



# Forbedringsarbeid i A3-format

[Hege.andersen@unn.no](mailto:Hege.andersen@unn.no)

Leder Kontinuerlig forbedring, Direktørens stab UNN HF

PhD. Førsteamanuensis, Institutt for statsvitenskap, HSL-fakultetet UiT



**UNIVERSITETSSYKEHUSET NORD-NORGE**  
DAVVI-NOROGGA UNIVERSITEHTABUOHCCVISSU



Hva kan være kilder til forbedring?

# Kontinuerlig forbedring i UNN : et system for forbedring og læring

Avklaringsfasen

Forbedringsfasen

Læringsfasen

**KILDER TIL FORBEDRING**

Den gode idé

Status

Avvik

Resultater

Rapporter

Plunder og heft

Tilsyn

Pasient-historier

Hva ønsker vi å oppnå?

Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

Hvilke endringer kan vi gjøre som vil resultere i forbedring?

•§ 9

•§ 6

KORRIGERE

PLANLEGGE

EVALUERE

GJENNOMFØRE

•§ 8

•§ 7

Verktøy i  
kontinuerlig  
forbedring

Opplæring av ledere og ansatte i kontinuerlig forbedring

Veiledning i kontinuerlig forbedring

**Sikre læring**

Arenaer for læring og spredning av kunnskap





## LOVDATA

### Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helsetjenesten

**Hjemmel:** Fastsatt ved kgl.res. 28. oktober 2016 med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a tredje ledd og § 3-4a andre ledd, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 4-2 andre ledd og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3a. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

#### § 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

## FORBEDRINGSMODELLEN

1. Hva ønsker vi å oppnå?

2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape en forbedring?





## Problem

Identifisert og beskrevet «utenfra og inn»

- Problem for hvem?
- Hvordan påvirkes pasientene?
- Hvilket omfang?

Pasientskygging  
Direkte observasjon



## Forslag til løsning

Hypotese og tiltak

- Illustrert hvordan det ser ut når problem løst?
- Fører dette til måloppnåelse?
- Alternative løsninger gjennomtenkt?

Nominell gruppeteknikk  
Drømmeforløp  
Prioriteringsmatrise



## Nåsituasjon

Beskrevet og visualisert

- Hvor i prosessen er problemet?
- Hvilken del av problemet er størst?
- Er fakta relevante og forståelige?

Spaghettidiagram  
Risiko- og sårbarhetsanalyse  
Prosesskartlegging



## Plan for test

Hypotese-test

- Nye standarder klar for test?
- Tydelig hvordan test skal gjøres?
- Hvem som har ansvar, og når, er tydelig beskrevet?

Tavlemøter  
PDSA-skjema



## Problemstilling og mål

Spisset «innenfra og ut»

- Kan vi lære fra nåsituasjonen?
- Vil måloppnåelse løse problemet?
- Husk: vi har ikke definert løsning ennå

SMARTE mål  
Måldefinisjon



## Resultater

Hypotese-verifisering

- Visualisert hva vi har oppnådd?
- Mulig å se at vi har løst problemet?

Reversere A3  
Variasjon- og rundiagram



## Rotårsaker

Analyse

- Overlapp eller manglende årsaker?
- Kan vi prioritere årsakene etter viktighet?

Fiskebensdiagram  
5 x hvorfor  
Driverdiagram



## Videre oppfølgingstiltak

Standardisering og spredning

- Implementering og deling av nye løsninger beskrevet?
- Er det vurdert hvordan nye problemer skal løses?

Implementeringsplan  
Prosedyrer og sjekklister



# Tema:

Laget av:

Dato:



## Problem

A3 film



## Nåsituasjon



## Problemstilling og mål



## Rotårsaker



## Forslag til løsning



## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status



## Resultater



## Videre oppfølgingstiltak

# Problem

## HVA

Identifisere og beskrive «utenfra og inn

- Problem for hvem?
- Hvordan påvirkes pasientene?
- Omfang?

## HVORDAN

- Direkte observasjon
- Pasientskygging



# Hvordan gjennomføre direkte observasjon?



Kilde: [traccsolution.com/resources/gemba-walks-guide](https://traccsolution.com/resources/gemba-walks-guide)





# Tema:

Laget av:

Dato:

 **Problem**

 **Nåsituasjon**



 **Problemstilling og mål**

 **Rotårsaker**

 **Forslag til løsning**

 **Plan for test**

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

 **Resultater**

 **Videre oppfølgingstiltak**

# Nåsituasjon

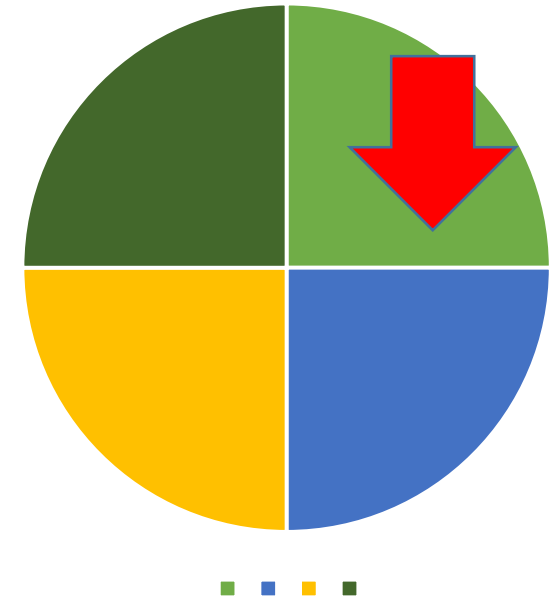
## HVA

Beskrive og visualisere med fakta

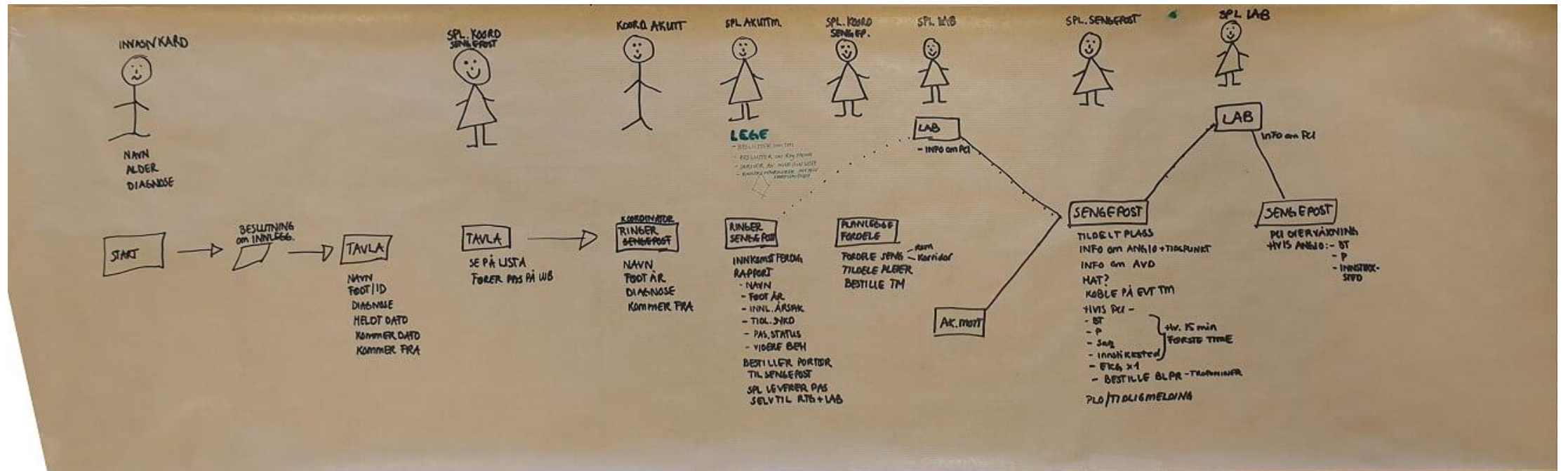
- Hvor i prosessen er problemet?
- Hvilken del av problemet er størst?
- Er fakta relevante og forståelige?

## HVORDAN

- Flytskjema
- Risiko- og mulighetsanalyse
- Spagettidiagram



# Flytskjema

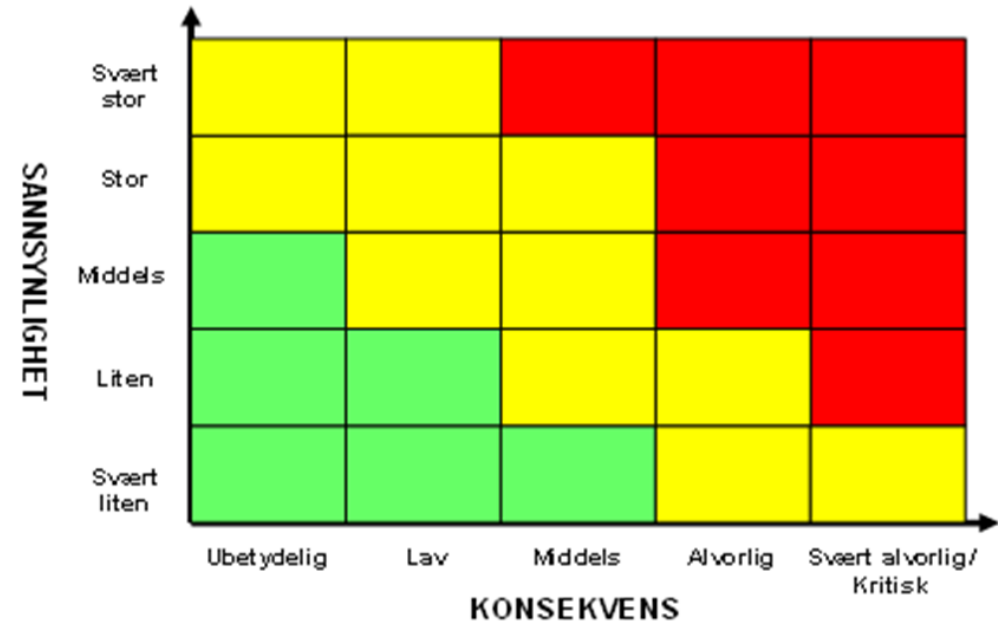


Klinikk/Avdeling:	Deltakere:	Utført dato:
Lokalisasjon/bygg/sted/rom:		Ansvarlig person:
Oppdrag/mål:		

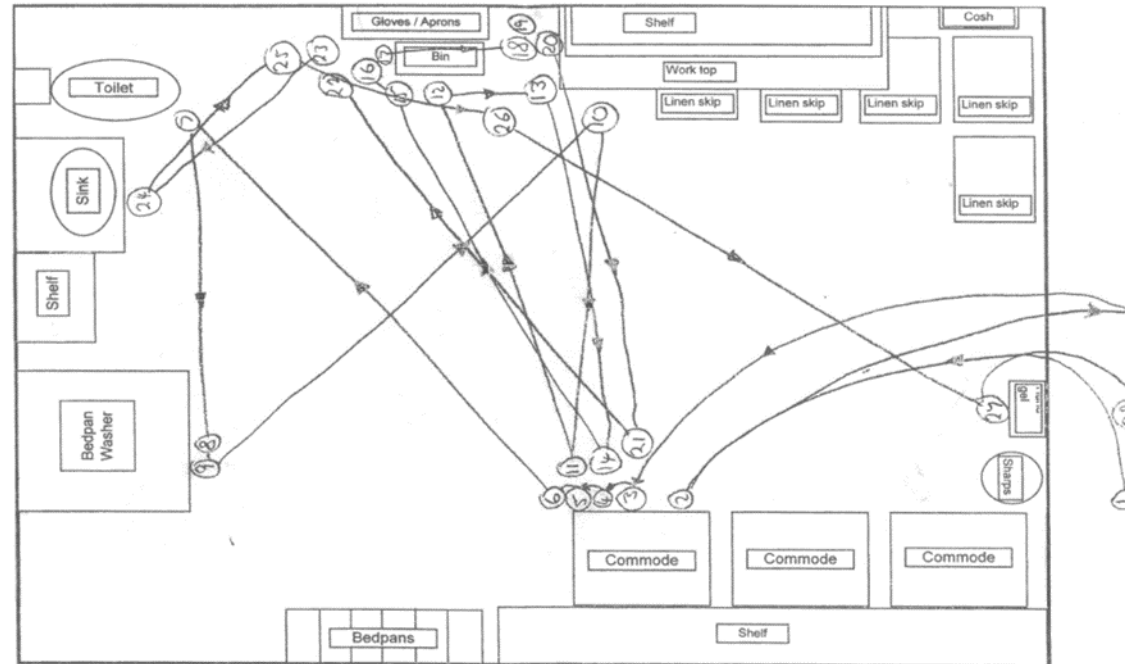
Oppgave/ mål	Kriterier/ krav	Eksisterende tiltak	Uønskede hendelser, hindringer for å oppnå mål eller tilfredsstillende krav/kriterier	Vurdering (1-5)		Risiko-nivå (FxK)	Ytterligere tiltak	Rest-risiko (FxK)
				Frekv	Kons			

Intern referanse: [RL1067 i Docmap](#)

<sup>[1]</sup> Mennesker (pasient, ansatte), Miljø (utslipp, forurensing, klima), Materiell (økonomiske og materielle verdier, bygg, utstyr)



# Spagettidiagram



# Fakta-innsamling

## Kilder:

- DIPS
- HN-LIS
- Ventelister
- Kvalitetsregister
- SKDE
- Nasjonale retningslinjer
- Prioriteringsveiledere
- Observasjoner som gjøres under kartleggingen

<https://www.youtube.com/watch?v=kBdYoPAGv2Y&feature=youtu.be>





# Tema:

Laget av:

Dato:

 **Problem**

 **Nåsituasjon**

 **Problemstilling og mål**

 **Rotårsaker**

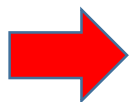
 **Forslag til løsning**

 **Plan for test**

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

 **Resultater**

 **Videre oppfølgingstiltak**



# Problemstilling og mål

## HVA

### Spisset «innenfra og ut»

- Kan vi lære fra nåsituasjonen?
- Vil måloppnåelse løse problemet?
- Husk: vi har ikke definert løsningen ennå

## HVORDAN

- Måldefinisjon: hvor mye, for hvem, innen når?
- SMARTER mål





# Det vi ønsker å oppnå = MÅL

**S**pesifikt — hva og for hvem?

**M**ålbart — hvor mye?

**A**ttaktivt - motiverende

**R**ealistisk

**T**idsbestemt — innen når?

**E**nkel



# Hva kan måles?

## **Pasientrelaterte mål:**

- Ventetid, liggetid, epikrisetid
- Fristbrudd
- Utfall; direkte (medisinsk) eller indirekte (tilfredshet)
- Komplikasjoner, avvik, gjeninnleggelser
- Funksjonsskår ved utskrivning

## **Personellrelaterte mål:**

- Medarbeidertilfredshet
- Sykefravær
- Turnover
- Rutiner dokumentert og fulgt
- Tid til fagutvikling

## **Sykehusrelaterte mål:**

- Ressursbruk
- Pasientvolum, ant. henvisninger
- Overtidsbruk
- Kjøp av produkter og tjenester
- Gjestepasient
- Dropouts/ikke møtt



# Tema:

Laget av:

Dato:

## Problem

## Nåsituasjon

## Problemstilling og mål

## Rotårsaker

## Forslag til løsning

## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

## Resultater

## Videre oppfølgingstiltak



# Rotårsaker

## HVA

### Analyse

- Overlapp eller manglende årsaker?
- Kan vi prioritere årsakene etter viktighet?

## HVORDAN

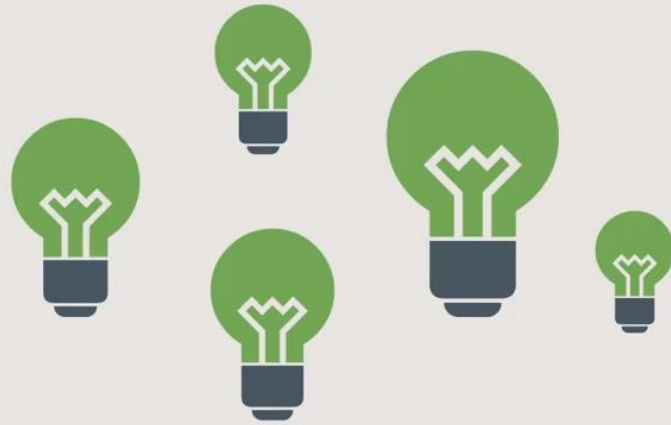
- Driverdiagram
- 5 x hvorfor
- Fiskebein



# Hvorfor ikke hoppe rett på løsningen?



# 5 x hvorfor



<https://www.youtube.com/watch?v=Z8YXoBBssSk&feature=youtu.be>

**MASKINER**

**MATERIALER**

**MILJØ**

**LEDELSE**

**METODER**

**MENNESKER**

- For lite timer til nyhenviste
- Ulik praksis på sette timer/frist
- Begrenset romkapasitet
- Stor andel ø-hjelp som krever kontroller

- Manglende arbeidsplan
- Manglende legeressurser
- Dårlig oppsatt arbeidsplan
- Ikke aktivitetsbasert

- Tilgjengelige timer
- Begrenset rtg.timer
- Dårlig koordinering mellom rtg. og poliklinikk

- Lite håndkirurgisk fagmiljø
- Ikke nok sekretærer på jobb
- Manglende håndkir. kompetanse hos sykepl./ergoter.
- Manglende håndkir. kompetanse hos leger



Nyhenvist pasient ikke rett på time



# Tema:

Laget av:

Dato:

## Problem

## Nåsituasjon

## Problemstilling og mål

## Rotårsaker

## Forslag til løsning

## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

## Resultater

## Videre oppfølgingstiltak





# Forslag til løsning

## HVA

### Hypotese og tiltak

- Illustrert hvordan det ser ut når problem løst?
- Fører dette til måloppnåelse?
- Alternative løsninger gjennomtenkt?

## HVORDAN

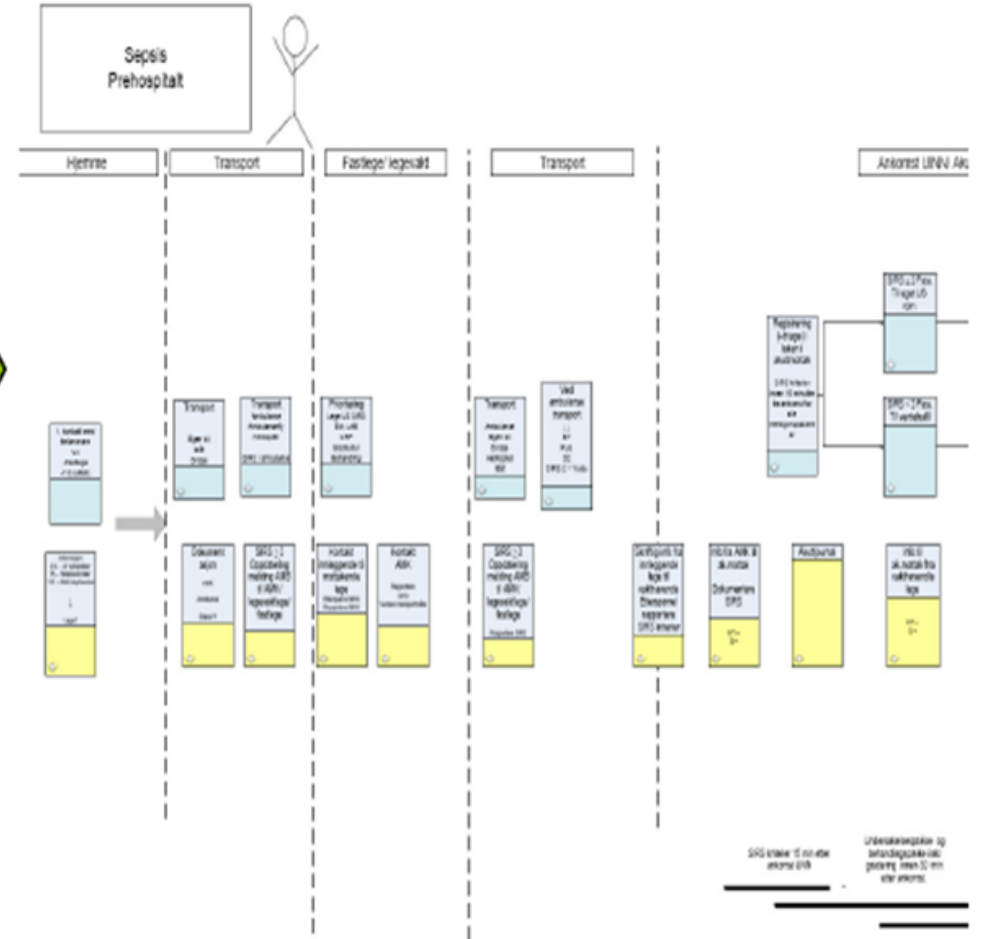
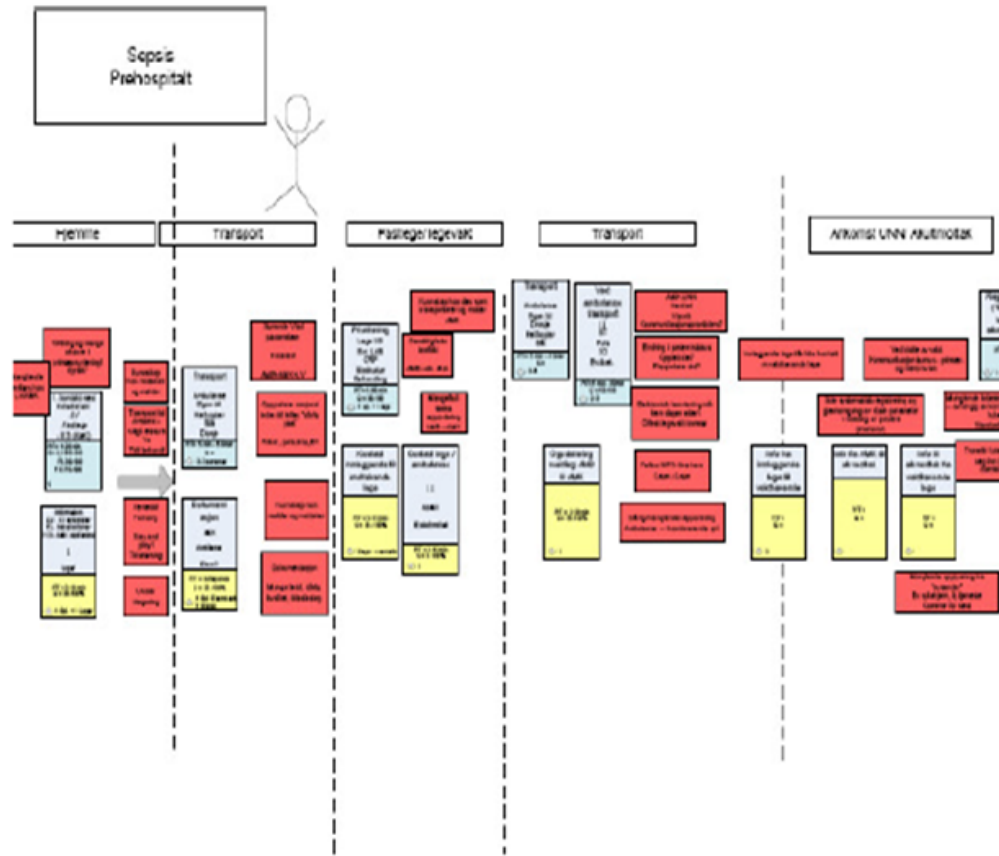
- Prioriteringsmatrise
- Design «drømmeforløpet»
- Nominell Gruppeteknikk



# Prioriteringsmatrise

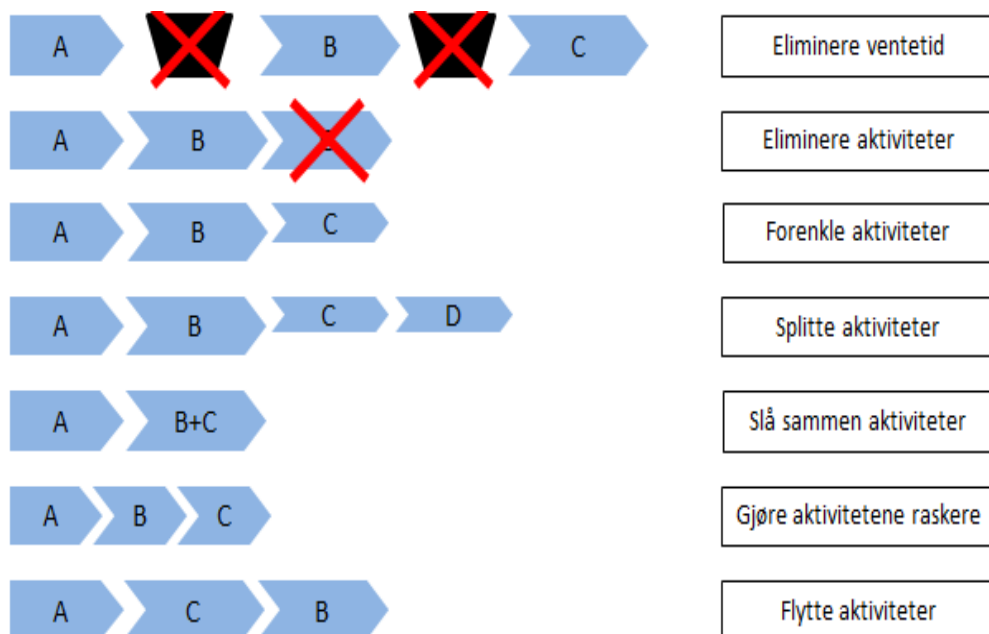


# Til framtidens forløp



SRG er ikke et mål i seg selv, men et middel for å nå målet. SRG er et mål i seg selv, men et middel for å nå målet.

## Spørsmål ved utarbeidelse av fremtidig verdistrøm



- ✓ Kan vi fjerne prosesstrinn (spill)?
- ✓ Kan vi slå sammen prosesstrinn?
- ✓ Hvor kan vi skape flyt?
- ✓ Hvor kan vi synkronisere kommunikasjon/samhandling mellom enheter?
- ✓ Hvilke prosessforbedringer, tiltak er nødvendige?
- ✓ Endringer i brukerrollen?

# Hvordan prioritere? Nominell gruppeteknikk (NGT)

Nominell gruppeteknikk er en strukturert metode idemyldring/brainstorming som brukes når en skal gå fra mange ideer til å sitte igjen med de 3-5 beste ideene.

NGT brukes ofte i forbedringsarbeid, når en vil at alle skal delta.

Klargjør temaet inntil man har en felles forståelse.

Alle skriver ned så mange ideer som mulig innen et bestemt tidsrom.

Ingen diskusjon.

Alle ideene må være synlig

Prioriter og gi poeng etter hvor gode -gjennomførbare ideene er.

Bli enige om forslag som skal arbeides med i videre arbeid.



# Tema:

Laget av:

Dato:

## Problem

## Nåsituasjon

## Problemstilling og mål

## Rotårsaker

## Forslag til løsning

## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status



## Resultater

## Videre oppfølgingstiltak

# Plan for testing

## HVA

### Teste hypotesene

- Nye standarder/tiltak klar til test?
- Tydelig hvordan test skal gjøres?
- Hvem har ansvar, og når, hvor lenge, omfang, tydelig beskrevet?

## HVORDAN

- Tavlemøter
- PDSA skjema



# Forbedringstavler





# PDSA-sirkel/småskalatest

## Tiltak / endring

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

Test nummer

## Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi?

### 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

### Analysér 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



# Tema:

Laget av:

Dato:

## Problem

## Nåsituasjon

## Problemstilling og mål

## Rotårsaker

## Forslag til løsning

## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

## Resultater

## Videre oppfølgingstiltak



# Resultater

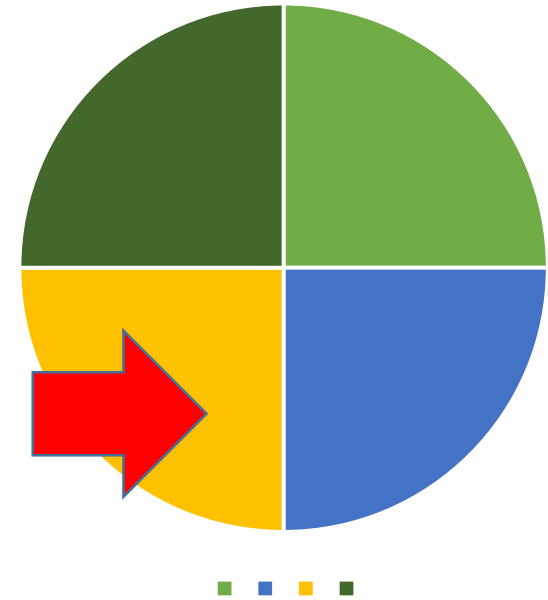
## HVA

### Verifisere hypotese

- Visualisert hva vi har oppnådd?
- Mulig å se at vi har løst problemet?

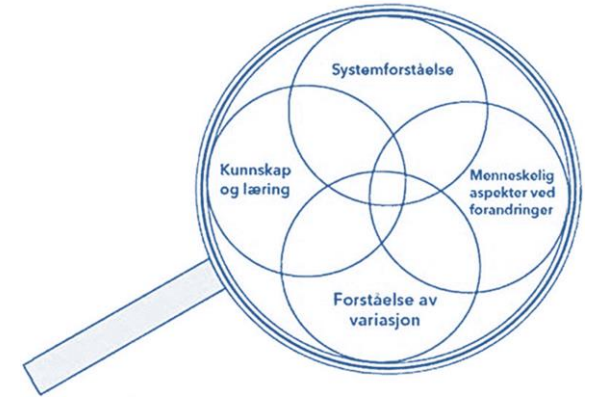
## HVORDAN

- Variasjon og rundigram
- Reversere A3



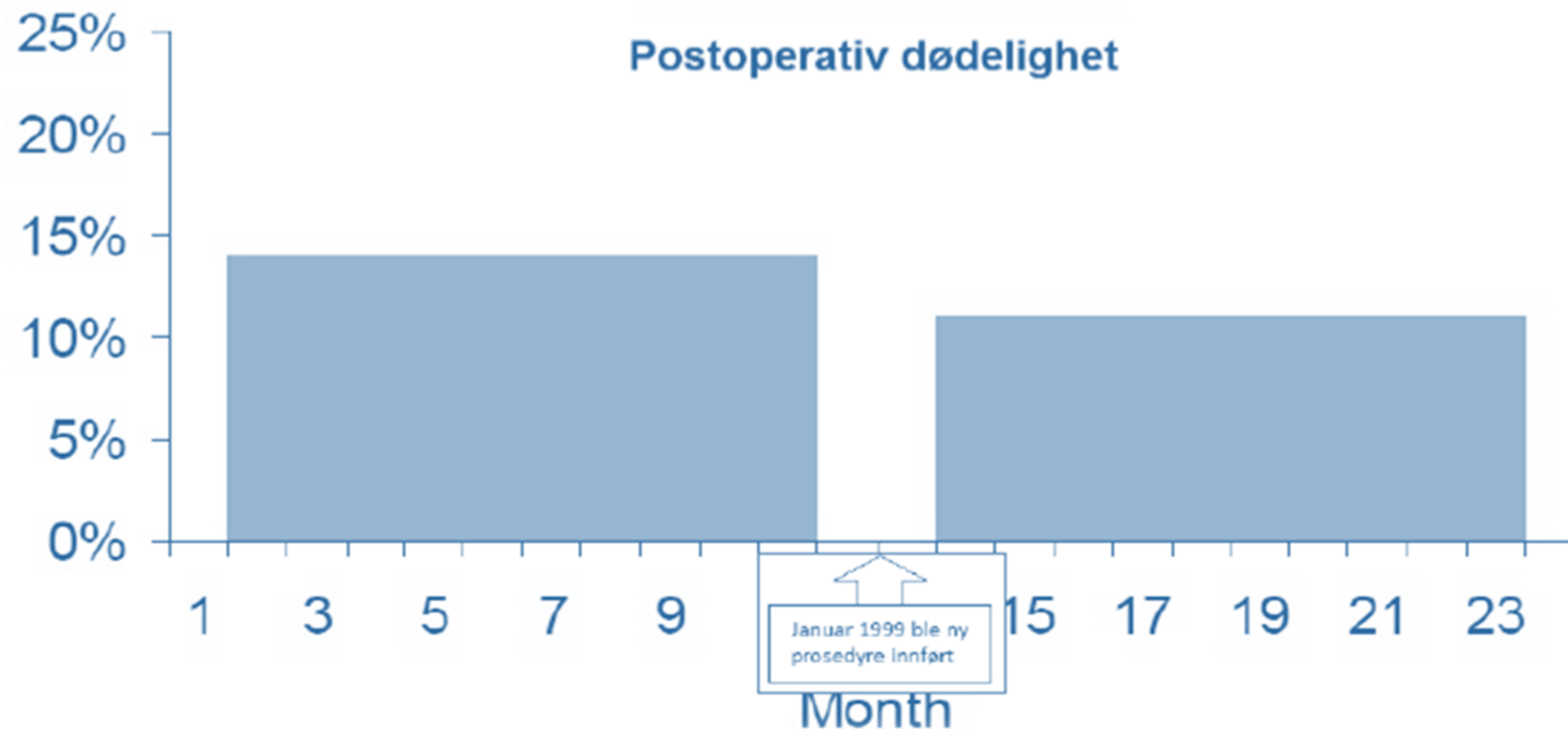
# Forstå variasjon

- Alt varierer i den virkelige verden
- Standardisering
- Normal eller spesiell variasjon?
- Kroppstemperatur, reisetid til jobben
- Alle prosesser har en systematisk variasjon og vi må lære å skille naturlig variasjon fra tilfeldigheter.
- Forståelse av hvordan ulike systemer og prosesser opptrer statistisk.



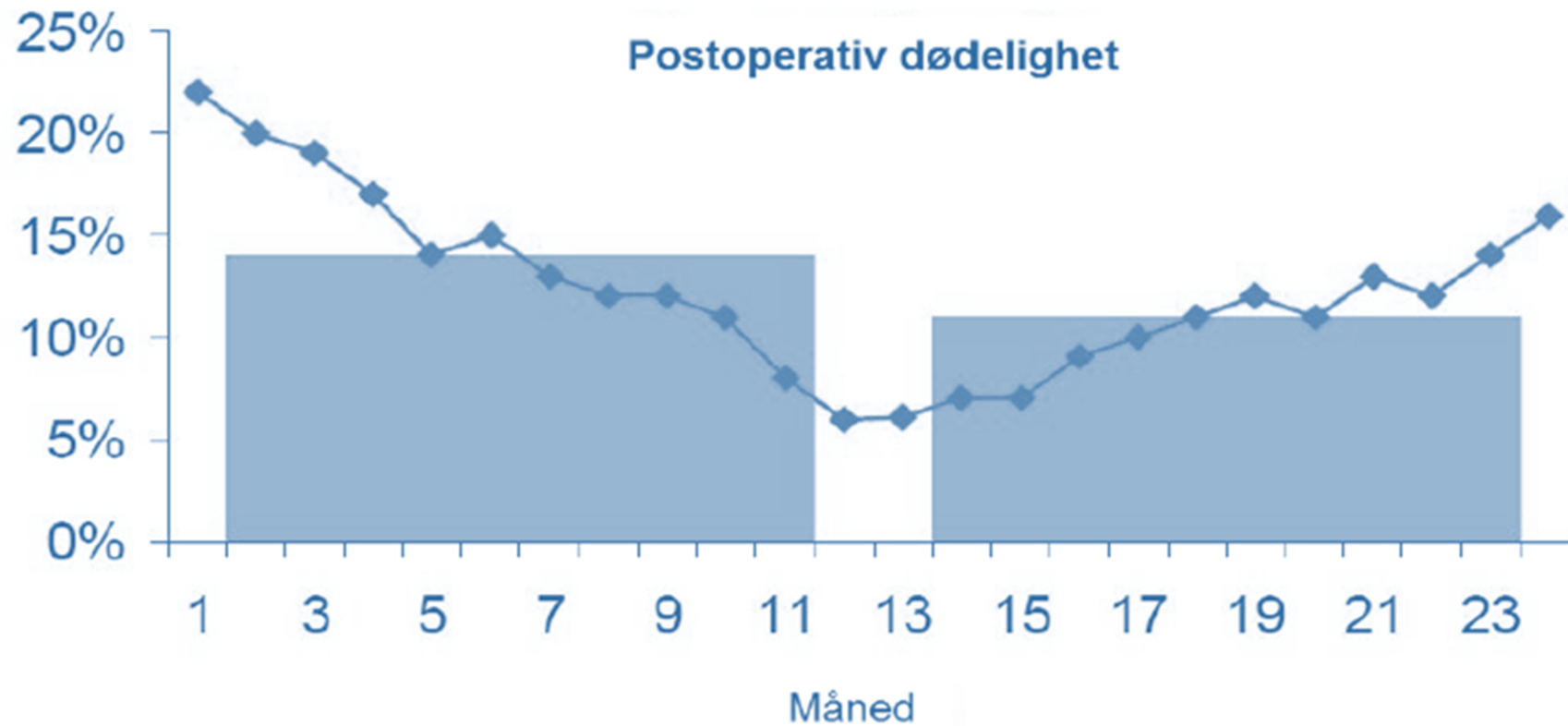
# Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

Dødelighet ved coronar by-pass kirurgi før og etter endret prosedyre  
(Ved å presentere årsgjennomsnittet gir vi et statistisk bilde av situasjonen)



# Samme data satt inn i en tidsserie

Dødelighet ved coronar by-pass kirurgi før og etter endret prosedyre  
(Ved å plote de månedlige dataene i en tidsserie får vi et mer dynamisk bilde av situasjonen)



# Reversere A3 om en ikke når sine mål

Tema: \_\_\_\_\_

Laget av: \_\_\_\_\_

Dato: \_\_\_\_\_

 **Problem**

 **Nåsituasjon**

 **Problemstilling og mål**

 **Rotårsaker**

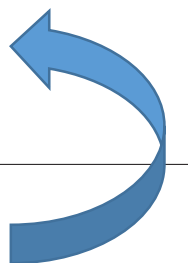
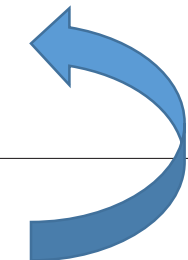
 **Forslag til løsning**

 **Plan for test**

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

 **Resultater**

 **Videre oppfølgingstiltak**





# Tema:

Laget av:

Dato:

## Problem

## Nåsituasjon

## Problemstilling og mål

## Rotårsaker

## Forslag til løsning

## Plan for test

Aktivitet	Ansvar	Frist	Status

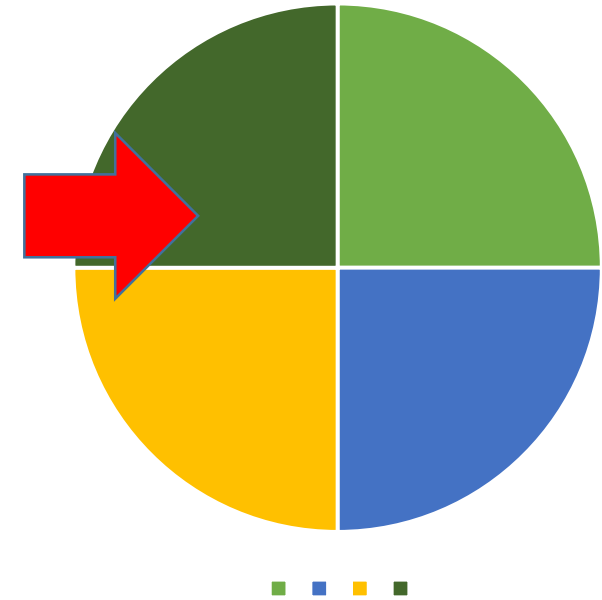
## Resultater

## Videre oppfølgingstiltak





# Videre oppfølgingstiltak



## HVA

### Standardisering og spredning

- Implementering og deling av nye løsninger beskrevet?
- Er det vurdert hvordan nye problemer skal løses?

## HVORDAN

- Prosedyrer og sjekklister
- Implementeringsplan
- Ny PDSA

# Sjekklister

## Sjekkliste for innleggelsesrapport:

Under følger opplysninger som **skal vurderes** om de skal være med i innleggelsesrapporten. Dersom de ikke er relevant kan de utelates.

Opplysninger om:	Kommentarer
<b>Medisinske opplysninger</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Relevante diagnoser</li><li>○ Cave, smitte, allergier</li><li>○ Anafylaktiske reaksjoner</li><li>○ Reservasjoner</li></ul>	Dette fylles automatisk inn i profil. Påse at det er relevant info som tas med.
<b>Legemiddelopplysninger- KUN når kommunen har ansvar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Oppdatert legemiddelliste (navn, styrke, form, dose og administrasjonsform)</li><li>○ Andre viktige opplysninger omkring legemiddelhåndtering (f.eks. svelgevansker)</li></ul>	Deler fylles inn automatisk, resten fylles ut under sykepleieopplysninger.  OBS. Siste dato for INR, terapeutisk nivå, marevandoser, injeksjoner, smertepaster mv at dette kommer med.
<b>Tjenester som pasienten mottar</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Hvilke tjenester har pasienten</li><li>○ Beskrivelse av hjelp pasient mottar</li></ul>	Tjenestene kommer med automatisk. Beskrivelsen må fylles ut manuelt under sykepleieopplysninger.
<b>Sykepleieopplysninger</b> <ul style="list-style-type: none"><li>○ Aktuell situasjon/innleggelsesårsak hvis kjent</li><li>○ Mental status før innleggelse</li><li>○ Kommunikasjon/sanser (hørsel. svn. språk)</li></ul>	Det anbefales at det lages sammenfatninger i pasientjournal som beskriver pasientens habituell-tilstand. Og at denne oppdateres fortløpende når pasientens tilstand endres.

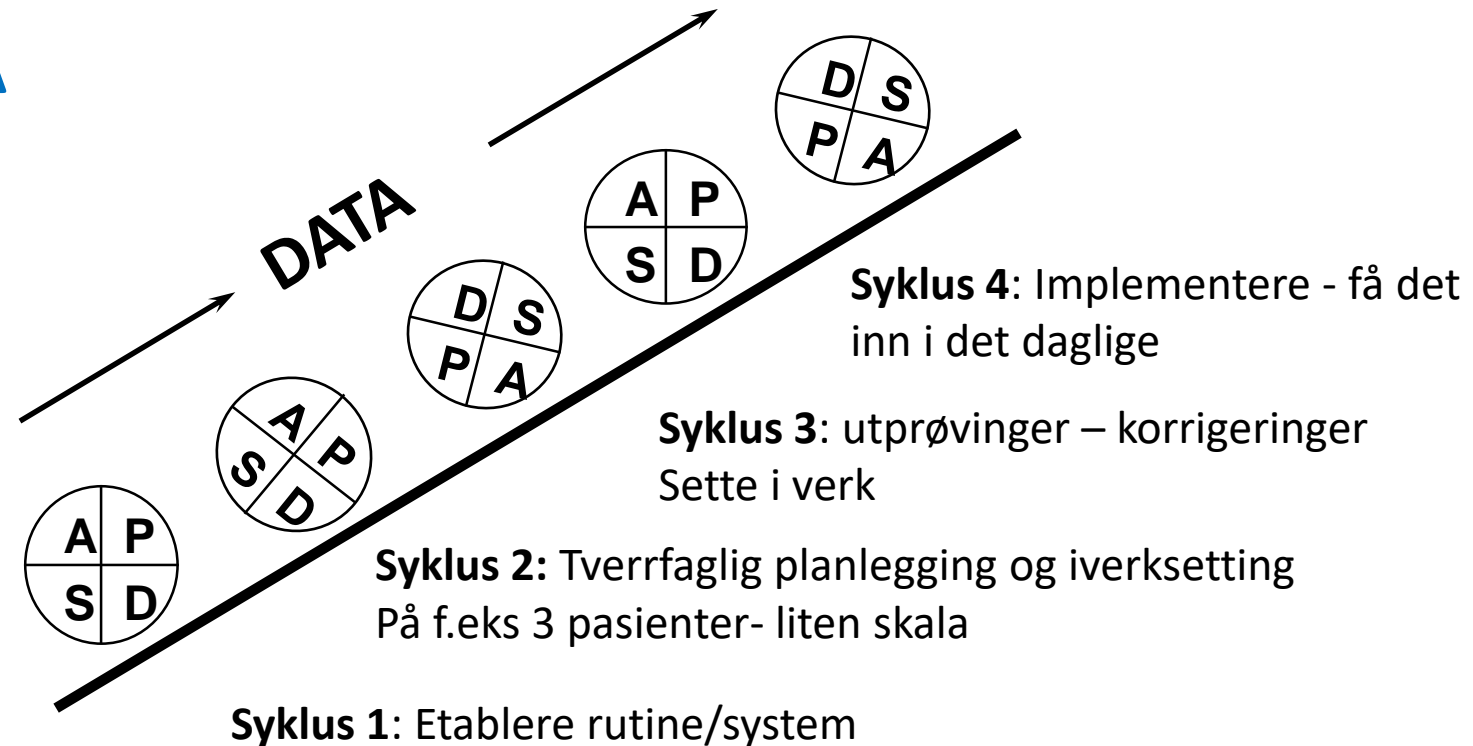
# Standarder

- Standarder er viktig fordi vi skal sikre at pasienter med samme symptomer og sykdommer mottar samme behandling med den best kjente kvalitet. Det er fundamentet for å forbedre sammen.
  - Standarder gir mindre sløsing.
  - Man kan få hjelp fra kolleger på travle dager eller i ferier hvis det finnes standarder som følges.
  - Det gjør opplæring av nye kolleger lettere.
  - Færre feil.
  - Bedre flyt.
  - Forbedrer arbeidsmiljøet fordi alle kjenner sin rolle, altså man har forutsigbarhet.



# Kontinuerlig forbedring = ny PDSA

MÅL:



## Oppsummering: Primære drivere for forbedring

Ønske om endre nåværende  
tilstand til det bedre

**Vilje**

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

**Ideer**

Kunnskap om  
teknikker og verktøy  
som brukes til å  
gjennomføre ideene

**Evne**

