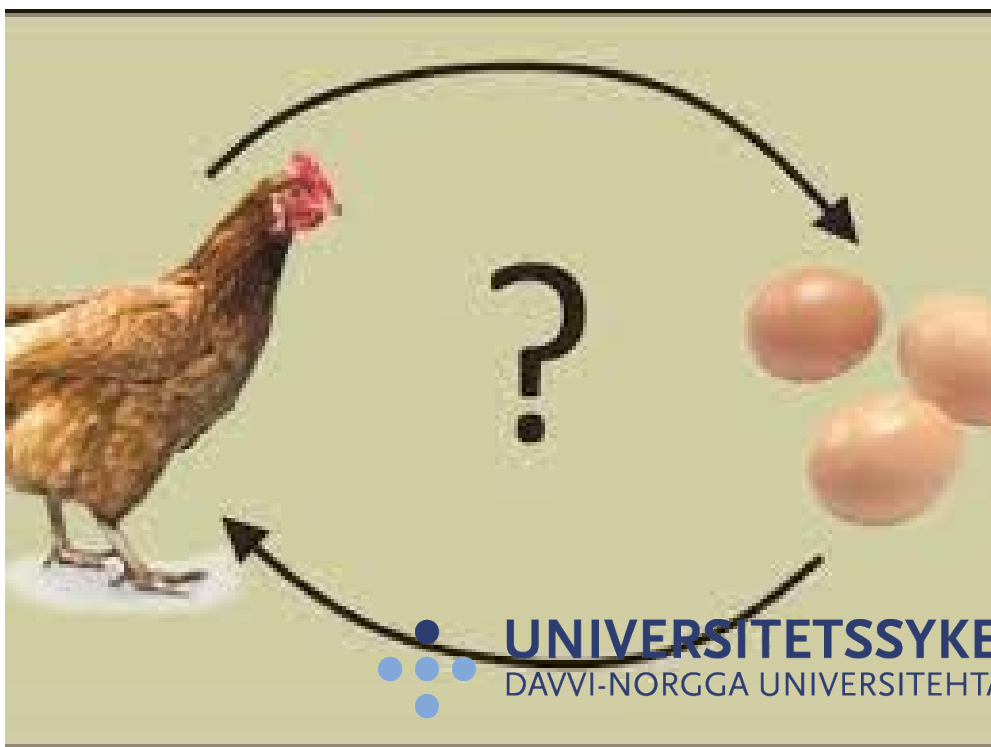


«Finn fem feil»

-en kunnskapsbasert tilnærming
til det å få ting gjort



Hvordan øke sannsynligheten for vellykket
implementering og spredning av tiltak?

Hege Andersen, PhD, leder Kontinuerlig forbedring UNN HF,
førsteamanuensis, Statsvitenskap, HSL-fakultetet UiT

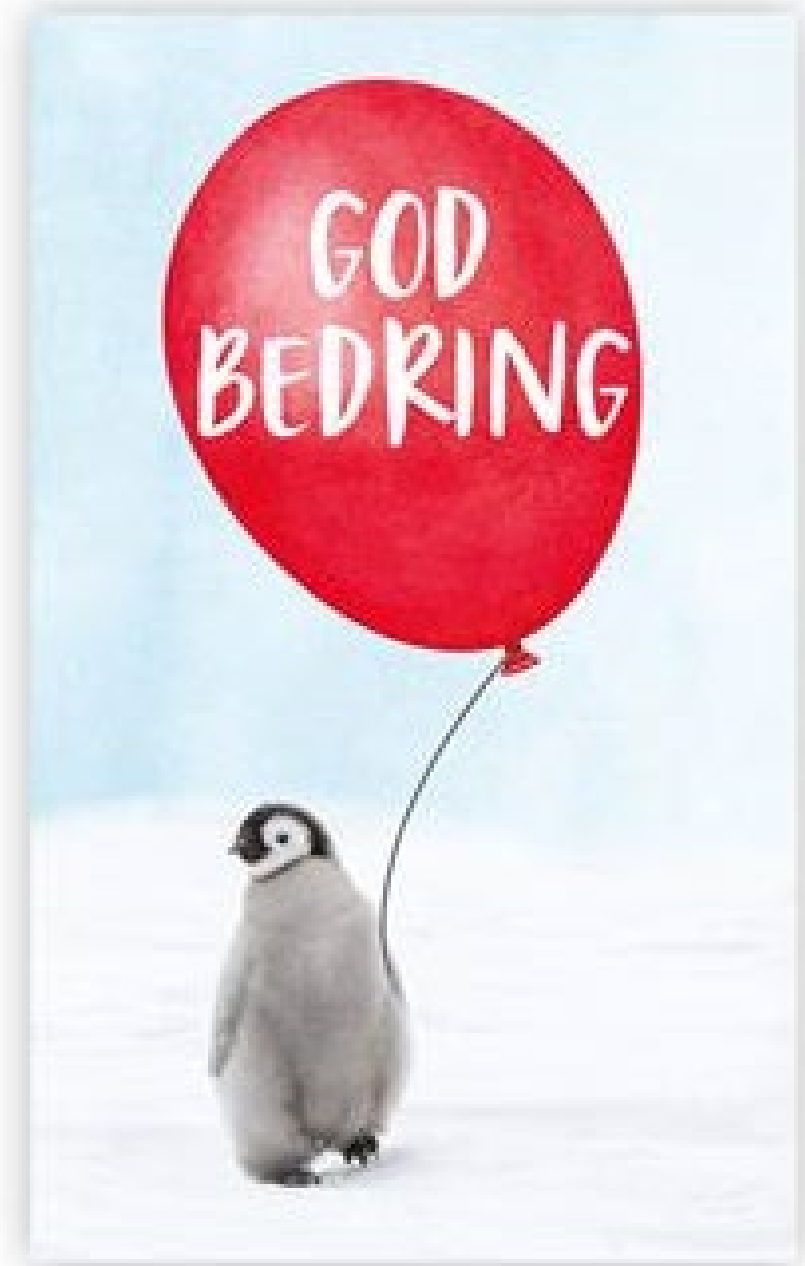


Hva er god bedring? Jo; endringer som gir **varige forbedringer** i helsetjenesten.

Egen forskning: ett av tre forbedringsprosjekter viste varige resultater (Andersen, 2016).

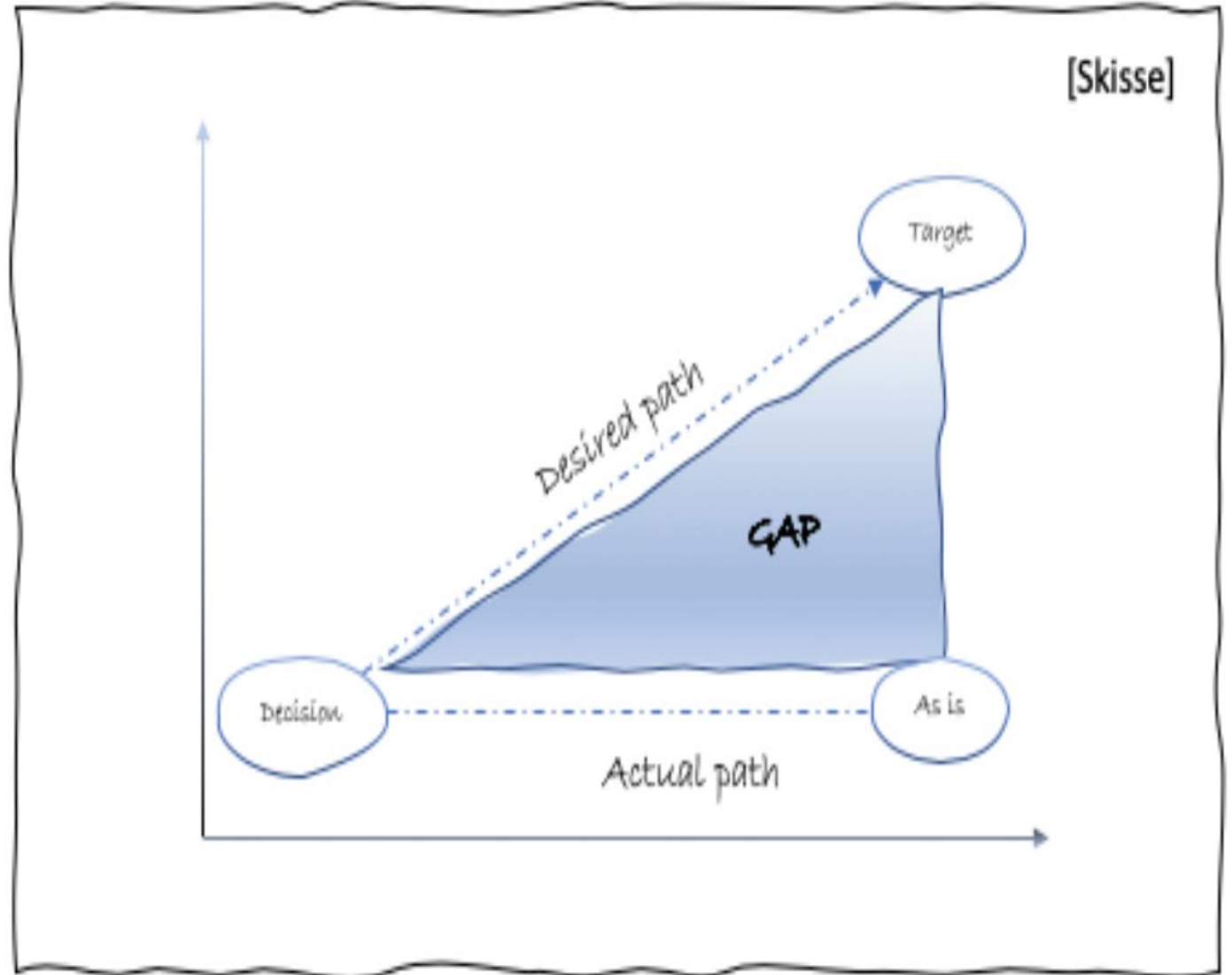
Internasjonal helsetjenesteforskning:

Inntil 70 pst av endringsinitiativ mislykkes (Hammer & Champy, 1993).



Er det så farlig da?

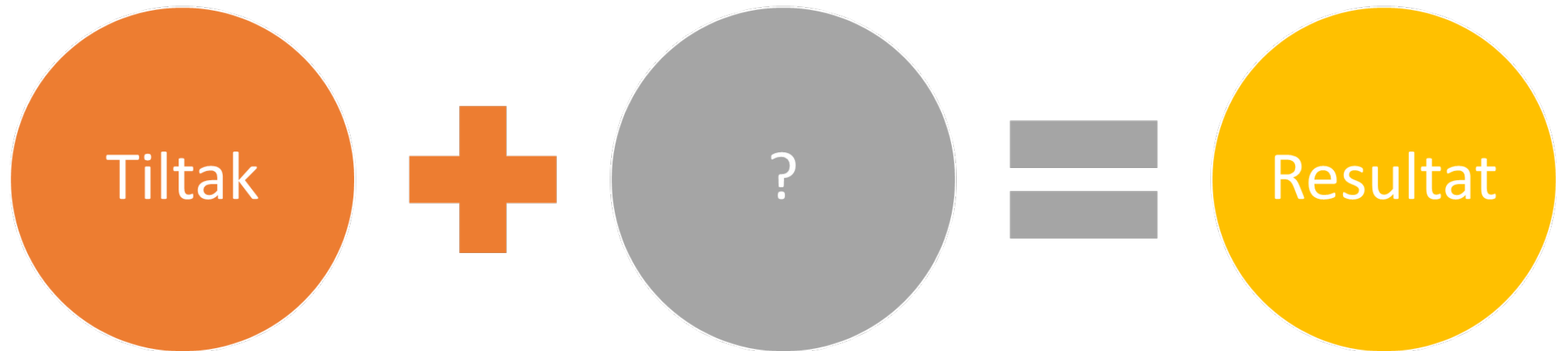
- Helsepolitiske mål om bærekraft og likeverdige tjenester av god kvalitet
- Forbedringsarbeidet må svare på pasientenes og tjenestenes behov



Hvorfor så vanskelig?

- Endringsarbeid må, på lik linje med resten av helseforetakets virksomhet, være **kunnskapsbasert**
- “... and likely have to do with both **how** we implement (e.g., insufficient funding and ineffective implementation strategies (...)), **where** we implement (e.g., lack of implementation capacity and readiness in services (...)), and **what** we implement (e.g., the evidence-based interventions themselves lack implementability and contextual fit (...))” (Lewis et al., 2020, p. 1).

Hvordan implementere? Hva er strategien?



Småskalatest

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

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)
Hvilket svar forventer vi?

Forbedringspoliklinikken
«Vi hjelper deg på veien fra ide til forbedring»
kf@unn.no www.unn.no/kf

Test nummer

Neste skritt besluttes

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



Planlegg både testen og innsamling av informasjon

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



Analyser og lær

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



Utfør testen

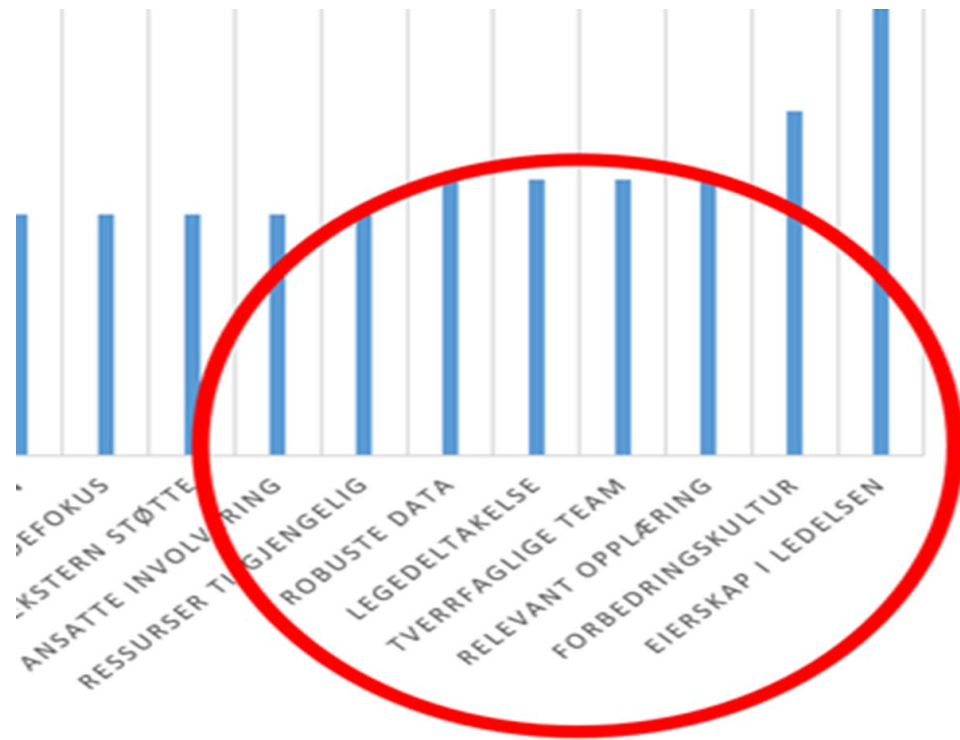
- Kan det planlagte gjennomføres?
- Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser
- Noter eventuelle resultater eller data som er samlet inn i forbindelse med testen

Hvor skal vi implementere?

De som ikke lykkes karakteriseres ved

- Dårlig organisasjonskultur (begrenset eierskap, ikke samarbeid, hierarkisk, frakoplet ledelse)
- Inadekvat infrastruktur (begrenset kvalitetsforbedring, bemanning, IT/ressurser)
- Mangler samlende visjon (i motstrid, eksternt motivert, dårlig definert, fremmer middelmådighet)
- Systemrystelser (bytte leder, ny EPJ, skandaler)
- Dysfunksjonelle eksterne relasjoner (andre sykehus, interessenter, myndigheter)
- Vaughn et al 2017

Og, de som lykkes



Sjekkliste organisatorisk beredskap

Handler om:

Er ledelsen med? Virkelig?

Et spørsmål om troverdighet og forankring
Er det bare snakk og symbolpolitikk?

Er det (eller kan det bli) en forbedringskultur i organisasjonen?

Holdnings- og atferdsendring påkrevet.
Har vi et felles HVORFOR? Oppfattet behov?

Har, eller kan lederne sikre kapabilitet?

Har organisasjonen forbedringskompetanse?
Er lederne kompetente?

Har, eller er lederne villig til å bruke ledig kapasitet?

Har lederne mulighet/vilje til å fristille fagfolk, åpenhet (til å få påpekt feil) og mot til å delegere? Har lederne selv kapasitet?

Vet organisasjonen hvor de er og hvor de skal?

Har organisasjonen en strategiplan der kvalitet inngår?
Tilgjengelige/anvendelige data på utkomme?

Er tiltaket gjennomførbart? Spiselig?



ker. Til samtaler, syning, til å ta med barna på intensiven og snakke med dem.

– Nå brukes modeller fra japansk bilindustri for å strømlinjeforme det som kalles «produksjon» og «verdiskaping» på UNN! Men i hælvet, vi lager da ikke aluminiumsfelger!!

Før han skynder seg å legge til:

– Ja, med all respekt for arbeiderklassen i aluminiumsindustrien altså.

NÅ FÅR OGSÅ HAN demonstrert for oss at det slett ikke er

5 trekk ved en ide som kan lette implementeringen:



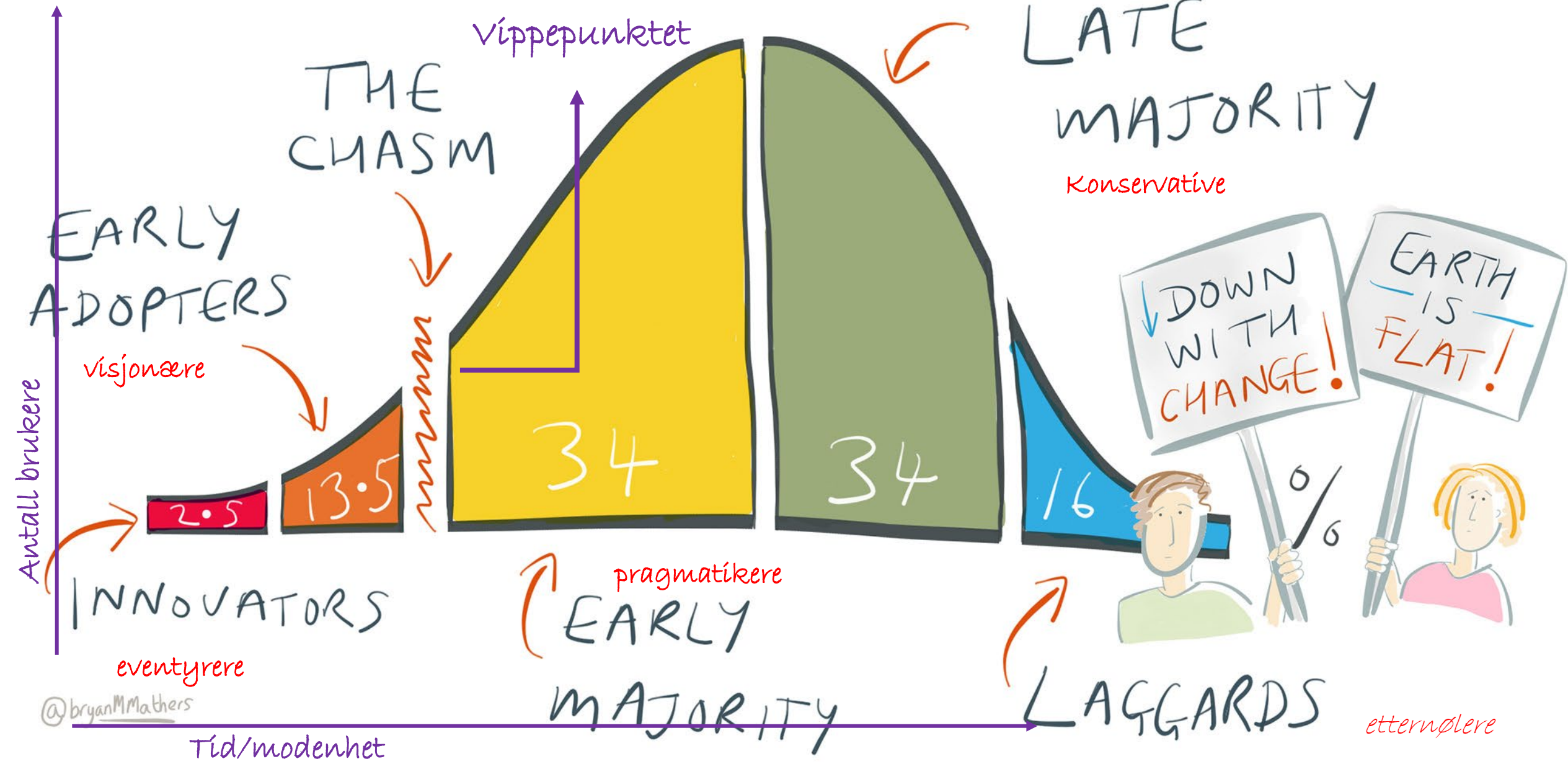
1. Kan du se den?
2. Er den fordelaktig?
3. Er den lett å forstå/bruke?
4. Er den forenlig m erfaring, verdier og behov?
5. Er den testbar?

- Everett Rogers 1995

Hva er det som aktiveres først ved implementering? Folk!



DIFFUSION OF INNOVATION



@bryanMMathers

Tid/modenhet

etternøylere

Små øyer av forbedring eller ringer i vann?

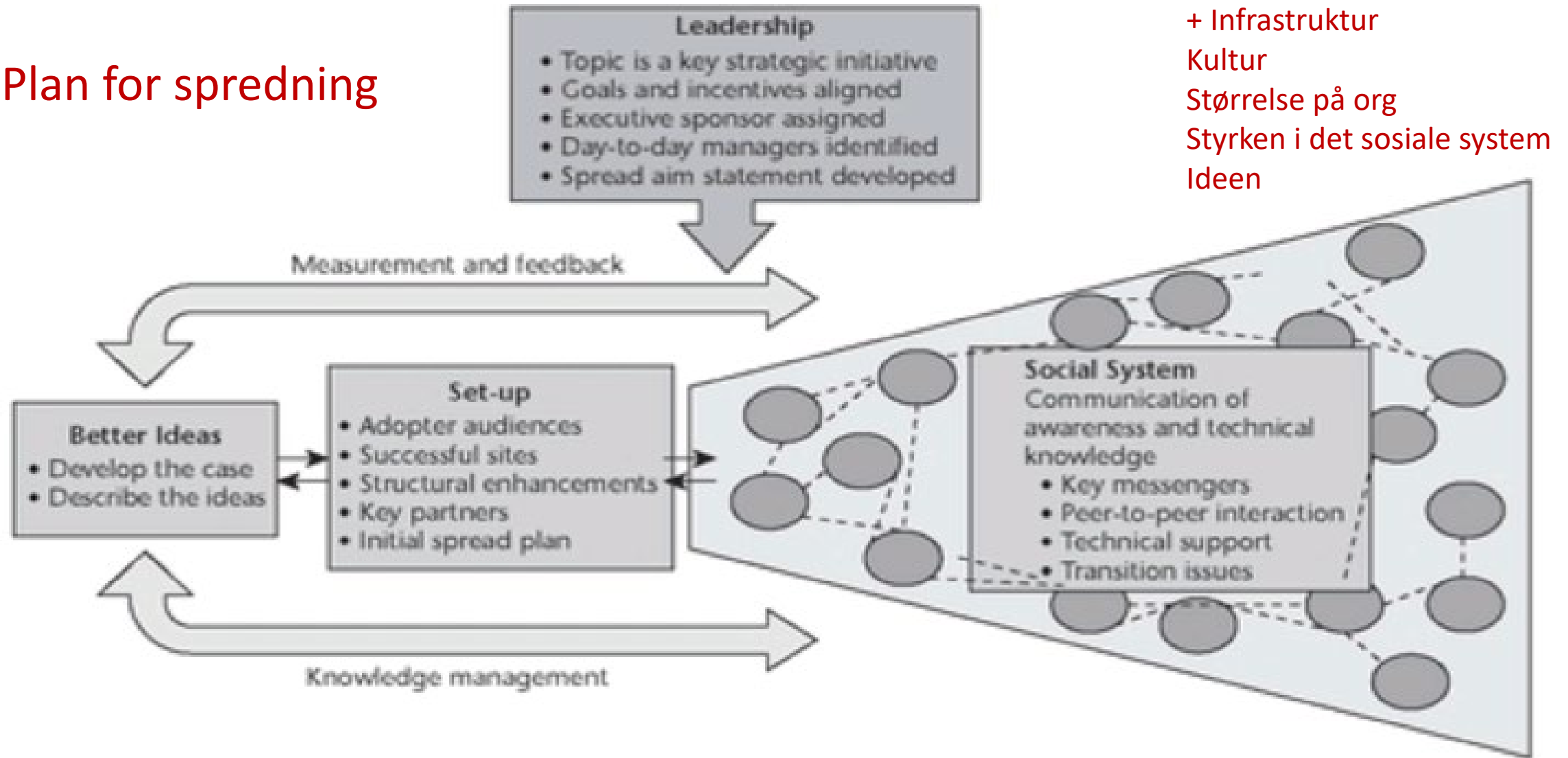


Postsocial.no



Facebook.com

Plan for spredning



Sjekkliste for spredning er utviklet, jf ref.art.

PRACTICAL TIPS FOR SUCCESSFUL SHARING



SIN: Expect huge improvements quickly then start spreading right away.

DO THIS INSTEAD: Create a reliable process before you start to spread.



SIN: Check huge mountains of data just once every quarter.

DO THIS INSTEAD: Check small samples daily or frequently so you can decide how to adapt spread practices.

SIN: Require the person and team who drove the initial improvements to be responsible for spread throughout a hospital or facility.

DO THIS INSTEAD: Choose a spread team strategically and include the scope of the spread as part of your decision.



SIN: Spread the success unchanged. Don't waste time "adapting" because, after all, it worked so well the first time.

DO THIS INSTEAD: Allow some customization, as long as it is controlled and elements that are core to the improvements are clear.

SOURCE: Institute for Healthcare Improvement. Used with permission.



SIN: Don't bother testing—just do a large pilot.

DO THIS INSTEAD: Start with small, local tests and several PDSA cycles.



SIN: Give one person the responsibility to do it all. Depend on "local heroes."

DO THIS INSTEAD: Make spread a team effort.

SIN: Rely solely on vigilance and hard work.

DO THIS INSTEAD: Sustain gains with an infrastructure to support them.



SPREADLY SINS

(L+M)^P

The Power of Partnership
Infographic: Kaiser Permanente Labor
Management Partnership, 2015

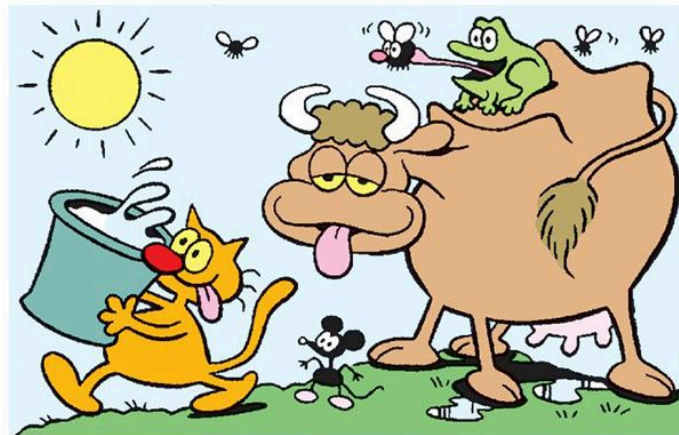
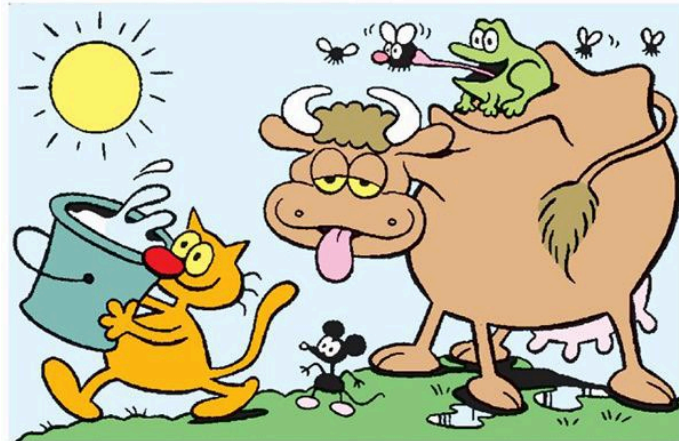
Kilde: IHI seven spreadly sins qi.elft.nhs.uk

Hva er de 7 syndene og hvordan unngå de?

1. Start med en stor pilot – testing er unødvendig
2. La en person gjennomføre det hele – bruk lokale helter
3. Stol på at nitidig hardt arbeid gjør jobben
4. Om piloten virker, rull ut uten endringer
5. Sett den som gjennomførte piloten til å spre forbedringen i hele foretaket
6. Vurder måloppnåelse ved å samle data hvert kvartal
7. Forvent kjappe gevinster og start utrulling straks

1. Starte med små lokale piloter og mange småskaletester
2. Satse på teamarbeid
3. Sikre gevinst ved å etablere støttesystemer (infrastruktur)
4. Tillat lokale justeringer og tilpasning
5. Vær strategisk og bruk et gjennomføringsteam knytte til området som skal forbedres
6. Hent ut små «testdata» hver dag/ofte slik at du kan justere underveis
7. Sikre at prosessen er stabil før du starter utrulling i større skala

Finn fem feil



Hei!

I A-team diskuterer vi med hvordan vi kan få sengepostene i gang med lokale prosjekter for å forbedre antibiotikabruk. Som du vet har vi et stykke igjen til vår målsetning om en 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede midler fra 2012-2020 – Det betyr at vi må gjøre noe mer/annerledes enn det vi gjør i dag!

A-team ferdigstiller ett nytt Antibiotikastyringsprogram i disse dager. I Antibiotikastyringsprogrammet for 2019-2020 vil det stå (hvis ledelsen og styret er enig med oss!) at alle kliniske avdelinger skal sette lokale mål for egen antibiotikabruk, samt etablere lokale grupper for å jobbe med forbedring av antibiotikabruk. A-team jobber med å lage utkast til tiltakspakker for å hjelpe avdelingene med å finne aktuelle forbedringsområder de kan jobbe med og eksempler på tiltak. Et mål kan f.eks være at alle som starter med antibiotika får sin behandling revurdert innen 72 timer.

Grunnen til at jeg tar kontakt med deg er at jeg lurte på om du har noen gode innspill/hjelp til hvordan vi kan lykkes i arbeidet med riktigere antibiotikabruk. Hvordan kan vi få motivere travle sykepleiere, leger og ikke mist ledere til å ville forbedre antibiotikabruk? Er det lurt å utarbeide forslag til mål og tiltakspakker som avdelingene kan bruke som utgangspunkt? I A-team har vi god kompetanse på antibiotikabruk, men formell forbedringskompetanse mangler, og nå er det forbedring som trengs. Vet du om personer som vi i A-team kan bruke som ressurs i arbeidet med tiltakspakker knyttet til riktigere antibiotikabruk?

Sara

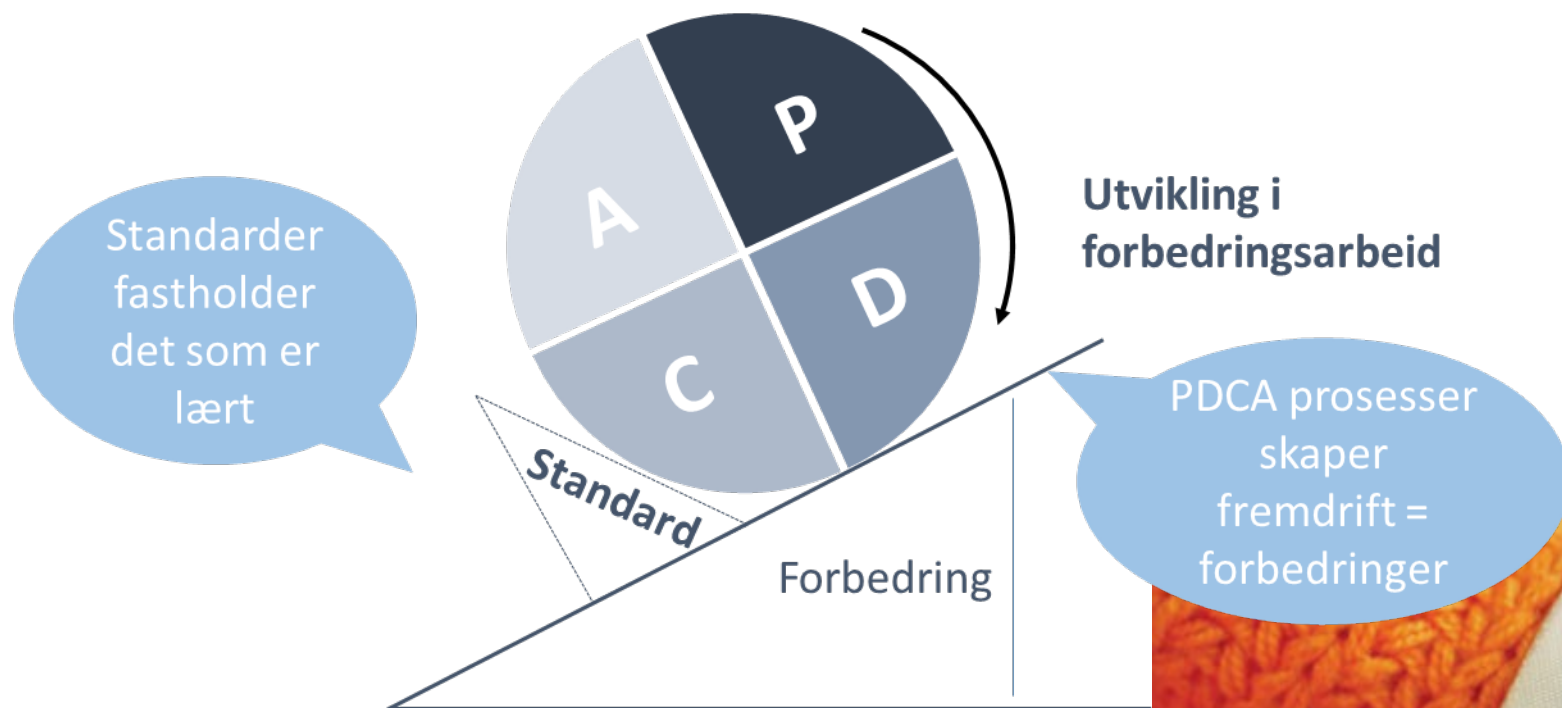
Hei igjen A-team

Så flott at dere er i gang – her er det bare å kjøre på! Jeg råder dere til å få alle sengepostene i medisinsk klinikk, alle tre lokasjoner, i gang med lokale prosjekter for å forbedre antibiotikabruk. Og at du Sara tar dette – du kan jo systemet (har ditt eget, i Excel) og er så god på dette med A-team.

Foreslår at dere ruller ut ett nytt Antibiotikastyringsprogram fra nyttår – og at dere måler resultater før sommeren så vet vi om det virker. Om det ikke er 30 % reduksjon i bruk av bredspektrede midler da, så får vi skrinlegge programmet og finne et annet tiltak.

Lykke til ! Du er kjempeflink og gjør en finfin jobb Sara.

Hold fast



FINN NYTTIGE VERKTØY OG METODER FOR FORBEDRING

Kom i gang med forbedring

IDENTIFISER FREMMERE OG HEMMERE I FORBEDRINGSARBEIDET

Kraftfeltanalyse

Verktøyet gir økt oppmerksom på fremmere og hemmere i deres forbedringsarbeid, og danner grunnlag for hvordan og uheldige effekter av hemmere

