



HELSE  NORD

Implementering vs installering

- hvordan øke sannsynligheten for å få ting gjort ? Spredt?
Og til å vare?

Kunnskapsbasert tilnærming & aktivt opplegg med refleksjon og trening i implementering og spredning av varig forbedring



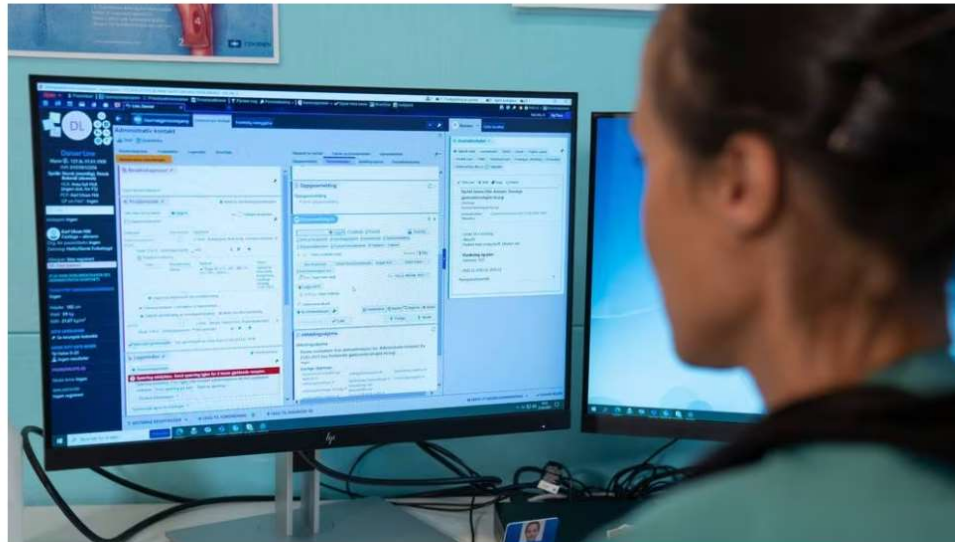
Hege Andersen, PhD. Leder, Kontinuerlig forbedring, UNN
Førsteamanuensis, organisasjon og ledelse, HSL-fak, UiT 2023



Hva er utfordringene med Helseplattformen

- Gå til www.mentimeter.com
- Kode: 47955850

innføringa av det omstridte journalsystemet.



Marthe Svendsen
Journalist

Trond Odin Myhre Johansen
Journalist

Kari Sørbø
Journalist

Vi rapporterer fra Stjørdal

Publisert 21. aug. kl. 12:17
Oppdatert 21. aug. kl. 14:37

EVALUERING: En ekstern evaluering av innføringa av Helseplattformen på St. Olav ble behandlet av styret i Helse Midt på mandag.

FOTO: MORTEN WAAGØ / NRK

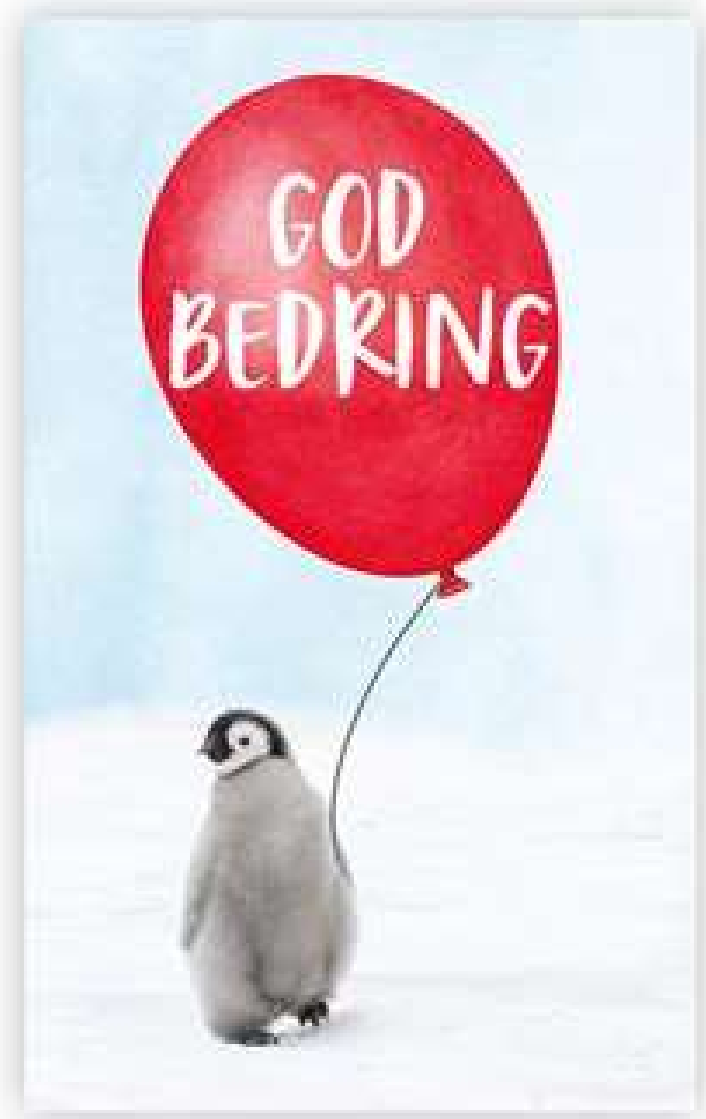


HELSE · · · · · NORD

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

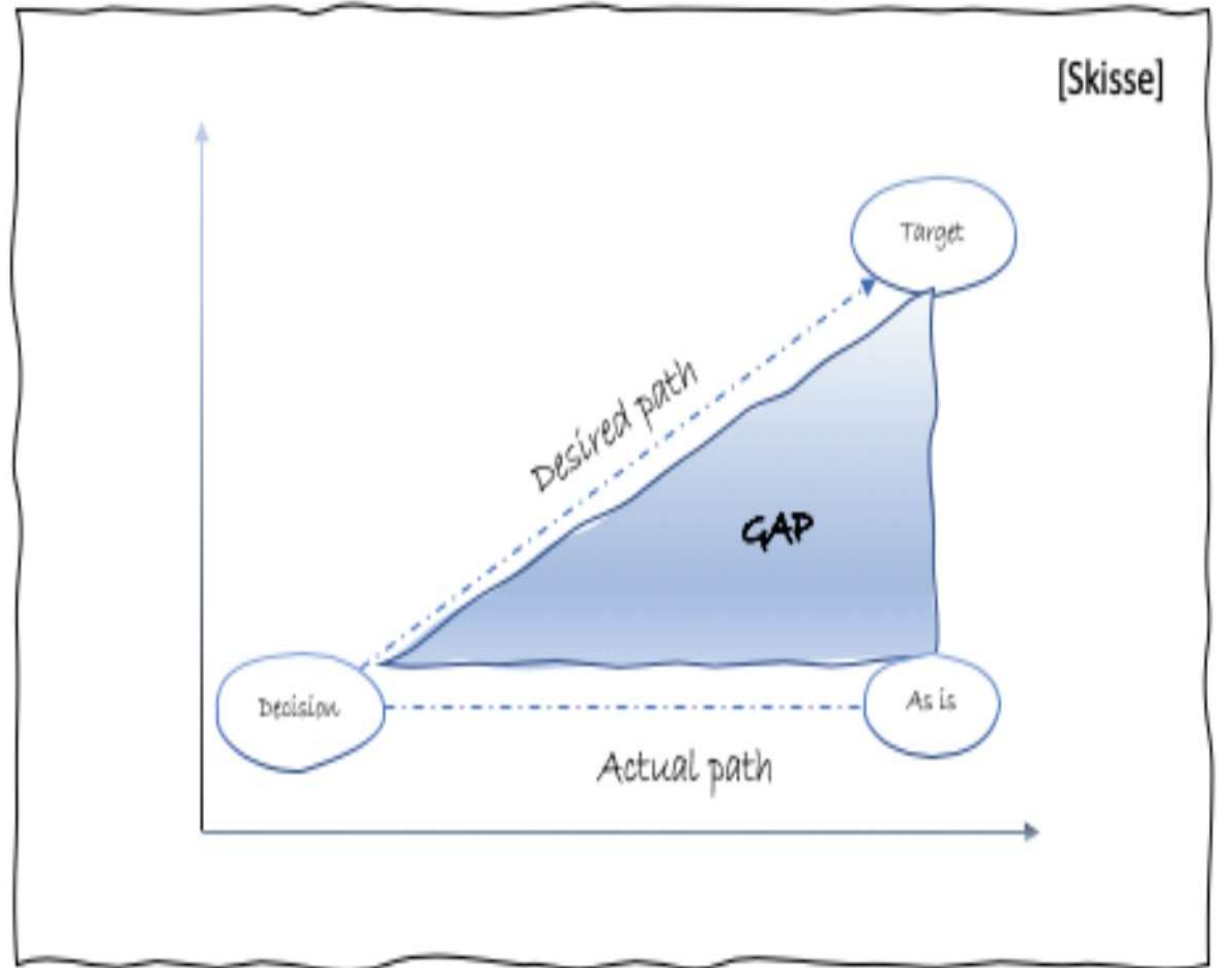
Egen forskning: ett av tre forbedringsprosjekter viste varige resultater (Andersen, 2016).

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



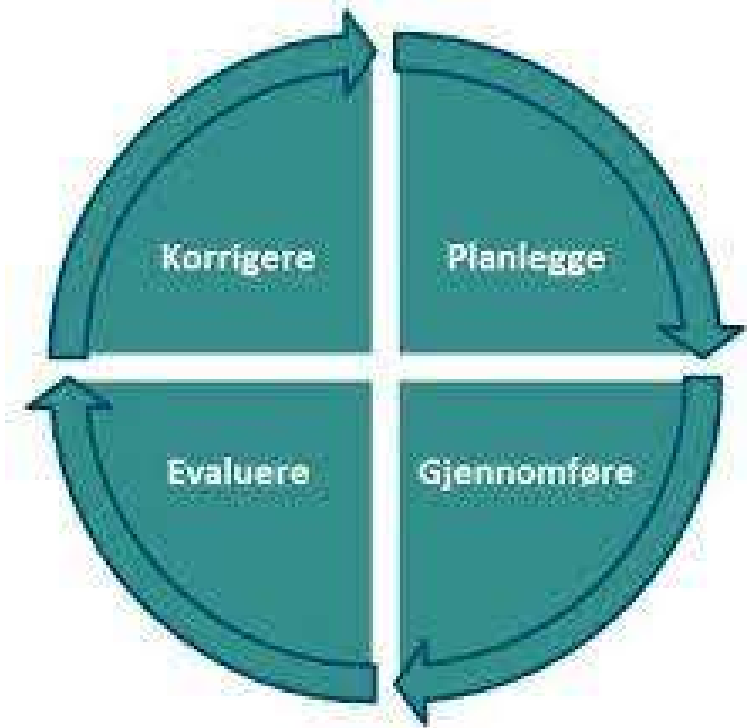
Er det så farlig da?

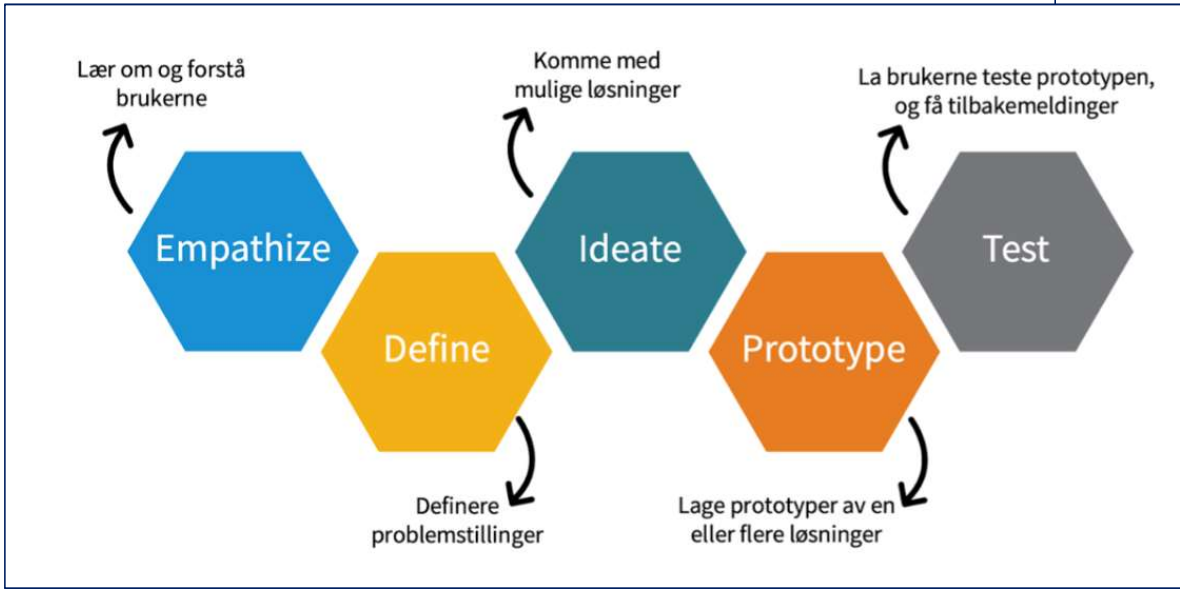
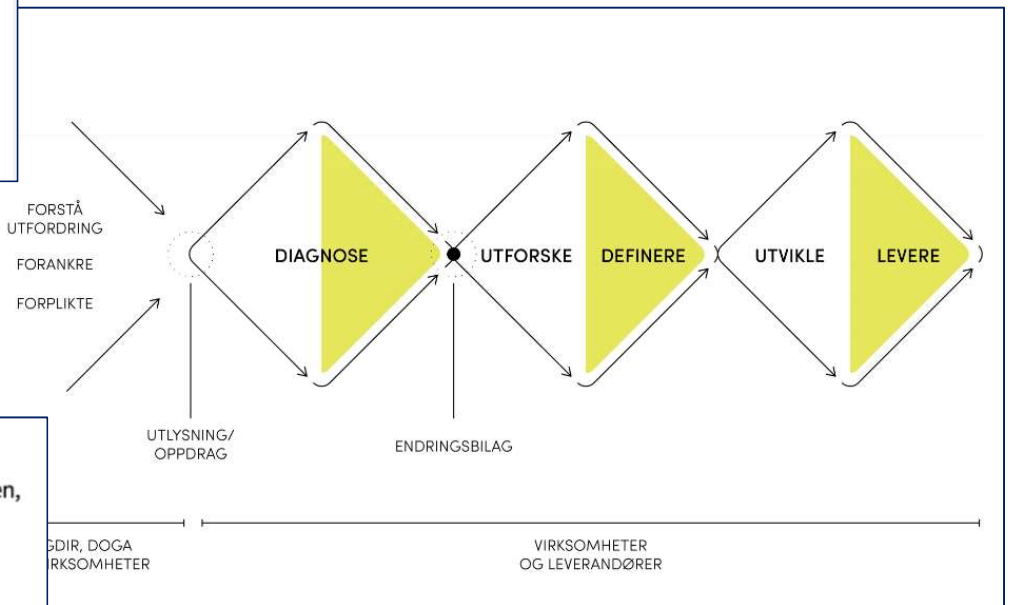
- Helsepolitiske mål om bærekraft og likeverdige tjenester av god kvalitet
- Forbedringsarbeid et må svare på pasientenes og tjenestenes behov



Hva er implementering?

- Å sette en plan ut i livet – eller
- Prosessen med å ta i bruk/integrere evidensbaserte intervensjoner i praksis – eller
- Planlegge, gjennomføre, evaluere og korrigere





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/endring ønsker vi å teste? (Spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

Forbedringspoliklinikken

«Vi hjelper deg på veien fra ide til forbedring»

kf@unn.no www.unn.no/kf

Arbeidshypotese (Hvis A, så B)

Hvilket svar forventer vi?

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.

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



Småskallatest

Tiltak / endring *Økt tilgjengelighet og ressursstyring poliklinikk (pasient tildelt time i tråd med lovverk)*
Hvilken tiltak/endring ønsker vi å teste? (spørsmål nr 3 i forbedringsmodellen)

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

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

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



Gjennomgang av gruppeoppgave

Småskalatest (pasient-tildelt time i tråd med lovverk)

Tillegg til gruppeoppgave: **Arbeidshypoteser og ressursstyring poliklinikk** (spørsmål nr. 3 i forberdingsmodellen)

Hvilken endring ønsker vi å teste? (spørsmål nr. 3 i forberdingsmodellen)

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

Neste skritt besluttes
• Testen er vellykket. Test hypotesen på flere 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?

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.

Analysér og lær
• Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen.
• Gikk det som forventet? Hva gikk ikke som forventet? Hvorfor?
• Hva lærte du?

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

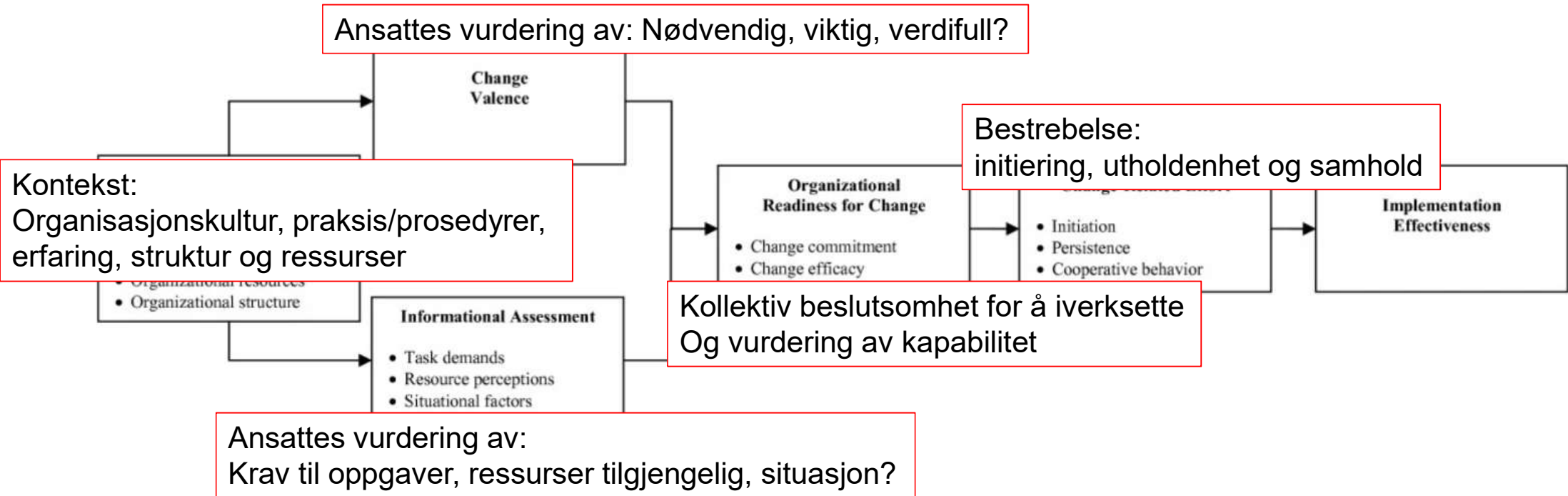
Test nummer

UNIVERSITETET I TROMSØ
HELSE NORD

Hva er arbeidshypotesen din?
Hvordan planlegge gjennomføringen?

Readiness-teori

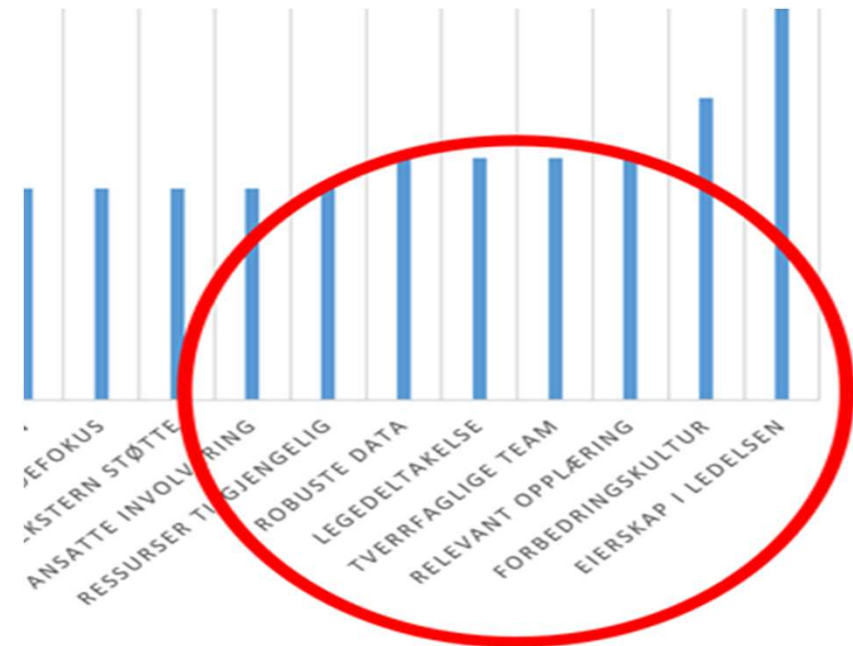
From: [A theory of organizational readiness for change](#)



Hvor skal vi implementere?



- 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, interesser, myndigheter)
- Vaughn et al 2017



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?

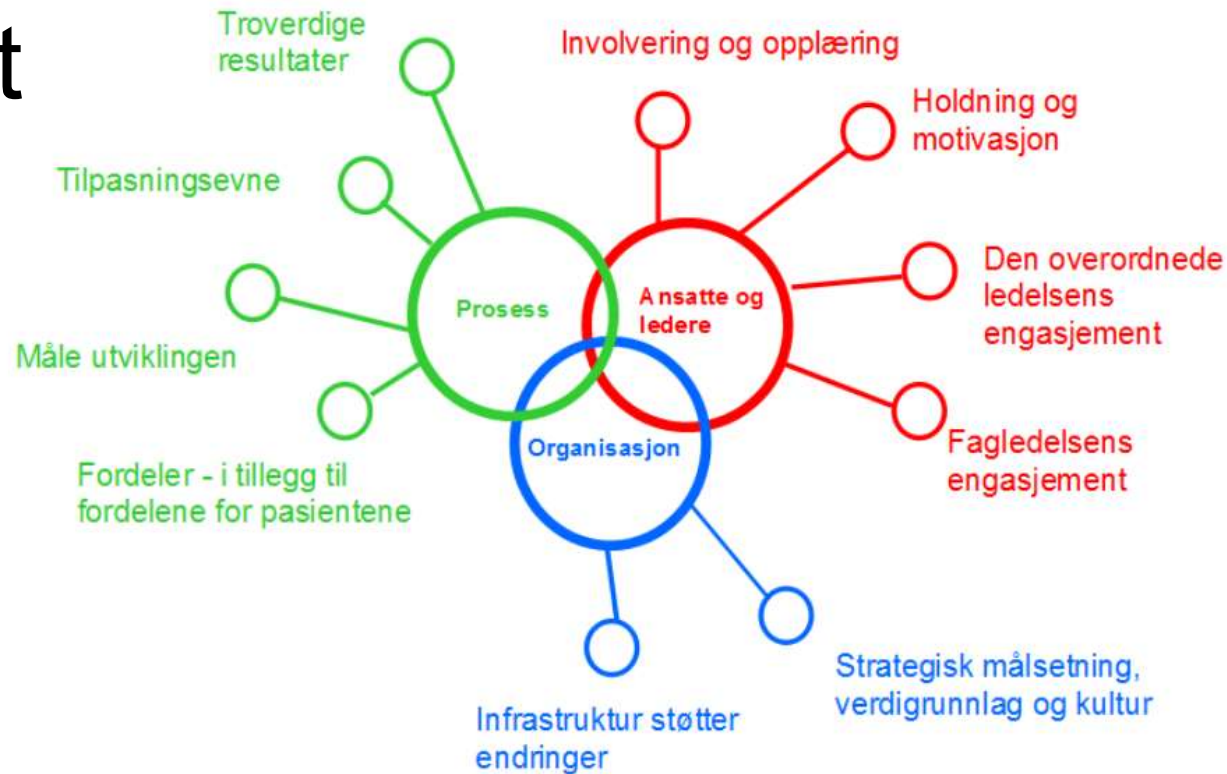
Har lederne mulighet/vilje til å fristille fagfolk, åpenhet (til å få påpekt feil) og mot til å delegere? Har lederne selv kapasitet?

Vet organisasjonen hvor de er og hvor de skal?

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



Sustainability verktøyet



<https://www.helsebiblioteket.no/innhold/artikler/kvalitetsforbedring/kvalitetsforbedring#oversikt-over-metoder-og-verktoy-verktoy-for-evaluere-og-viderefore-hvordan-skape-vedvarende-forbedringer-copy>



MUSIQ

Total Score

- 168** Høyeste mulige skår.
- 120-168** Prosjektet har en rimelig sjanse til suksess.
- 80-119** Prosjektet kan være gjennomførbart, men det er mulige barrierer.
- 50-79** Prosjektet har seriøse barrierer og har liten sjanse til suksess.
- 25-49** Prosjektet bør ikke fortsette som det er, vurder å flytte ressurser over til andre forbedringsområder.
- 24** Laveste mulige MUSIQ skår.

<https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/verktoy/hva-er-musiq>

musiq-skjema [Beskyttet visning] - Excel

File Home Settings Sideoppsatt Formulas Data See through Visning Help Tell me what you want to do

BESKYTTET VISNING Vær forsiktig – filer fra Internett kan inneholde virus. Hvis du ikke trenger å redigere den, er det tryggere å holde seg i beskyttet visning.

O9

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	Spørsmål	Helt enig			Verken enig eller uenig			Helt uenig	Vet ikke	
2		7	6	5	4	3	2	1	0	
3	Toppledere er direkte involvert i forbedringsaktiviteter, pasientsikkerhetsarbeid og lignende									
4	Minst én toppler støtter dette prosjektet spesielt									
5	Organisasjonen verdsetter forbedringsarbeid									note: this shc
6	Forbedringsarbeid er gjennomgående integrert i organisasjonen									
7	Ansatte får opplæring og trening i å identifisere mulige områder for forbedring og iverksette forbedringsarbeid ¹									
8	Ansatte får opplæring og trening i statistiske og andre kvantitative metoder som støtter forbedringsarbeid ¹									
9	Ansatte får nødvendig opplæring og trening til å forbedre ferdigheter knyttet til arbeidet sitt ¹									
10	Ansatte har insentiver for å gjennomføre forbedringer ¹									
11	Dette prosjektet er direkte knyttet til organisasjonens strategiske mål									
12										
13										
14										
15	Reference:									
16	¹ RAND, Improving Chronic Illness Care Evaluation. Healthcare Organization Survey for Quality Management Director, http://www.rand.org/content/dam/rand/www/external/health/projects/ice/dfs/qmd.pdf									
17										
18	Shortell SM, Levin DZ, O'Brien JL, Hughes EF. Assessing the evidence on CQI: is the glass half empty or half full? Hosp Health services Adm 1995, 40(1):4-									
19										
20										

Klar

Instruksjoner Definisjoner Teamet Mikrosystemet Forbedringsstøtte **Organisasjon** Miljø Annet Total Refer

ORD

Sjekkliste for implementering

Vurder om enheten er klar

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

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

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

<https://www.itryggehender24-7.no/kvalitetsforbedring/verktoy/sjekkliste-og-plan-for-implementering>



Hvordan kan sjekklisten(e) brukes slik at de bidrar til forbedring?

NOMINELL GRUPPETEKNIKK

EN STRUKTURERT IDEMYLDING

TEMA

A B C D

Foto: Pasientsikkerhetsprogrammet

Nominell gruppeteknikk er en strukturert form for idemyldring. Teknikken retter seg særlig mot nyetablerte grupper som har vanskelig for å nå enighet, få ideer, der det er store motsetninger eller svært ulike arbeidsstiler.

- ❖ Estimert tidsforbruk: 30-60 minutter.
- ❖ Materiell: Papir (gjærne post it lapper) og penn til hver enkelt, tavle eller blank vegg. Eventuelt flipover, tape og tusj.



Om "kundereise" og stopp i livsviktig behandling



SVARER DIREKTØREN: - Våre pasienter er ikke kunder, de er medmennesker, skriver overlege og professor Torben Wisborg i Hammerfest. Foto: Finnmarkssykehuset

Av Torben Wisborg, overlege, professor, Hammerfest

Publisert:
30.10.23 13:53

Del

KRONIKK

Er tiltaket gjennomførbart? Spiselig?

Mads Gilbert, portrettintervju Nordlys 2010



HELSE · · · · NORD

Frykt for standardisering

Frykt for **kutt**:

Skepsis mot «diller»

Noe andre har funnet på?

Kausale sammenhenger?

Politisk korrekt?

Prøvd det før..

Fabrikkspråk

Stabiliteten rutiner gir

Innebygde **incentiver**

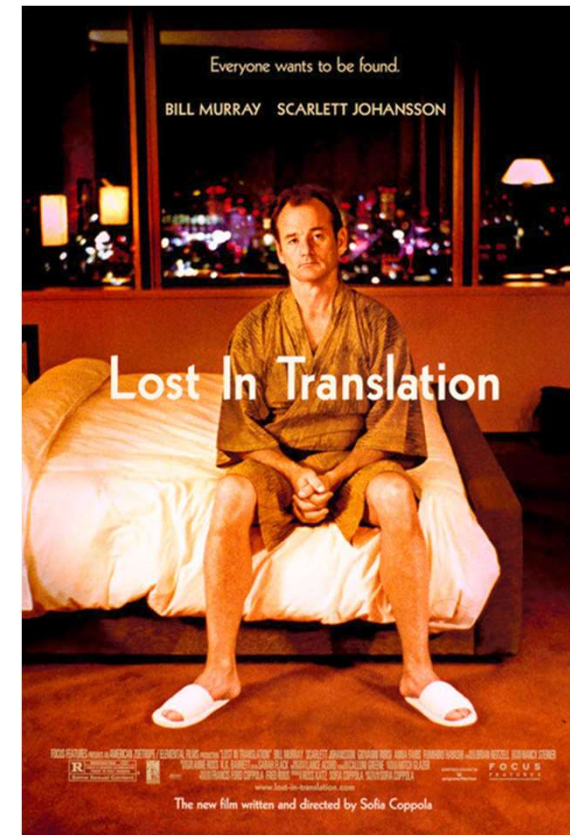
Ressurs**begrensninger**

Opphopning av oppgaver



Hvorfor oversette?

- Kunnskapsoverføring er et konkurransefortrinn; mer produktiv, konkurransedyktig og større sannsynlighet for å overleve
 - » Szulanski 1996
- Organisasjoners kapasitet og kompetanse til å oversette ideer blir en stadig viktigere strategisk ressurs for å lykkes med kunnskapsoverføring
 - » Røvik 2007



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



Hvordan vurderer du ideene Susanne testet ut?



De har forbedret pasientsikkerheten ved spinalpunksjon. Fra venstre: Karin Eines, hjelpepleier, Lilly Ann Klaussen, seksjonsleder, Iben Keim Larsen, lege, Lisa Hustad Johansen, fagsykepleier, Susanne Gaarden Ingebrigtsen, legespesialist, Ola Iversen. Foto: Jan Fredrik Frantzen, UNN

Målet for nevrologisk seksjon i UNN Tromsø var at det innen 31. januar 2019 skulle være minst 100 prosedyrer mellom hver prosedyrerelaterte komplikasjon ved avdelingen.

Ulike tiltak ble testet: endret nålestørrelse, lommekort, sjekklister og standardisert journalmal.

Alle spinalpunksjoner og komplikasjoner ble registrert og observert kontinuerlig i statistisk prosesskontroll (SPC) for å undersøke effekten av tiltakene.

Ny prosedyre, endret størrelse på punksjonsnålen og opplæring av leger har hittil redusert andel komplikasjoner fra 10 til 1%.

Den nye prosedyren har prosedyrenummer PR46826 i Docmap.

- 1. Observerbarhet:** Synlige innovasjoner
- 2. Relativ fordel:** I hvilken grad følt å være bedre enn den ideen den skal erstatte.
- 3. Kompleksitet:** Enkle og brukervennlige.
- 4. Tilpasning:** I samsvar med eksisterende verdier, erfaringer og behov.
- 5. Testbarhet:** prøves ut i liten skala/begrenset omfang.



Hva kan gjøres for å lette
implementeringen ytterligere?



Hva er det som aktiveres først ved implementering? Folk!

