
¹Nasjonal kompetansetjeneste for svangerskap og revmatisme
St. Olavs hospital, HMN, Trondheim

NORSK VASKULITREGISTER & BIOBANK – NorVas

Årsrapport 2021

RESULTATER OG FORBEDRINGSTILTAK

Norsk vaskulittregister & biobank

Synøve Kalstad¹,
Julianne Elvenes²,
Mai Lisbet Berglund²,
Kevin Thon³

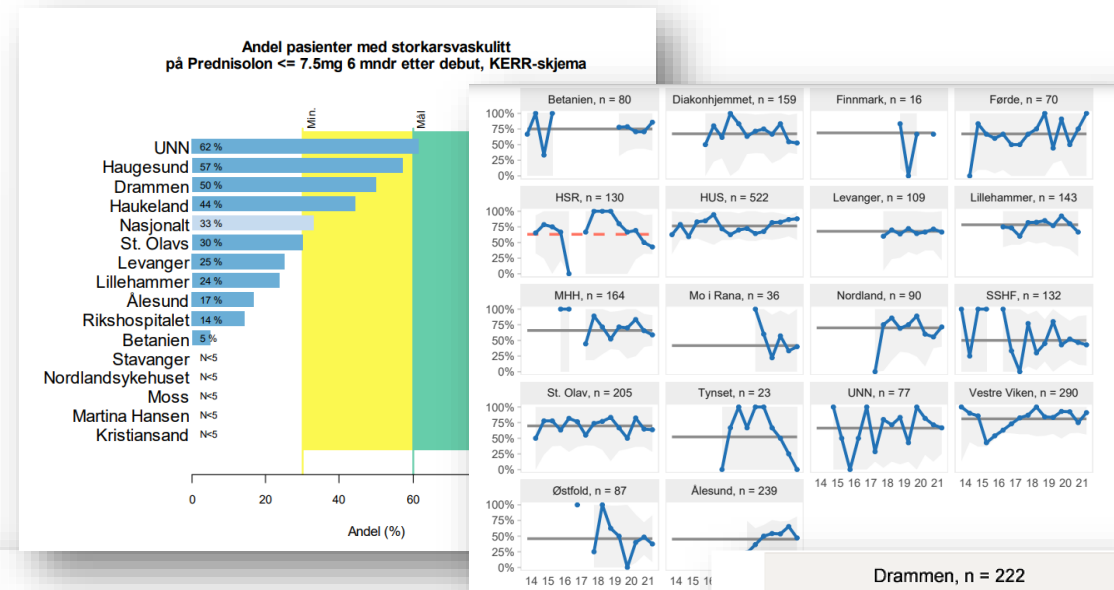
¹ NMR – Universitetssjukehuset Nord-Øst
² Registerenheten – Universitetssjukehuset Nord-Øst
³ Senter for klinisk dokumentasjon og evaluering (SDCE)

Juni 2022

Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer (NorArtritt)

16. august 2022

Årsrapport for 2021 med plan for forbedringstiltak

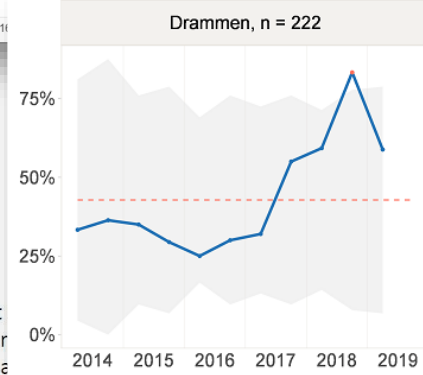


HELSE BERGEN

Haukeland universitetssjukehus
Norsk kvalitetsregister for artrittsykdommer

Kvalitetsrapport Vestre Viken

NorArtritts fagråd har besluttet at det skal utføres et kvalitetsforbedringsprosjekt utgangspunkt i oppnåelse av remisjon ett år etter diagnosetidspunkt for pasienter studien oppnådde meget gode resultater, og på bakgrunn av dette har fagrådet sat denne variabelen til 40 %.

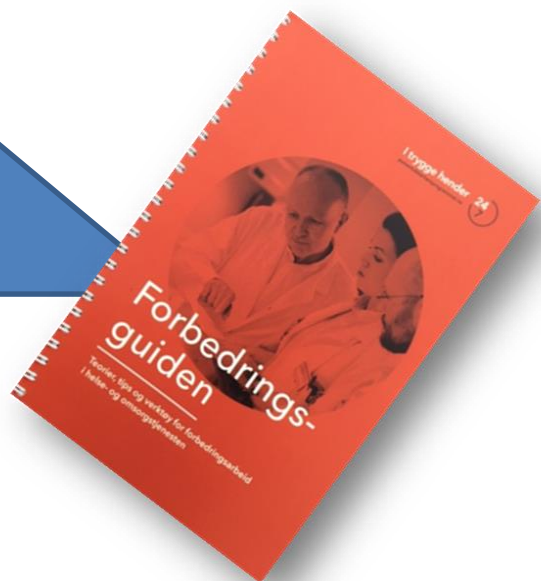


Treningsøkt – Forstå problemet



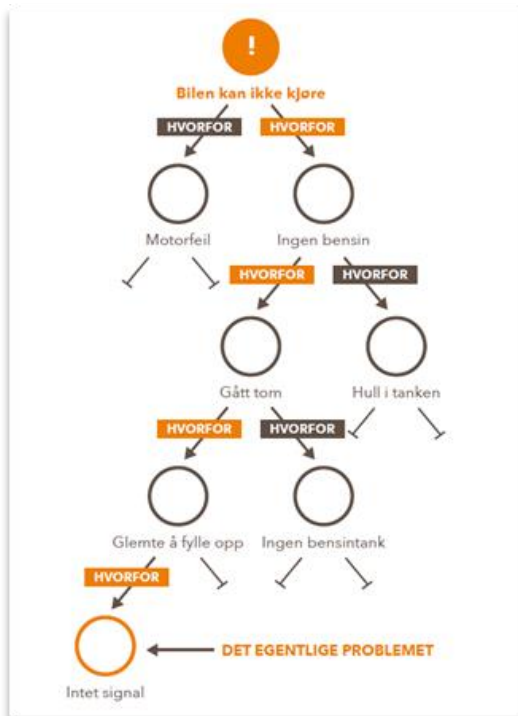
Nyttige forbedringsverktøy:

Flytskjema
5 x hvorfor
Fiskebensdiagram
Paretoanalyse
Baselinemålinger



5 x hvorfor

Verktøy for å forstå problemet



HVA?

Avdekker den eller de grunnleggende årsakene til et problem

HVORFOR?

Hvis ikke problemets reelle årsak identifiseres fra start vil tiltak sjelden ha ønsket effekt.

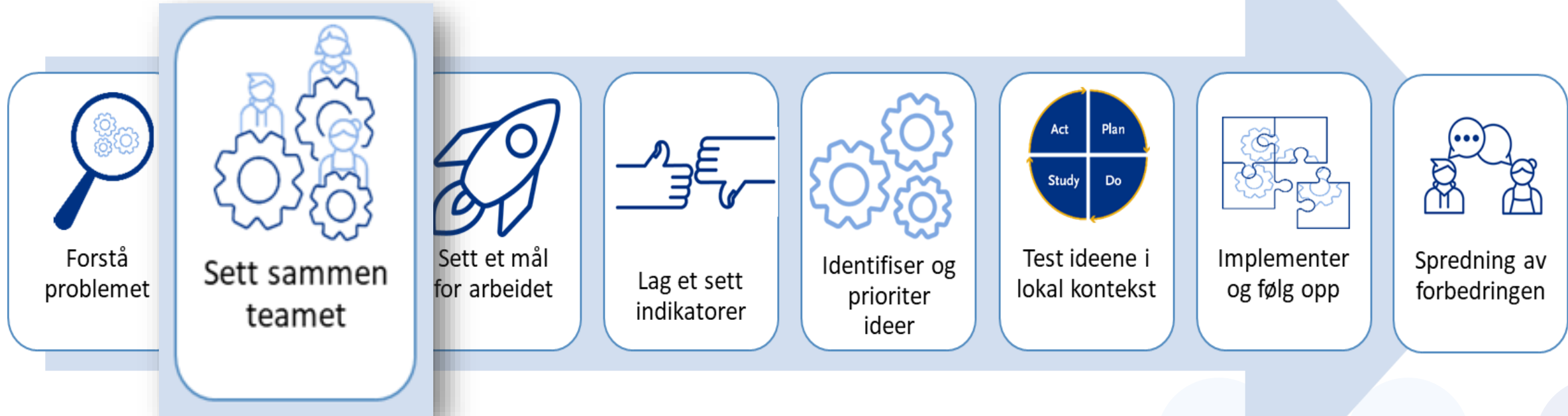
HVORDAN?

Når et problem er identifisert vurderes det hvorfor problemet er oppstått



Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!

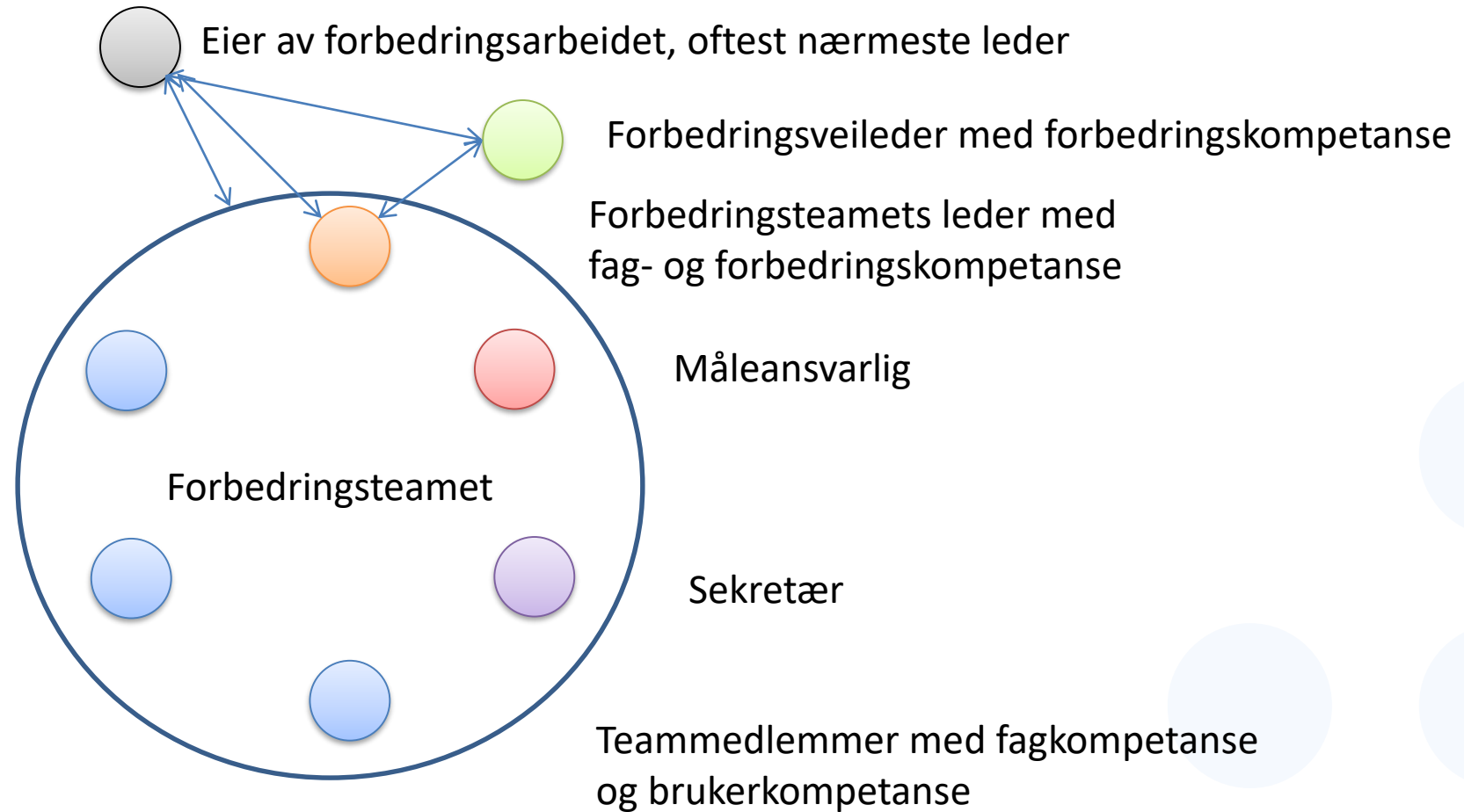


Definisjoner

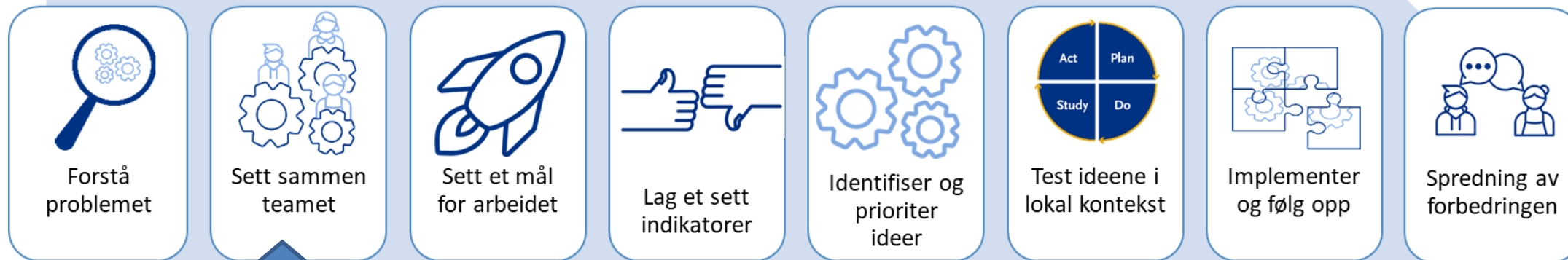
En gruppe er en sammensetning av flere individer som ikke trenger ha noe annet formål enn det å være samlet

Et team har alltid en hensikt, en retning, et mål, en oppgave med gjensidig ansvarlighet

Forbedringsteam



Treningsøkt – Sett sammen teamet



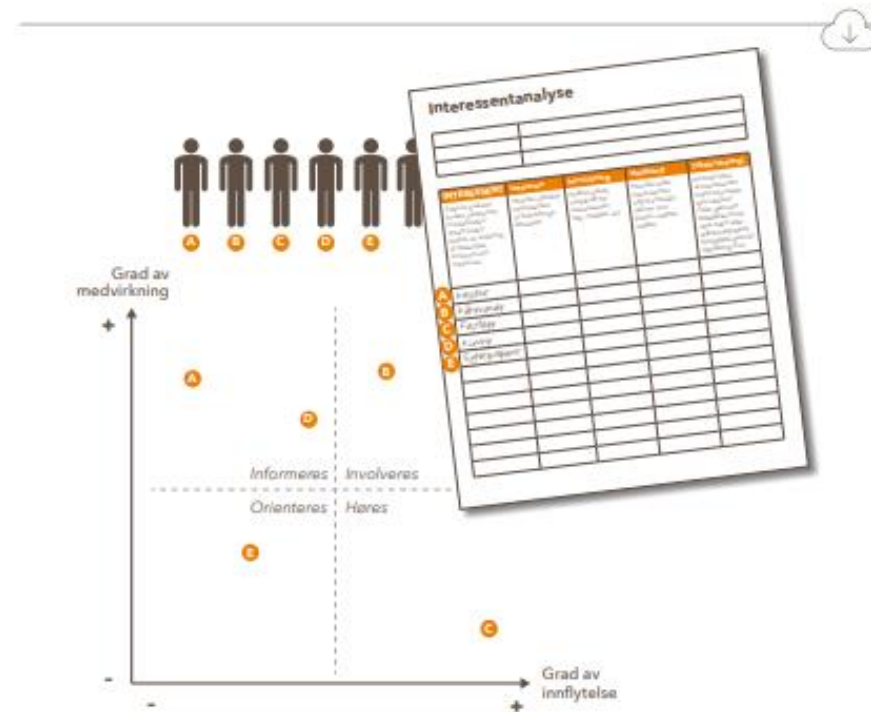
Nyttige
forbedringsverktøy:

Interessentanalyse
Effektive teammøter



Interessentanalyse

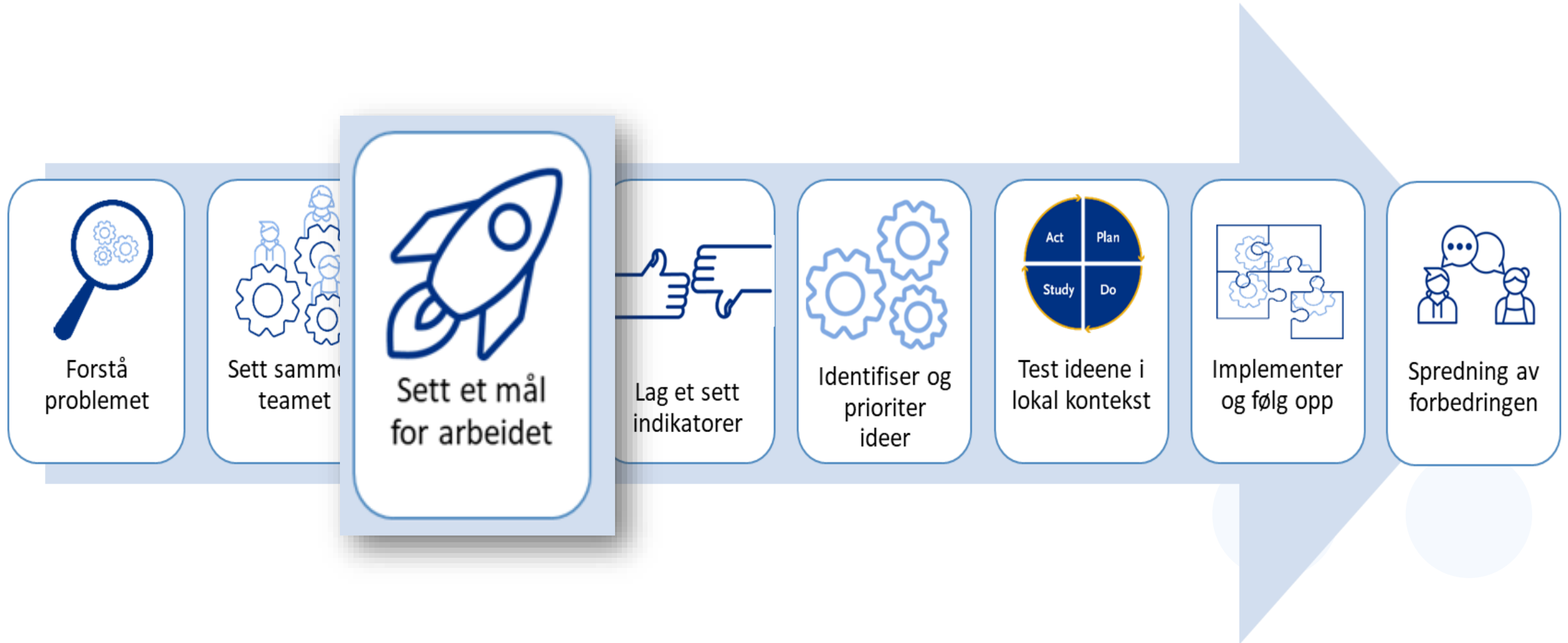
18 verktøy til forbedringsarbeid / Verktøy 6: INTERESSENTANALYSE





Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Fra tema til mål

HÅP er ikke en strategi!

NOEN er ikke et antall!

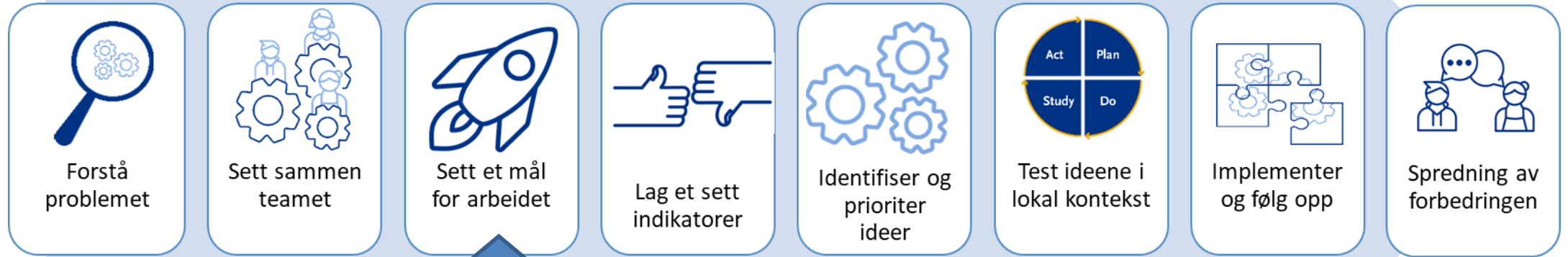
SNART er ikke et tidspunkt!



Å sette et mål for arbeidet

- Fra tema:
 - Tidlig oppstart av Methotrexate ved leddgikt
- Til konkret og spesifikt mål:
 - Innen juni 2023 skal 80 % av alle pasienter med nyoppstått revmatoid artritt ved revmatologisk poliklinikk DS, starte Methotrexate innen 14 dager etter diagnose

Treningsøkt – Sett et mål for arbeidet



Nyttige
forbedringsverktøy:

HVA skal du oppnå,
hvor MYE,
for HVEM,
innen NÅR

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.



- Spesifikt
- Målbart
- Attraktivt
- Realistisk
- Tidsbestemt

NorARTRITT – Sett et mål for arbeidet

Revmatoid artritt

- **Minst 40 % av pasientene med nydiagnostisert revmatoid artritt ved revmatologisk avdeling XX sykehus, skal være i ACR/EULAR remisjon 1 år etter diagnose. Måloppnåelse innen dd.mnd.år (f. eks. 31.12.2023)**

(Nasjonalt 30 %, variasjon 20-50 %)

NORVAS – Sett et mål for arbeidet

ANCA vaskulitt

- **Utfylt BVAS ved minst 95 % av konsultasjonene for pasienter med ANCA assosiert vaskulitt ved revmatologisk avdeling XX sykehus. Måloppnåelse innen dd.mnd.år (for eksempel 31.12.2023)**

Kvalitet på utfylt BVAS ved hver konsultasjon skal være minst 80 % målt ved riktig utfylt:

- Utfylt riktig alle aktuelle punkter organaffeksjon
- Utfylt riktig debut – aktiv sykdom
- Utfylt riktig alvorlig tilbakefall (residiv)
- Utfylt riktig lett tilbakefall (residiv)
- Utfylt riktig persisterende sykdom
- Utfylt riktig remisjon
- Utfylt riktig skade vs persisterende sykdom
- Tatt stilling til og igangsett behandling ihht BVAS

(Nasjonalt 83 %, variasjon 40-96 %)

NORVAS – Sett et mål for arbeidet

Storkarsvaskulitt

- **Minst 60 % av pasienter med nydiagnostisert storkarsvaskulitt ved revmatologisk avdeling XX sykehus, skal ha prednisolondose $\leq 7,5$ mg daglig ved kontroll 6 mnd etter diagnose. Måloppnåelse innen dd.mnd.år (f.eks. 31.12.2023)**

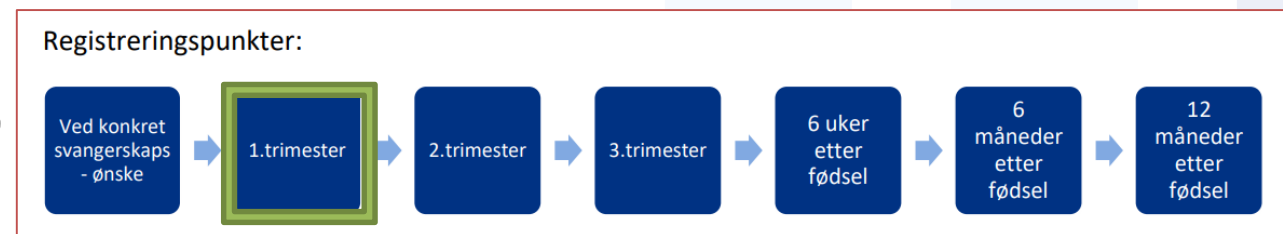
(Nasjonalt 33 %, variasjon 5-62 %)

REVNATUS – Sett et mål for arbeidet

Alle diagnoser

- **Minst 80 % av gravide pasienter med inflammatorisk revmatisk sykdom inkludert i REVNATUS, skal ha mottatt veiledning om svangerskap (egenregistrering ved første registrering etter påvist graviditet) Måloppnåelse innen dd.mnd.år (for eksempel 31.12.2023)**
 - Kvalitet på veiledningen? Lage sjekklister? Spørreus til pasienter?

(Nasjonalt 86 %, variasjon 67-100 %)





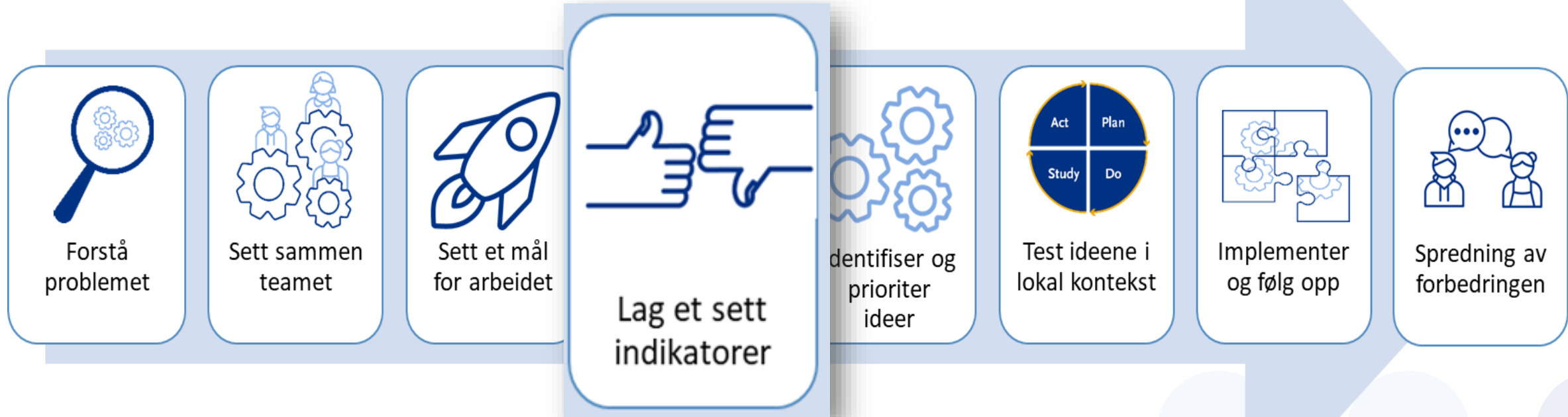
15 minutter





Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Datadrevet forbedring av klinisk praksis!

Det holder ikke å tro, vi må vite!



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

SJEKKLISTE UTSKRIVNING

Kryss av	Sjekkpunkter. BRUK GJERNE/HELST <u>VEILEDENDE UTREISEPLAN I DIPS</u>
1	Spørsmålsark til pasient
	Epikrise/pasientinformasjon
1	Sykepleiedokumentasjon sendt (PLO)
1	Fysio-/ergo rapport
1	Resepter
	Medisiner
	Oppdatert medisinliste
1	Sykemelding
	Time hos fastlege - hvem bestiller?
1	Time hos spesialist- fått time
	Pårørende informert om utskrivelse
1	Bestilt transport
1	Seponert venefloner etc.
1	Utstyr fra behandlingshjelpemidler- sendt i DIPS søknad/bestillingsliste (spesialisthelsetjenestens ansvar)
	Informasjon om diagnose, behandling og tiltak v forverring -brosjyrer -åpen kontakt -informasjon om ris og ros på internett (vestreviken.no)
	Informasjon aktuelle kurs lærings og mestringssentret
1	Forbruksmaterialer bestilt og sendt med

...hm, hvordan kommer jeg fra sjekklister til et slikt fint diagram?

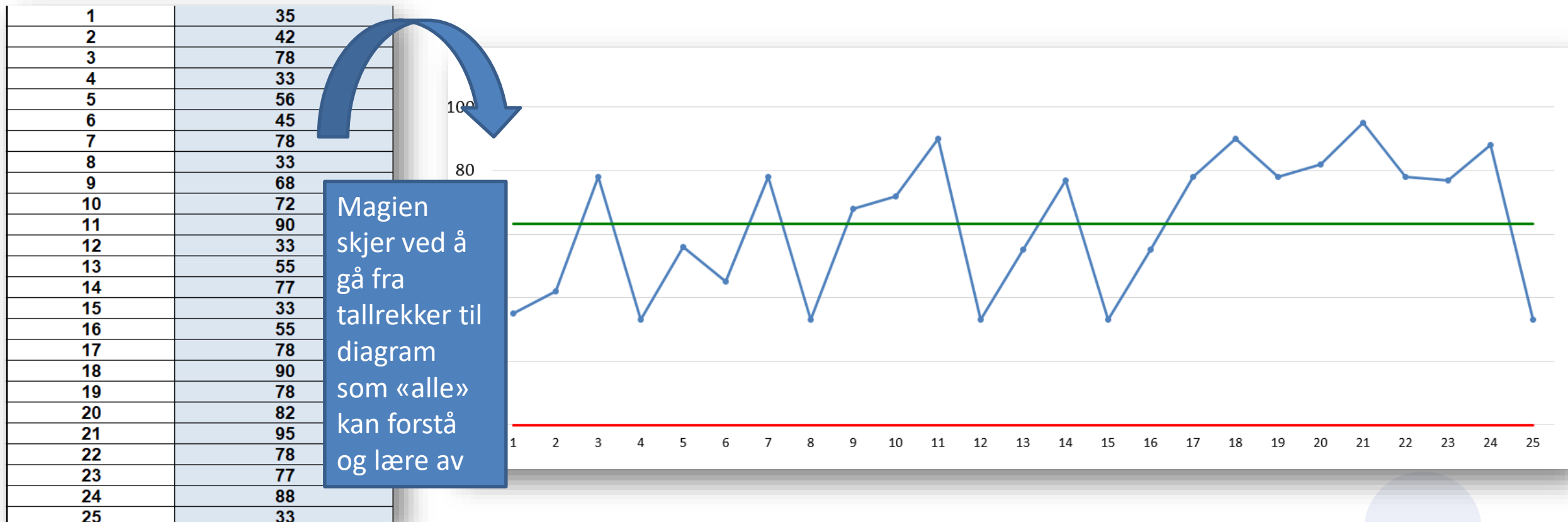
17 punkter per sjekklister
Kan gjøres om til prosent, f.eks
10 punkter utført av 17 = 59%

Pasienter i rekkefølge ID/Nr	Prosent etterlevelse av sjekklister
1	59
2	
3	
4	
5	
6	
7	
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	



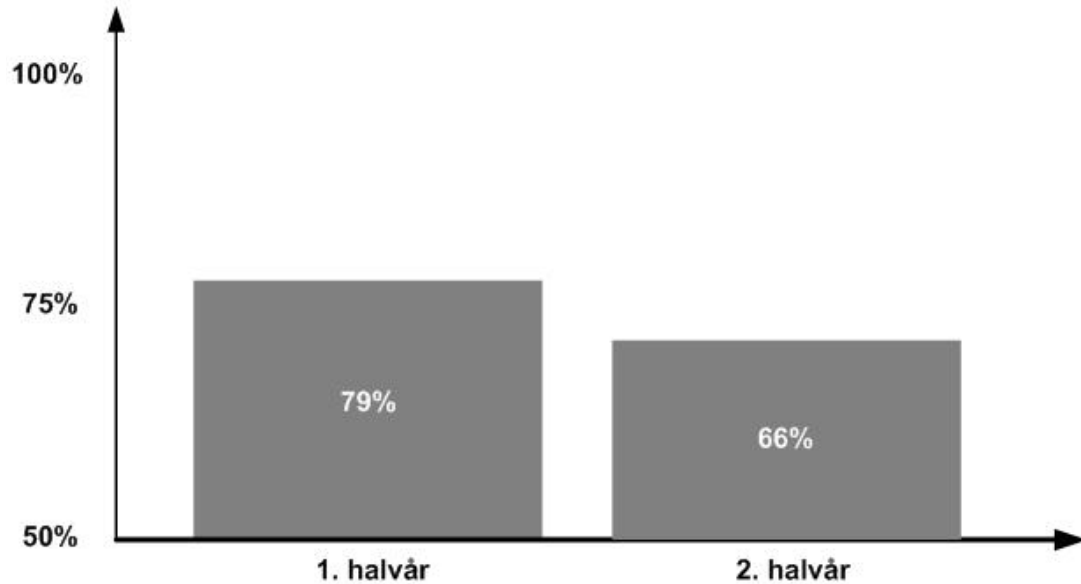
I forbedringsarbeid bruker vi statistisk prosesskontroll (SPC)

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



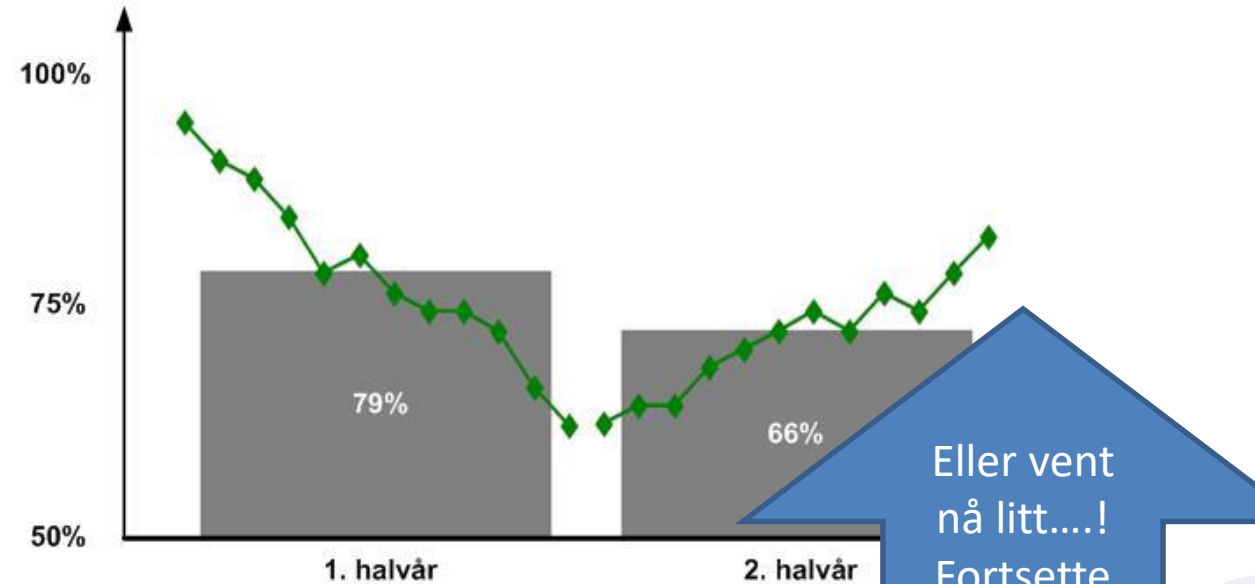
Aggregerte data kan føre til feil tolkning!

Andel journaler med alle nødvendige opplysninger til anestesilægetilsyn



Her må vi gjøre forbedringsarbeid!

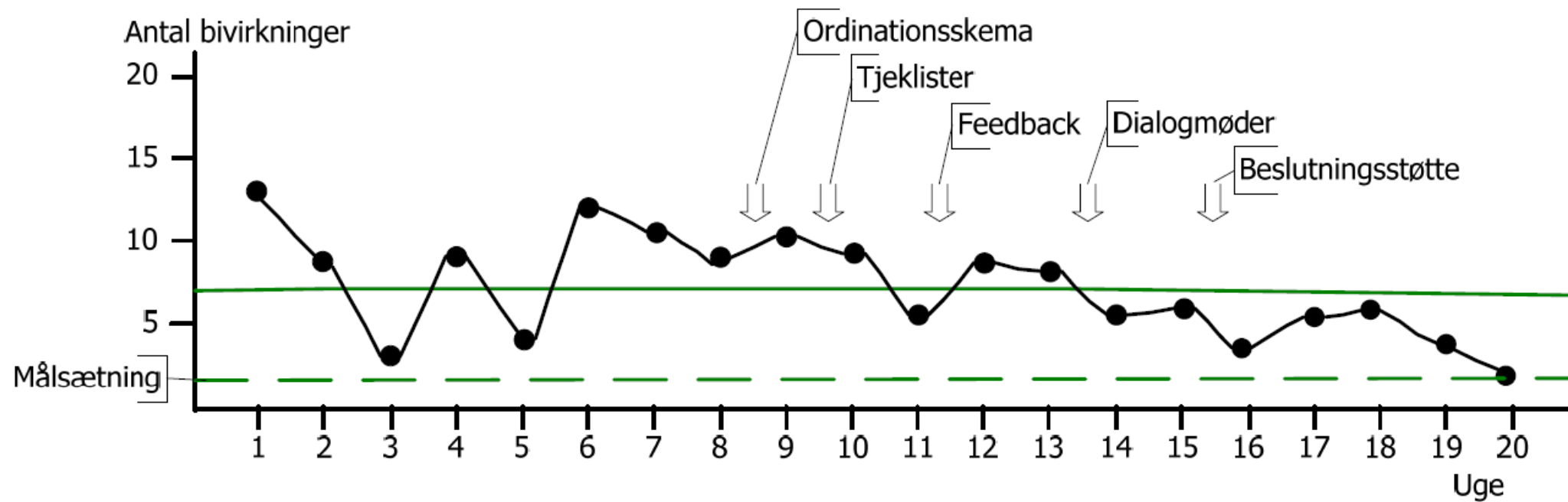
Andel journaler med alle nødvendige opplysninger til anestesilægetilsyn



Eller vent nå litt....!
Fortsette det gode arbeidet!

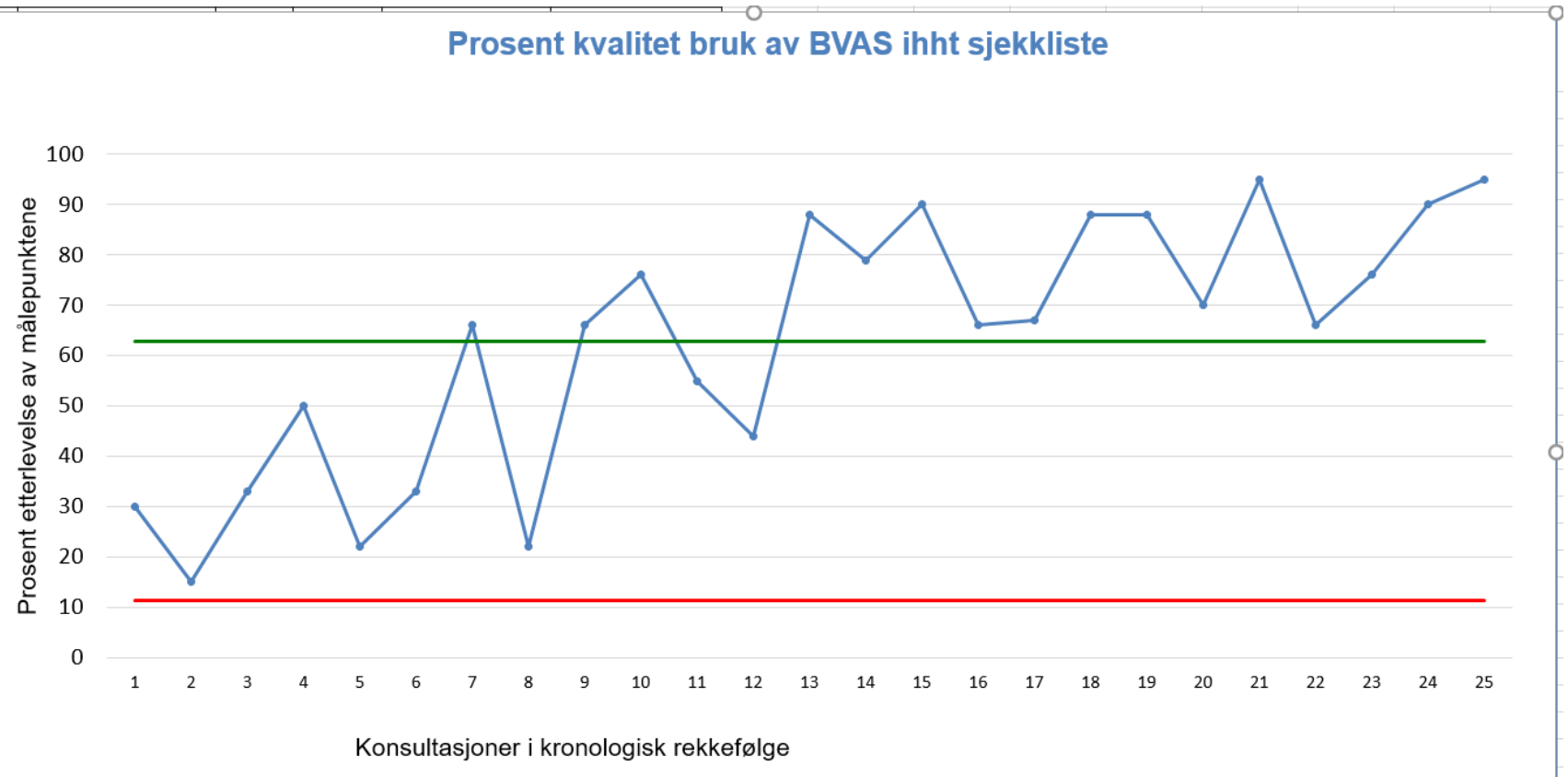
Eksempel på tidsserie

– merket med når ulike endringer ble startet



Tenkt eksempel...

Konsultasjoner i rekkefølge	Kvalitet bruk av BVAS
1	30
2	15
3	33
4	50
5	22
6	33
7	66
8	22
9	66
10	76
11	55
12	44
13	88
14	79
15	90
16	66
17	67
18	88
19	88
20	70
21	95
22	66
23	76
24	90
25	95



Ulike typer SPC diagrammer

- Run – diagram
 - Kan lages med blyant og papir, eller ExCel
- **Kontroll – diagram**
 - Krever statistikk software
 - ...og ja, det finnes mange typer kontrolldiagrammer

Kontroll-diagrammer

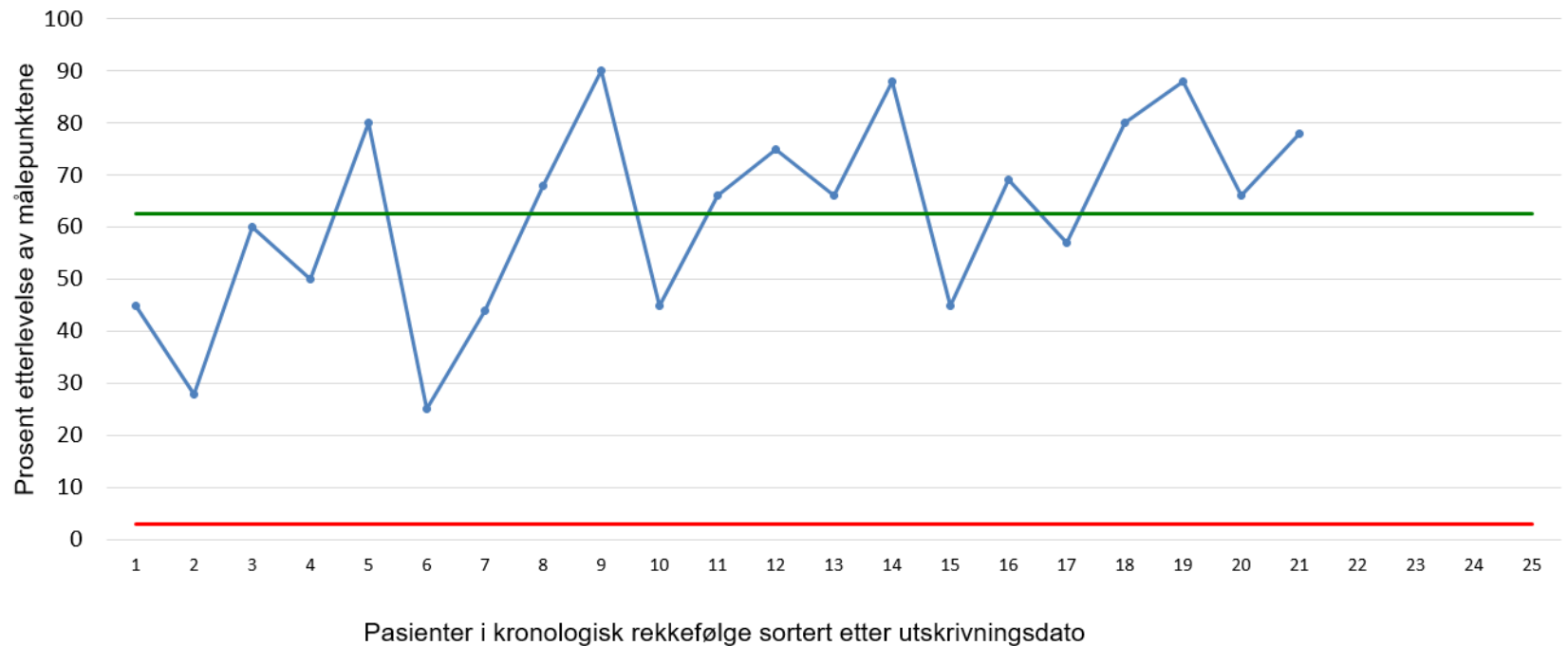
Pasienter i rekkefølge ID/Nr	Prosent etterlevelse av sjekkliste
1	45
2	28
3	60
4	50
5	80
6	25
7	44
8	68
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	
16	
17	
18	
19	
20	
21	
22	
23	
24	
25	



Hvor mange målepunkter må jeg ha for å få solid statistikk for baseline?

Pasienter i rekkefølge ID/Nr	Prosent etterlevelse av sjekkliste
1	45
2	28
3	60
4	50
5	80
6	25
7	44
8	68
9	90
10	45
11	66
12	75
13	66
14	88
15	45
16	69
17	57
18	80
19	88
20	66
21	78
22	
23	
24	
25	

Prosent etterlevelse av sjekkliste



Nivåskifte

– 8 eller flere punkter over eller under gjennomsnittet

Pasienter i rekkefølge ID/Nr	Prosent etterlevelse av sjekkliste
1	45
2	28
3	60
4	50
5	80
6	25
7	44
8	68
9	90
10	45
11	66
12	75
13	66
14	88
15	45
16	69
17	57
18	80
19	88
20	69
21	78
22	88
23	70
24	90
25	80



Sporadisk avvik

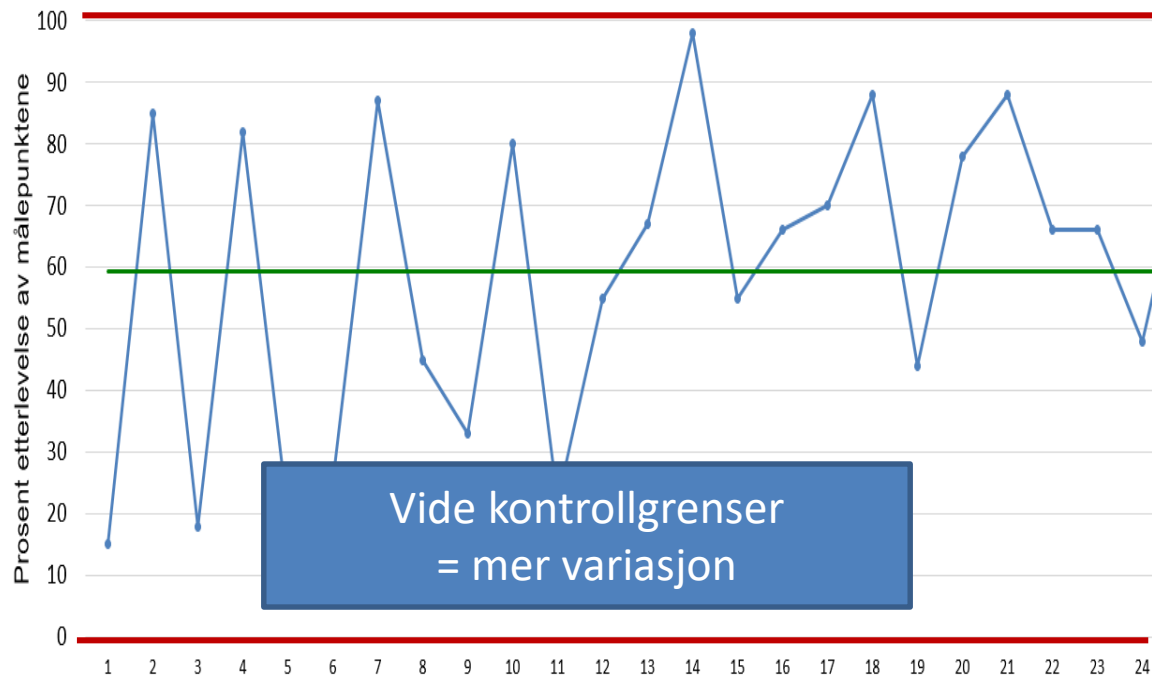
– ett punkt utenfor øvre eller nedre kontrollgrense

Pasienter i rekkefølge ID/Nr	Prosent etterlevelse av sjekkliste
1	45
2	33
3	33
4	40
5	20
6	16
7	45
8	20
9	15
10	33
11	43
12	40
13	45
14	55
15	90
16	40
17	38
18	46
19	30
20	55
21	20
22	10
23	15
24	10
25	45



Samme gjennomsnittet, men helt forskjellig variasjon = forskjellig nåværende og forventet kvalitet

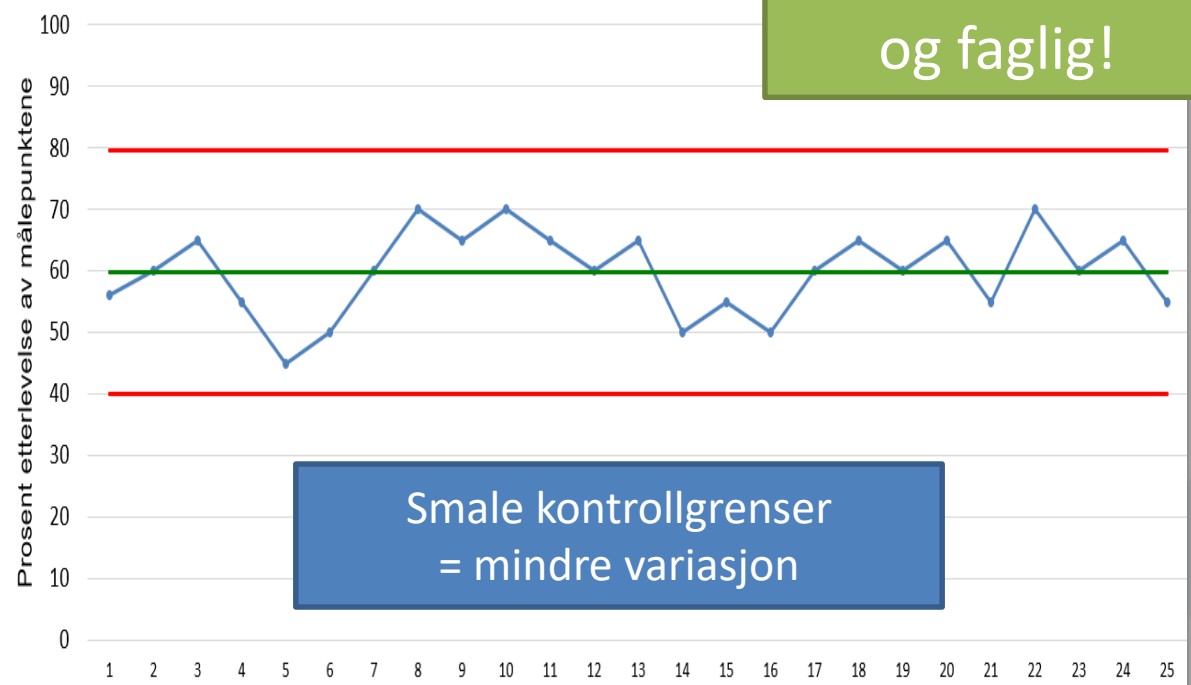
Prosent etterlevelse av sjekkliste



Vide kontrollgrenser
= mer variasjon

Pasienter i kronologisk rekkefølge sortert etter utskrivningsdato

Prosent etterlevelse av sjekkliste



Smale kontrollgrenser
= mindre variasjon

Pasienter i kronologisk rekkefølge sortert etter utskrivningsdato

Vurder alltid grafene statistisk og faglig!

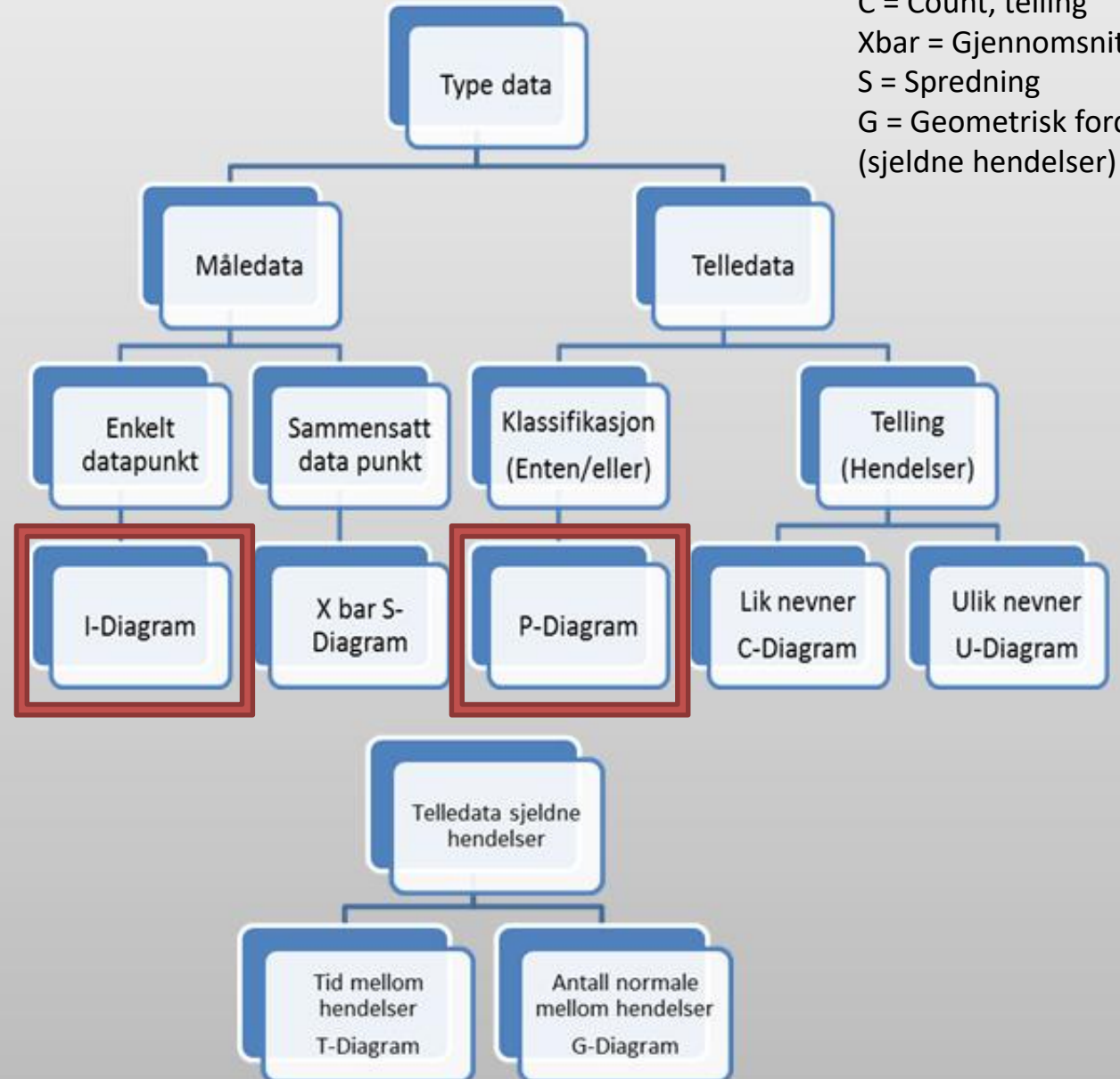
A common problem with SPC Charts is knowing the right one to pick!

I = Individuell
 P = Prosent/andel
 C = Count, telling
 Xbar = Gjennomsnitt
 S = Spredning
 G = Geometrisk fordeling (sjeldne hendelser)

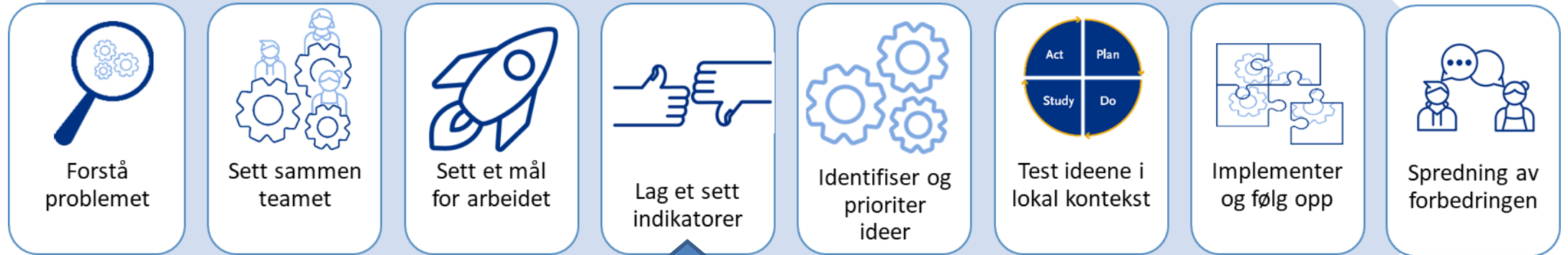
Trenger du hjelp til å velge riktig kontrolldiagram?

Spør en venn som kan det!

Lær I-diagram og P-diagram – så kommer du langt!



Treningsøkt – Lag et sett indikatorer



Nyttige
forbedringsverktøy:

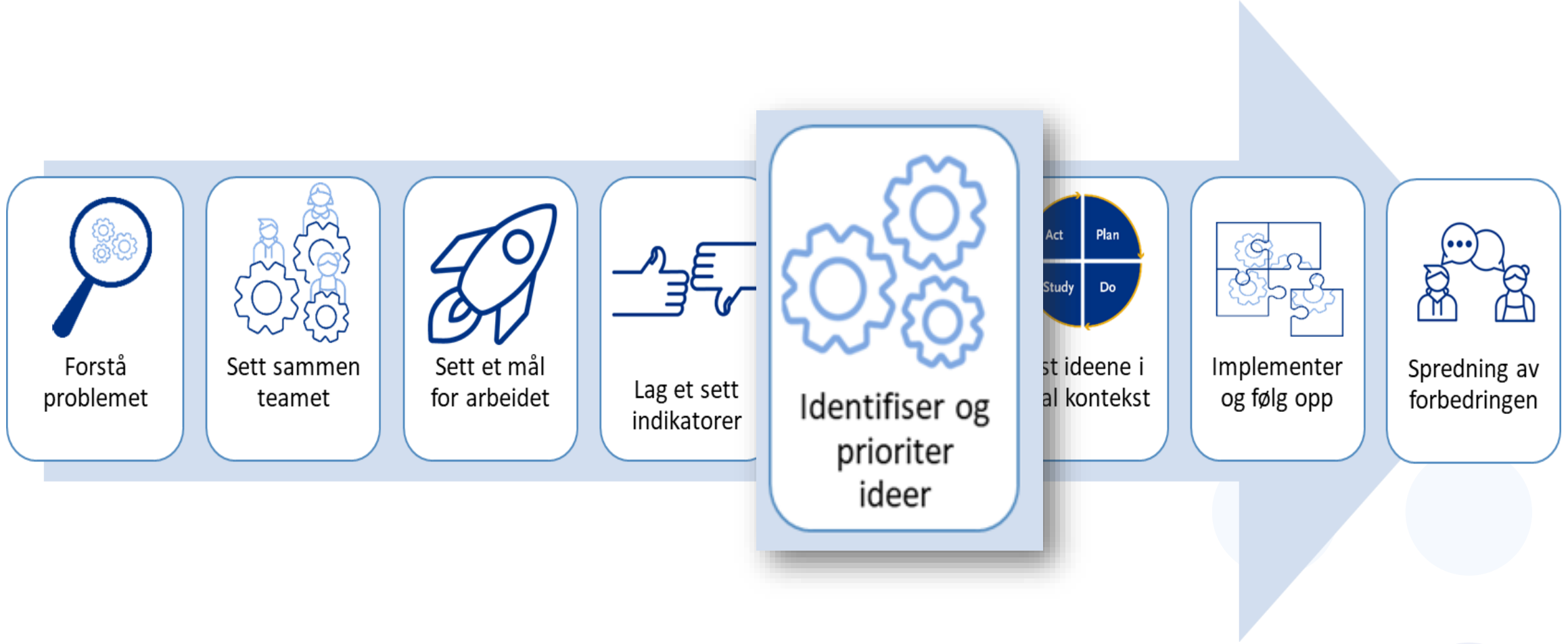
Måleplan
SPC





Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



“All endring fører ikke til en forbedring, men all forbedring krever endring”

Institute for Healthcare Improvement

To feller når vi skal komme med ideer til endring

- **1. Løser alt ved «mer av det samme»**

- Travelt? ...mer folk
- Dårlig kvalitet? ...flere tilsyn
- Dårlig økonomi? ...flere rapporter...



- **2. Utopia syndromet**

- Ønsker en perfekt løsning, planlegger og planlegger, kommer ikke i gang med å gjøre noe

Det er ved å gjøre noe helt nytt en oftest får størst forbedring!!



Identifiser ideer:

Divergent (alle ideer er velkommen)

Få fram så mange ideer som mulig!!



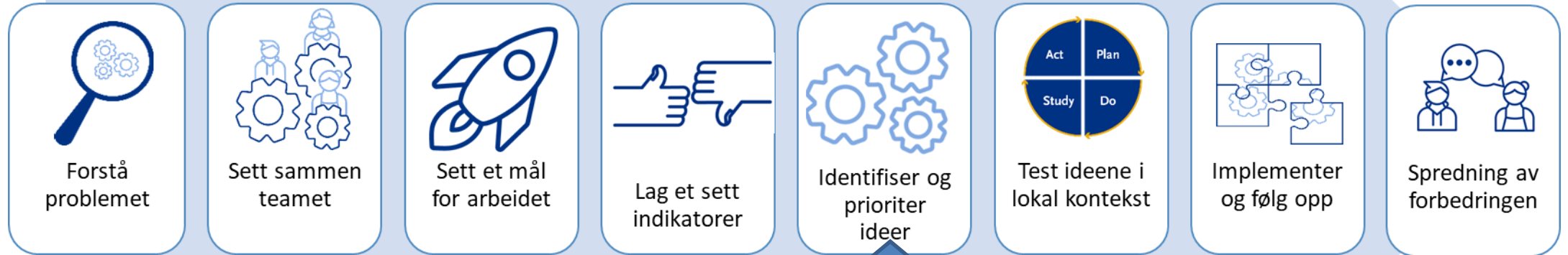
Prioriter ideer:

Konvergent (sortere og prioritere ideer)

Velge de ideene vi tror mest på og skal teste i praksis



Treningsøkt – Identifiser og prioriter ideer



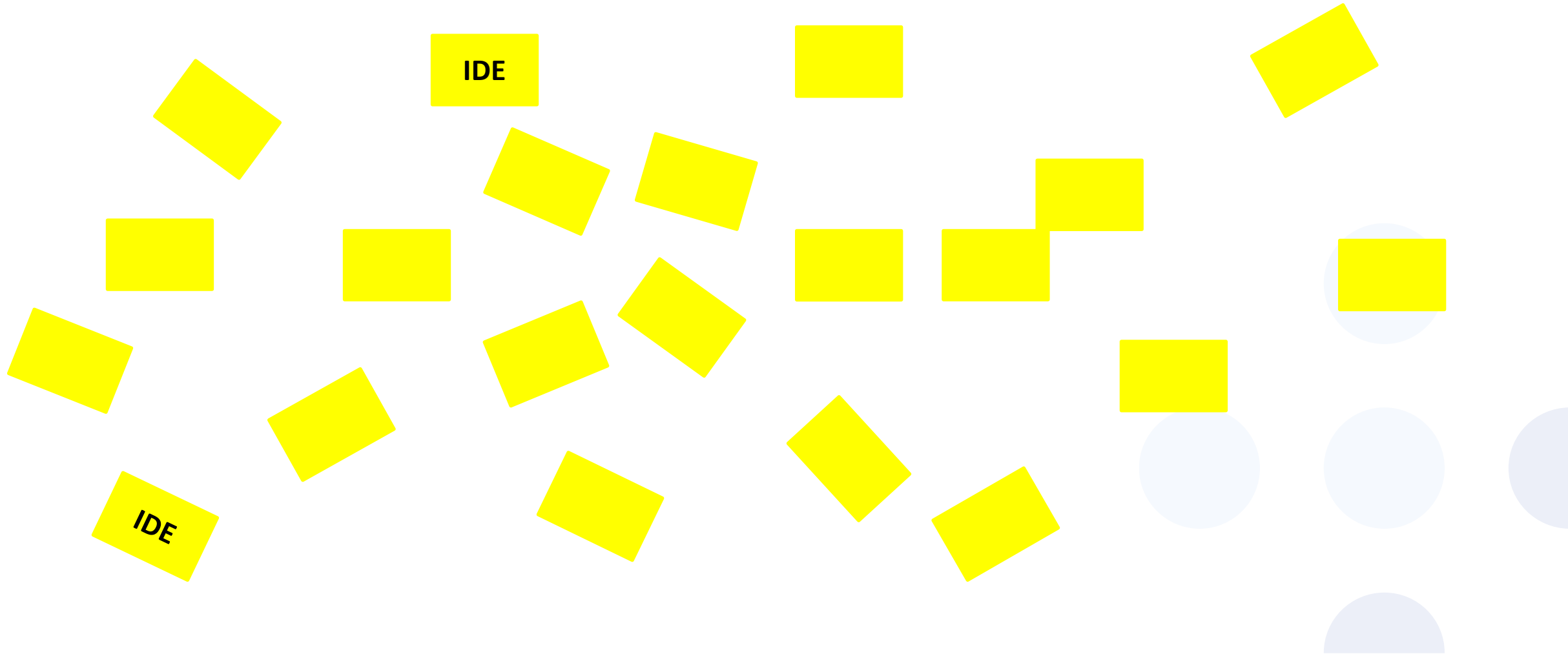
Nyttige
forbedringsverktøy:

Strukturell
brainstorming
Nominell
gruppeteknikk
Prioriteringsmatrise

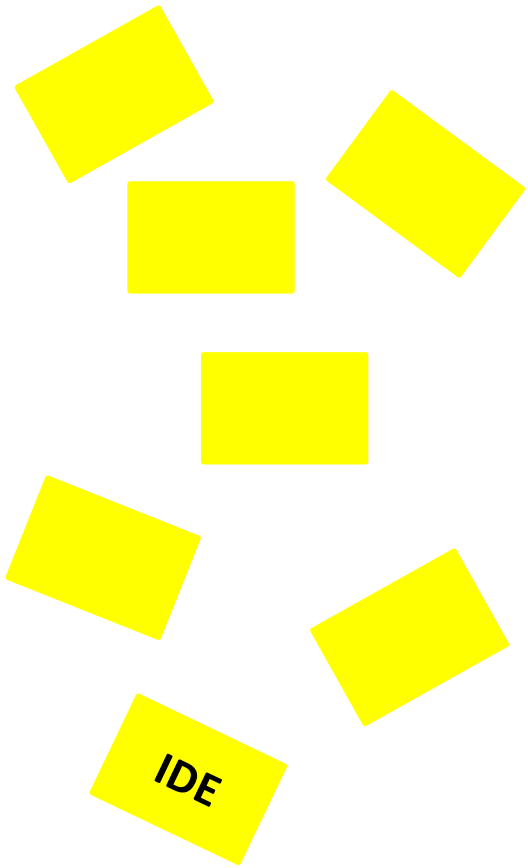


Identifisere ideer for å nå målet ditt

– en ide på hver lapp



Sortere ideer etter tema



Tema	Tema	Tema	Tema	Tema
IDE				



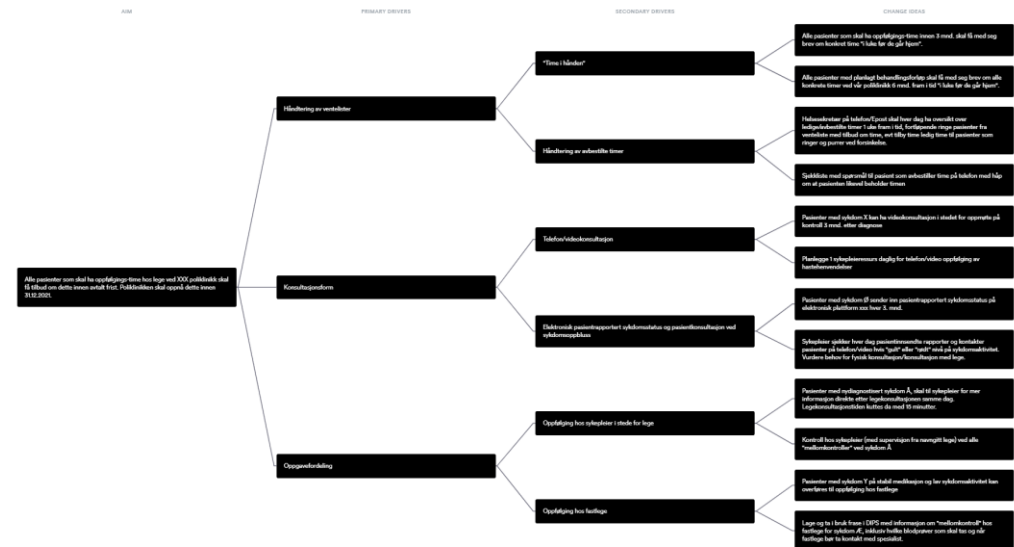
Fra sortering av ideer til driverdiagram

Primærdrivere

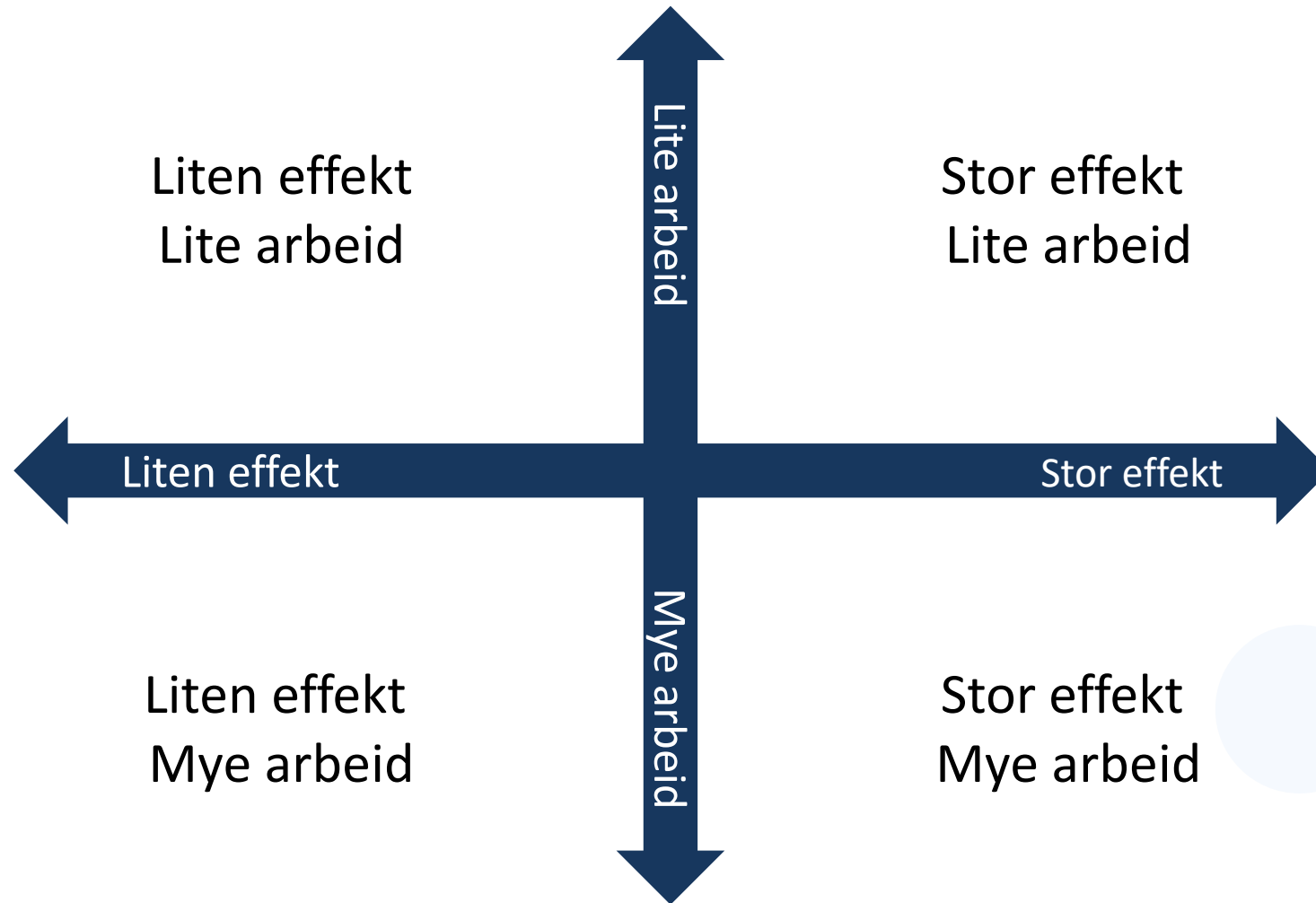
Sekundærdrivere og endringsideer

MÅL

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



Prioriteringsmatrise



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 31.12.2023.

[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]

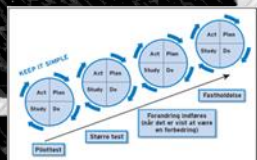
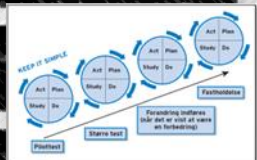
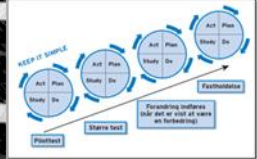
[Redacted]

HVORDAN

HVORFOR

Resultatmålinger
Balanserte
målinger

Prosessmålinger



Fasene i et forbedringsarbeid

Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Forstå
problemet



Sett sammen
teamet



Sett et mål
for arbeidet



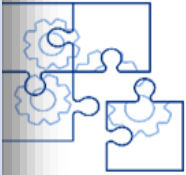
Lag et sett
indikatorer



Identifiser og
prioriter
ideer



Test ideene i
lokal kontekst



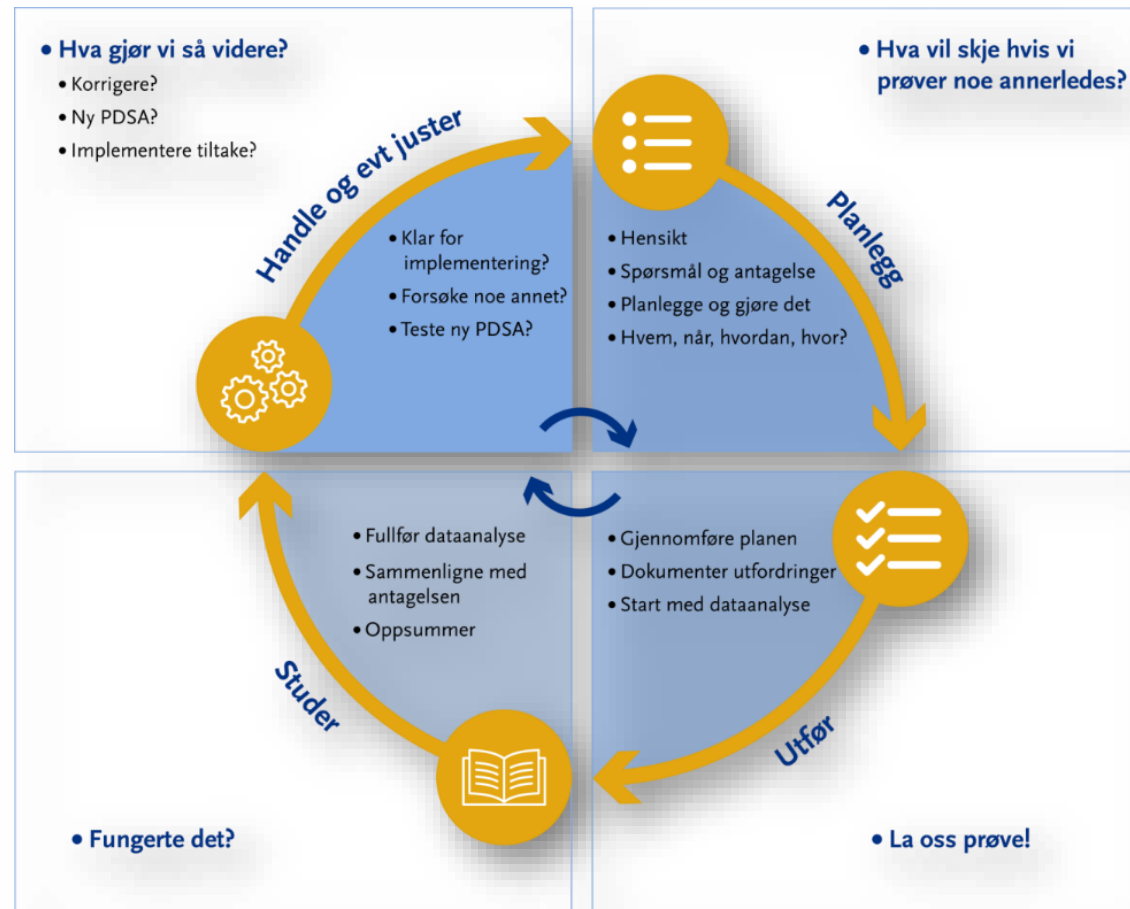
Implementer
og følg opp



Spredning av
forbedringen

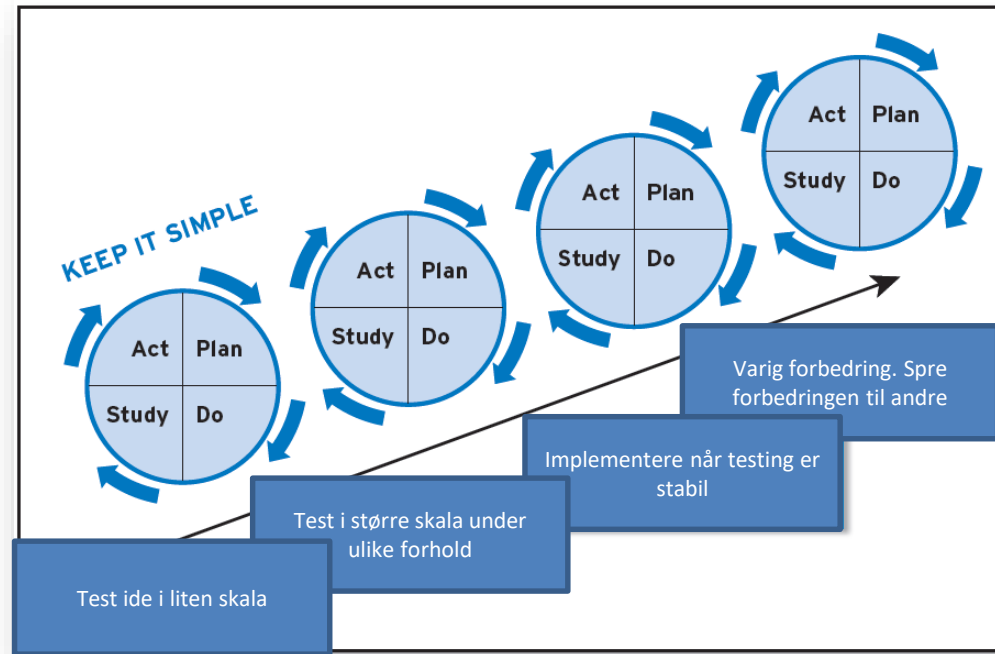
Hvordan kan endringsideene testes?

PDSA syklusen for læring



PDSA ramper

Bygger kunnskap, økt tro på at endringen er en forbedring.



Fordeler ved testing

- Bruker begrensede ressurser klokt
- Lærer mer av å gjøre enn av å planlegge
- Bygger kunnskap om endringsideen. Samle nyttige data til læring vå gjøre
 - Hvor mye forbedring, ressursbruk/kostnader, ulemper/sideeffekter
- Øker folks tro på om endring er en forbedring, trenger ikke konsensus før test
- Raske tester, kort tid etter hverandre, kommer forttere fra plan til handling

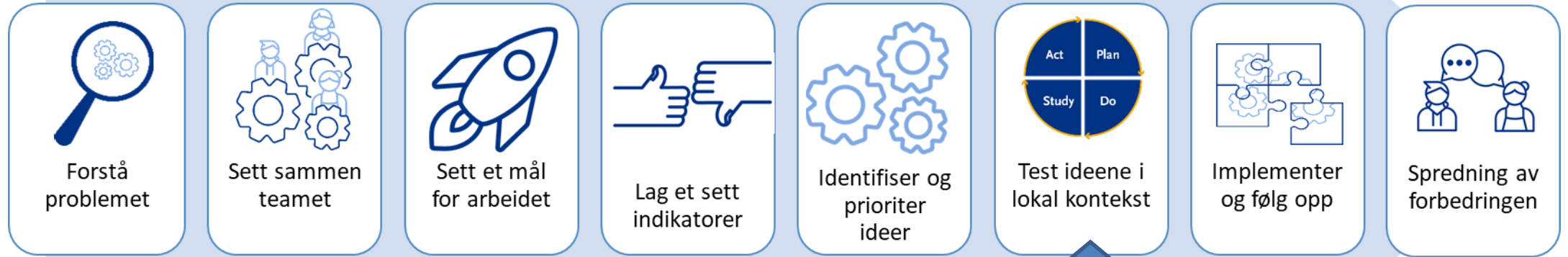
- **Tenk alltid: Hva kan jeg teste allerede i morgen!!**
- **One or more test a day, keep improvement in play!**

Trikset er småskala-testing!!!

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



Treningsøkt – Test ideene i lokal kontekst



Nyttige
forbedringsverktøy:

PDSA skjema



PDSA-syklus/småskalatest

Tiltak / endring: *Hvilken tiltak/endring ønsker vi å teste? (spørsmål nr. 3 i forbedringsmodellen)*

Test nummer:

Arbeidshypotese (Hvis A, så B): *Hvilke svar forventer vi å få?*

Neste skritt besluttes

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

A 

Planlegg både testen og innsamling av informasjon

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

 **P**

Analyser og lær

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

S 

 **D**

Utfør testen

- Kan det planlagte gjennomføres?
- 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

Fasene i et forbedringsarbeid



Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Forstå
problemet



Sett sammen
teamet




Sett et mål
for arbeidet



Lag et sett
indikatorer



Identifiser og
prioriter
ideer



Test ideer
lokal kont

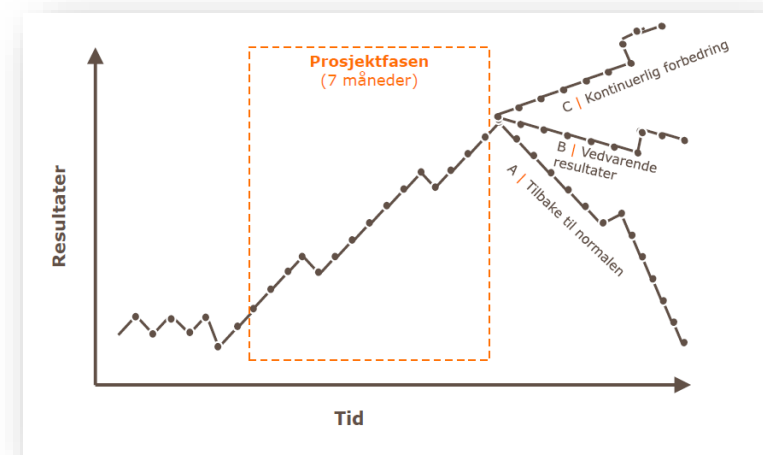


**Implementer
og følg opp**



Spredning av
forbedringen

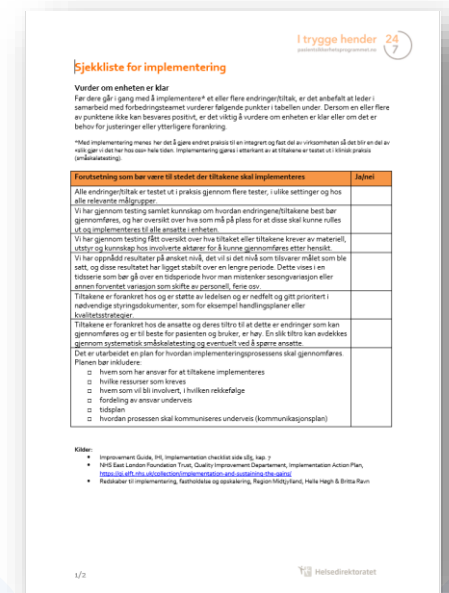
Noe å tenke på...



- Hvis du eller teamet slutter på avdelingen i morgen, vil forbedringen du/dere har oppnådd vare?
- Hvis ikke, hva kan gjøres for at forbedringen vedvarer og kanskje fortsetter å kontinuerlig forbedres?

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



Plan for implementering

- Ansvar, ressurser, rekkefølge, tidsplan, kommunikasjonsplan
- Standardisering og dokumentasjon
- Måle og feedbacksystem
- Ressurser
- Utdannings og opplæringsbehov
- Motivasjon og engasjement

I trygge hender 24-7
ITRYGGEHENDER@VESTREVIKEN.NO

Plan for implementering

Derom dere er klare for å implementere er det viktig å ha vurdert behov* 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 arbeidsmiljøen (tilbakemeldingene) er integrert i de daglige arbeidsrutinene.

*Eventuelle behov vil være avdekket under testing.

Aktivitet	Ikke avklart	Ikke avklart / startet/ferdig
Standardisering og dokumentasjon <ul style="list-style-type: none"> Nye arbeidsmetoder er standardiser og notert i en skriftlig prosedyre. Gamle prosedyrer/rutiner er fjernet (vis det er behov). Det er lagt en plan for hvordan disse rutinene skal gjøres kjent for og brukes av alle enheten Vi har et system for å dokumentere nye arbeidsrutiner. 		Hvis ikke avklart, hvorfor?
Hvordan skal dere sørge for at å opprettholde nivå på nye arbeidsmetoder? 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 om de forbedringene som er oppnådd vedvare. Det gjennomføres regelmessige målinger og tilbakemeldinger fanges opp og vurderes Beskriv det måle- og feedback systemet som skal benyttes, inkluder hvordan data/informasjon skal presenteres.		
Ressurser <ul style="list-style-type: none"> Det er gjort en vurdering av eventuelle behov for ressurser (nye sliker, 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 tilbakemeldinger skal kunne implementeres i hele enheten. Hvordan skal dere sørge for at disse 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, inkluder 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 nye arbeidsmiljø/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 slige.		

2/2

Fasene i et forbedringsarbeid



Jobbe med: «Forbedringsarbeid artritt, vaskulitter, gravide med revmatisk sykdom»!



Forstå problemet



Sett sammen teamet



Sett et mål for arbeidet



Lag et sett indikatorer



Identifiser og prioriter ideer



Test ideene i lokal kontekst



Implemente og følg opp



Spredning av forbedringen

Publisering av forbedringsarbeid



The screenshot shows the BMJ Journals website interface. At the top, there is a navigation bar with 'Subscribe', 'Log In', 'Basket', and a search box. Below this is a red header for 'BMJ Quality & Safety' with links for 'Latest content', 'Current issue', 'Archive', 'Authors', and 'About'. The main content area features an article titled 'SQUIRE 2.0 (Standards for Quality Improvement Reporting Excellence): revised publication guidelines from a detailed consensus process'. The article is categorized under 'Research and reporting methodology' and includes a PDF icon. The authors listed are Greg Ogrinc, Louise Davies, Daisy Goodman, Paul Batalden, Frank Davidoff, and David Stevens. The abstract text describes the development of SQUIRE 2.0, highlighting its focus on formal and informal theory in planning, implementing, and evaluating improvement work. A sidebar on the left contains icons for 'Article Text', 'Article info', 'Citation Tools', 'Share', 'Responses', 'Article metrics', and 'Alerts'.

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

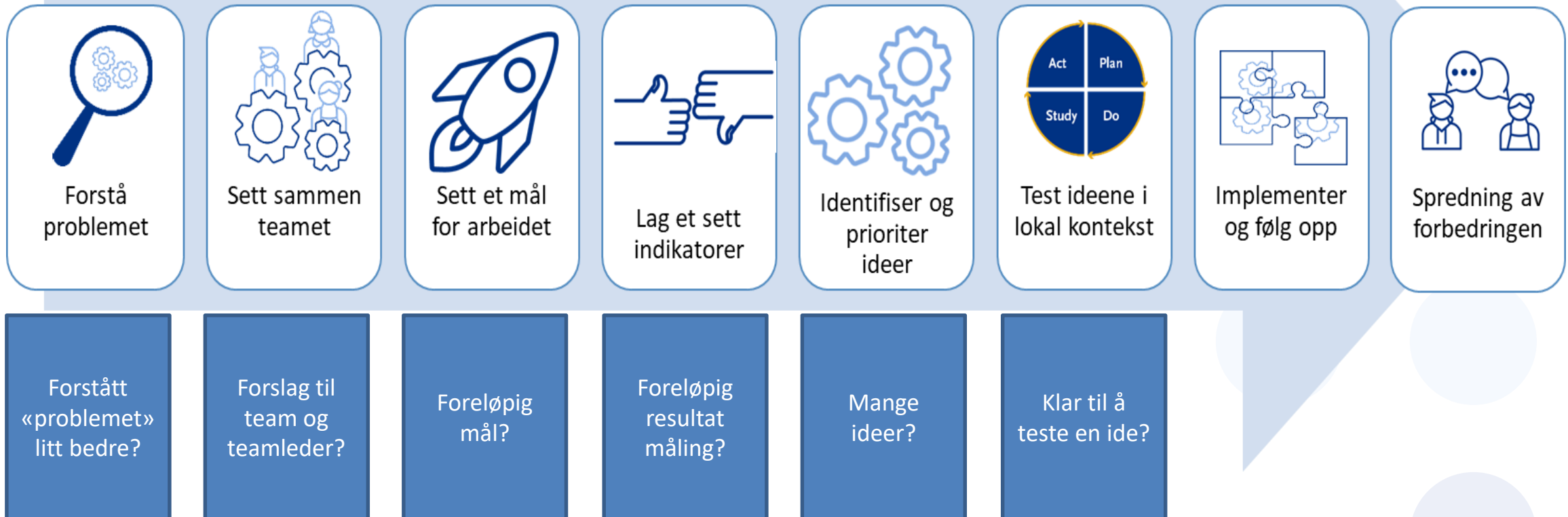
<http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471>

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](http://squire-statement.org/index.cfm?fuseaction=Page.ViewPage&pageId=471). *BMJ Quality and Safety*. Online first, September 15, 2015.

Fasene i et forbedringsarbeid

- hva har vi fått til i dag som kan være en start for å realisere økt kvalitet for artrittpasienter, vaskulittpasienter og gravide med inflammatorisk revmatisk sykdom?



Lykke til med videre arbeid!

kontinuerligforbedring@vestreviken.no