



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

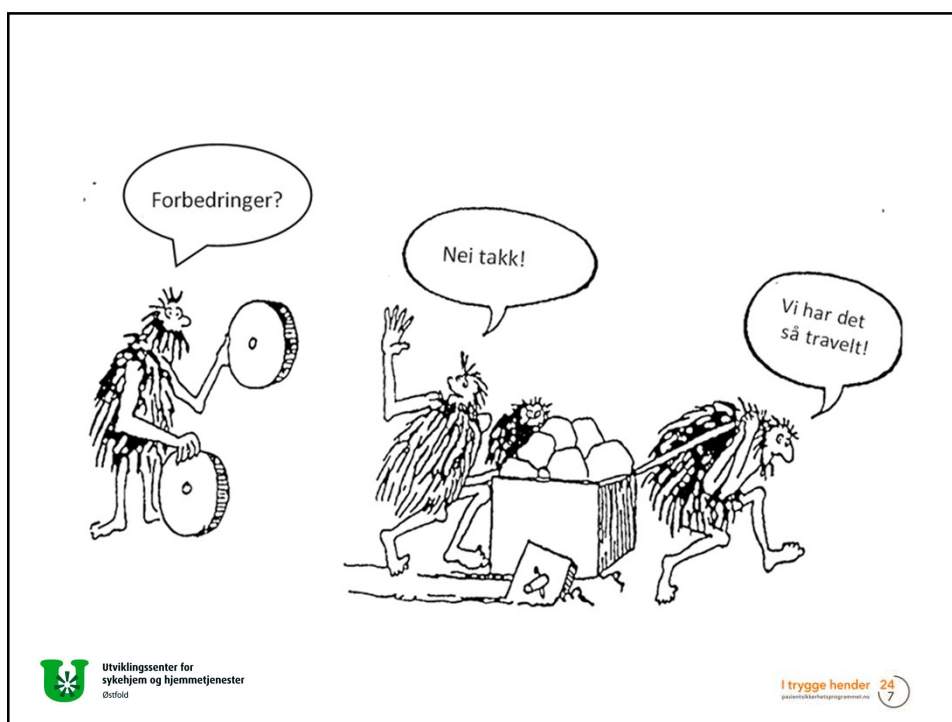
I trygge hender
pasientsikkerhetsprogrammet.no

24
7

Forbedringsmodellen mål og målinger



Wenche Charlotte Hansen, USHT Østfold



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

I trygge hender 24
pasientsikkerhetsprogrammet.no 7



Gjennombruddsmodellen / aksjonsmetodikk

- Redusere gapet mellom dagens praksis og oppdatert kunnskap
- Skape forbedringskultur
- Skape varige forbedringer
- Spre de gode tiltakene

TING TAR TID

Ny forskning og ny beste praksis formidles gjerne via faglige artikler, nasjonale veiledere og **læringsnettverk**.
 Fra forskning til ny beste praksis – i snitt **17 år!**

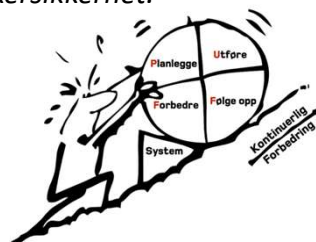


Krav, forskrifter og lovverk

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i pleie- og omsorgstjenesten (2017)

Skal bidra til faglig forsvarlig helse- og omsorgstjenester

Enhver som yter helse- og omsorgstjeneste etter loven skal sørge for at virksomheten arbeider systematisk for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.



Kvalitetsforskriften viser vei...

Planlegge
Gjennomføre
Evaluerer
Korrigere



Sentrale faktorer i forbedringsarbeidet

- Forankring både blant ansatte og ledere
- Motiverte medarbeidere
- Tverrfaglig deltakelse, samordning
- Tiltakene tilpasses i lokal kontekst
- Forbedringsarbeidet inngår som en del organisasjonens visjoner og mål
- Settes på den daglige agendaen
- Sette av tid og ressurser hele veien
- Lederansvar å implementere forbedringene

(Powell et al, 2009)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

7

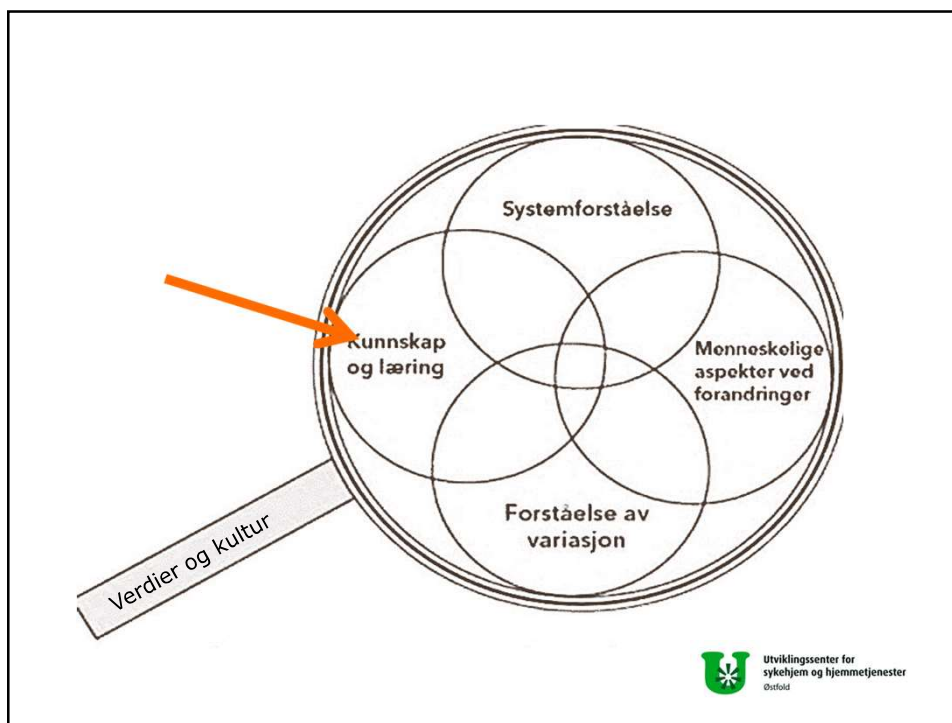
Prosessen i forbedringsarbeidet



Følge med på utvikling over tid



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold



Forbedringsmetoden (PDSA)



Avklare spørsmålene

- Mål
- Målinger
- Tiltak

Forbedringsarbeidet

- PLAN – planlegge
- DO – utføre
- STUDY – kontrollere
- ACT – korrigere

Demings læringssirkel - PDSA eller på norsk PUKK)

TILTAK

Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer?

HUSK:

All forbedring krever endring – men ikke alle endringer er forbedringer

Vi må **TESTE ut tiltakene** som vi produserer i møter/bak skrivebordet



Tiltakene i ernæring

- Gjør en risikovurdering
- Gjennomfør individuell kartlegging
- Gi tilstrekkelig ernæring (handlingsplan)
- Viderefør informasjon

Hvordan få dette til i egen enhet?
PDSA – PDSA - PDSA





Tidlig oppdagelse av forverret tilstand

Fem tiltak

1. Etabler tverrfaglig undervisning og simulering
2. Bruk validert verktøy for observasjon, skåring og respons
3. Gjennomfør sikker muntlig kommunikasjon
4. Tilkall kvalifisert hjelp ved forverret tilstand
5. Involver pasienter og pårørende



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

Husk å stoppe opp før dere begynner!

Første del av forbedringsarbeidet

1. **MÅL** - Hva ønsker vi å oppnå?
2. **MÅLINGER** - Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?
3. **TILTAK** - Hvilke endringer kan vi gjøre for å oppnå forbedringer?



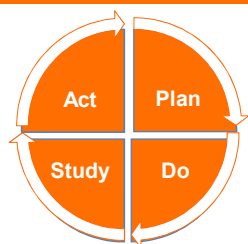
Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

Forbedringsmodellen

1. Hva ønsker vi å oppnå?

2. Når er en endring en forbedring?

3. Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

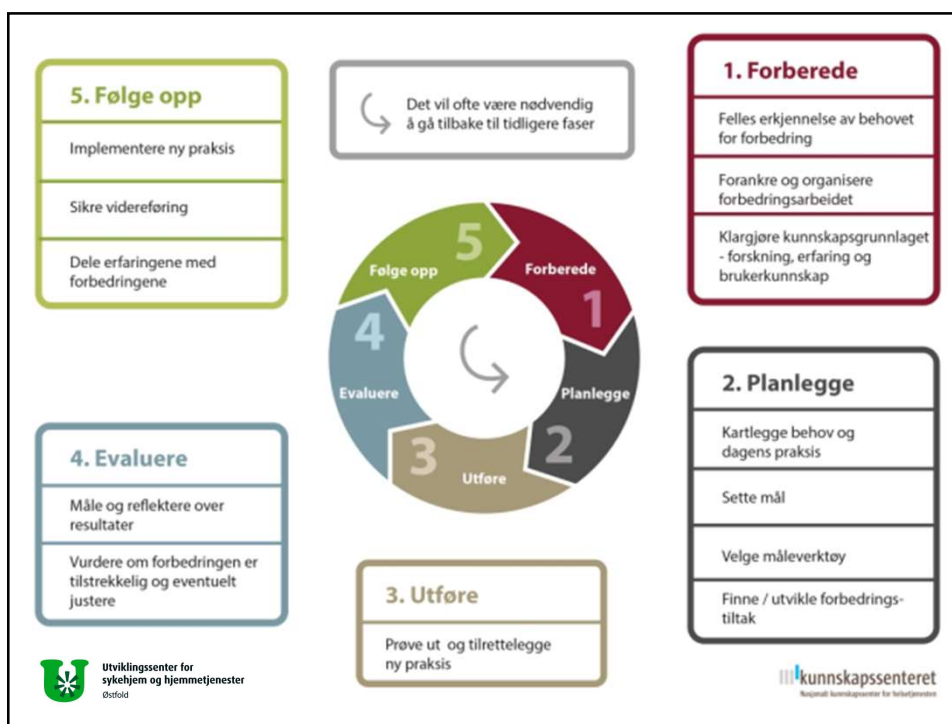


Test av ideer i liten skala før implementering



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Østfold

Langley ET al. (2009)

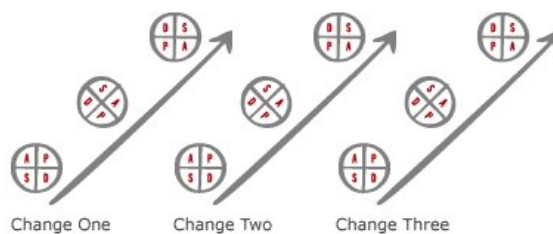


Systematisk kvalitetsforbedring



Test tiltakene i lokal kontekst

Systematisk gjennomføre en rekke PDSA-tester knyttet til de tiltak man forventer vil føre til en forbedring.



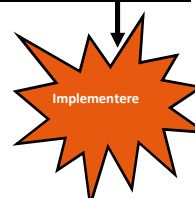
- Hvor raskt man lykkes med forbedringsarbeidet, handler ofte om hvor raskt man kommer i gang med testingen

Implementering – tradisjonelt



Ved skrivebordet

Den "virkelige" verden



Reinertsen, Bisognano & Pugh (2008), modifisert av Christian von Plessen



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

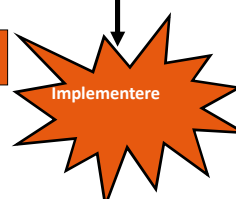
19

Implementering ved testing



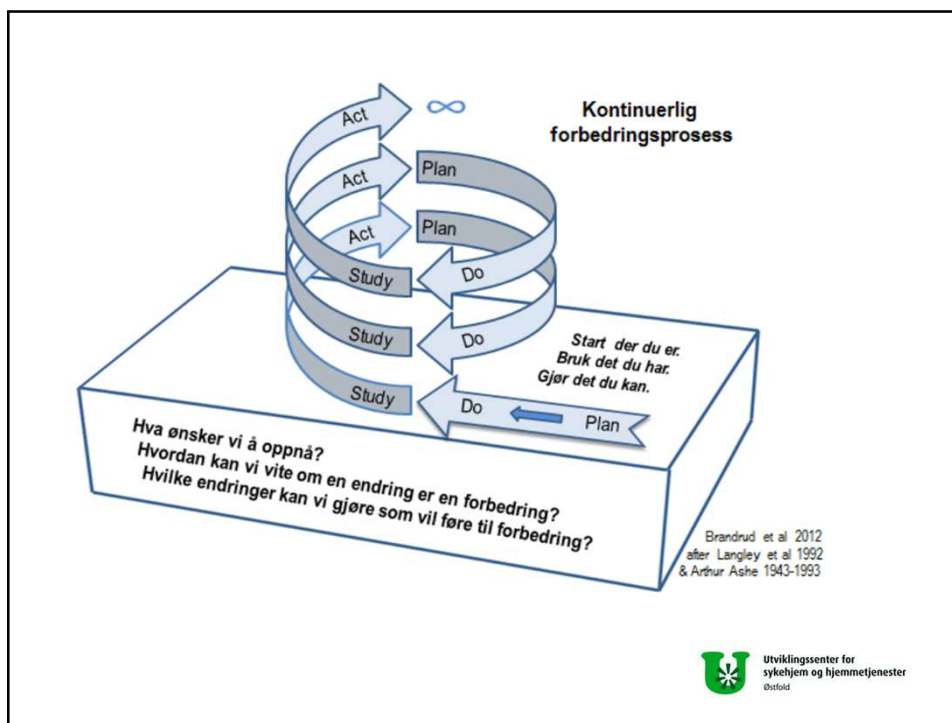
Ved skrivebordet

Den "virkelige" verden



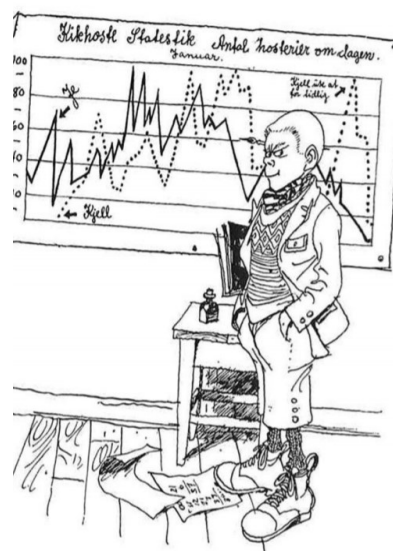
Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

20

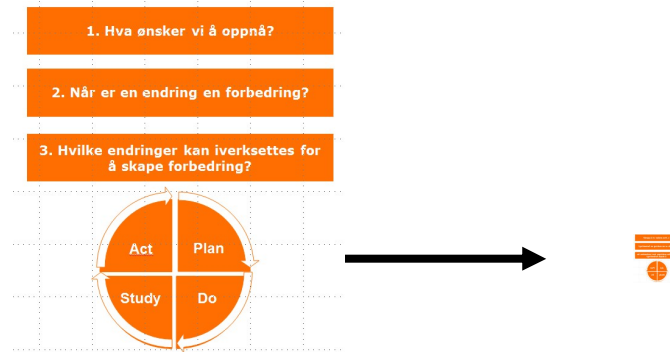


Tips for småskala-testing

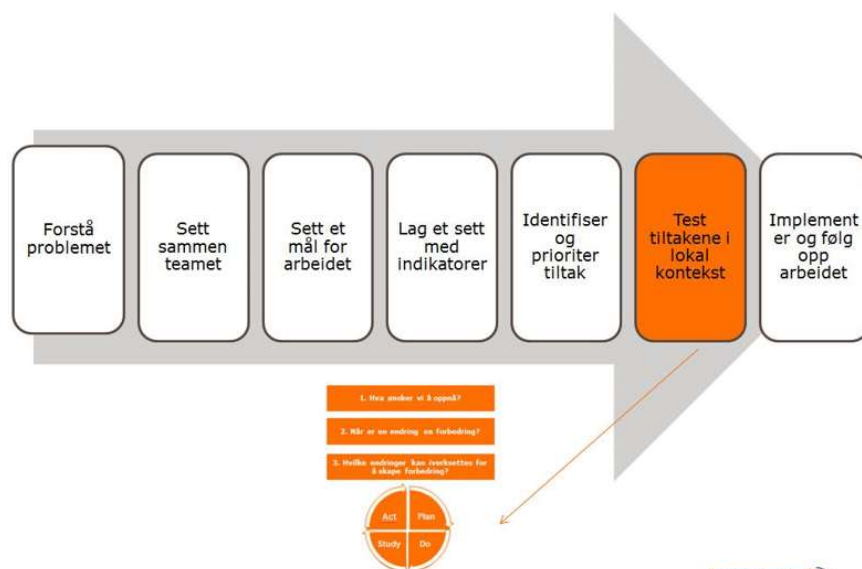
- Vite resultatet av den jobben vi gjør
- Hva må vi forbedre?
- Skaper tiltak forbedring?
- Gjør vi det vi tror/ vet vi skal gjøre?
- Hva kan vi lære?
- Synliggjøre resultater for brukere, ledere, klinikere, samfunnet



Gjør testen mindre enn du hadde tenkt

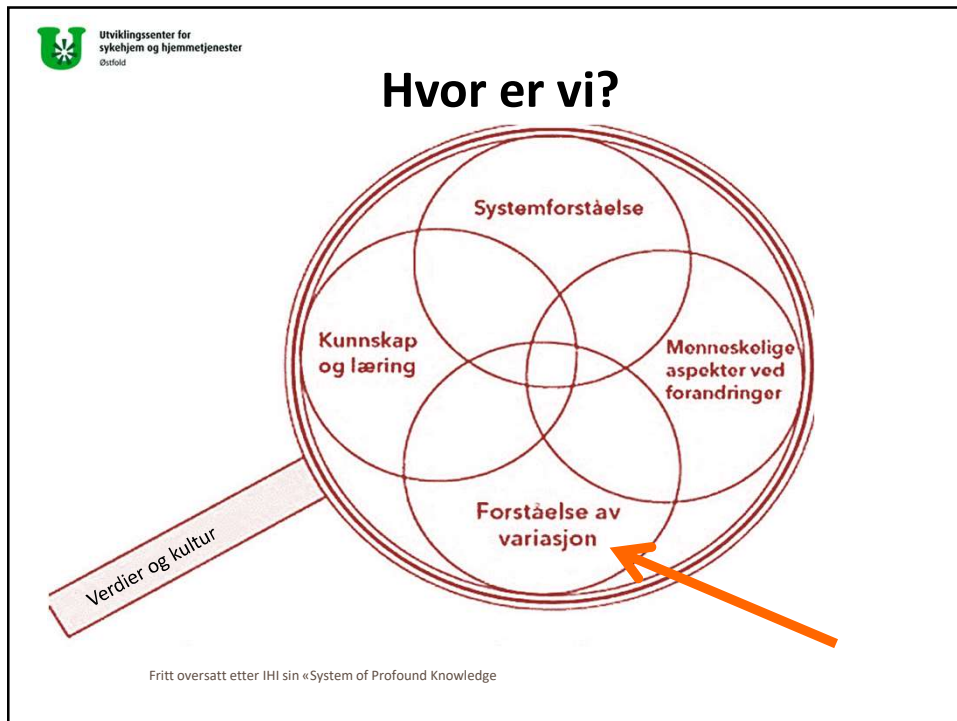


Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold



Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

I trygge hender 24
7





MÅLINGER

.....er en forutsetning for å vite om en endring fører til en faktisk forbedring

.....er en grunnleggende forutsetning for å lykkes med et forbedringsarbeid



Målinger

- Gir gode svar på om forbedringsarbeidet (tiltakene) har effekt
- Vi kan se variasjoner over tid
- Bidrar til å fremme **forbedringskultur** gjennom refleksjon, læring og utvikling



*Mål det som kan måles, og gjør det
som ikke kan måles, målbart*

Galileo Galilei (1564 – 1642)



Målinger i tiltakspakkene

- Sett tydelige og konkrete mål
- Mål fremgang over tid
- Gjennomfør hyppige målinger
- Overvåk indikatorene beskrevet i tiltakspakkene
- Bruk **SMART mål**

SMART MÅL



Mer om målinger

www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

www.helsebiloteket.no

www.kunnskapssenteret.no



To typer indikatorer i forbedringsarbeidet

Tiltakspakkene inneholder både prosess- og resultatindikatorer.

- **En prosessindikator** synliggjør kvaliteten på arbeidsprosesser som skal føre frem til et ønsket sluttresultat. Overvåker om tiltakene dere har bestemt gjennomføres som en del av det daglige arbeidet.
- **Resultatindikatorer** beskriver kvaliteten på prosessens sluttresultat og direkte utfall for pasientene.



Mål lokalt

- **Mål på enhetsnivå** – innebærer den gruppen som til daglig jobber sammen
- **Tidsserier** - innebærer å fremstille data over tid – dvs å plote data inn i en tidsrekkefølge og se etter variasjoner (HVA viser tallene?)



Statistisk prosesskontroll og bruk av EXTRANET

- Går forbedringsarbeidet i riktig retning?
- Skjer reelle forbedringer?
- EXTRANET (se egen veileder)

Les mer om statistisk prosesskontroll her:

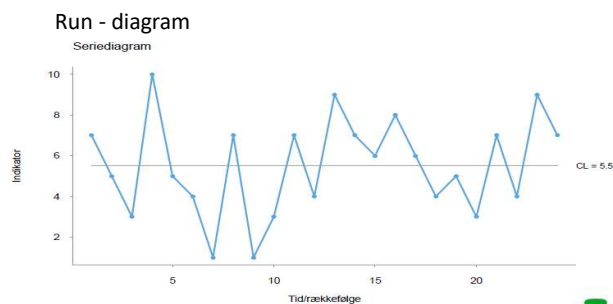
[SPC kunnskapssenteret](#)

[Veileder i EXTRANET](#)



Hva handler statistisk prosesskontroll (SPC) om?

Måleresultatene plottes i en **tidsserie** og målingene fremstilles **visuelt**



Fastsette en baseline

- Hva er status før dere begynner å jobbe med tiltakene?
- Baseline skal fortelle hvor godt teamet jobber i dag
- Teamet kan måle om de forbedrer seg mot baseline

[Se instruksene i videoen](#) (3.36)



Identifiser forbedring

- Får teamet resultatene de ønsker seg?
- Sjekk testene i Extranet for å finne tiltaket som gir mest effekt

[Se denne videoen](#) (1.35)



Hvordan analysere?

Nivåskifte

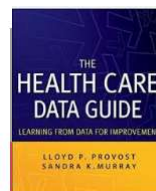
6 eller flere etterfølgende datapunkter på samme side av medianen.

Trend i dataene

5 eller flere etterfølgende punkter som stadig øker eller synker.

Sporadiske avvik/astonomisk punkt

Punkt som er åpenbart mye høyere eller lavere enn alle de andre punktene i diagrammet.



Provost & Murray:
The Health Care Data Guide.



Kompendium i kvalitetsutvikling
Århøi 2015



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

Legge inn ny median

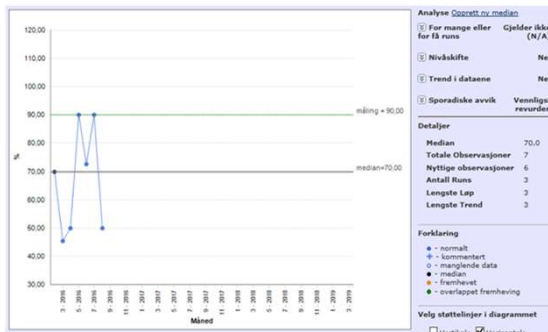
- Når teamet oppnår bedre resultater (et nivåskifte) lages det ny median.
- Medianen er den midterste verdien når alle verdiene rangeres i stigende rekkefølge.
- [Se denne videoen](#)

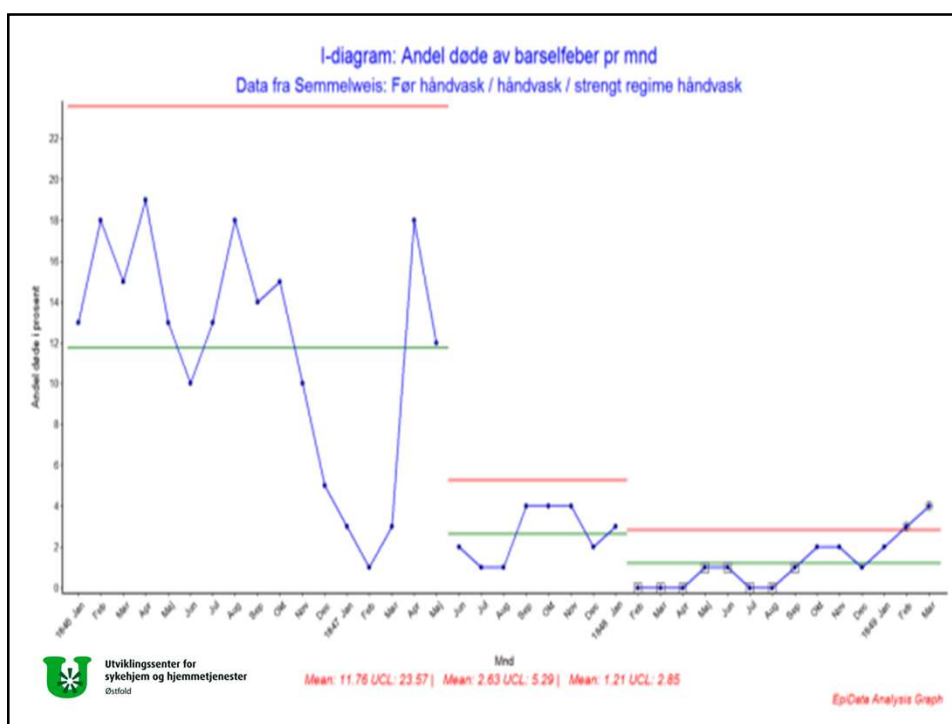
Det er også laget en video om hvordan du registrerer deg.
NB! Det krever en liten innstilling i Internet Explorer.

[FILM Extranet](#)



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold





12.02

Prosessindikator

Pasienter med fullstendig utfylt NEWS



Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Østfold



For hjemmetjeneste og sykehjem

Prosessindikator

- Hvor mange EWS-registreringer en pasient minimum bør ha i løpet av oppholdet
- Andel pasienter i målgruppen som ble overvåket med et EWS verktøy etter lokale prosedyrer
- Kvalitet på gjennomførte EWS



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold



12.03

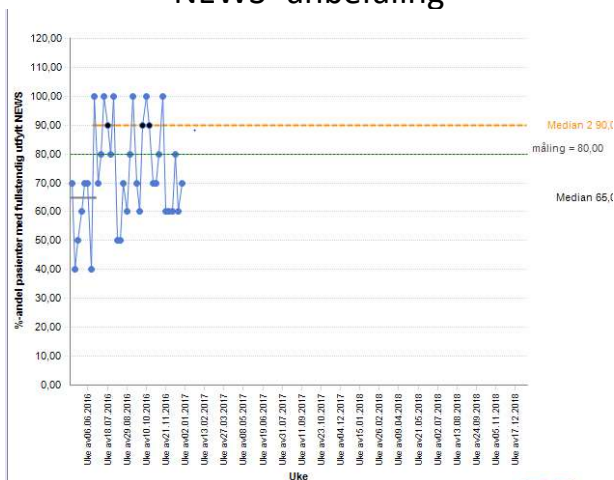
Prosessindikator

Pasienter med fullstendig utfylt NEWS og hvor overvåkningsfrekvens og respons er i henhold til NEWS- anbefaling



Utviklingssenter for
sykehjem og hjemmetjenester
Østfold

Fra en pilot: Pasienter med fullstendig utfylt NEWS og hvor overvåkningsfrekvens og respons er i henhold til NEWS- anbefaling

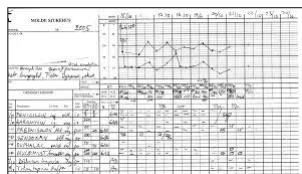


Hvor lenge bør vi måle?

- Måle til etablerte rutiner er på plass og man observerer stabile resultater på mellom 90 - 100 % av måloppnåelse i en periode på minst seks måneder
- Det anbefales å gjøre **stikkmålinger** to – tre ganger per år

Ulike metoder for datainnsamling

KURVER

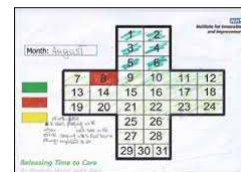


TAVLER

PASIENT	STORREDE	TA RÅ	FORHØ
01	KRISTINE		
02	SIVIE		
03	SIVIE		
04	KRISTINE		
05			
06	SIVIE		
07	KRISTINE		
08	SIVIE		
09	ELLY		
10	MAJ		

3/6 = 50 %
etterlevelse

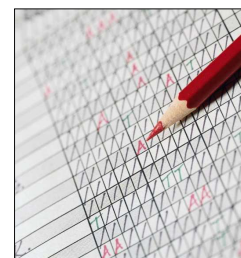
SAFETY CROSS



EPI



PENN&PAPIR



MEDISINSKE KVALITETSREGISTRE



Når tall skal kommunisere

- Mål lokalt
- Mål nå
- Mål smått
- Mål hyppig
- Mål prosesser
- Fjern nevneren

DEN GODE

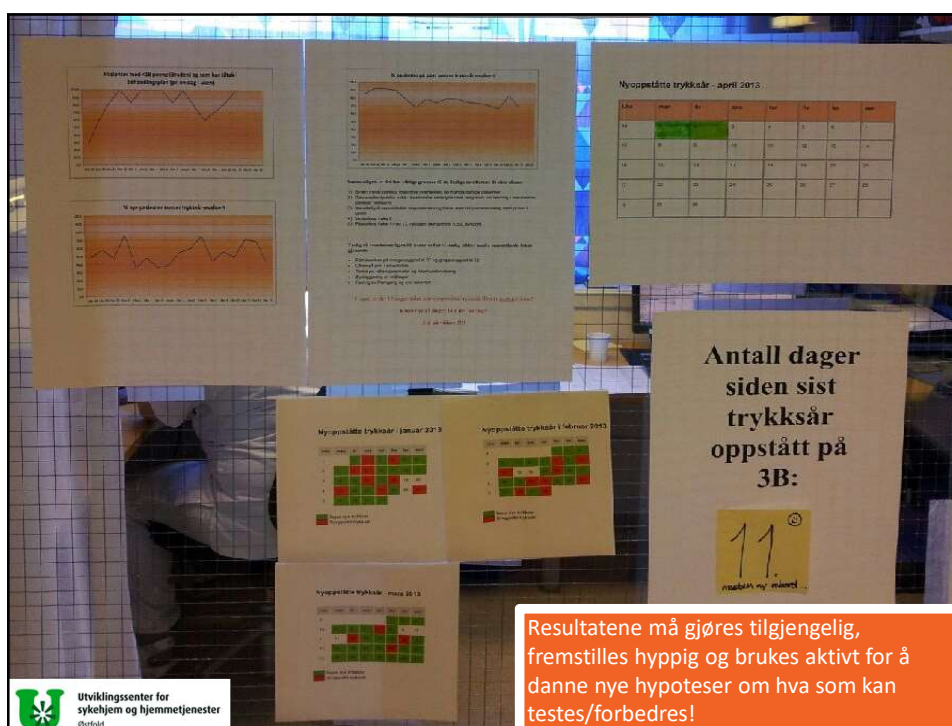
I dag fikk 2 av våre pasienter ikke målt sine fysiologiske parametere

DEN ONDE

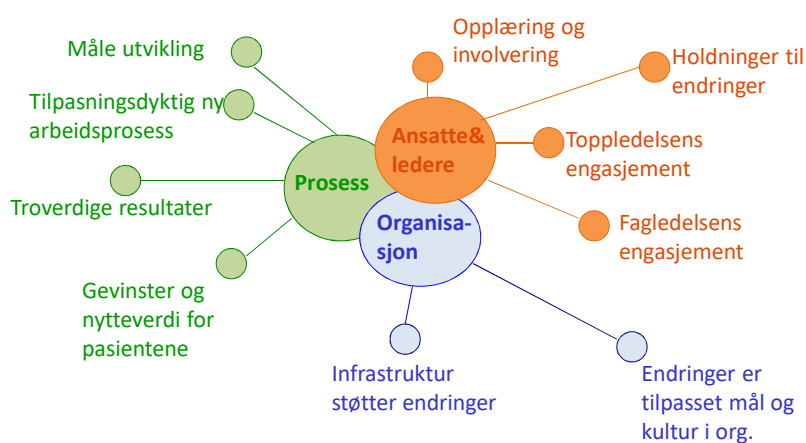
I den siste måneden fikk over 90 % av våre pasienter målt sine fysiologiske parametere

DEN GRUSOMME

I fjor målte vi fysiologiske parametere 3,8 ganger pr innleggelse



10 faktorer for varig resultater i forbedringsarbeid



NHS senter for innovation and modernisation

HVA skal til for å lykkes med forbedringsarbeid?



Kritiske faktorer

- Ha innsikt og forstå at arbeidet har en hensikt
- Annet omstillingsarbeid
- Ansvarsfraskrivelse
- Mangler forankring
- Ledere som ikke engasjerer seg
- Ansatte som ikke bryr seg
- Vanskelig å vise til effekt av endringer
- Mangler kultur for læring

Suksessfaktorer

- Ledelsen og ansatte må involveres - forankring på alle nivåer
- Medarbeidere må involveres og motiveres
- Pasienter/brukere må involveres
- Hvem har ansvar for hva innen når (rolleavklaring med ansvar og oppgavefordeling)
- Tverrfaglig deltakelse helt nødvendig
- Opplæring og veiledning må skje praksisnært
- Ha en plan for å videreføre og implementere arbeidet
- Kommunikasjons- og informasjonsplan



Oppsummering

Skap forståelse og oppmerksomhet omkring målingene



Sikre «feedback» til de som samler data



Ikke bare lever «meningsløse» diagrammer



Ha faste møtepunkter for diskusjon omkring data med alle involverte



Prøv ut nye og forskjellige (og kreative) måter å presentere resultatene på





Gruppearbeid

- Lage en fremdriftsplan for å implementere tiltakspakken
 - ✓ Hva er utfordringene?
 - ✓ Hva skal dere gjøre / tiltak
 - ✓ Hvem skal gjøre det
 - ✓ Innen når?

Fremdriftsplan tiltakspakke

Deltakende enhet		Hovedmål (hvor mye, innen når og for hvem?)	
Teamleder / e-post			

	UTFORDRING	HVA SKAL GJØRES?	HVEM SKAL GJØRE DET?	NÅR SKAL DET GJØRES?
1				
2				
3				
4				
5				

Selvevalueringstall etter samling 1 (karakterskala 1-5)	
---	--

Dette skjemaet leveres inn etter samling, før avreise. Kopi sendes forbedringsteamets teamleder i etterkant av samlingen.

Gruppearbeid

- Lage en fremdriftsplan for å måle forbedringsarbeidet i tiltakspakken
- ✓ Hva er utfordringen?
- ✓ Hva skal dere gjøre / tiltak?
- ✓ Hvem skal gjøre det?
- ✓ Innen når?

Fremdriftsplan målinger

Delmål 1	Delmål 2		
Deltakende enhet			
Teamleder / e-post			
UTFORDRING	HVA SKAL GJØRES?	HVEM SKAL GJØRE DET?	NÅR SKAL DET GJØRES?
1			
2			
3			
4			
5			
Selvevalueringstill etter samling 1 (karakterskala 1-5)			

57

Fremdriftsplan målinger

Enhet/Dato:

Teamleder / e-post				
Måleansvarlig / e-post				
	Resultatindikator	Prosessindikator	Prosessindikator	
Ansvar og evt. andre involverte				
Målsetning, gjerne delt opp i: til samling 2 etter endt LN om 2 år				
Baseline data? Evt. hva må på plass?				
Hvor hentes data fra?				
Hvordan konkret skal det registreres i Extranet?				
Hvor, i hvilket fora, skal dataene diskuteres?				
Hvor ofte skal dataene diskuteres?				
Viktige milepæler / avklaringer	Ansvar	Når		

24 Skjemaet brukes til å planlegge hvordan og hva som må være på plass for at teamene skal kunne samle inn, fremstille, og ta i bruk dataene i trygge hender
forbedringsarbeid. Relevant her er beskrivelse av indikatorer i tiltakspakken.

24
7

Selvevaluering

For å måle og følge opp hvordan læringsnettverket forløper **evaluerer teamet seg på en skala fra 1 til 5**. Målsettingen er at så mange team som mulig skal forflytte seg til trinn 4 i løpet av prosjektperioden.

Trinn 1: Teamet har ikke kommet i gang

Planer og ideer, men ingen aktivitet.

Trinn 2: Aktivitet uten forbedring

Møter, kartlegging, utarbeidelse av skjemaer, gjennomgang av historiske data, diverse målinger, men ingen endret adferd eller praksis.

Trinn 3: Enkelte forbedringer har kommet frem

Endret atferd eller praksis i forhold til tidligere.

Trinn 4: Påtagelige forbedringer er målt

Endringene har ført til målbare forbedringer sammenliknet med tidligere praksis.

Trinn 5: Påtagelige forbedringer er målt, og forbedringene har fått gjennomslag i systemet

Endringene er standardisert i systemet og forventes å bestå også etter at prosjektet er avsluttet.



59

POSTERMAL [Navn på prosjekt]

Enhet/Dato

Om avdelingen For eksempel type avdeling, antall pasienter/senger, antall ansatte, osv...	Resultater 	Nye læringspunkter - Erfaringer så langt - Tekst
Hva er utfordringen/problem? ...	AVERAGE CLA-BSI RATE 	NESTE STEG - Hva skal testes? - Tekst
Forbedringsprosjektet på 1, 2 og 3 1. Mål 2. Målinger 3. Hvilke tiltak skal føre til at målet nås?	AVERAGE CLA-BSI RATE 	Forbedringsteamet - Navn Navnesen, kirurg, teamleder - Navn Navnensen, sykepleier, måleansv. - Osv... Nærmeste leder - x
Selvevalueringstall (1-5)		x

[Virksomhetens logo]