

Metodekatalog

Til arbejdet med forbedringer og kvalitetsudvikling

Version 3, februar 2023



Metodekatalog

Til arbejdet med forbedringer og kvalitetsudvikling

Version 3, februar 2023

©DEFACTUM, Region Midtjylland, februar 2023

Emneord: Metodekatalog, metodebeskrivelse og -udvikling, forbedringsarbejde, forbedringsmodellen, kvalitetsudvikling.

Sprog: Dansk

Version: 2.0

Versionsdato: februar 2023

Udgivet af: DEFACTUM®, Koncern Kvalitet, februar 2023

Rapporten er udarbejdet af:

Konsulent Jesper Buchholt Gjørup

Konsulent Anne Kongerslev Wermuth

Revideret af konsulent Lars Rasmussen, februar 2023

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Denne publikation citeres således:

Forfatter(e): Gjørup JB, Wermuth AK

Titel: Metodekatalog – Til arbejdet med forbedringer og kvalitetsudvikling

Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland, 2023

For yderligere oplysninger rettes henvendelse til:

DEFACTUM

Olof Palmes Alle 15

8200 Aarhus N

E-mail: defactum@rm.dk

Hjemmeside: www.defactum.dk

Rapporten kan downloades fra www.defactum.dk.

Indholdsfortegnelse

Velkommen til metodekataloget.....	5
Introduktion	5
Metodekatalogets opbygning	6
Organisering af forbedringsarbejde	7
Lærings- og kvalitetsteams	7
Forbedringsfællesskaber	9
Lokale forbedringsteams	9
Forbedringsvejledere	10
Brugerperspektivet.....	12
Planlægning og målstyring	14
Forbedringsmodellen	14
SMARTE mål.....	15
Charter.....	16
Driverdiagrammer.....	18
Innovation og test af ny praksis.....	20
PDSA-test	21
Prøvehandling	22
Undersøgelles- og dataindsamlingsmetoder	24
Arbejdsgangsanalyse.....	24
BI-portalen	26
Simpel optælling.....	27
Spørgeskemaer	28
Interview	29
Observation	30
Walk-trough	31
Audit	32
Statistiske analysemetoder	34
Indikatorer.....	34
Seriediagrammet	36
Paretodiagram.....	37
Implementering og fastholdelse.....	39
Model for implementering og fastholdelse af ny praksis	39
Vidensdeling og spredning	42

Læringsseminarer	42
Forandringskataloger.....	43
Pakker.....	43
Fremdriftsrapporter.....	44
E-dok	45
Wiki	46
Model for spredning.....	46

Velkommen til metodekataloget

Introduktion

Dette metodekatalog rummer forskellige metoder og værktøjer, som kan anvendes i arbejdet med forbedringer og kvalitetsudvikling. Kataloget er skrevet til medarbejdere i Region Midtjylland, men kan ligeledes være til glæde for medarbejdere i andre regioner og sektorer. Første udgave af kataloget blev udgivet i maj 2017. Siden er antallet af forbedringsfællesskaber og -projekter steget og interessen for metoderne vokset tilsvarende. Derfor har DEFACTUM valgt at relancere kataloget. Opbygningen og indholdet vil i store træk være identisk med tidligere, men metoderne og de tilhørende eksempler er flere steder blevet udbygget og opdateret.

Målet med metodekataloget er at give ledere og medarbejdere viden om de mest relevante metoder, tilgange og værktøjer i det forbedringsarbejde, som har erstattet en stor del af det kvalitetsarbejde, som foregik inden for rammen af Den Danske Kvalitetsmodel. Det gælder fx, når der iværksættes regionale forbedringsfællesskaber på tværs af hospitalerne. Metoderne er også relevante for de nationale lærings- og kvalitetsteams, i implementeringen af målbilledet for sundhedsområdet og på det sociale område og til forbedringsarbejde i andre dele af velfærdsområdet. Desuden kan metodekataloget medvirke til at skabe en fælles forståelse og dialog omkring brugen af de enkelte metoder samt bidrage til erfaringsudveksling på tværs ved at formidle eksempler fra praksis. Er ønsket en dybere, mere teoretisk indsigt, er metodekataloget ikke tilstrækkeligt, men det er muligt at søge oplysninger i de angivne links.

Der findes allerede flere danske beskrivelser af metoder inden for kvalitetsudvikling. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren har lavet en begrebsliste og en metodehåndbog, og det samme har bl.a. Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og Sundhedsstyrelsen. På intranettet for flere hospitaler findes desuden en del materiale om, hvordan der arbejdes med forbedringer. Alligevel har et lettilgængeligt metodekatalog med begreber, værktøjsskabe og litteraturhenvisninger tidligere været efterspurgt af kvalitetschefer, ledere, kvalitetskonsulenter, kvalitetskoordinatorer og deltagere på Region Midtjyllands forbedringsvejlederuddannelse. Metodekataloget er resultat af denne efterspørgsel. Det særlige ved kataloget er, at det har fokus på forbedringsmetoder anvendt i Region Midtjylland. Det er således ikke ambitionen at beskrive Den syddanske kvalitetsmodel, som Region Syddanmark arbejder med, eller de Lean-metoder, som anvendes flere steder i det danske sundhedsvæsen.

Metodekataloget er udarbejdet af DEFACTUM, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland. DEFACTUM har ekspertise inden for kvalitets- og projektudvikling på social-, sundheds- og arbejdsmarkedsområdet. DEFACTUM er ansvarlig for forbedringsvejlederuddannelsen i Region Midtjylland og har praktiske erfaringer med forbedringsmodellen og forbedringsfællesskaber i forskellige regi.

Metodekatalogets opbygning

For hver metode er der en kort introduktion og beskrivelse, som giver en overordnet indføring. For redskaberne er der endvidere link til en værktøjskasse, der indeholder skabeloner og beskrivelser af, hvordan de anvendes og der guides til, hvor man kan søge yderligere information via udvalgte referencer.

Metodekataloget er bygget op - om syv hovedtemaer:

- **Organisering af forbedringsarbejde**

Temaet dækker forskellige tilgange til at organisere forbedringsarbejde, eksempelvis ved brug af lærings- og kvalitetsteams (LKT) og/eller lokale forbedringsteams samt andre forbedringsaktiviteter

- **Planlægning og målstyring**

Temaet dækker tre konkrete redskaber til at planlægge og styre forbedringsarbejde og -projekter. Disse er charter, driverdiagrammer og SMARTE mål

- **Innovation og test af ny praksis**

Temaet dækker PDSA-test og prøvehandlinger, to væsentlige tilgange til at teste hvordan forbedringstiltag virker i praksis

- **Undersøgelles- og dataindsamlingsmetoder**

Temaet dækker forskellige metoder til at undersøge en problemstilling og indsamle data omkring det forbedringsarbejde, der iværksættes for at løse den, som eksempelvis arbejdsgangsanalyse, simpel optælling og spørgeskemaer

- **Statistiske analysemetoder**

Temaet dækker en række statistiske analysemetoder, som giver mulighed for at fastslå, hvor ofte en problemstilling forekommer og følge med i, om de mål, der sættes for forbedringsarbejdet, indfries. Det gælder paretodiagrammer, indikatorer og seriediagrammer

- **Implementering og fastholdelse**

Temaet dækker, hvordan iværksatte forbedringstiltag kan implementeres og fastholdes ved brug af en model med 10 forskellige proces-, personale- og organisatoriske faktorer og et tilhørende scoringsredskab

- **Vidensdeling og -spredning**

Temaet dækker, hvordan viden og erfaringer opnået et sted kan deles med andre relevante parter i organisationen. Det gennemgår desuden en model for spredning, som har fokus på, hvordan man tilpasser en løsning, der har givet gode resultater i en kontekst til en anden

Relevant materiale til de enkelte hovedtemaer, eksempelvis skabeloner og arbejdsplaner, kan hentes på [forbedringsvejleder-wikien](#).

Organisering af forbedringsarbejde

Et forbedringsarbejde kan organiseres på flere måder og på flere niveauer.

På nationalt plan organiseres forbedringsarbejdet i Lærings- og kvalitetsteams (LKT). De nedsættes inden for udvalgte områder, hvor der opleves en utilfredsstillende kvalitet eller variation. Et LKTs indhold og mål formuleres af en ekspertgruppe, men udførelsen af forbedringsarbejdet foregår på lokalt niveau.

På regionalt niveau har der været nedsat regionale forbedringsfællesskaber i form af bl.a. Sikker Patientflow. Gennem brug af metoder og bedre koordinering skulle projektet medvirke til gode og sammenhængende patientforløb.

På lokalt plan kan et forbedringsarbejde foregå på de enkelte afdelinger og varetages af udvalgte medarbejdere eller som i LKT gennem lokale forbedringsteams.

Forbedringsarbejdet i Region Midtjylland understøttes af forbedringsvejledere, dvs. klinikere og kvalitetsmedarbejdere, der har gennemført uddannelsen som forbedringsvejleder, og dermed kan lede og vejlede andre i forbedringsarbejde.

Endelig er det centralt at medtænke patientperspektivet i organisationen af forbedringsarbejdet. Visionen i Region Midtjylland er, at alt, hvad vi laver i sundhedsvæsenet, foregår på patientens præmisser, og patienter kan ofte bidrage med nye perspektiver på både problemer og mål samt medtænkes i forandringstiltag og dataindsamling.

Lærings- og kvalitetsteams

I forbindelse med det nationale kvalitetsprogram er der udviklet en model for organisering og implementering af forbedringsprojekter, hvori lærings- og kvalitetsteams indgår (LKT) og bidrager til opfyldelsen af de nationale mål. Et LKT består af et nationalt netværk af fagprofessionelle og ledere fra relevante afdelinger og enheder, lokale forbedringsteams samt en ekspertgruppe, som bl.a. beskriver og definerer indholdet i det enkelte LKT.

Formålet med et LKT er at støtte op om det klinisknære forbedringsarbejde og skabe læring på tværs af landsdele. Målet er at forbedre den kliniske kvalitet samt behandling, pleje og forløb for brugere, patienter og pårørende. Et LKT arbejder med at forbedre et specifikt klinisk område, og de områder, hvor der indtil videre (februar 2023) er igangsat eller ved at blive oprettet LKT, er:

- Det specialiserede palliative område
- Apopleksi
- Rationel brug af antibiotika
- Høftenære lårbensbrud
- Akut kirurgi
- Børnediabetes
- ADHD
- Tvang i psykiatrien
- KOL
- Sammenhængende hoftebrudsforløb

Det er styregruppen for LKT, der beslutter, om der på et givent område skal nedsættes et LKT. I styregruppen har Danske Regioner formandsposten, og derudover er regionernes sundhedsdirektører, KL, Sundheds- og Ældreministeriet, Styrelsen for Patientsikkerhed, Praktiserende Lægers Organisation og Sundhedsstyrelsen repræsenteret. Områderne udvælges ud fra en fastsat procedure og bestemte kriterier. Bl.a. skal der være tale om et klinisk område, hvor behandlingskvaliteten er utilfredsstillende og/eller har en uønsket stor variation, og styregruppen skal vurdere, at der er behov for forbedringer, eksempelvis pga. udviklingen i de nationale mål.

Brugen af Lærings- og kvalitetsteams er inspireret af gennembrudsmetoden. Gennembrudsmetoden blev udviklet af Institute for Healthcare Improvement (IHI) omkring 1994 og beskriver en banebrydende tilgang til forbedringer ved brug af forbedringsmodellen og læring i teams. I 2003 udkom IHIs White Paper "The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement", der sammenfatter tilgangen i ét dokument.

Gennembrudsmetoden har siden spredt sig til mange lande og organisationer. Det første forbedringsprojekt blev gennemført i Danmark i 2004-2006, hvor de lokale forbedringsteam fik vejledning fra Videnscenter Gennembrud i Århus Amt. I 2008 i gangsatte Dansk Selskab for Patientsikkerhed Operation Life kampagnen, hvor Center for Kvalitetsudvikling i Region Midtjylland (nu DEFACTUM) var forbedringskonsulenter og uddannede vejledere på alle deltagende hospitaler. Siden 2004 har adskillige fagpersoner, herunder pædagoger fra mange sociale botilbud, flere hundrede praktiserende læger og hospitalslæger, sygeplejersker og lægesekretærer mv. fra flere psykiatriske afdelinger og hospitaler i Danmark deltaget i lokale forbedringsteam og på læringsseminarer i store netværksorganiserede forbedringsprojekter. I Region Midtjylland er der uddannet flere hundrede forbedringsvejledere, der kan understøtte arbejdet med forbedringer.

Eksempel: Hoftenære lårbensbrud blandt +65-årige patienter medfører stor morbiditet og mortalitet, hvilket medfører en stor belastning for sundhedsvæsenet. Ligeledes viser data, at der er en u hensigtsmæssig variation i behandlingskvaliteten bl.a. i forhold til 30-dages overlevelse efter operation. Området har desuden betydning for de nationale kvalitetsmål om at sikre (1) Bedre sammenhængende forløb og kvalitetsmål og (2) Behandling af høj kvalitet.

Det overordnede mål for LKT hoftenære lårbensbrud er derfor at sikre patienter på tværs af landet et ensartet højt kvalitetsniveau i behandling og rehabilitering. Det udmønter sig i to delmål om at reducere mortaliteten, herunder at nedbringe 30-dages mortaliteten med 20% og at reducere morbiditeten, herunder at forbedre patienternes generelle sundhed efter hoftebrud.

I LKT hoftenære lårbensbrud deltager både hospitaler og kommuner, og de lokale forbedringsteam mødes på læringsseminarer, hvor de får indsigt i forbedringsmetoder og deler erfaringer med henblik på at opfylde målene.

Referencer:

- IHI Innovation Series white paper, 2003: [*The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*](#). Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Region Hovedstaden, Region Nordjylland, Region Midtjylland, Region Syddanmark, Region Sjælland, 2016: *Projektbeskrivelse. Et nationalt Lærings- og kvalitetsteam vedr. apopleksi*

Forbedringsfællesskaber

På regionalt niveau danner forbedringsmodellen og læring i teams også rammen for arbejdet i udvalgte regionale forbedringsfællesskaber, som virker understøttende for arbejdet med de nationale mål.

I et forbedringsfællesskab arbejder alle medvirkende afdelinger mod samme overordnede mål og ligesom i et LKT, mødes deltagerne typisk på fælles læringsseminarer og arbejder sideløbende i lokale forbedringsteams for at bidrage til målet.

I Region Midtjylland er der bl.a. igangsat og afsluttet forbedringsfællesskaber inden for Sikker Patientflow og Patientansvarlig Læge, der begge har skullet medvirke til opfyldelsen af det nationale kvalitetsmål om bedre sammenhængende forløb og kvalitetsmål.

Hos Institute for Healthcare Improvement (IHI) er et klassisk forbedringsfællesskab skitseret ved et forløb, der strækker sig over ca. 18 måneder. Indledningsvist fastsættes emnet, det overordnede mål for forbedringsfællesskabet og de forandringstiltag, som skal udføres. Herefter udfører de deltagende teams deres forarbejde om emnet, inden de mødes på det første af tre læringsseminarer. Mellem læringsseminarerne arbejder teamsene på at omsætte forbedringsfællesskabets tiltag i egen praksis for derved at bidrage til opfyldelsen af det overordnede mål.

Eksempel: Det blev i 2016 aftalt mellem Regeringen og Danske Regioner, at hospitalerne skulle indføre patientansvarlig læge for alle patienter, hvor det er fagligt relevant.

For at understøtte implementeringen af patientansvarlig læge, igangsatte Region Midtjylland et forbedringsfællesskab for de involverede kliniske afdelinger. Målet var at fremskynde implementeringsprocessen af ny og bedre praksis ved at sikre læring på tværs af regionen gennem udbredelse af erfaringer med vellykkede implementeringstiltag og håndtering af udfordringer.

Deltagerne i forbedringsfællesskabet mødtes til læringsseminarer med tre-fire måneders mellemrum og arbejdede sideløbende med deres lokale indsatser for at implementere patientansvarlig læge.

Referencer:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: [Sikkert Patientflow](#).
- [Dokumenter om PS-Selskabets forbedringsfællesskaber](#).
- Wells et al, 2017: Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review. BMJ Qual Saf 2018;27:226–240.

Lokale forbedringsteams

Det efterstræbes, at de lokale forbedringsteams sammensættes dels efter karakteren af indsatsen, dels efter et ønske om, at alle relevante faggrupper er repræsenteret. Derudover bør daglige ledere eller beslutningstagere enten indgå eller være i kontakt med teamet for at sikre ledelsesmæssigt følgeskab og opbakning.

Det er de lokale forbedringsteams ansvar at udføre forbedringsarbejdet i daglig klinisk praksis og sikre, at de aftalte indsatser og mål indfries. Ledelsens opgave er at sikre, at rammerne er i orden.

Det kan være en fordel, at der i et team fastsættes regler for, hvem der gør hvad. Typisk vil der være brug for fem roller, som kan fordeles mellem de enkelte teammedlemmer (et teammedlem kan godt varetage flere roller):

- Teammedlem: Medvirker og kender til forbedringsmetoder, deltager i dataindsamling mv.
- Teamleder: Planlægger møder, organiserer aktiviteter mv.
- Forbedringsvejleder/forbedringsagent (eller anden person med ekspertise i forbedringsarbejde): Underviser og coacher teamet mv.
- Klinisk ekspert: Assisterer i ft. uddannelse og træning i emnet, bidrager med viden i ft. de testede forandringer mv.
- Sponsor (person i ledelsesposition, eksempelvis afdelingsleder): Stiller ressourcer og tid til rådighed, fjerner barrierer og modstand mv.

Derudover kan det være en god ide at involvere patienter, borgere og/eller pårørende i sit team, hvis det iværksatte forbedringsfællesskab eller forbedringsprojekt vedrører dem. Ofte kan de bidrage med nye vinkler og perspektiver, man ikke selv har øje for som ansat i sundhedsvæsenet.

Eksempel: Der er arbejdet med lokale forbedringsteams i mange tidligere forbedringsprojekter. Alle deltagerne på Region Midtjyllands forbedringsvejlederuddannelse opfordres også til at etablere lokale teams i forbedringsarbejdet. Erfaringen herfra er, at man frem for alt må være pragmatisk i sin teamsammensætning, så det består af personer, der har mulighed for at mødes, som har interesse i emnet, og som kan og vil arbejde for at nå målet. Litteratur på området indikerer, at der er større sandsynlighed for effekt af et forbedringsfællesskab, hvis medlemmerne i de enkelte teams kender hinandens styrker og svagheder, er gode til at samarbejde og måske har løst opgaver sammen tidligere.

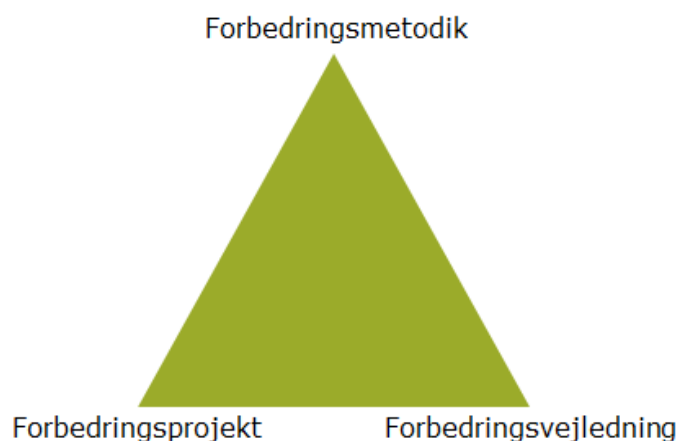
Referencer:

- Hulscher et al, 2012: Determinants of success of quality improvement collaboratives: what does the literature show? *BMJ Qual Saf* 2012;0:1–13.
- IHI Innovation Series white paper, 2003: [*The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*](#). Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Langley, G. J. et al, 2009: *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.

Forbedringsvejledere

I Region Midtjylland kan man gennem et ca. 12 måneders uddannelsesforløb blive forbedringsvejleder. Forløbet arrangeres af DEFACTUM, Koncern Kvalitet i et fagligt fællesskab med Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der har mange års erfaring med at tilrettelægge Forbedringsagentuddannelsen.

Som forbedringsvejleder opnår man kompetencer til at lede forbedringsprojekter og til at vejlede kolleger i at gennemføre et forbedringsprojekt. Vægten på uddannelsen er på forbedringsmodellen og på det praksisnære arbejde med eget forbedringsprojekt. Desuden tager uddannelses afsæt i en "all teach all learn"-tilgang til læring, som træner deltagerne i at formidle eget projekt og give feedback på andres. De tre centrale elementer i forløbet kan skitseres i nedenstående figur.



Det er et ønske med uddannelsen at opbygge kompetencer fordelt på mange medarbejdere i Region Midtjylland, så både lokale, regionale og nationale forbedringsprojekter kan trække på et solidt bagland, når forbedringsinitiativer skal iværksættes og implementeres. Desuden giver uddannelsen mulighed for at udbygge sit faglige og personlige netværk, hvilket skaber en væsentlig ressource på tværs af enheder i Region Midtjylland.

Formålet med uddannelsen er at uddanne forbedringsvejledere, som kan iværksætte, lede og vejlede forbedringsarbejde. For at skabe forbedringer er viden om forbedringsmetoder et vigtigt supplement til sundhedsfaglig og socialfaglig viden.

Målgruppen for uddannelsen er sundhedsprofessionelle, ansatte på det sociale område, administrativt ansatte og mellemledere, som ønsker at øge deres viden om og kompetencer til at gennemføre og facilitere forbedringsarbejde.

Når uddannelsen er gennemført, kan en forbedringsvejleder

- Afdække specifikke problemstillinger
- Sætte systematiske mål
- Anvende metoder til at afprøve nye arbejdsgange
- Måle forbedringer systematisk og hyppigt
- Lede forbedringsarbejde
- vejlede kolleger/team i forbedringsarbejde og metoder
- Anvende metoder til at fastholde opnåede resultater

Man kan læse mere om [uddannelsen og tilmelde sig undervisningshold på Plan2Learn](#).

Eksempel: Sene afbud og udeblivelser i Psykiatrien koster Region Midtjylland dyrt. Derfor arbejdede Gitte Kunnerup Madsen, lægesekretær og forbedringsvejleder, i sit projekt for at opnå et større fremmøde hos den patientgruppe, som visiteres til samtale ved de privatpraktiserende psykiatere. Efter at have undersøgt problemstillingen og afprøvet forskellige løsninger, ringer Gitte nu til patienterne og spørger: "Hvornår passer det dig bedst at komme til samtale?" i stedet for som tidligere at indkalde via e-boks. Gittes forbedringsarbejde og personlige interaktion med patienterne har fået fremmødet til at stige fra 74 % til 87 % hos den gruppe, hvor tiden hos psykiateren er aftalt med patienten over telefon. Det giver mere tilfredse patienter og sparer ressourcer for regionen.

Referencer:

- DEFACTUM: [Forbedringsvejlederuddannelsen](#).
- DEFACTUM: [Det betaler sig at spørge](#).

Brugerperspektivet

Region Midtjylland ønsker at skabe et sundhedsvæsen på patientens præmisser og et social-område med borgeren som aktiv medborger. Det indebærer, at patienter og borgere bliver inddraget i egen behandling og pleje, har mulighed for at tilkendegive deres mening og derigennem bidrage til at øge kvaliteten.

I forbedringsarbejdet betyder det, at vi skal medtænke de personer, som vores indsats forsøger at gavne. Det kan være patienter, borgere og/eller pårørende, alt efter hvilket område vi arbejder inden for. En paraplybetegnelse for disse forskellige begreber er ordet bruger, som mange patient- og pårørendeorganisationer også har taget til sig.

Der er gode grunde til at inddrage brugerne i forbedringsarbejde. Der er bl.a. belæg for, at det kan skabe en bedre indretning af sundhedsvæsenet, øge patientsikkerheden, mindske antallet af fejl, give bedre patienttilfredshed og skabe øget compliance hos patienten. Det giver også mening ud fra et demokratisk og etisk perspektiv, ligesom man som fagprofessionel kan blive udfordret på egen faglighed og forståelse af brugerne.

I forbedringsarbejdet er brugerinddragelse relevant i alle faser. Med udgangspunkt i forbedringsmodellens tre spørgsmål, bør brugere inddrages, både når der defineres problem og mål, når der indsamles data, og når der udvikles forandringstiltag:

Hvad vil vi gerne opnå?

Inddrag brugerne i arbejdet med at formulere mål for forbedringsarbejdet. Anvend eksempelvis interview eller observation til at afdække, hvad der udgør et problem for brugerne og spørg dem, hvordan de forestiller sig det løst. Man kan også ved hjælp af data undersøge, hvornår brugerne oplever ventetid eller utilfredsstillende behandling. Inviter gerne brugerne med på de møder, hvor målene skal drøftes.

Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?

Efter igangsættelsen af et forandringstiltag kan vi ved hjælp af udvalgte indikatorer følge, om vores forandring er en forbedring. Resultatindikatoren måler som udgangspunkt på noget, der har direkte betydning for brugerne. Eksempelvis kan større brugertilfredshed eller mere brugerinddragelse udgøre selve målet for forbedringsprojektet. Proces- og ulempeindikatorer kan også med fordel omhandle elementer, der er vigtige for brugeren.

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

Brugere kan ofte bidrage med idéer til og viden om, hvad personalet konkret kan gøre for at skabe de ønskede forbedringer. Overvej også, om det at give brugerne en mere aktiv rolle i sig selv kan føre til forbedringer. Brugere indgår typisk også i afprøvninger af forandringstiltag i form af PDSA-tests. Her kan de give værdifuld information om, hvordan et forandringstiltag modtages og virker i praksis.

En god metode til at medtænke brugere i hele forbedringsarbejdet er at lade dem indgå i ens forbedringsteam. Her vil de kunne bidrage med vigtig viden og nye synspunkter i hele projektperioden. På et organisatorisk niveau kan brugerperspektivet bl.a. sikres gennem ansættelse af brugerkonsulenter og etableringen af brugerråd.

Referencer:

- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2018: [Sundhedsvæsenets kvalitet- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed](#).
- Danske Patienter. [Om VIBIS](#).
- DEFACTUM: [Indikatorer for patientinddragelse](#).

- DEFACTUM: [Patientinddragelsesguiden](#).
- Regionshospitalet Gødstrup: [Brugerrådet på Regionshospitalet Gødstrup](#).

Planlægning og målstyring

Den overordnede tilgang til forbedringsarbejdet i Region Midtjylland er forbedringsmodellen bestående af tre centrale spørgsmål og PDSA-cirklen. Forbedringsmodellen kan med fordel suppleres af andre redskaber.

Et sundhedsvæsen på patientens præmisser og et socialområde med borgeren som aktiv medborger er grundlaget for arbejdet i Region Midtjylland. Ethvert forbedringsinitiativ kan derfor med fordel have et ambitiøst mål, der klargør, hvordan indsatsen skal komme brugere til gavn.

Der findes en række værktøjer, som kan hjælpe en til at planlægge, organisere og styre forbedringsarbejdet. To centrale redskaber er charter og driverdiagram. Et charter kan hjælpe til at præcisere baggrunden for og formålet med det enkelte forbedringsinitiativ, og hvordan det skal organiseres. Et driverdiagram kan give et visuelt overblik og synliggøre forbedringsarbejdets forandringsteori.

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er bygget op om tre centrale spørgsmål til projektets formål og mål, den måde projektet dokumenterer forbedringer på samt ideer til forandringer. De tre spørgsmål er:

1. Hvad ønsker vi at opnå?
2. Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
3. Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

Samtidig indeholder modellen en lærings-cirkel, hvis formål er at opbygge viden igennem test af forandringer, den såkaldte PDSA-cirkel (Plan, Do, Study, Act).

Fordelen ved forbedringsmodellen er, at den sikrer en systematisk tilgang til forbedringsarbejde, hvor man kommer omkring alle væsentlige elementer i et forbedringsprojekt. Dette sker bl.a. gennem anvendelsen af konkrete redskaber såsom charter, driverdiagrammer og PDSA-skabeloner.

Alle tre spørgsmål i forbedringsmodellen skal besvares, hvilket kan gøres i vilkårlig rækkefølge. Det er en god idé at beskrive problemet, inden man formulerer målet. Der skal være et problem, og det skal kunne løses gennem forbedringsarbejdet. For at modvirke en opfattelse af at projekter blot er en administrativ byrde, der stjæler tid fra kerneopgaven, er det vigtigt, at målene er meningsfulde for medarbejderne.

Forbedringsmodellen eller "Model for Improvement" er udviklet i 1990'erne af Gerald J. Langley, Kevin M. Nolan, Thomas W. Nolan, Clifford L. Norman, Lloyd P. Provost og Ronald D. Moen fra konsulentfirmaet Associates in Process Improvement (API). Den blev først publiceret i bogen "The Improvement Guide", og er et forsøg på at udvikle en generisk model, som både kan bruges til små og store forbedringer. Forfatterne, som alle har viden omkring statistik, skriver selv, at modellen er baseret på – og er en videreudvikling af Demings System of Profound Knowledge. Forbedringsmodellen anbefales blandt andet af den tidligere leder af Institute for Healthcare Improvement (IHI), Donald Berwick. Den indgår også i IHIs "Break Through Series", som er afprøvet på adskillige hospitaler til at forbedre systemer, processer og resultater i forskellige lande.

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- IHI Innovation Series white paper, 2003: [*The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*](#). Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Institute for Healthcare Improvement: [How to Improve](#).
- Institute for Healthcare Improvement, IHI Open School: [The Science of Improvement on a Whiteboard!](#)
- Langley, G. J. et al, 2009. The Improvement Guide. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.

SMARTE mål

SMARTE mål er en tjekliste til at kvalitetssikre de mål, der skal arbejdes efter. Brugen af SMARTE mål kan hjælpe en til at besvare forbedringsmodellens første spørgsmål: Hvad ønsker vi at opnå? Mål vurderes ud fra de seks kriterier for at sikre, at de kan fungere som et godt redskab i forbedringsarbejde. SMARTE mål skal være;

- **Specifikke** – Det skal formuleres på en måde, så alle ved, hvad der tales om
- **Målbare** – Det skal kunne måles, om målet er indfriet. Men det skal være relevante målinger.
- **Accepterede** – Både for patienterne, personalet og politikerne. Det skal være meningsfuldt og attraktivt.
- **Realistiske** – Det skal være inden for rækkevidde i den angivne forbedringsperiode og med de ressourcer og handlemuligheder, medarbejderne har til rådighed.
- **Tidsbestemte** – Der skal fastsættes en dato for, hvornår målet skal være nået.
- **Engagerende** – Målet skal kunne motivere de, der skal lave forbedringsarbejdet.

Der findes flere versioner af SMARTE mål, hvor bogstaverne betyder noget forskelligt. Eksempelvis står A'et i nogle versioner for "Attraktive" eller "Ambitiøse", E'et for "Evaluerbare" og M for "Meningsfulde".

SMARTE mål formuleres bedst i en dialog mellem ledelse og medarbejdere.

Eksempel: SMARTE mål er et generisk redskab til målsætning, som bliver anvendt på både social- og sundhedssundhedsområdet. Et konkret eksempel på anvendelsen af SMART-modellen på en ortopædkirurgisk afdeling, der arbejder med at nedbringe ventetid, kan forløbe som følger. Afdelingen har defineret en målsætning for deres forbedringsarbejde, som lyder: Fremmødte skulderpatienter skal ikke vente unødigt længe på operation. Efter arbejdet med SMART-parametrene lyder målet i stedet: Ventetiden for patienter, der møder til skulderstabiliserende operation, må i 95% af tilfældene ikke overstige 60 minutter fra patienten er registreret, til patienten er i fuld bedøvelse. Målet skal være opfyldt per 1. januar 2019.

Hermed er målet blevet specifikt (det gælder for patienter, der skal modtage en skulderstabiliserende operation), målbart (ventetiden er blevet defineret og kan registreres), accepteret (hvis målet er fastsat i samarbejde med personalet på afdelingen), realistisk (succeskriteriet er ikke 100, men 95%) og tidsafgrænset (målet skal være opfyldt 1. januar 2019).

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Institute for Healthcare Improvement: [Science of Improvement: Tips for Setting Aims](#).
- Langley, G. J. et al, 2009. The Improvement Guide. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Undervisningsministeriet, EMU Danmarks Læringsportal: [SMART-modellen](#).

Charter

Et charter beskriver formålet med og planen for forbedringsarbejdet og udgør det første skridt mod at udforske og beskrive, hvad der forventes opnået fra forbedringsinitiativet. I et charter besvares forbedringsmodellens tre spørgsmål;

- Hvad ønsker vi at opnå?
- Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
- Hvilke forandringer kan vi gøre, som vil resultere i en forbedring?

Derudover tages typisk stilling til, hvem der indgår i ens forbedringsteam, hvornår projektet forventes afsluttet, og der defineres specifikke resultater eller mål. Et charter er med til at fastholde fokus på problemstillingen under hele forløbet. Det er dog også et dynamisk dokument, der er åbent for revidering undervejs i forbedringsarbejdet.

Eksempel: Alle deltagere på forbedringsvejlederuddannelsen i Region Midtjylland har indledningsvist formuleret et charter for det projekt, de ønsker at arbejde med. Nedenfor ses et eksempel på et charter, der ønsker at optimere udnyttelsen af kapaciteten ved privatpraktiserende psykiatere.

Optimal udnyttelse af kapaciteten ved privatpraktiserende psykiatere

Baggrund

Psykiatriens Centrale Visitation (PCV) har foretaget optælling af antal ubrugte tider, afbud og udeblivelser, hvilket har vist et for højt niveau (et fremmøde på 74 %). Privatpraktiserende psykiatere (PPP) modtager honorar, uanset om patienten kommer til samtale eller ej, hvilket medfører spildte ressourcer for Regionen.

Hvad ønsker vi at opnå?

Projektet udføres i PCV hvor målgruppen er de patienter, som visiteres til afklarende samtale ved privatpraktiserende psykiatere. Målsætningen er bedre udnyttelse af de tider der er stillet til rådighed ved PPP, mindske afbud samt nedbringe udeblivelser.

Målet er per 01.12.17:

- At booke al ledig kapacitet (100%) ved PPP
- At 90% af patienterne møder til aftalt tid ved PPP

Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?

Resultatindikatorer 1: Andel bookede tider ud af det samlede antal tider, der er til rådighed

Resultatindikator 2: Andel patienter som er mødt til booket tid

Procesindikator 1: Andel tider, som er aftalt med patienten per telefon ud af det samlede antal tider

Procesindikator 2: Andel afsendte SMS-påmindelser ud af det samlede antal tider

Ulempeindikator: Tid brugt på at kontakte patienter per telefon og SMS

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?

Ændre proceduren, så patienterne ikke længere får tildelt tid per brev, men i stedet modtager en telefonopringning, hvor der aftales en tid, der passer i deres kalender.

Indtale telefonsvarebeskeder hos de patienter, der ikke svarer.

Anvende SMS-påmindelser, så patienterne bliver mindet om deres tid hos PPP.

Hvis muligt ændre i udbuddet af tider hos PPP, så der bliver færre morgentider og flere eftermiddagstider til rådighed.

Hvordan vil du involvere patienter og/eller pårørende i dit forbedringsarbejde?

Patienter vil indgå i forbedringsprojektet ved brug af telefonisk kontakt.

Patienter vil blive spurgt til, hvad de tænker om, at vi ringer og bruger SMS-påmindelser frem for at sende brev.

Patienter vil blive spurgt til indholdet i telefonsvarerbeskeden og i SMS-påmindelserne.

Referencer:

- Langley, G. J. et al, 2009. The Improvement Guide. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- TURAS Learn. [Quality Improvement Zone: Project charter](#).

Driverdiagrammer

Et driverdiagram visualiserer sammenhængen mellem forbedringsarbejdets mål og indsatser. Diagrammet synliggør forandringsteoriens antagelser om, hvordan specifikke forandringstiltag forventes at resultere i forbedringer. Det er et redskab til at bygge og teste forandringsteorier, der kan anvendes i forbindelse med både simple og komplekse forbedringsprojekter.

Et driverdiagram består fra venstre mod højre af (Langley et al 2009, s. 119):

- Et overordnet mål svarende til forbedringsmodellens første spørgsmål; hvad ønsker vi at opnå?
- Primære drivere, som er de overordnede processer eller strukturer, der vil være centrale at arbejde med for at nå målet
- Sekundære drivere, som er nødvendige faktorer for at opnå de primære drivere
- Specifikke forandringer, som er konkrete forandringsideer, der forventes at påvirke de sekundære drivere, og derigennem de primære drivere og målet. Der kan være tale om mere overordnede forandringskoncepter, som skal videreudvikles til ideer, der kan PDSA-testes

Pile mellem de enkelte kompetencer i driverdiagrammet illustrer deres indbyrdes forbundethed. Eksempelvis kan en forandringside påvirke adskillige sekundære drivere på én gang, ligesom en sekundær driver kan være linket til flere primære drivere. For overblikkets skyld kan det være en god idé ikke at have mere end fem primære drivere.

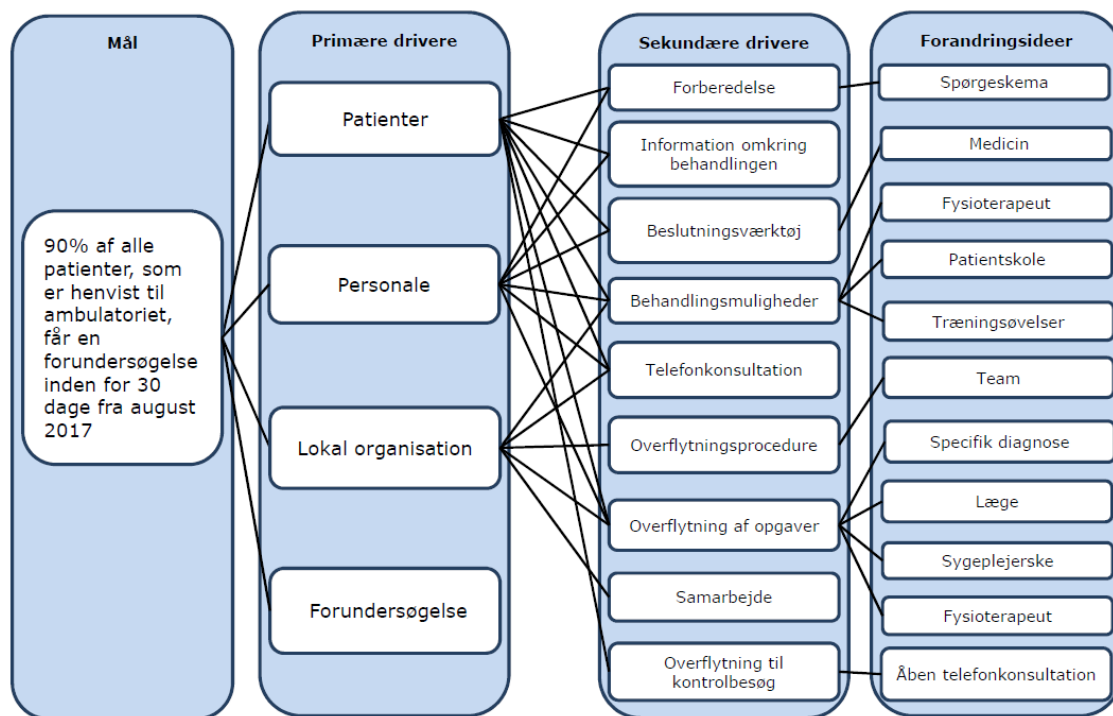
Der findes mange forskellige versioner af driverdiagrammet. I en mere simpel version, som eksempelvis kan anvendes ved forbedringen af en enkelt proces, udelades de sekundære drivere (Bennett & Provost 2015, s. 40). I en anden version skelnes der mellem resultater (outcome), nøgledrivere (key drivers) og forandringskoncepter (change concepts) (Langley et al 2009, s. 430). En tredje version skelner mellem resultater (outcome), systemproblemer (problems with the system) og forbedringsområder (areas for improvement) (Langley et al 2009, s. 286). En fjerde version viser også procesindikatorerne.

Trædiagrammet (Tree Diagram) og Fiskebensdiagrammet (Cause and Effect Diagram) er lignende diagrammer, som kan bruges til at gøre de centrale antagelser i forbedringsarbejdet synlige.

En anden indgang til at arbejde med driverdiagrammer er at udarbejde et affinitetsdiagram. Her brainstormes først over mulige ideer og løsninger på det problem, der ligger til grund for målet. Hver idé/løsning noteres for sig på en papirlap eller post-it. Der tænkes i kvantitet over kvalitet og noteres så mange ideer/løsninger som muligt, også de mere skæve af slag-sen. Når brainstormingen er færdig ledes efter beslægtede ideer/løsninger. Disse kategoriseres under nye hoved- og eventuelt underoverskrifter, som beskriver indholdet i kategorien. De ideer/løsninger, som affinitetsdiagrammet giver, kan bruges i udarbejdelsen af ens første driverdiagram. Måske hovedoverskrifterne i affinitetsdiagrammet udgør de primære drivere i driverdiagrammet og underoverskrifterne de sekundære.

"A driver diagram serves as a tool for building the testable hypothesis. It consists of a team's shared theory of knowledge—which is developed by consensus— and includes relevant beliefs of team members about what must change and which ideas about how to change may result in improved outcomes... For an improvement project, the driver diagram illustrates what structures, processes and norms are believed to require change in the system as well as how these could be changed through the application of specific ideas. This tool has been applied to varied contexts, from the improvement of a single process to the redesign of an existing service to the creation of new products aimed at enhancing user experience" (Bennett og Provost 2015, s. 39)

Eksempel: På forbedringsvejlederuddannelsen og i IHIs "Improvement Advisor" uddannelse bruges driverdiagrammet aktivt. Der findes eksempler på Region Midtjyllands forbedringsvejleder-wiki, ligesom NHS (National Health Service) har flere engelske eksempler på driverdiagrammer på deres hjemmeside. Nedenfor ses et eksempel fra et forbedringsprojekt, der ønsker at øge antallet af patienter i et ambulatorium, som tilbydes forundersøgelse inden for 30 dage:



Referencer:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: [Fem tip til driverdiagrammet](#).
- Institute for Healthcare Improvement, IHI Open School: [The Science of Improvement on a Whiteboard!](#)
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Provost L, Bennett B. What's your theory? Driver diagram serves as tool for building and testing theories for improvement. *Quality Progress*. 2015 Jul:36-43.

Innovation og test af ny praksis

Forbedringsarbejde handler ofte om at implementere en ny praksis, som har opnået dokumenterede resultater andre steder. Viden om denne nye praksis kan fx opnås via publicerede forskningsartikler, evalueringsrapporter, nyhedsmedier, sociale medier (fx Twitter) eller forandringsagenter. Denne spredning af viden og ny praksis kaldes på amerikansk ofte "Diffusion of innovations".

Gode resultater opnået et sted kan ikke nødvendigvis opnås et andet sted. Resultater afhænger af den lokale kontekst. Der er derfor brug for en oversættelse og tilpasning til de lokale forhold. Forbedringsarbejde kan være at adoptere og tilpasse gode idéer på en måde, så det resulterer i ny og bedre praksis.

Omvendt kan forbedringsarbejde også have ambitioner om at opnå endnu bedre resultater end andre har dokumenteret er muligt. Nye kreative ideer, nye kompetencer, nye bygningsmæssige rammer, nye teknologiske muligheder osv. kan betyde, at andre steders 'best practices' ikke er ambitiøse nok. Resultater publiceret i forskningslitteratur kan fx være flere år gamle, så at gøre egen praksis evidensbaseret på det grundlag kan være utilstrækkeligt. I innovationslitteraturen er dette omtalt som "Next Practice" i stedet for "Best Practice".

I forbedringslitteraturen findes en lang række change concepts, der kan inspirere det lokale forbedringsarbejde. Det britiske sundhedsvæsen (NHS) har desuden udviklet et innovationskoncept, som de kalder "Thinking Differently". Konceptet er oversat til dansk; "Tænk Anderledes".

Uanset om idéerne til forbedringsarbejdet kommer fra andre arbejdspladser, faglitteraturen eller opstår lokalt, er forbedringsmodellens PDSA-cirkel (Plan-Do-Study-Act) en 'læringsmetode', der kan bidrage til at sikre, at forbedringsidéerne prøves af (PDSA-testes) i praksis inden de eventuelt implementeres. I Region Midtjylland benyttes også begrebet prøvehandling om en af de innovationsaktiviteter, der går forud for en eventuel implementering.

Et meget vigtigt budskab i forbedringslitteratur er, at man ikke fuldt ud skal implementere noget, før man er sikker på, at det nye er en forbedring i forhold til den gamle praksis.

Se også [forbedringsvejleder-wikien](#).

Referencer:

- Maher, L. et al, 2016. *Tænk anderledes*. 2 edn. Aarhus: DEFACTUM, Region Midtjylland
- Region Midtjylland, Koncern HR: [Innovation](#).
- Region Midtjylland, MidtLab: [Velkommen til værktøjskassen](#).

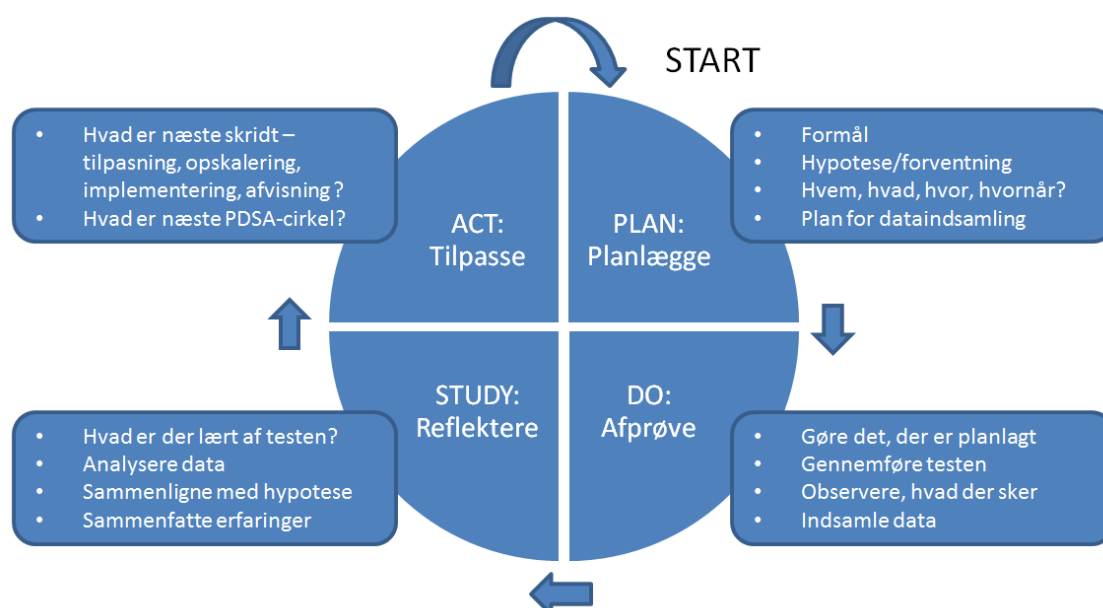
PDSA-test

I forbedringsarbejdet danner PDSA-test rammen for lærerige eksperimenter. Her afprøves ny praksis i lille skala og skaleres op, hvis testen sandsynliggør, at den er praktisk mulig, omkostningseffektiv (herunder nem at håndtere) og kan forbedre indsatsen.

En PDSA-test planlægges, udføres og studeres i flere trin, som noteres på papir eller i en skabelon. De første trin fastsætter rammerne for PDSA-testen;

- Der udvælges en idé, et forandringstiltag og/eller en ny praksis, som skal testes.
- Det formuleres i én sætning, hvad der skal testes.
- Der formuleres en hypotese; en forventning til, hvad testen vil vise.

Herefter er man klar til at komme en tur rundt i PDSA-cirklen:



Plan: Det planlægges, hvem der skal gøre hvad, hvor, hvornår og hvordan for at gennemføres testen, herunder hvordan dataindsamlingen skal foregå.

Do: Når planlægningen af testen er på plads, udføres testen i praksis. Idealet er at en ny praksis testes i den organisatoriske kontekst, som den skal fungere i. Det vil i sundhedsvæsenet typisk sige, at en klinisk medarbejder prøver en ny procedure (fx en tjekliste eller et spørgeskema) af sammen med en patient en gang. Samtidig indsamles de data, som evalueringen af testen skal bygge på. Blandt andet noteres hvad der konkret sker: Udføres testen som planlagt? Sker der det, som planlæggerne havde forudsagt?

Typisk er en del af dataindsamlingen at spørge/interviewe de involverede personer: Hvad oplevede patienten? Hvad oplevede medarbejderen? Hertil kommer observationsdata, fx reaktioner, hvor lang tid tog det? Fungerede det, som det skulle? Manglede der noget? Var det nemt eller besværligt? Osv.

Study: Efter den praktiske afprøvning, studeres de indsamlede data, og de sammenholdes med hypotesen for at se, om det forventede svar på spørgsmålet blev bekræftet. Var det en forbedring? Fungerede det? Hvad lærte vi af testen?

Act: Sidste trin er at tage stilling til, hvad der nu skal ske. Ofte er der brug for flere PDSA-cirkler, hvor man retter til undervejs. Herefter involveres andre i testen, fx kan kolleger inviteres til at prøve det af og dermed blive involveret i forbedringsarbejdet. Samtidig bidrager det til, at medarbejderne har afprøvet den nye praksis og er oplært i den, inden den eventuelt implementeres. Sidste PDSA-test er stor-skala, hvor alle medarbejdere prøver det i en

længere periode. Hvis denne bekræfter af den nye praksis er en forbedring baseret på de valgte indikatorer, er den nye praksis klar til at blive implementeret. Men et andet udfald kan være, at det viser sig at den nye praksis er for tidskrævende, usikker eller besværlig, så den ikke implementeres. I stedet testes en ny idé for at opnå det ønskede resultat.

Der er efterhånden mange, der har prøvet at lave en PDSA-test. Men det er ikke alle PDSA-tests, der er lige lærerige. Mange får ikke en formuleret en hypotese, der kan belyses af den gennemførte test, og ofte bliver PDSA-testen ikke dokumenteret. Der er god grund til at afprøve denne grundlæggende metode og gøre sig erfaringer med, hvad der skal til for at lære noget af PDSA-testen.

Huskeregler for PDSA-tests er; Prøv Det Småt Af. Prøv Det Straks Af. Prøv Det Selv Af.

PDSA er et af de ældste kvalitetsredskaber, og tankegangen kendes fra eksperimentel, hypotesetestende forskning. Eksempelvis brugte F. Taylor princippet i sin fremstilling af Scientific Management allerede i 1911.

Ophavsmanden til den "moderne" PDSA-cirkel er Walter A. Shewhart. Shewhart var fysiker og ansat ved Western Electric Company på Hawthorne-fabrikkerne i 1920'ernes USA. Han opdagede, at man ved at studere små stikprøver af sin produktion til en vis grad vil kunne forudsige, hvordan den vil forløbe fremover. Denne metode var langt mindre ressourcekrævende end tidligere, hvor kvalitetsarbejdet bestod i at kontrollere hvert eneste produkt for fejl. I sin tidlige form bestod Shewharts kvalitetscyklus af tre trin; specifikation, produktion og inspektion. Først med W. Edwards Deming opstod PDSA-cirklen med de fire trin, som vi kender den i dag. Derfor kaldes PDSA også for The Shewhart Circle og Deming-hjulet. PDSA findes også i versionen PDCA, hvor C'et står for Check. Deming erstattede Check med Study for at understrege læringsaspektet af PDSA-cirklen. Langley et al præsenterede i 1996 PDSA i sammenhæng med de tre spørgsmål i forbedringsmodellen.

Eksempel: PDSA-test er kernen i meget forbedringsarbejde, bl.a. i de mange forbedringsprojekter og forbedringsfællesskaber. De mest succesfulde forbedringsteams har typisk gennemført rigtig mange daglige eller ugentlige PDSA-test af en lang række idéer, inden de implementerer en ny praksis.

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2018: [Sundhedsvæsnets kvalitet- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed](#).
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.

Prøvehandling

Prøvehandling er blevet kaldt "bevægelsen i lethedens princip" og det praktiske eksperiment, der "hurtigt i praksis viser, hvad der dur, og hvad der ikke dur" (Duvald, Jensen og Astrup, 2015). Det er altså en type handlinger, der afprøver, hvordan idéer fungerer i virkeligheden.

Prøvehandling kan anvendes til at systematisere den eksperimenterende og undersøgende tilgang i innovativt arbejde. Prøvehandling i procesinnovation kan sammenlignes med prototyper i produktinnovation; "Det handler om at prøve noget af uden fra start at have udførlige og anvisende manualer, for at se, om det virker i den aktuelle sammenhæng. Og virker det ikke, så at forkaste det med det samme." (Ibid). Det handler om at fejle hurtigt – og lære hurtigt – fail fast, learn fast.

"Prøvehandlingen er en systematisk undersøgelse midt i den daglige drift af noget, man ikke ved, hvordan virker" (Ibid). Nogle prøvehandling har karakter af pilotprojekter, der varer flere måneder, og hvor der ikke er en systematisk dataindsamling: "En prøvehandling er ofte tidsbegrænset og varer fra halvanden til tre måneder" (Ibid). Andre prøvehandling kan være små eksperimenter, der ikke bliver studeret og dokumenteret i særlig høj grad.

Prøvehandlingen er således beslægtet med PDSA-cirklen. Men det er ikke alle prøvehandling, der opfylder kvalitetskravene til en god PDSA-test. I forbedringsarbejde kan det anbefales at planlægge, udføre og studere Prøvehandling, der skaber afklaring. Det kan i praksis ske ved at udfylde PDSA-skabelonen og at starte med små-skalatest, frem for at iværksætte langvarige prøvehandling uden en klar hypotese og systematisk dataindsamling.

Begrebet prøvehandling er blevet spredt af innovationskonsulenter fra Region Midtjylland (Jensen et al. 2008). Ordet blev inden da brugt på en hospitalsafdeling, der arbejdede med innovation i hverdagen i et flerårigt innovationsprojekt, hvor medarbejderne definerede prøvehandling som små handling, der "kan gøres uden anstrengelse inden på tirsdag" (Jensen et al 2008, side 122). Begrebet har vundet stor udbredelse i Region Midtjylland

Eksempel: Følgende eksempel på en prøvehandling stammer fra Center for Innovation i Aarhus' (CFIA) pamflet om prøvehandling: "Patienter på et hospital kan ikke selv gå på toiletet, fordi deres drop er fastsat med tape, som ikke kan tåle håndvask. Det betyder, at ellers rørige patienter har brug for assistance fra sygeplejerske ved toiletbesøg. For at undgå at bruge sygeplejerskernes tid på toiletbesøg, afprøver en sygeplejerske nye typer tape, som er tilgængelige på afdelingen til fastgørelse af droppet. Det viser sig, at andre typer tape ikke løser problemet, hvorfor konklusionen bliver, at producenten må udvikle droppet eller hospitalet må bruge en anden form for drop."

Referencer:

- Aarhus Kommune, CFIA: [Prøvehandling](#).
- Aarhus Kommune, CFIA: [Metoder](#).
- Duvald, I; Jensen, K E og Astrup, P W , 2015. *Prøvehandling – en let innovationsmetode*. 1 edn. København: Gyldendal
- Jensen, K E; Jensen, J P; Digmann, A og Bendix, H W, 2008. *Principper for offentlig innovation. Fra best practice til next practice*. 1 edn. København: Børsens Forlag
- Region Midtjylland. MidtLab: [Velkommen til værktøjskassen](#).

Undersøgelles- og dataindsamlingsmetoder

At indsamle data er en helt central opgave i forbedringsarbejde for at kunne besvare forbedringsmodellens andet spørgsmål: Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? Når et forbedringsarbejde udvælges, kan det med fordel ske på baggrund af databaseret viden om problemets karakter, omfang og hyppighed. For at arbejde systematisk med forbedringer er det vigtigt at kende og forstå det system, problemet optræder i, og de processer, der skaber eller påvirker det.

Indledningsvist må man belyse problemerne ved hjælp af data. Her kan både kvantitative og kvalitative data hjælpe en på vej, ligesom man kan foretage arbejdsgangsanalyser på feltet, som hjælper en til at forstå, hvordan processer fungerer i dag, og hvordan de kan optimeres.

Undervejs i et forbedringsarbejde er data vigtig feedback på, om der opnås forbedringer. Her er de statistiske analysemetoder anvendelige. Man skal følge med i, hvorvidt ens forandringstiltag rent faktisk bliver ført ud i livet, og hvorvidt de fører til forbedringer. Et projekt, hvor man ikke kan måle, om der er positiv (eller negativ) udvikling, er ikke egnet til forbedringsarbejde.

Inden for forbedringsarbejde benyttes forskellige former for data. Kvantitative data hjælper os til at måle, hvorvidt forandring medfører forbedring. Sådanne data kan fx indhentes via Region Midtjyllands BI-portal. Er der ikke tilgængelige kvantitative data kan der være brug for simpel dataindsamling, fx afkrydsning med papir og blyant. Spørgeskemaer kan også anvendes.

Det er også relevant at supplere sit forbedringsarbejde med kvalitative data. Det kan eksempelvis ske i form af interviews eller observation, som kan give værdifuld viden om, hvordan forandringen/forbedringen bliver modtaget. Endelig kan dokumentanalyser, fx i form af journalaudit, anvendes til at undersøge, hvor mange patienter, der får det, som de nationale kliniske retningslinjer definerer som god klinisk praksis.

Arbejdsgangsanalyse

Arbejdsgangsanalyser kan bruges til at kortlægge og analysere en proces, der skal forbedres. I arbejdsgangsanalysen defineres og beskrives alle trin og aktører i processen fra start til slut (fra input til output). Resultatet af analyserne er ofte, at man kan identificere overflødige aktiviteter, uhensigtsmæssige overgange, tidskrævende procedurer, usikre skift eller andre problemer i processen.

En arbejdsgangsanalyse er derfor ofte en relevant aktivitet i forbedringsarbejdet, der giver viden om processen og det system eller de systemer, som processen er en del af.

Ofte har man på forhånd en opfattelse af, hvordan arbejdsgangen ser ud, men denne har ikke altid hold i virkeligheden. At forstå nuværende praksis er afgørende for at kunne forbedre den.

Der findes flere redskaber og begreber inden for arbejdsgangsanalyse (se fx Langley et al 2009, s. 410-417);

- Flowdiagrammer eller flowcharts: Giver et visuelt overblik over arbejdsgangen og kan medvirke til at besvare forbedringsmodellens tre spørgsmål. Redskabet kan sætte en ramme for forbedringsarbejdet, hjælpe til at konkretisere dataindsamlingen og identificere oplagte forbedringer.

- Værdistrømsanalyser: Er en type flowdiagram, der særligt kendes fra LEAN. Her kigges både på processers og materials vej gennem systemet.
- Causal loop diagram (årsagsanalysediagram): Er en type flowdiagram, der fokuserer på sammenhængen mellem elementerne ved at tilføje pile, der viser, hvordan et element påvirker et andet. Særligt velegnet i komplekse systemer.
- A linking of processes: Her forbindes flowdiagrammet med det system, hvori arbejdsgangen finder sted.

Der kan endvidere skelnes mellem tre forskellige versioner af den samme arbejdsgang:

- Processen, som den er defineret og dokumenteret. Det er processen, som den eksempelvis beskrives i gældende retningslinjer og instrukser.
- Processen, som den rent faktisk forløber i praksis. Den proces vi ser, når vi følger den i virkeligheden.
- Processen, som vi ønsker, den skal være. Den proces, som vi ønsker os fremover.

Ofte fungerer det godt at tage udgangspunkt i den proces, der gennemføres i praksis. En kortlægning af denne bidrager til at:

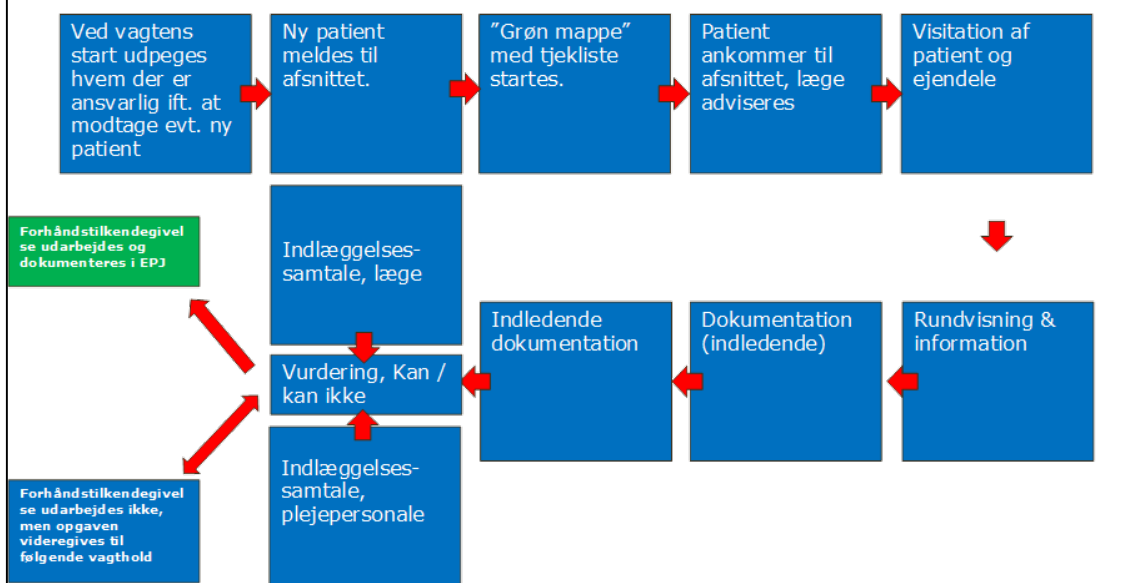
- Skabe overblik over og forståelse for arbejdsgangen
- Vise de forskellige medarbejders input til arbejdsgangen
- Give os et billede af den virkelige arbejdsgang, som vi kan identificere problemer ud fra og igangsætte forbedringer med afsæt i

Det er en fordel, hvis arbejdsgangsanalysen udarbejdes i fællesskab af de medarbejdere, der normalt er involveret i processen. Det kan også være berigende selv at opleve processen på egen krop, eksempelvis ved at gå "i borgerens fodspor" eller følge en kollega, mens processen står på. Rent praktisk foregår en arbejdsgangsanalyse ved, at de enkelte trin i processen skrives ned, gerne med angivelse af hvem der udfører dem. Først må det defineres, hvor processen skal starte og slutte. Herefter noteres de enkelte trin, enten direkte på et stort stykke papir eller på post-its, og forbindes. Fordelen ved at anvende post-its er, at de kan flyttes rundt eller fjernes, når processen skal forbedres.

Arbejdsgangsanalyser bruges især i starten af forbedringsarbejdet for at finde ud af, hvordan processerne forløber. Men faktisk er arbejdsgangsanalysen et dynamisk redskab, man hele tiden kan vende tilbage for at justere processen og finde ideer til nye forbedringstiltag.

Eksempel: Arbejdsgangsanalyser i form af flowdiagrammer er blevet anvendt på forbedringsvejlederruddannelsen i Region Midtjylland. Det er muligt at finde eksempler og skabeloner til brug i Word eller Libre Office på Region Midtjyllands forbedringsvejleder-wiki. Nedenfor ses et eksempel på en arbejdsgangsanalyse, der kortlægger udarbejdelsen af forhåndstilkendegivelser ved indlæggelse i psykiatrien:

Arbejdsgangsanalyse



Referencer:

- Institute for Healthcare Improvement, IHI Open School: [The Science of Improvement on a Whiteboard!](#)
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.

BI-portalen

I Region Midtjyllands BI-portal kan man finde information om alt fra sygefravær til behandlingskvalitet, som kan bruges til eksempelvis at konstruere seriediagrammer. Her kan man danne sig et overblik over Region Midtjyllands store datamængde, trække data ud fra ønskede kriterier og anvende dem i forbedringsarbejdet. BI-kontoret indsamler data på tværs af alle regionens forretningsområder, og deres hovedopgaver er bl.a.:

- at sikre et fælles og validt datavarehus for alle Region Midtjyllands forretningsområder
- at initiere og sikre brugerstyret BI-arbejde
- at understøtte brugernes behov for datainformation på alle niveauer
- at sikre et tilstrækkeligt og validt datainformationsgrundlag for at kunne drive, lede og udvikle forretningsområdet
- at sikre rette datainformation for at kunne forfølge og opnå koncernens fælles mål
- at sikre, at brugerne er en integreret og afgørende partner i BI-arbejdet

På Infosiden for den nye version af BI-portalen kan man finde mere information om BI-kontorets arbejde med BI-portalen, herunder implementering og undervisningstilbud. [Se og hør en fem minutters video-introduktion.](#)

BI står for Business Intelligence og er et udtryk, der anvendes om et bredt spektrum af softwareløsninger, som udtrækker rådata, indsætter dem i en ny database og formaterer dem til meningsfuld information, så de er nemmere at anvende til statistik og rapportering.

Eksempel: Via BI-portalen har deltagere på forbedringsvejlederuddannelsen bl.a. kunnet udtrække data om antal udfyldte forhåndstillkendegivelser, genindlæggelser, rettidig ajourført FMK (Fælles MedicinKort) og relevante SFI'er (SundhedsFagligt Indhold).

Referencer:

- Region Midtjylland, IT: [Business Intelligence i Region Midtjylland](#).

Simpel optælling

Vi ønsker at anvende præcise og valide data i forbedringsarbejdet, men det forudsætter bl.a., at der foretages systematisk registrering på området. Er dette ikke tilfældet, kan simple dataindsamlingsmetoder være nødvendige. På tavler kan man eksempelvis registrere antal gange, en procedure er udført som foreskrevet. En enkel metode er at sætte streger og tælle sammen, men mere præcise informationer, som eksempelvis dato og tidspunkt, en patient er blevet mobiliseret, kan endvidere angives. I mindre afdelinger kan man fx notere, om hver enkelt patient modtager den i forandringstiltaget tiltænkte behandling på klinisk logistik-skærmen. Fordelen ved at vise data på whiteboards/tavler er, at det giver mulighed for, at alt personale kan følge med i udviklingen i forbedringsprojektet. Der kan fx holdes tavlemøder, hvor data inddrages.

Som en hjælp ved mere detaljeret dataindsamling kan anvendes optællings- eller tjekske-maer. Eksempelvis kan man vha. af en hurtig runde i venteværelset registrere årsager til, at patienterne venter på forskellige tidspunkter af dagen (Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, 2016). Hvis man er flere personer, der anvender et skema, er det afgørende, at det, der tælles, er veldefineret, og skemaet er let at bruge og forstå. Dette sikres gennem afprøvning (PDSA-test) og tilpasning af skemaet forud for dataindsamlingen. En fordel ved optællingsskemaer er, at de giver mulighed for en mere detaljeret indsamling af data. Metoden kan til gengæld være tidskrævende ift. både indsamling og bearbejdning af data.

Adgang til og anvendelse af patientoplysninger forudsætter som udgangspunkt samtykke fra borgeren. Vær også opmærksom på din tavshedspligt i din formidling af forbedringsarbejdet. Man må ikke præsentere personhenførbare oplysninger, med mindre man har samtykke fra patienten.

Det skal derfor overvejes, om man har brug for personhenførbare oplysninger for at kunne gennemføre sit forbedringsarbejde – eller om man kan anvende anonymiserede data. Hvis der er i tvivl, så spørg en datamanager eller jurist.

Eksempler: I Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring (2016) kan man på side 89-91 se eksempler på simpel optælling og brug af optællingsskemaer. På et medicinsk sengeafsnit talte man antallet af dage, siden der sidst var opstået en trykskade. Et psykiatrisk sengeafsnit begyndte at registrere, hvor meget personalet var ude sammen med patienterne, og et andet

psykiatrisk afsnit talte dagligt op, hvor mange patienter, der var blevet risikovurderet. Nogle af disse registreringer om den enkelte patient sker nu som en del af den kliniske dokumentationspraksis ved at sætte flueben i et SFI-standardfelt i Midt-EPJ.

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Institute for Healthcare Improvement, Tools: [Simple Data Collecting plan!](#)
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2016. [Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring](#).

Spørgeskemaer

Inden for forbedringsarbejde anvendes forskellige spørgeskemaer til at indsamle skriftlig, kvantitativ information fra patienter eller fagprofessionelle. Det er væsentligt at huske, at spørgeskemaer er en metode til at indsamle svarpersonernes oplevelser af en begivenhed. Således er spørgeskemaer ikke et godt redskab, hvis formålet er at registrere faktiske hændelser.

En fordel ved spørgeskemaer er, at de giver mulighed for at spørge mange personer, hvorved repræsentativiteten øges. Til gengæld sætter de definerede spørgsmål retningen for, hvad informanterne svarer, hvorfor vi ikke nødvendigvis opnår nye perspektiver på det, som vi undersøger.

Spørgeskemaer er særligt velegnede til at besvare forbedringsmodellens andet spørgsmål; "Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?". Men de kan anvendes allerede i den indledende planlægning af et forbedringsprojekt til at opnå viden om problemets omfang.

Der findes flere validerede spørgeskemaer, der typisk omhandler et bestemt emne (fx livskvalitet). Fordelen er, at de er gennemtestede og tidsbesparende. Til gengæld stemmer de måske ikke overens med det, der skal måles på i forbedringsprojektet. Nogle gange er det derfor relevant at udvikle et spørgeskema, og i den forbindelse bør følgende parametre bl.a. overvejes;

- Brugen af lukkede (ja/nej eller på forhånd definerede svarmuligheder) versus åbne spørgsmål (ingen svarkategorier, respondenter skriver selv sit svar)
- Brugen af faktuelle spørgsmål (som spørger til konkrete episoder – eksempelvis hvor mange minutter en patient har ventet) versus generelle holdningsspørgsmål (som spørger til respondentens mening/vurdering af noget – eksempelvis om man ønsker mere information om årsagen til ventetid)
- Hvordan og på hvor mange personer spørgeskemaet PDSA-testes, inden det tages i brug
- Hvornår, hvordan og til hvem spørgeskemaet udleveres (eksempelvis før/efter en konsultation, i papirform eller elektronisk, til unge eller ældre patienter etc.)
- Hvordan de besvarede spørgeskemaer indsamles samt analyseres og af hvem

Man kan finde hjælp til at formulere og teste spørgeskemaer på EVAs (Dansk Evalueringsinstitut) hjemmeside. Desuden har SFI- i dag VIVE- (Det Nationale Forskningscenter for Velfærd) i 2006 udgivet en længere guide til gode spørgeskemaer. Spørgeskemaer skal altid PDSA-testes inden brug.

Eksempler: På forbedringsvejlederuddannelsen arbejdede en deltager med at anvende spørgeskemaer, der forud for intravenøs behandling afdækker patientens sygdomsaktivitet.

Formålet er at undgå unødvendige kontroller til gavn for både patienter og fagprofessionelle. Andre eksempler er TULE-spørgeskemaet til medarbejdere, sundhedsprofilen "Hvordan har du det?", LUP-skemaerne til indlagte og ambulante patienter samt PRO-spørgeskemaer til udvalgte patientgrupper, der efterhånden er udviklet. DEFACTUM har bl.a. lavet spørgeskemaer til ældre medicinske patienter, mennesker med kronisk sygdom og personale på psykiatriske sengeafsnit. Se flere eksempler på bruger, patient- og pårørendeundersøgelser på DEFACTUMs hjemmeside.

Referencer:

- Aarhus Universitet, Metodeguiden: [Surveys](#).
- EVA, 2017: [Det gode spørgeskema](#).
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Olsen, H, 2006: [Guide til det gode spørgeskema](#). 1 edn. København: SFI.
- Region Midtjylland, [DEFACTUM](#).

Interview

En typisk kvalitativ metode til at indsamle information er interviewet. Det kan anvendes til at indhente viden, kortlægge forløb og opnå andre perspektiver på problemets årsag og løsning. I forbedringsarbejde kan man bruge interviews til at få indblik i eksempelvis samarbejdspartneres, patienters og pårørendes oplevelser. Her bruges interviewet ofte som et supplement til kvantitative metoder, der eksempelvis kan påpege, hvor der er lav patienttilfredshed, men ikke nødvendigvis hvorfor. I modsætning til et spørgeskema giver interviewet mulighed for at gå i dybden med et tema ved, at informanten (den der interviewes) kan fortælle om det, der betyder mest for vedkommende. Ligeledes kan interviewerens forfølge interessante emner, der dukker op i interviewet (alt afhængig af interviewtype).

I en interviewsituation skal man som interviewer være særligt opmærksom på sin egen rolle. Man skal eksempelvis undgå at præge informanten eller stille ledende spørgsmål, som påvirker gyldigheden af informantens svar. Mange informanter er også tilbøjelige til at sige det, som de tænker, interviewerens gerne vil høre. Derfor bør man i starten af et interview understrege, at alle svar er gyldige, og at de oplysninger informanten giver, behandles anonymt (hvis undersøgelsen kræver det).

Man skelner ofte mellem forskellige typer interviews;

- Ustrukturerede interviews, hvor der ikke anvendes en interviewguide. Interviewet minder om en almindelig, uformel samtale.
- Semistrukturerede interviews, hvor interviewerens støtter sig til en interviewguide. Interviewet omhandler nogle på forhånd givne tematikker eller overordnede spørgsmål, men der er plads til at gå i andre retninger. Semistrukturerede interviews er den "klassiske" interviewform.
- Strukturerede interviews, hvor interviewerens holder sig til en interviewguide. Intervieweren anvender faste spørgsmål, som stilles i en bestemt rækkefølge. Strukturerede interviews er den type interviews, der minder mest om et spørgeskema.

Der skelnes også mellem individuelle interviews og fokusgruppeinterviews;

- Individuelle interviews, hvor man interviewer enkeltpersoner. Kan være mere eller mindre formelt, og særligt det ustrukturerede enkeltinterview minder om en almindelig samtale.

- Fokusgruppeinterviews, hvor man typisk interviewer mellem seks og ti personer, og hvor interviewet er anført af en moderator. Kan være en fordel, hvis man ønsker at komme bredt omkring et emne, idet deltagerne typisk vil inspirere hinanden til at tale om nye perspektiver. Fokusgruppeinterviewet er sværere at håndtere, fordi det ofte kræver, at man er to personer til at afholde det, hvoraf den ene (moderatoren) skal styre gruppen, så alle kommer til orde. Derfor bør det primært anvendes, hvis man er interesseret i gruppedynamikker.

En udfordring ved interviews er, at efterbearbejdningen kan være tidskrævende. Hvis der er lydfiler, skal de måske transskriberes (lyttes og oversættes til tekst) og inddeles i temaer og koder. I stedet kan man vælge at tage et kort referat under eller lige efter interviewet. Her er det godt at bruge citater og eventuelt anvende på forhånd strukturerede overskrifter såsom:

- Hvilke konkrete erfaringer fortalte interviewpersonen/-erne om?
- Hvad fungerer ifølge interviewpersonen/-erne godt?
- Hvilke forbedringsområder peger interviewpersonen/-erne på?

Eksempler: DEFACTUM gennemfører løbende fokusgruppe- og individuelle interviews. Fx er patienter, der har været indlagt på psykiatriske afsnit, blevet interviewet om deres oplevelser af tvang, og borgere med kroniske sygdomme har deltaget i fokusgruppeinterviews.

Referencer:

- Aarhus Universitet, [Metodeguiden: Interviews](#).
- Kvale S, Brinkmann S, 2009: Interview: *Introduktion til et håndværk*. 1 edn. København: Hans Reitzels Forlag.
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2016: [Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring](#).

Observation

At observere er at se og lytte opmærksomt til og evt. selv deltage aktivt i det der sker i en given situation eller sammenhæng. Observationer er fx iagttagelser af, hvordan patienter og sundhedsprofessionelle agerer i en bestemt sammenhæng eller situation. Man kan observere på to måder:

- På afstand, hvor man ikke tager kontakt til dem, man observerer, og generelt forsøger at påvirke dem mindst muligt. Det giver et indblik i en "normal" situation, hvis man kan følge situationen tæt nok fra distancen, og hvis ellers ens tilstedeværelse ikke virker forstyrrende.
- Som deltagende observatør, hvor man selv indgår i situationen, og i nogle tilfælde agerer eksempelvis patient eller sundhedsprofessionel for at opleve den på egen krop. Sidstnævnte fremgangsmåde giver også mulighed for at "teste" bestemte situationer, fx hvad der sker, når man stiller spørgsmål til en behandling.

Inden man tilrettelægger sin undersøgelse, skal man tage stilling til, hvor meget man vil påvirke situationen, og dermed hvilken af ovenstående metoder, man vil anvende. I praksis vil ens tilstedeværelse dog i sig selv virke forstyrrende, i det øjeblik folk bliver opmærksomme på, at de bliver observeret.

For at sikre sine observationsdata undervejs kan man notere i en observationsguide, som omhandler de situationer eller tematikker, man er særligt interesseret i at få beskrevet. Det kan dog skabe undren, hvorfor det kan være nødvendigt at tage noter eller skrive stikord, efter man har observeret.

Fordelen ved observationer er, at det giver et særligt indblik i samspillet mellem mennesker, noget som vi ofte har svært ved at sætte ord på. Det kan give anledning til, at man bliver mere opmærksom på både egen og andres rolle og måske agerer anderledes næste gang, man oplever en tilsvarende situation.

Eksempel: I et projekt med fokus på korttidskommunikation observeredes samtaler af 10 minutters varighed mellem læge og patient i ambulatorium.

Referencer:

- Aarhus Universitet, [Metodeguiden: Deltagerobservation](#).
- Holloway, I & Galvin, K, 2016: Qualitative research in nursing and healthcare. 4 end. New Jersey: Wiley-Blackwell

Walk-through

I en walk-through-øvelse opleves arbejdspladsen ud fra en brugers (patient, borgers eller pårørendes) perspektiv. Formålet er at opleve arbejdsgangene på afsnittet/afdelingen på samme måde, som brugeren gør. En medarbejder påtager sig rollen som bruger. Personen lever sig ind i rollen som bruger og gennemgår de samme procedurer som andre patienter/borgere (modtagelse, anvisning af værelse, information, spisning, bæltefiksering osv., afhængig af undersøgelsens fokusområde). Øvelsen kan eventuelt udføres sammen med en kollega, der påtager sig rollen som pårørende.

Nedenfor er en række forberedelsesopgaver og tips til den gode walk-through-øvelse:

1. Informér al personale på afsnittet om, at øvelsen udføres
Bed dem om at "lege med" og gøre som de plejer
2. Beslut hvor øvelsen skal foregå
Vil andre brugere blive involveret i øvelsen, anbefales det, at de informeres herom
3. Forsøg at gøre øvelsen så realistisk som muligt
Start ved hovedindgangen, følg skiltene eller spørg i informationen, vent i venteværelset, udfyld eventuelle papirer osv.
4. Se på afdelingen/afsnittet med brugerens øjne
Hvordan ser de afdelingen/afsnittet? Hvad tænker de? Hvilke følelser vækker mødet med afdelingen i dem?
5. Når øvelsen er afsluttet reflekteres der i gruppen over, hvilke ændringer (indenfor afdelingens/afsnittets nuværende ressourcer), der vil forbedre brugerens oplevelse og forbedre personalets arbejdsrutiner. Der noteres både ideer fra personalet og fra den medarbejder, der har ageret bruger. Skriv også gerne konkrete følelser/oplevelser ned.
6. Afslut med at udfylde et skema med følgende to fokusområder:
 - a. Hvilke områder/arbejdsrutiner rummer mulighed for forbedring?
 - b. Hvilke tiltag kan skabe forbedring på områderne/rutinerne?

En walk-through øvelse er særligt velegnet forud for, at forbedringsarbejdet iværksættes. Øvelsen giver anledning til at afdække problemstillinger, identificere områder med forbedringspotentiale og overveje forbedringstiltag allerede tidligt i processen.

Eksempel: En walk-through i brugerens fodspor har været en del af det forberedende arbejde for teamsene i bl.a. Operation Life og Indflydelse på eget liv – et skridt videre. Også

på forbedringsvejlederuuddannelsen er deltagerne blevet opfordret til at afprøve øvelsen inden uddannelsesstart.

Referencer:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed: [I patientens fodspor](#).

Audit

Auditforløb kan anvendes i forbindelse med kvalitets- og forbedringsarbejde på alle velfærdsområder. Audit betyder direkte oversat revision eller høring og kan beskrives som et redskab til systematisk faglig gennemgang og vurdering af en afgrænset faglig praksis med henblik på udvikling heraf.

I auditforløb er sigtet at lære af konkrete eksempler på den udvalgte praksis. Læringen opnås ved, at en gruppe af fagprofessionelle systematisk gennemgår et eller flere eksempler, for eksempel sager, forløb eller hændelser. For at kunne gennemføre en audit, må den udvalgte praksis derfor være dokumenteret skriftligt (fx i sags- eller journalakter) eller på video- og lydoptagelser. Alternativt må deltagerne i auditforløbet have fælles erfaringer med det eller de eksempler på fagpraksis, som vurderes. Auditmetoden vil typisk bestå af fire faste elementer:

1. Et auditpanel bestående af udvalgte fagprofessionelle, en mødeleder og en referent
2. Præcisering af temaer til vurdering
3. Et eller flere auditmøder gennemført efter en fastlagt struktur
4. Et fælles materiale eller fælles erfaring med det eller de udvalgte eksempel(er) på fagpraksis

Resultatet af et auditforløb kan være status på eksisterende praksis eller fremadrettet rapportering med anbefalinger for god faglig praksis. En stor fordel ved auditforløb er, at de giver et nyt perspektiv på egen og andres praksis. Idet fagprofessionelle selv typisk er involveret i at forberede og gennemføre forløbet, skaber det også et godt afsæt for fremtidig implementering af resultaterne og det fortsatte arbejde med kvalitetsudvikling.

En variant af audit er den casebaserede auditmetode, som ofte inddrager tværsektorielle problemstillinger. Metoden benyttes inden for og på tværs af social-, psykiatri-, beskæftigelses- og sundhedsområdet. Metoden tager højde for, at der kan være forskellige perspektiver på fagpraksis og fremmer udsyn, fælles fremdrift og læring.

En metode, der er relateret til audit, er inventering, som anvendes specifikt på sundhedsområdet. Ved inventering udvælges typisk et repræsentativt udvalg af journaler, som gennemgås og registreres i inventeringsskemaer. Fokus er på de patienter, som er i sengene netop nu; Er det de rigtige patienter, der ligger i sengene? Hvorfor venter patienterne? Hvordan kan vi skabe mere hensigtsmæssige patientforløb?

Eksempel: Der er tidligere udført journalaudit af standarder for lungekræftforløb, hvor fokus har været på vurdering af målopfyldelse og monitorering af den faglige praksis som hovedformål. Casebaseret audit kan for eksempel handle om kritiske børnesager i kommunerne, udvikling af samarbejdet mellem kommuner og psykiatriske afdelinger eller samarbejdet om patienter med kroniske sygdomme. [Se flere eksempler på DEFACTUMs hjemmeside](#).

Referencer:

- Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2018: [Sundhedsvæsenets kvalitet- og patientsikkerhedsbegreber & Metodehåndbog i kvalitetsudvikling og patientsikkerhed](#).
- DEFACTUM: [Audit](#).

- DEFACTUM: [Casebaseret audit, 2017.](#)
- DEFACTUM: [DEFACTUMs erfaringer med den casebaserede auditmetode, 2017.](#)
- Region Midtjylland, Center for Kvalitetsudvikling, 2009: [Om Audit – en metode til læring kvalitetsudvikling i fagpraksis.](#)

Statistiske analysemetoder

I forbedringsarbejde bruges data og statistiske analysemetoder til at forstå det system og de processer, som skal forbedres.

I det forberedende arbejde er den første og vigtigste opgave at finde de data, som man mener, kan sige noget om den proces, man gerne vil forbedre. Det er fx meget relevant at opgive hvor stor populationen (målgruppen) er for forbedringsarbejdet? Hvor hyppigt foregår de processer, som ønskes forbedret? Hvor stor spredning er der i datamaterialet – målt på klinisk relevante indikatorer? Hvad viser baselinedata (hvis disse kan indhentes eller udarbejdes) om problemets omfang? Herefter kan mange forskellige statistiske analysemetoder anvendes til at trække information ud af data.

De relevante statistiske analysemetoder kan fx være frekvensfordelinger og histogrammer for at undersøge mønstre i datasættet. I det løbende forbedringsarbejde er det statistisk proceskontrol (SPC), der kan bidrage til at svare på forbedringsmodellens spørgsmål 2.

Langt de fleste ting, som man kan måle på, vil variere fra dag til dag. Denne type variation er almindelig eller med et statistisk begreb "tilfældig". Når man arbejder forbedringsorienteret, ønsker man at se en signifikant stigning eller et fald i de indikatorer, der måles på. Med SPC kan vi dokumentere, hvornår en forandring er en forbedring ved at adskille tilfældige udsving (normal variation) fra ikke-tilfældige afvigelser (særlig variation). Ordet kontrol henleder her til, at den proces, der måles på, er i kontrol, dvs. inden for nogle statistisk beregnede grænser.

I dette metodekatalog ses der først på udvælgelsen af data gennem indikatorer, og derefter på to statistiske analysemetoder/redskaber, nemlig seriediagrammet og pareto diagrammet. Det er værd at vide, at der selvfølgelig findes en lang række andre statistiske redskaber.

Se også [forbedringsvejleder-wikien](#).

Indikatorer

Forbedringsarbejde er databaseret. Det vil sige, at vi skal finde data, der kan bruges til at måle på, om de forventede forbedringer sker. Ofte vil man udvælge nogle målinger, der kan tjene som indikatorer på, om en indsats giver de forventede resultater. Man skelner i forbedringsarbejde mellem resultatindikatorer, procesindikatorer og ulempeindikatorer:

- *Resultatindikatorer:* Bruges til at dokumentere, om forbedringsarbejdets mål bliver indfriet; kan der vises en forbedring?
- *Procesindikatorer:* Bruges til at få feedback på, hvorvidt de ønskede aktiviteter bliver udført; følges planen for forbedringsarbejdet?
- *Ulempeindikatorer:* Bruges til at få feedback på, om forandringen/forbedringen har uønskede konsekvenser; er der utilsigtede sideeffekter?

Et afgrænset forbedringsprojekt vil typisk være baseret på en resultatindikator, som er relateret til målet, to til tre procesindikatorer, som er relateret til projektets aktiviteter og eventuelt en ulempeindikator.

Indikatorer kan være absolutte tal, andele/procenter og rater. I forbedringsarbejde er det ofte mest motiverende at bruge absolutte tal, da de er nemmere at forholde sig til. Den før-

ste og vigtigste opgave i statistisk arbejde er at finde ud af hvilke tal, som afspejler den virkelighed, vi gerne vil vide noget om. I mange tilfælde vil tallene ikke findes i forvejen, og man er derfor nødt til selv at indsamle data.

I andre tilfælde er der i forvejen data for det, man gerne vil måle. I Danmark er der allerede defineret mange indikatorer på sundhedsområdet, og data for dem kan blandt andet findes i de nationale kliniske databaser. Her skelnes der typisk mellem resultatindikatorer, procesindikatorer og strukturindikatorer. I de efterhånden mange nationale kliniske kvalitetsdatabaser er der flest procesindikatorer. Fordelene ved at bruge dem er, at de er defineret, der er opbygget en rutine for dataindsamling, og der er baseline-data. Til gengæld måler de måske ikke helt det, som man ønsker. Mange af indikatorerne findes også i regionens BI-portal.

Det særlige ved forbedringsarbejdet er, at indikatorerne skal kunne følge processer på afsnitsniveau, mindst hver måned. Simple før-og-efter-målinger er ikke tilstrækkelige og kan være direkte misvisende. Det betyder at nogle indikatorer ikke kan bruges, fordi antallet af observationer bag hvert målepunkt bliver for lille. I stedet kan anvendes antal dage mellem (uønskede) hændelser og antal "gode perioder", fx antal bæltefri dage pr. måned (i stedet for antal bæltefikseringer pr. måned).

Indikatorer har været anvendt i mange år i statistik og kvantitativ forskning. Indikatorer blev introduceret som redskab til løbende kvalitetsmonitorering i det danske sundhedsvæsen omkring 1992, hvor fx postoperative sårinfektioner blev et målepunkt i nogle amter. Det Nationale Indikatorprojekt NIP (nu RKKP) blev etableret i 1999 havde som formål at udvikle kliniske indikatorer for en række sygdomsområder, der kunne bruges til at overvåge den sundhedsfaglige kvalitet på sygehusene. Indikatorer blev udvalgt på baggrund af forskningslitteratur for at bidrage til en evidensbaseret praksis.

Første version af Den Danske Kvalitetsmodel for hospitalerne kom i 2009 og indeholdt flere hundrede indikatorer, som angav, hvordan de 104 nationale standarder skulle opfyldes og undersøges, når eksterne fagpersoner gennemførte survey på hospitalet. Den Danske Kvalitetsmodel er erstattet med 8 nationale sundhedsmål, som hver især består af en eller flere indikatorer, der igen består af en række målepunkter.

Eksempel: Region Midtjyllands BI-portal har en lang række definerede indikatorer, mens RKKPs hjemmeside viser indikatorer i de nationale kliniske databaser. På forbedrings-vejleder-wikien kan man finde en skabelon for en måleplan, der hjælper en til at definere, opgøre og analysere egne indikatorer.

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lauritsen, J. & Packness, Aa, 2010. [SPC – Statistisk Proces Kontrol, Introduktion og håndbog. SPC diagrammer og analyser med brug af EpiData](#). 1. edn. Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Center for Kvalitet.
- Region Midtjylland, IT: [Business Intelligence i Region Midtjylland](#).
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP): [De kliniske kvalitetsdatabaser](#).
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2016: [Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring](#)

Seriediagrammet

Seriediagrammet er en måde at vise data på, og er det vigtigste redskab i systematisk forbedringsarbejde. Det anvendes til at besvare spørgsmål 2 i Forbedringsmodellen og på en simpel og effektiv måde analysere, forstå og kommunikere data - herunder variation og udvikling over tid; "A run chart is a grafical display of data plottet in some kind of order. The run chart is also called trend chart or time series chart. The chart is easy to construct and simple to interpret. The simplicity makes it one of the most important methods for communicating and understanding variation." (The Improvement Guide, side 435).

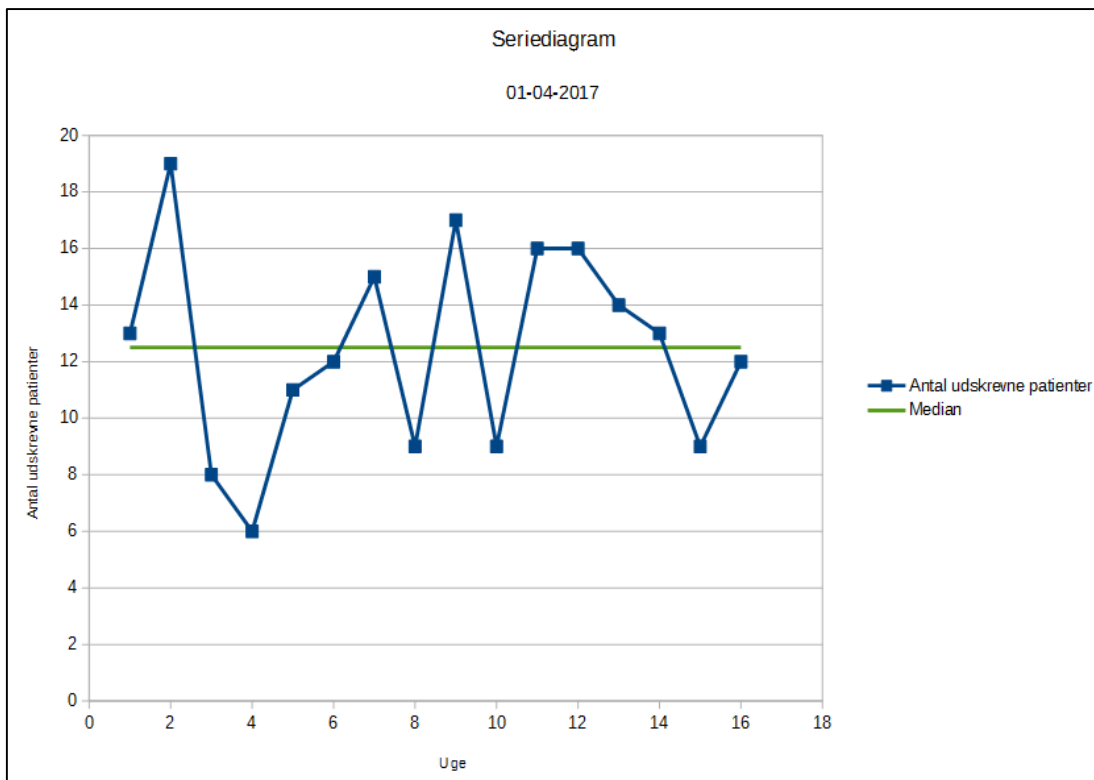
Et seriediagram er et af de mest almindelige redskaber til at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældig variation. Seriediagram er det danske ord for det amerikanske begreb "run chart", som går under sloganet "plot the dots". I et seriediagram plottes hændelser over tid, og der udregnes en median svarende til værdien af den midterste måling: "Seriediagrammet et kurvediagram med indikatorværdien på y-aksen og tiden eller rækkefølgen på x-aksen [...] Midt i diagrammet markerer en vandret linje medianen, som deler datapunkterne, så halvdelen ligger over medianen, og halvdelen ligger under [...] Seriediagrammet er et nyttigt og enkelt redskab til at skelne mellem tilfældige måleudsving og ikke-tilfældige forandringer i indikatorenmålinger over tid" (Jacob Anhøj 2015, side 23 + 25)

I et seriediagram kan der optræde en række signaler, som angiver, at der sandsynligvis er sket et skift i processen, altså at den nye praksis har medført en forandring til det bedre (eller værre). De to hyppigste signaler er skiftsignal (der optræder usædvanlig lange serier af datapunkter på samme side af medianen) og krydssignal (kurven krydser medianen udsædvanlig få gange).

I tolkningen af et seriediagram tælles først antallet af brugbare datapunkter, dvs. datapunkter, som ikke ligger på medianen. Herefter slås der op i en tabel, som angiver grænseværdierne for længste serie og antal kryds i et seriediagram. Ikke-tilfældig variation findes, hvis den længste serie er længere end grænseværdien eller hvis antallet af kryds er lavere end grænseværdien" (Jacob Anhøj 2015, side 34). I et seriediagram med 20 datapunkter betyder det fx, at der er tale om ikke-tilfældig variation ved en serie på mere end syv punkter eller ved færre end seks kryds. Signalerne kan optræde samtidig.

I bogen "Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber" forefindes en tabel over grænseværdier på side 34-36. [Tabellen er også tilgængelig på RKKPs hjemmeside.](#)

Eksempel: Det er muligt at se eksempler på run charts (seriediagrammer) på side 31 (uden median), side 55, side 95, side 113, side 150, side 160, side 167 (uden linjer mellem punkter og uden median) og side 188 i "The Improvement Guide". Nedenfor ses et seriediagram over antallet af patienter, der er udskrevet før kl. 12 målt over en 16 ugers periode. Seriediagrammet viser tilfældig variation.

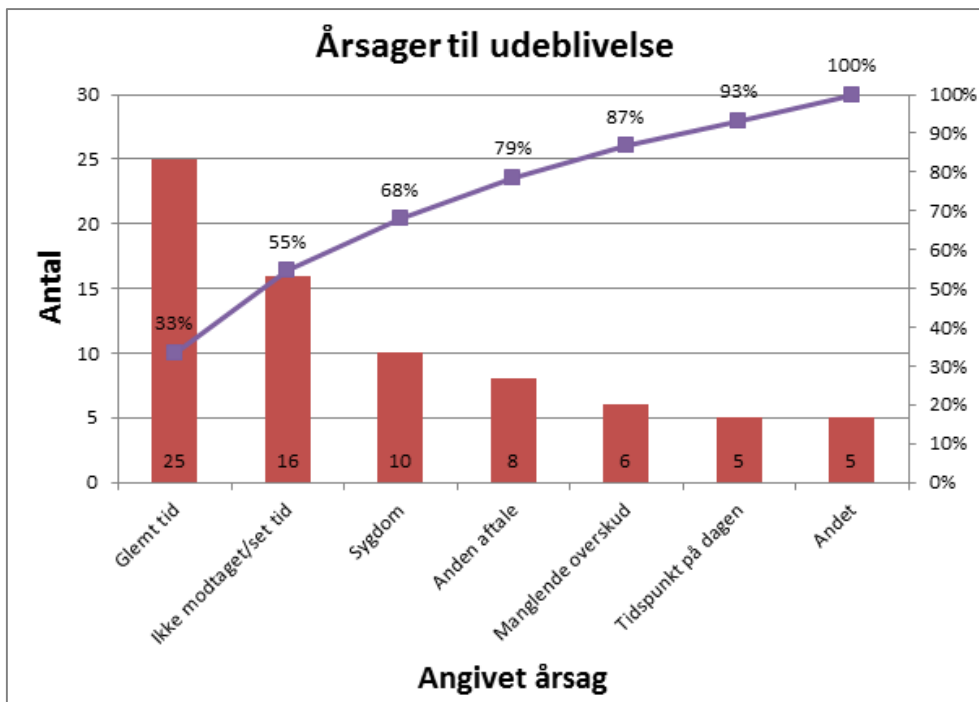


Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2. edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Lauritsen, J. & Packness, Aa, 2010. [SPC – Statistisk Proces Kontrol, Introduktion og håndbog. SPC diagrammer og analyser med brug af EpiData](#). 1. edn. Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Center for Kvalitet.
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), [Kvalitetshåndbog: Seriediagrammer](#).

Paretodiagram

Et paretodiagram (på engelsk: "Pareto chart") er et søjlediagram, der viser forekomsten af fænomener sorteret efter hyppighed, så de mest hyppige fænomener placeres til venstre i diagrammet og de mindst hyppige til højre. Desuden indeholder diagrammet en kurve, der viser den kumulerede andel. Ud af X-aksen viser diagrammet en række forskellige fænomener, eksempelvis forskellige årsager til et kvalitetsproblem. Værdien på Y-aksen er den kumulerede andel angivet i procent. Nedenfor ses et paretodiagram, der viser, hvorfor patienter udebliver fra deres aftale i et ambulatorie.



Formålet med diagrammet er at fremhæve og identificere de vigtigste (hyppigst forekommende) årsager til et kvalitetsproblem. I forbedringsarbejde kan det f.eks. være flaskehalse i et patientflow, der betyder, at patienter ikke bliver udskrevet på det planlagte tidspunkt. Diagrammet kan med fordel anvendes tidligt i forbedringsarbejdet, når en overordnet problemstilling er udvalgt og løbende registreringer har vist, hvor hyppigt de enkelte årsager forekommer.

Paretodiagrammet kan hjælpe en til at prioritere ens forbedringsindsats, så den er målrettet de områder, der har størst indflydelse på problemstillingen. Med udgangspunkt i ovenstående paretodiagram kan der iværksættes tiltag for at mindske de to hyppigste årsager; at patienten har glemt sin tid, og at patienten ikke har modtaget/set sin tid. Fx kan brugen af SMS-remindere til patienter eller en ny procedure for tidsbestilling afprøves. Paretodiagrammet kan også vise områder, som ikke umiddelbart kan ændres, som her at patienter udebliver pga. sygdom. Men måske kan der udvikles tiltag, der får flere patienter til at ringe ind og melde afbud i stedet for blot at udeblive.

Pareto-analyser er baseret på 80/20-reglen; tankegangen om, at 80 % af problemet skyldes 20% af årsagerne. Ved at tage fat på 20 % af årsagerne kan op mod 80% af problemet altså løses. Reglen kaldes også Pareto-princippet og er opkaldt efter italieneren Vilfredo Pareto, der i 1906 bemærkede, at 20 % af Italiens befolkning ejede 80% af landets værdier.

Eksempel: [Du kan se flere eksempler på, hvordan paretodiagrammer kan udarbejdes og anvendes på RKKPs hjemmeside.](#)

Referencer:

- Anhøj, J., 2015. Kompendium i kvalitetsudvikling - Rammer og redskaber. 1 edn. København: Munksgaard.
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), [Kvalitetshåndbog: Paretodiagram](#).

Implementering og fastholdelse

En forbedring giver kun varig effekt, hvis den efterfølgende kan implementeres og fastholdes. Typisk er der brug for en længere periode, hvor ny praksis afprøves/testes, inden der er etableret tilstrækkelig stor sikkerhed for, at den nye praksis skal implementeres.

Den amerikanske sociolog Everett Rogers har identificeret en række variable af betydning for, om den nye praksis adopteres eller afvises:

- Relativ fordel: Ideen synes at være en fordel ift. status quo
- Kompatibilitet: Ideen stemmer overens med kulturelle og sociale værdier
- Komplexitet: Ideen er nem at forstå og bruge
- Testbarhed: Ideen kan afprøves i mindre skala – og eventuelt afvises
- Observerbarhed: Andre kan observere, hvordan ideen udføres i praksis

Det anbefales at have øje for disse variable i udviklingen af forbedringstiltag.

Der findes også mange implementeringsmetoder- og modeller, som ved brug kan bidrage til vellykket implementering. I dette katalog er det foreløbigt blot Model for fastholdelse og implementering, der er medtaget.

Anden relevant materiale om implementering og fastholdelse i teori og praksis er:

- Albers, B; Månsson, H og Høgh, Helle 2015: Implementering. Fra Viden til praksis på børne- og ungeområdet. Dansk Psykologisk Forlag.
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mainz, J; Bartels, P; Bek, T; Pedersen K M, Krøll, V og Rhode, P. 2011: Kvalitetsudvikling i praksis. Munksgaard.
- Sundhedsstyrelsen, 2011: [Inspiration til implementering af kommunale sundhedsindsatser](#).
- Sundhedsstyrelsen: [NKR Implementeringshåndbog](#).

Model for implementering og fastholdelse af ny praksis

Modellen består af i alt 10 proces-, personale- og organisatoriske faktorer, som har en afgørende betydning for implementering og fastholdelse af ny praksis. De 10 faktorer er relateret til tre forskellige dimensioner: Proces, personale og organisation. Dimensionerne er indbyrdes afhængige, som det fremgår af modellen nedenfor.



Modellen kan bruges til systematisk vurdering af sandsynligheden for at den nye praksis kan fastholdes i den konkrete organisatoriske kontekst. Modellens scoringsredskab hjælper også med at prioritere hvilke af de 10 faktorer, som man med fordel kan arbejde med, hvis man vil øge sandsynligheden for at den nye praksis fortsætter. Den tilhørende guide vejleder i, hvordan der kan arbejdes med den enkelte faktor. Fx anbefales arbejdsgangsanalyse og monitorering.

Den danske udgave af modellen kan bestilles som trykt publikation på www.defactum.dk.

Model for implementering og fastholdelse af ny praksis er oprindeligt udviklet af Lynne Maher fra NHS i et samarbejde med David Gustafson og Allison Evans fra University of Wisconsin, USA og lang række andre med viden om forbedringer. Resultatet af litteraturstudier, dialogprocesser og test blev publiceret af National Health Service (NHS) i UK som "The Sustainability Model and Guide". Modellen og guiden er siden formidlet på internationale konferencer og anvendt i flere andre lande og senest revideret i 2010. Den blev oversat til dansk i 2005 af DEFACTUM i Region Midtjylland. Seneste og 4. danske udgave er fra 2016.

Eksempler: Modellen kan anvendes i forbindelse med planlægning af nye eller igangværende initiativer og projekter. DEFACTUM har bl.a. anvendt modellen i projekterne:

- Inddragelse af pårørende i psykiatrien
- Nedbringelse af tvang i psykiatrien
- Mindre sygefravær i den kommunale ældresektor
- Større indflydelse på eget liv for psykisk handicappede borgere
- Nedbringelse af antal lungebetændelser som følge af respiratorbehandling (VAP)
- ADHD-netværket

Referencer:

- Dansk udgave: DEFACTUM, 2016: [Model for implementering og fastholdelse af ny praksis.](#)
- Engelsk udgave: NHS Improvement: [Sustainability model and guide.](#)

Vidensdeling og spredning

Det er vigtigt at dele viden og sprede gode løsninger, som er opnået i forbedringsarbejdet, til andre.

En central del af et LKT og andre forbedringsfællesskaber er afholdelsen af typisk tre til fire læringsseminarer. Her deler de medvirkende deltagere ideer og erfaringer med hinanden for at støtte op om det lokale forbedringsarbejde. Læringsseminarer kan både anvendes nationalt, regionalt og lokalt til vidensdeling og erfaringsudveksling.

I opstarten af et forbedringsprojekt kan man have brug for inspiration, og her kan bl.a. anvendes forandringskataloger og pakker, der via evidens, viden fra eksperter og erfaringer guider en til konkrete forandringstiltag. Man kan også søge inspiration i andres gode ideer, dog altid med udgangspunkt i lokal afprøvning og tilpasning.

Når et forbedringstiltag er igangsat, kan man informere internt og eksternt om forløbet gennem fremdriftsrapporter, der månedligt informerer om status for forbedringsarbejdet. Der er også flere muligheder for at dele erfaringer via elektroniske platforme, som eksempelvis de enkelte hospitalers Intranet. På e-dok i Region Midtjylland kan man altid finde gældende retningslinjer inden for et bestemt klinisk område. Endelig giver internettet muligheder for at anvende gratis platforme som eksempelvis wiki'er til at samle og sprede viden.

En løsning, der har skabt resultater et sted, kan ofte anvendes andetsteds, hvis den tilpasses den ny kontekst. Model for spredning forholder sig til, hvordan dette gøres og gennemgår en række præmisser for succesfuld spredning.

Læringsseminarer

Hovedideen bag læringsseminarer er at lade fagfæller, der arbejder inden for samme forbedringsfelt, mødes og udveksle erfaringer. Tanken om læringsseminarer er inspireret af IHI, hvor de kaldes for "learning sessions", og sammen med forbedringsmodellen og PDSA-cirklen søger de at forbedre kvaliteten inden for bestemte fagområder.

Læringsseminarer er en vigtig del af et forbedringsfællesskab. De lokale forbedringsteam er her forpligtede på at dele resultater og viden med hinanden. På udvalgte læringsseminarer får deltagerne inspiration og udveksler erfaringer med hinanden. Derved understøttes arbejdet med forbedringer i egen organisation.

Eksempler: I LKT Apopleksi har der været afholdt fire læringsseminarer i projektperioden. Målet er, at deltagerne får inspiration til arbejdet og kan udveksle erfaringer. Desuden skal læringsseminarerne ruste teamsene til at understøtte det lokale forbedringsarbejde. Første læringsseminar havde fokus på forbedringsmetoderne, mens de efterfølgende læringsseminarer havde fokus på data, vidensdeling og fremdrift på apopleksiområdet.

Referencer:

- IHI Innovation Series white paper, 2003: [The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement](#). Boston: Institute for Healthcare Improvement.
- Lærings- og kvalitetsteams: [Om Lærings- og kvalitetsteams](#).
- Region Hovedstaden, Region Midtjylland, Region Nordjylland, Region Sjælland, Region Syddanmark: [Lærings- og Kvalitetsteams. Apopleksi. Projektbeskrivelse – Version 2](#).

Forandringskataloger

Et forandringskatalog beskriver en række metoder eller overordnede strategier, som man kan lade sig inspirere af for at forbedre klinisk praksis. Et forandringskatalog tager udgangspunkt i eksisterende evidens på området, ekspertanbefalinger og gode erfaringer fra praksis. Det kan anvendes som et konkret arbejdsredskab, hvor man kan søge inspiration til forandringer. Det er et dynamisk dokument forstået på den måde, at det kan blive opdateret og udvidet med nye forandringstiltag.

Når man anvender et forandringskatalog er det væsentligt, at man ikke ubetinget implementerer forandringer fra kataloget. I stedet skal det anvendes som en inspirationskilde, og alle forandringer skal tilpasses lokalt gennem småskalaafprøvning. Kun hvis småskalaafprøvningen viser gode resultater, udvider man afprøvningen til større skala. Ved dårlige resultater må forandringen justeres og eventuelt forkastes, hvis fortsatte justeringer ikke ændrer på resultatet.

Eksempel: Der er anvendt forandringskataloger inden for projekter som "Styr på diabetes" og "Tvang i psykiatrien". I sidstnævnte var nogle af forandringskatalogets overordnede strategier bl.a. at forbedre information og kommunikation ved (tvangs-)indlæggelse og at informere og inddrage patienter/pårørende.

Referencer:

- Institute for Healthcare Improvement. [Changes: Use change concepts for improvement](#).
- Langley, G. J. et al, 2009. *The Improvement Guide*. 2 edn. San Francisco: Jossey-Bass.
- Århus Amt, 2007. Styr på diabetes: Forandringskatalog.

Pakker

En pakke beskriver en række kliniske delelementer, som alle bør være opfyldt i et givet behandlingsforløb for at leve op til god klinisk praksis. Pakker udviklet i en kontekst kan ofte spredes til en anden, men modsat forandringskataloger kan man ikke vælge frit i pakkerne, da alle elementer skal indføres for at sikre optimal behandling. Men der vil stadig være en lokal tilpasning, i form af at inkorporere pakkerne i de eksisterende systemer i organisationen.

Begrebet "Pakker" stammer fra det engelske ord "care bundles" og henviser til en række kliniske delelementer, som hvis de alle er udført, medfører bedre resultater for patienterne, end hvis de udføres hver for sig. Følgende retningslinjer indgår i udarbejdelsen af pakker (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2012, Reaser R et al 2012):

1. Pakken består af tre til fem handlinger (elementer), som ifølge klinikere er vigtige for patientgruppen.
2. Pakkens elementer er så vidt muligt indbyrdes uafhængige.
3. Pakken er målrettet en afgrænset patientgruppe på et bestemt sted.
4. Pakken er udarbejdet af et tværfagligt team.
5. Pakkens elementer er beskrevet, så lokal tilpasning og klinisk skøn er muligt.
6. Målet med pakken er, at mindst 95 % af patienterne modtager alle pakkens elementer (alt-eller intet).

Alt-eller-intet princippet betyder, at alle delelementer i pakken skal være opfyldt hos en patient, før vedkommende har modtaget pakken. I praksis skal målopfyldelsen på de enkelte elementer derfor være meget høj for, at 19 ud af 20 patienter (95 %) modtager pakken. Om dette er opfyldt måles med en såkaldt "pakkeindikator" (også betegnet bundle indicator eller

all-or-none indicator), der udregnes ved at dividere antal patienter, der har modtaget pakken, med det samlede antal patienter, som bør modtage pakken.

Eksempel: Projekt "Sikre fødsler" omfattede tre kliniske pakker: Fødselstjeklisten, S-drop-pakken og Koppakken. Formålet med pakkerne var at øge patientsikkerheden ved at sikre en systematisk tilgang til kommunikation og opmærksomhed omkring vigtige oplysninger om kvindens og barnets tilstand under hele fødslen.

Referencer:

- Dansk Selskab for Patientsikkerhed, 2016: [Erfaringer fra forbedringsarbejdet i Sikre fødsler](#).
- Institute for Healthcare Improvement, [Improvement Stories: What is a bundle?](#)
- Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), 2016. [Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring](#).
- Resar R, Griffin FA, Haraden C, Nolan TW, 2012: [Using Care Bundles to Improve Health Care Quality. IHI Innovation Series white paper](#). Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement.

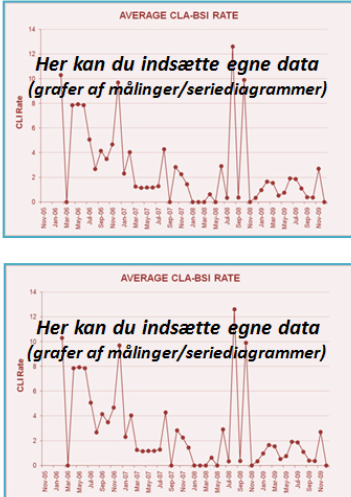
Fremdriftsrapporter

Ved at bruge fremdriftsrapporter (også kaldet månedsrapporter) i et forbedringsarbejde kan ledere, kolleger og andre relevante personer månedligt informeres om status for forbedringsarbejdet. Fremdriftsrapporten er også et effektivt værktøj i forbindelse med vejledning af forbedringsprojekter. En fremdriftsrapport skal være kortfattet og vedrøre væsentlige elementer inden for forbedringsarbejdet såsom mål, indikatorer og forandringer til afprøvning. Den skal så vidt muligt kunne læses som et selvstændigt dokument, men ikke rumme samme detaljegråd som eksempelvis et charter.

Fremdriftsrapporten udarbejdes på månedsbasis og skal afspejle forbedringsarbejdet i den forgående måned (siden sidste fremdriftsrapport) samt lægge op til de efterfølgende skridt i projektet den næste måned. Den er bygget op om de tre spørgsmål i forbedringsmodellen, men spørger også til status for projektet og teamet.

Som en del af en fremdriftsrapport viser man ofte sine nyeste PDSA'er og data-/serie-diagrammer, da de dokumenterer afprøvninger i projektet og viser, om en forandring også er en forbedring.

Eksempel: I flere nationale og regionale forbedringsprojekter har deltagerne afleveret månedsrapporter for at have fokus på fremdriften. Deltagerne på forbedringsvejlederuddannelsen udarbejder også fremdriftsrapporter om deres forbedringsprojekter. Et eksempel på en skabelon for fremdriftsrapport fremgår nedenfor.

Fremdriftsrapport (Navn på deltager)		Enhed/Dato
[Navn på forbedringsarbejde]		
Hvad ønsker vi at opnå?	Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? (målinger/seriediagrammer)	Hvad er status og næste skridt i forbedringsarbejdet?
Mål: Hvor gode vil vi være og hvornår?	Indikatorer (proces- og resultatindikatorer):	Forandringer implementeret:
Hvorfor er dette vigtigt?		Hvad er de næste skridt?
Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer? (forslag, afprøvning og læring)		Forbedringsteamet Hvad har du evt. brug for hjælp til fra team/sponsor? Team <ul style="list-style-type: none"> • Navn Navnesen, kirurg, teamleder • Navn Navnensen, sygeplejerske, måleansvarlig • Navn Navnensen, improvement advisor Nærmeste leder /sponsor <ul style="list-style-type: none"> • Navn Navnesen, oversygeplejerske
Forandringer til afprøvning den seneste måned:		
Hvad har vi lært af afprøvninger?		
Forandringer til afprøvning nu:		
OBS: Husk at medsende din(e) nyeste PDSA(er) sammen med din fremdriftsrapport.		

Referencer:

- IHI Innovation Series white paper, 2003: [The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement](#). Boston: Institute for Healthcare Improvement.

E-dok

E-Dok er et It-system, der samler regionens politikker, retningslinjer, instrukser og supplerende dokumenter på en fælles platform. Alle disse dokumenter (undtagen supplerende) følger en bestemt skabelon med på forhånd definerede overskrifter. Med e-dok er dokumenterne let tilgængelige og altid forfattet, opdateret og godkendt af sagkyndige personer.

På e-dok kan man fremsøge de vejledninger, der bruges i det daglige arbejde i regionen. Man behøver ikke være logget på for at søge, da e-dok er tilgængelig for alle, herunder også patienter. Vælger man at logge på med regions-id og selvvalgt kode, får man dog adgang til funktioner såsom "favoritter", hvor relevante dokumenter kan gemmes til senere brug.

Der findes flere søgemuligheder i Region Midtjyllands e-dok, bl.a. kan man filtrere på afdelingsniveau. I 2016 kom der en ny søgefunktion i e-dok, som indeholder en række automatiske fordele, eksempelvis automatisk stavkontrol og søgning efter synonyme ord. Man kan læse mere om de nye søgefunktioner i regionens vejledning. På e-dok kan man under fanen "hjælp" finde manuler, der beskriver, hvordan man alt efter brugertype anvender e-dok.

Eksempel: På <http://e-dok.rm.dk/> findes en række dokumenter af relevans for forbedringsarbejde.

Referencer:

- Region Midtjylland: E-dok. Tilgængelig på: <http://e-dok.rm.dk/>
- Region Midtjylland, 2016: [Ny e-dok søgefunktion](#)

Wiki

En wiki er en slags hjemmeside, som let kan redigeres af alle de personer, som får rettigheder til det. Den er et oplagt redskab til kommunikation og vidensdeling inden for forbedringsarbejde. Alle kan gratis oprette og anvende en wiki, og det kræver ingen særlige tekniske kompetencer at uploade dokumenter eller redigere indholdet.

En wiki kan enten være offentlig tilgængelig, hvilket vil sige at alle kan tilgå dens indhold, eller være forbeholdt udvalgte personer (brugere). Hvilken løsning der er bedst, afhænger dels af hvilken målgruppe, wikien har, og hvad den anvendes til. En anvendelsesmulighed er at oprette en wiki, der samler alle fremdriftsrapporter og grafer mv. inden for ens forbedringsprojekt. Så kan man give linket til andre, der har lyst til at arbejde med lignende forbedringer. En anden mulighed er at bruge wikien som et online bibliotek, hvor man gemmer litteratur og rapporter (ligesom dropbox). Endelig kan man på en wiki sprede viden og begreber inden for forbedringsarbejde med andre.

Når man klikker ind på en wiki, er der to overordnede faner. En "Wiki"-fane, som bringer en til wikiens forside, og en "Pages & files"-fane, der bringer en til et mappesystem med sider og dokumenter. Mappesystemet minder om det, man også ser på ens egen computer. På en wiki kan man dog både have dokumenter, såsom word- og PDF-filer, og sider, som brugerne kan læse men ikke downloade.

Der findes forskellige funktioner på en wiki, der kan hjælpe en til at orientere sig;

- Søgefeltet i øverste højre hjørne, hvor man kan søge efter ord på wikiens sider eller filnavne
- Funktionen "Navigator" i højre side, der giver et overblik over wikiens mapper og indhold
- Funktionen "Sidebar" i højre side, som wikiens administrator(er) selv bestemmer, hvad skal vise. Den kan eksempelvis linke til vigtige mapper eller filer.
- Funktionen "Recent Activity", der viser de nyeste ændringer på wikien. Det fremgår desuden altid på de enkelte sider og dokumenter, hvornår de sidst er redigeret og af hvem.

I 2005 udviklede amerikaneren David Weekly en software, der tillod private brugere at udvikle deres egne wikier gennem hjemmesiden "PeanutButterWiki". Tanken bag navnet var, at det skulle være lige så let at oprette en wiki som at smøre en sandwich med peanutbutter. Navnet blev forkortet til PBwiki, og i 2009 blev det til PBworks.

Eksempel: Deltagerne på forbedringsvejlederuddannelsen kan på deres wiki hente dokumenter af betydning for undervisningsforløbet. Det kan eksempelvis være PowerPoints fra oplægsholdere, artikler om PDSA-metoden og øvelsesark brugt i undervisningen.

Referencer:

- [Forbedringsvejlederwiki](#): Wiki til forbedringsvejledning.
- [Oprettelse af ny wiki: PBworks: Sign up](#).

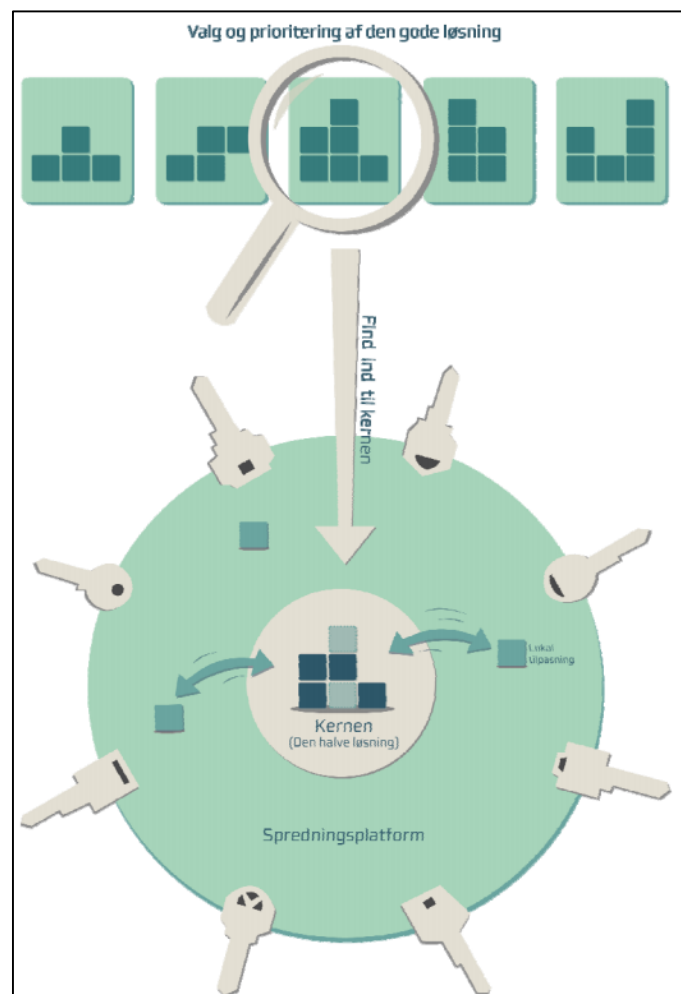
Model for spredning

Model for spredning tager afsæt i en gennemgang af litteratur og studier på spredningsområdet, som er sammenfattet i bogen "Spredning af velfærdsløsninger = merværdi" (Bendix H.

W., Jensen K. E. og Astrup P. W., 2015). Gennemgangen viser, at den løsning, der virker på et område, ikke direkte kan overføres til et andet. Men ved at videreføre den vigtigste del af løsningen ("kernen") og tilpasse resten lokale forhold, kan spredning til nye områder blive en succes.

Modellen indeholder fire hovedelementer/værktøjer.

- **Kernen:** Her defineres det, hvilken del af løsningen, der giver effekt. Kernen kaldes også "den halve løsning", da den altid videretages til andre områder, mens resten tilpasses lokalt.
- **Spredningsplatform:** Her foregår arbejdet med, hvad kernen indeholder. Tilpasningen sker ved, at de involverede aktører samarbejder om en strategi for, hvordan løsningen afstemmes med nye forhold.
- **Push og Pull:** Bag enhver spredningsstrategi ligger to typer af incitamenter for spredning. Push er ønsket om at sprede eksisterende gode løsninger til andre. Pull er ønsket om en løsning på bestemte problematikker. De to incitamenter er indbyrdes afhængige; løsninger kan ikke spredes, hvis der ikke er nogen interesserede arvtagere, samtidig må der være et behov for dem for, at de opstår.
- **Implementeringsnøgler:** Spredningsplatformen indeholder såkaldte nøgler, som understøtter spredningen. Nøglerne skal ses som et værktøj til at forankre de tilpassede løsninger og kan anvendes hver for sig eller kombineres. En nøgle er eksempelvis "Levedygtighed", altså at løsningen skal være robust, også når nyhedsværdien aftager.



For at spredning kan lykkes, må en række præmisser dog være opfyldt. Der skal bl.a. være afsat tilstrækkelige ressourcer, der skal være forandringskapacitet hos ledelse og medarbejdere, og der skal udarbejdes en strategi for spredning.

Eksempel: Sundhedsstyregruppen i Region Midtjylland anvender spredningsmodellen som værktøj for implementering af sundhedsaftalerne. Med sundhedsaftalen skal de bedste løsninger udbredes, på baggrund af afprøvning og igangsættelse af en række tværsektorielle indsatser. Eksempelvis er alle kommuner og hospitaler forpligtet til at implementere Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS). Kernen i denne løsning er TOBS-scoreskemaet, der skal anvendes, men en række andre elementer er åbne for lokal tilpasning.

Referencer:

- Bendix H. W., Jensen K. E. og Astrup P. W., 2015: *Spredning af velfærdsløsninger = merværdi*. 1 edn. København: Gyldendal Business Single.
- Region Midtjylland, Regionshuset Viborg, Sundhedsplanlægning, 2016: [Model for spredning – spredning af tværsektorielle indsatser under sundhedsaftalen](#).

