

## Bilag 1 – Planlægning og gennemførelse af tiltag til kvalitetsforbedring

Kvalitetsforbedringstiltag handler dybest set om at gøre sig klart, hvad man ønsker, at der skal ske, og hvordan man vil få det til at ske. Når der er tale om enkle forbedringstiltag i små klinikker, vil det ofte virke indlysende. Alligevel kan det betale sig at tale tiltaget systematisk igennem i teamet. Et formål er at sikre, at alle har samme opfattelse af, hvem, der gør hvad, hvornår og hvordan. Man bør også samtidigt drøfte tiltaget igennem ud fra Plan-Do-Study-Act (PDSA) modellen på den måde, vi beskriver nedenfor. Det kan gøres hurtigt eller mere dybtgående, alt efter situationen.

PDSA-konceptet er simpelt at forstå. Når der skal gennemføres simple tiltag i små klinikker, er det også let at bruge i praksis, men i større organisationer og med komplekse forandringer er det mere krævende at bruge konceptet, så man får mest muligt ud af det. I det efterfølgende vil vi give en kortfattet oversigt over, hvad det er vigtigt at tage højde for. Det er selvsagt ikke muligt at give en fyldestgørende vejledning om planlægning og gennemførelse af komplekse forbedringstiltag i store organisationer i et bilag som dette, især ikke, når det gælder den sociale del af interventionen (pkt. 2e nedenfor), men vi giver til sidst referencer til, hvor I kan læse mere om det.

Selv om ideen med PDSA-tænkningen er, at man ikke kun bruger tænkning, men også testning i lille skala, til at finde den rette løsning, skal man alligevel ikke gå alt for let hen over plan-fasen.

Man skal gøre sig klart, hvad tiltaget er. Fx er det vigtige ved indførelse af en kirurgisk tjekliste ikke at få alle til at udfylde et skema; effekten kommer først, når der sker en ændring i teamkulturen, som tjeklisten skal understøtte, men ikke i sig selv får til at ske.

Der er forskel på at finde ny teknisk løsning og på at sprede en løsning, fx en "pakke", som teknisk set vides at virke. I det første tilfælde drejer det sig om at afprøve og justere det, man gør. I det andet tilfælde handler det om at finde og overvinde de barrierer, der gør det svært at få det til at ske.

**I Plan-fasen** er det vigtigt at få klarhed over følgende:

1. Er vi enige om, hvad det er, vi ønsker at opnå - hvor er vi nu, og hvor ønsker vi at være - hvad skal ændres?
2. Hvor sikre er vi på, at ændringen i en arbejdsgang vil føre til den ønskede forbedring af resultatet?
3. Er vi enige om, hvad problemet er? Og hvorfor er vi der ikke allerede?
  - a. Mangler viden/træning/udstyr?
  - b. Bliver det glemt eller overset? Kan strukturerede skemaer, tjeklister, pop-ud-vinduer eller laminerede action cards fx hjælpe?
  - c. Er der problemer i samspillet mellem menneske og udstyr - risiko for fejlbetjening, besværlig betjening? Den type af problemer kan det være svært at gøre noget ved. At ændre eller udskifte uhensigtsmæssigt udstyr er ikke altid muligt i praksis. Men hvis alle involverede er bevidste om en risiko, kan det alligevel gøre en forskel.
  - d. Er det besværligt/tidskrævende? Kolliderer det med andre arbejdsgange?
  - e. Er der træghed eller decideret ubevidst eller bevidst modstand mod forandringen?
4. Er vi enige om, hvordan vi vil følge op på, om tiltaget virker?

Diskussionen under pkt. 3 sikrer, at man vælger tiltag, der faktisk har en chance for at løse problemet. I skal være meget opmærksomme på ikke kun at se på de tekniske aspekter af tiltaget. Problemer af typen 3d (se

ovenfor) kan have stor betydning for, om en forbedring kan gennemføres, og ved komplekse forandringer i store organisationer kan punkt 3e være det, der kræver den største indsats. At få mennesker til at ændre deres vaner og opfattelser er ikke nødvendigvis let.

Man skal også beslutte, om man vil køre en kort og hurtig cyklus først. Det kan man vælge at gøre, hvis der er dele af tiltaget, som man er usikker på, og som man gerne vil kunne justere hurtigt på grundlag af praktiske erfaringer. Det kan også gøres, hvis man gerne vil have mulighed for at blive klogere på, hvor vanskelighederne og barriererne ligger, og så justere tiltaget efter dette.

To værktøjer, der kan bruges i denne fase:

- Fiskebensdiagram, som hjælper med at huske, at man kommer omkring alle de forhold, der har betydning for, hvordan resultatet bliver.  
[Læs mere om fiskebensdiagrammer og se eksempler her.](#)
- Driverdiagram, som hjælper til at forklare, hvordan man forventer, at de tiltag, man har planlagt, vil føre til det ønskede resultat.  
[Læs mere om driverdiagrammer og se eksempler her.](#)

**I Do-fasen** afprøver man den løsning, man har fundet frem til i Plan-fasen, og indsamler data, som kan belyse, om man opnåede det, man ønskede.

**I Study-fasen** skal man spørge sig selv

- Opnåede vi det, vi ønskede?
- Hvis nej, var det så fordi vi ikke gjorde det, vi havde tænkt os at gøre?
- Eller var det fordi, det ikke virkede på den måde, vi havde forestillet os, det ville virke?

Når I har svaret på dette, er I klar til at gå videre til **Act-fasen** og beslutte, om I har opnået det, I ønskede, eller om der er brug for endnu en runde med PDSA-cirklen.

## Referencer

Nogle udvalgte håndbøger/lærebøger:

1. RKKP. Håndbog i klinisk kvalitetsforbedring. <https://www.rkkp.dk/kvalitetshandbog/>
2. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide. A practical approach to enhancing organizational performance. 2<sup>nd</sup> Edition, 2009

Nogle publikationer, som kan give et interessant perspektiv på kvalitetsudviklingsarbejdet:

3. Reed JE, Card AJ. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual Safety* 2016; 25: 147-152
4. Dixon-Woods M. How to improve healthcare improvement. *BMJ* 2019; 367: I5514
5. Horton T, Illingworth J, Warburton W. The spread challenge. How to support the successful uptake of innovations and improvements in health care. Health Foundation 2019
6. Dixon-Woods M, Bosk CL, Aveling EL, Goeschel CA, Pronovost PJ. Explaining Michigan: Developing an Ex Post Theory of a Quality Improvement Program. *Milbank Quarterly* 2011; 89: 167-205