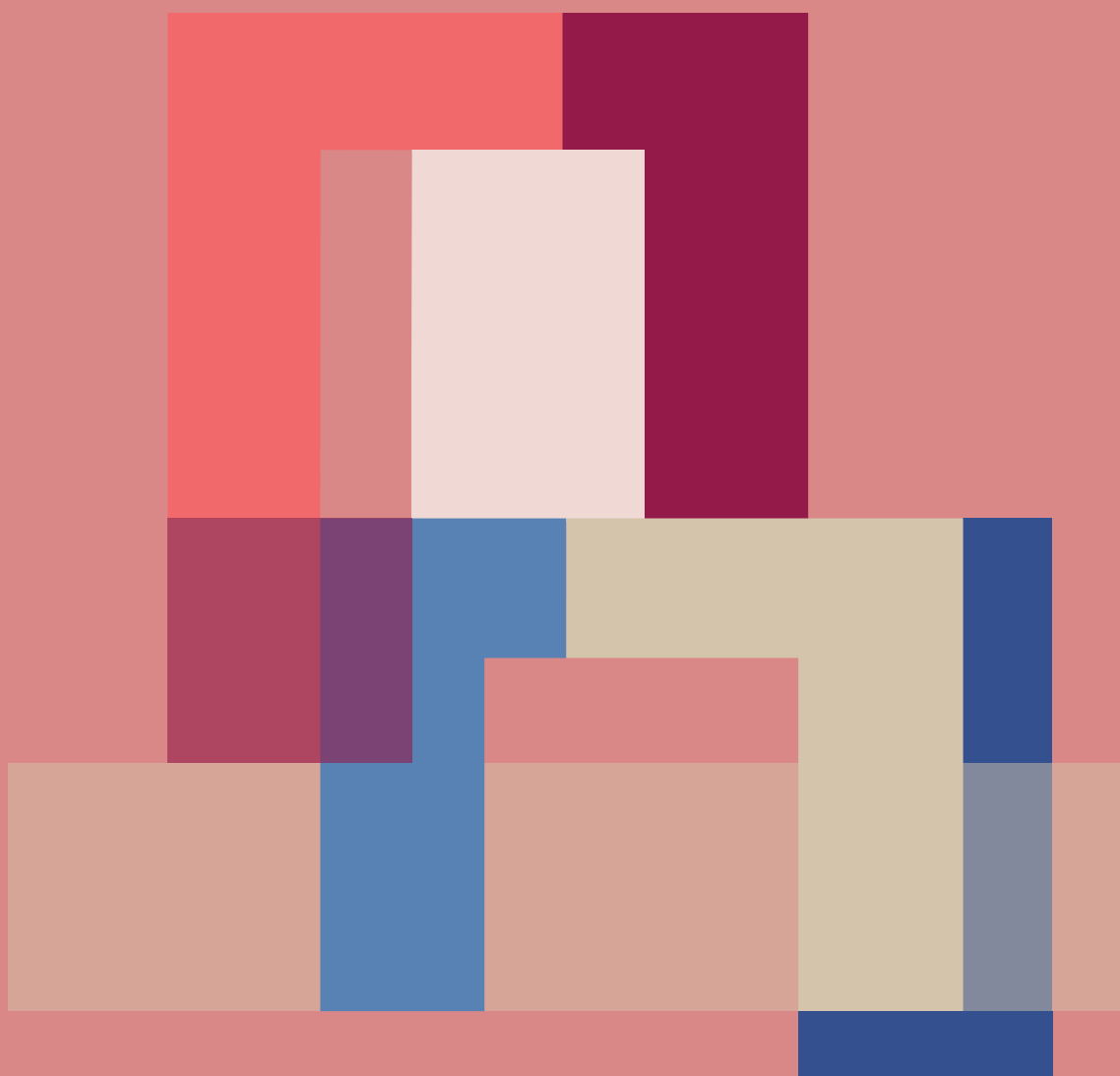


Kvalitetsguiden

Begreber, metoder og værktøjer
til kvalitetsudvikling på tværs
af sundhedsvæsenet



DANSK SELSKAB
FOR KVALITET
I SUNDHEDSSEKTOREN

Forord

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS) arbejder for at fremme kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Igennem de senere år har vi erkendt, at der er et stort og uudnyttet potentiale i, at kommuner, praksissektor og hospitaler arbejder mere sammen om at sikre patienterne høj og ensartet kvalitet i hele forløbet. For at kunne samarbejde har vi blandt andet brug for et fælles sprog og en fælles metodisk tilgang. Derfor har vi taget initiativ til Kvalitetsguiden, der er en videreudvikling af Kvalitetshåndbogen, som DSKS første gang udgav i 2003, og som siden er blevet udbygget ad flere omgange.

Guiden er således den første af sin slags: Et fælles opslagsværk med de mest anvendte og anerkendte metoder til kvalitetsudvikling, som henvender sig til hele sundhedsvæsenet. Ambitionen er, at den skal understøtte samarbejde og videndeling om kvalitetsudvikling mellem alle sundhedsvæsenets aktører med borgere og patienter som omdrejningspunkt. I alle opslag fremgår derfor, hvilken rolle borgere og patienter spiller i forhold til de begreber, metoder og værktøjer, der er beskrevet. Kvalitetsguiden bygger desuden på en forståelse af, at kvalitetsudvikling er en integreret del af det daglige arbejde: Alle i sundhedsvæsenet går på arbejde for at bidrage til, at patienter og borgere opnår det bedst mulige helbred og livskvalitet. Set i det lys er kvalitetsudvikling ikke noget, vi gør 'ved siden af', men noget der er indlejret i den sundhedsfaglige kerneydelse.

Guiden henvender sig til alle sundhedsprofessionelle, der arbejder med kvalitetsudvikling helt tæt på borgere og patienter – læger, sygeplejersker, jordemødre, terapeuter, SOSU-assistenten med flere – og især dem, for hvem kvalitetsarbejdet er nyt. Den giver en let indføring til en verden af begreber, metoder og værktøjer, som man kan bruge til det løbende arbejde med at udvikle kvaliteten, uanset om man har sin daglige gang i en kommune, i almen praksis eller på et hospital.

Opgaven med at skabe en ramme og et indhold, der er relevant på tværs af sundhedsvæsenet, har en redaktionsgruppe bestående af i alt 17 personer med indgående viden om og erfaring med kvalitetsudvikling i de forskellige dele af sundhedsvæsenet spillet en helt central rolle i. Gruppen har sammen kvalificeret formålet med guiden, præciseret målgruppen samt prioriteret og kategoriseret opslagene. De 26 opslag, som indgår i guidens første udgave, er udarbejdet og gennemgået af eksperter på området, der som forfattere og bedømmere har lagt et stort arbejde i at skrive og opnå konsensus om indholdet. Og endelig har Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet [ViBIS] faciliteret og styret de mange processer, sikret bred involvering samt fastholdt fokus på patienterne. Fra DSKS lyder hermed en stor tak til jer alle for indsatsen og samarbejdet!

Undervejs i processen har vi i DSKS også haft dialog med nøgleinteressenter omkring kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. Vi ved, at det overblik Kvalitetsguiden giver – og ikke mindst den dialog, som den bygger på – er efterspurgt og ventet. Vi forventer derfor, at Kvalitetsguiden bliver et vigtigt redskab i det konkrete kvalitetsarbejde, men også at den kommer til at bidrage til en fælles kultur og retning for kvalitetsarbejdet på tværs af sektorer.

For at markere denne første version er den trykt på papir. Den findes dog også på www.kvalitetsguiden.dk, hvor den nyeste og mere interaktive version af guiden fremover vil være at finde.

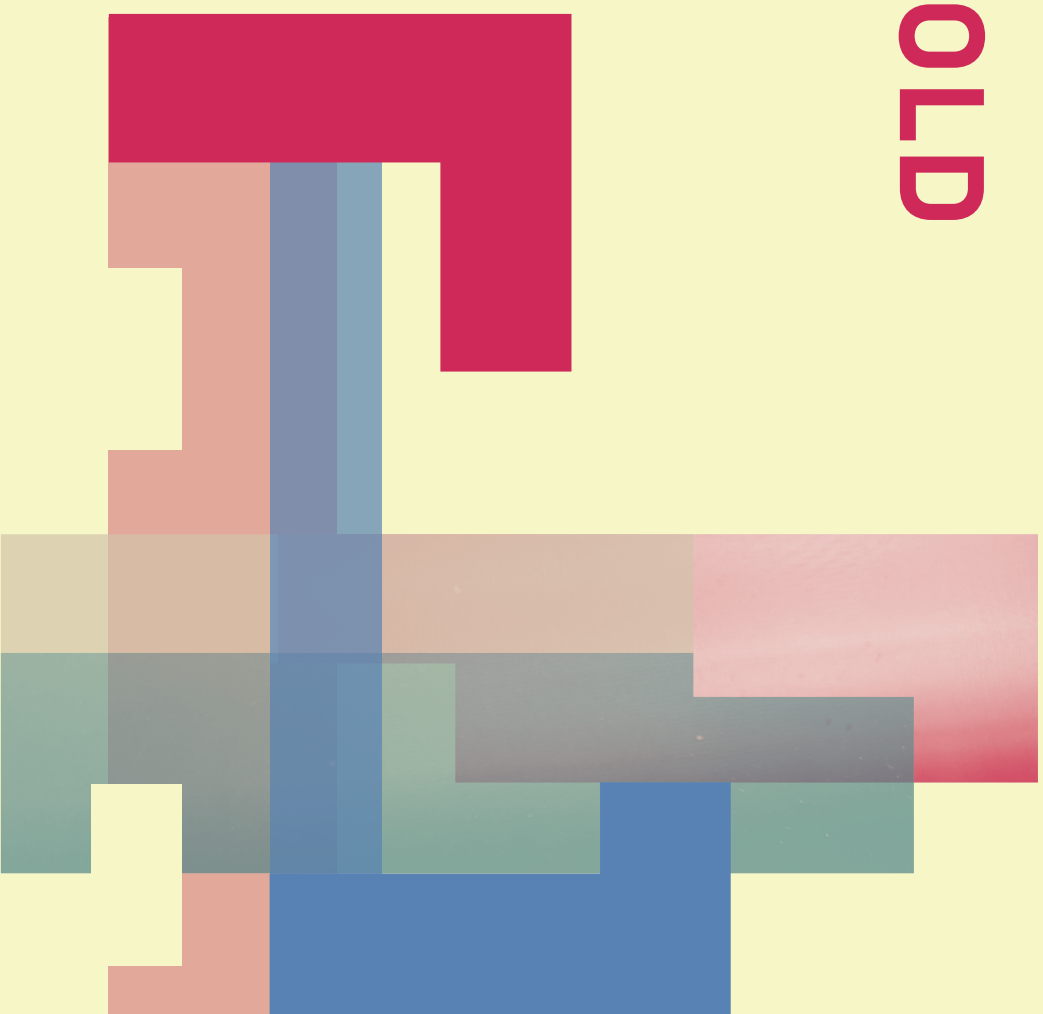
Vi ser frem til videre drøftelse af, hvordan Kvalitetsguiden kan bringes i spil i den aktuelle udvikling af sundhedsvæsenet, herunder hvordan den bedst kan understøtte arbejdet i både eksisterende og fremtidige strukturer og kvalitetsudviklingsindsatser.

Lad os sammen sikre patienterne den allerbedste kvalitet i sundhedsvæsenet!

Louise Rabøl
Formand for DSKS 2022–

Henriette Lipczak
Formand for DSKS 2018–2022

INDHOLD



6	Læsevejledning	64	VÆRKTØJER
8	Undskyld, hvad kaldte du det?	66	Driverdiagram
10	Mød Kvalitetsguidens redaktionsgruppe	70	Handleplaner
12	BEGREBER	73	Kliniske retningslinjer
14	Kvalitet	76	Patientforløbsbeskrivelser
16	Indikator	79	PDSA-cirkel
18	Individuel brugerinddragelse	83	Prioriteringsmatrix
20	Klinisk kvalitetsdatabase	86	Tavlemøder og forbedringstavle
22	Kvalitetsstandard	89	Ordbog
24	Organisatorisk brugerinddragelse	93	Bag om Kvalitetsguiden
26	Patientrapporterede oplysninger		
28	Patientsikkerhed		
30	Patienttilfredshed		
32	Utsigtet hændelse [UTH]		
34	METODER		
36	Audit		
39	Brugerundersøgelser		
42	Forbedringsmodellen		
45	Fælles beslutningstagning		
48	Kerneårsagsanalyse (KÅA)		
51	Læringsnetværk og -fællesskaber		
54	Paretoanalyse		
58	Skyggemetoden		
61	Statistisk processtyring [SPC]		

Læsevejledning

Kvalitetsguiden er et opslagsværk med korte og konkrete beskrivelser af de mest anerkendte og anvendte begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen.

Hvem er guiden skrevet til?

Guiden henvender sig bredt til sundhedspersoner, der har eller overvejer at få opgaver inden for kvalitetsudvikling, og som ikke har et stort forhåndskendskab til feltet.

Hvad finder jeg i guiden?

Der er i alt 26 opslag i guidens første version – fordelt på tre kategorier: begreber, metoder og værktøjer til kvalitet.

BEGREBER

Begreber er logikker og koncepter, som arbejdet med kvalitet ofte trækker på eller henviser til. De kan være generelle og anvendes flere steder i kvalitetsarbejdet – eller være knyttet til en konkret metode eller et værktøj.

Når man læser om begreberne, får man en grundforståelse af en række koncepter og tænke-måder, der hver især er centrale i arbejdet med kvalitet.

METODER

Metoder er systematiske måder, man kan udføre kvalitetsarbejde på. Brug af metoder gør det muligt at gentage de samme handlinger flere gange med samme resultat.

Når man læser om metoderne, får man ideer til, hvordan man kan forstå og tilrettelægge kvalitetsopgaver.

VÆRKTØJER

Værktøjer er konkrete midler, man kan tage i brug for at løse en specifik kvalitetsopgave. Værktøjer kan enten være digitale (for eksempel et program) eller fysiske (for eksempel en tavle eller et stykke papir).

Når man læser om værktøjerne, får man handlingsanvisende beskrivelser af, hvordan man kan arbejde med en specifik måling eller metode til kvalitet.

Opslagene er bygget op på samme måde. Dog er der enkelte overskrifter, som kun findes i opslag om metoder og værktøjer – og ikke opslag om begreber. Det, man kan læse om i de enkelte opslag, er:

- **Definition.** En beskrivelse og afgrænsning af det begreb, den metode eller det værktøj, opslaget handler om.
- **Formål og anvendelse.** En beskrivelse af, hvad man kan opnå ved at bruge begrebet, metoden eller værktøjet – samt hvordan og hvor i sundhedsvæsenet disse kan anvendes.
- **Styrker og begrænsninger.** En beskrivelse af, hvad metoden eller værktøjet kan bruges til, og hvilke faldgruber man bør være opmærksom på.

- **Relevans i kvalitetsarbejde.** En gennemgang af, hvilke typer opgaver i kvalitetsarbejdet, som begrebet, værktøjet eller metoden indgår i, samt hvorvidt det er strukturen, processerne eller resultaterne af sundhedsydelser, der er fokus på i anvendelsen. Desuden en redegørelse for hvilket perspektiv på kvalitet – faglig, patientoplevet eller organisatorisk – der er i spil.
- **Vidensgrundlag.** En redegørelse for, hvilken type viden der ligger til grund for metoden eller værktøjet.
- **Viden om brugernes rolle.** En beskrivelse af, hvilken rolle brugerne af sundhedsvæsenet – patienter og pårørende – spiller i anvendelsen af begrebet, metoden eller værktøjet. I enkelte opslag er brugerne dog så centrale for indholdet, at et specifikt afsnit herom er fravalgt.
- **Læs mere.** Anvisninger til, hvor man kan finde mere brugbar viden om begrebet, metoden eller værktøjet. I enkelte opslag har forfatter og bedømmer ikke haft kendskab til relevante kilder, og afsnittet er derfor taget ud.

For at styrke læserens fornemmelse af, hvordan kvalitetsarbejdets forskellige begreber, metoder og værktøjer hænger sammen, er det undervejs i opslagene markeret med en * og farvet skrift, når der nævnes et **begreb**, en **metode** eller et **værktøj**, som er beskrevet i et andet opslag i guiden. Derudover er der tilføjet korte forklaringer i marginen, når der nævnes fagudtryk, som ikke er en del af dagligdagssproget – og som heller ikke har sit eget opslag i guiden. Disse ord er markeret med ** i opslagene. En samlet ordbog med alle "marginforklaringer" findes til sidst i guiden.

Hvem har skrevet opslagene?

Opslagene er skrevet af sundhedspersoner med særlig indsigt i og erfaring med det beskrevne. Derudover er hvert opslag blevet fagfællebedømt, og forfatter og bedømmer har herefter i fællesskab vedtaget ordlyden af den endelige tekst – samt godkendt teksten efter redigering.

Efter fagfællebedømmelse er alle tekster redigeret med henblik på at øge læsbarheden og skabe forbindelser mellem de enkelte opslag.

Hvordan er guiden blevet til?

På de sidste sider i afsnittet 'Bag om Kvalitetsguiden' er det beskrevet, hvordan guiden er blevet til. Her kan man også læse om redaktionsgruppen, der har spillet en helt central rolle i Kvalitetsguidens tilblivelse.

Undskyld, hvad kaldte du det?

På tværs af sundhedsvæsenet arbejder sygeplejersker, kvalitetskonsulenter, SOSU-assistenten, læger og mange andre sundhedspersoner hver dag med at udvikle og fastholde en høj kvalitet af de ydelser, patienterne tilbydes. Målet er det samme – men rammer, organisering og betingelser varierer, særligt mellem de forskellige sektorer. Det samme gør de ord og begreber, som bruges til at tale om kvalitetsarbejdet.

I ordskyen på næste side findes nogle af de mest anvendte kvalitetsord, som er forskellige – men samtidig er nært beslægtede, fordi de enten helt eller delvist beskriver det samme fænomen. Af hensyn til læsevenligheden er enkelte af disse ord og begreber i redigeringsprocessen blevet ensrettet på tværs af opslagene. Disse ord er markeret med en fremhævningsmarkering.

KOMMUNER
PRIVATPRAKTISERENDE
SPECIALLÆGER
ALMEN PRAKSIS
PRIMAERSEKTOREN
DET PRIMÆRE SUNDHEDSVÆSEN
PRAKSISSEKTOREN
SUNDHEDSVÆSEN
SUNDHEDSSYSTEM
SUNDHEDSSEKTOR

KLINIK
AFDELING
ENHED

KLINIKERE
PRAKTIKERE
SUNDHEDSPROFESSIONELLE

HOSPITALSSEKTOREN
DET SEKUNDÆRE SUNDHEDSVÆSEN
HOSPITALSVÆSENET
SYGEHUSSEKTOREN
SYGEHUSVÆSENET
HOSPITALER
SEKUNDÆRSEKTOREN
SYGEHUSE
BORGER
PÅRØRENDE
BRUGER
PATIENT

SUNDHEDSPERSONALE
PERSONALET
SUNDHEDSPERSONER
KVALITETSUDVIKLING
FORBEDRINGSARBEJDE

Mød Kvalitetsguidens redaktionsgruppe

17 personer har tilsammen udgjort Kvalitetsguidens redaktionsgruppe og spillet en helt central rolle i udviklingen af koncept og udvælgelsen af indhold for Kvalitetsguiden. Redaktionsgruppen har under hele udarbejdelsen af første version fortalt, diskuteret, lyttet og fundet fælles løsninger med det mål for øje at skabe en guide til kvalitetsudvikling, som kan bruges på tværs af sundhedsvæsenet. Gruppens arbejde er beskrevet nærmere i afsnittet 'Bag om Kvalitetsguiden', som findes sidst i publikationen.

Medlemmer af Kvalitetsguidens redaktionsgruppe

BETTINA RAVNBORG THUDE

Forsker og chefkonsulent i tværsektorielt samarbejde
Sønderborg Kommune og Region Syddanmark

CAMILLA PALMHØJ NIELSEN

Forskningschef i DEFACTUM, Region Midtjylland

CHARLOTTE LAUBEK

Ph.d.-studerende på Institut for Kultur og Læring, Aalborg
Universitet og strategisk konsulent i Aalborg Kommune

ELIN KALLESTRUP

Kvalitetschef i Sundhed og Omsorg, Aarhus Kommune

GITTE SAND RASMUSSEN

Vicekontorchef og leder af Nord-KAP, Region Nordjylland

HANNE JØRSBOE

Overlæge på Nykøbing Falster Sygehus, Region Sjælland

HEIDI MORTENSEN

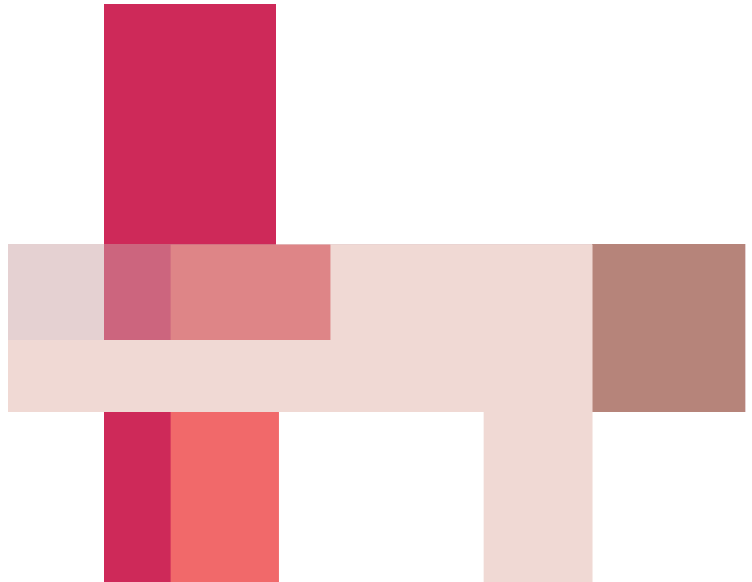
Sekretariatsleder i KAP-S, Region Sjælland

JACOB ANHØJ

Overlæge på Rigshospitalet, Region Hovedstaden

JEANETTE HJERMIND

Leder af Sophienborg Plejehjem i Hillerød Kommune



KAREN BERNTSEN

Kvalitetskonsulent på Aarhus Universitetshospital,
Region Midtjylland

KATRINE ABILDTRUP NIELSEN

Afdelingsleder i Regionernes Kliniske
Kvalitetsudviklingsprogram

LOUISE RABØL

Ledende overlæge på Sjællands Universitetshospital

MARTIN E. BOMMERSHOLDT

Luftfartsinspektør i Trafikstyrelsen

RIKKE GUT

Chefkonsulent i Center for Patientinddragelse,
Region Hovedstaden

RIKKE VON BENZON HOLLESEN

Chefkonsulent i Dansk Selskab for Patientsikkerhed

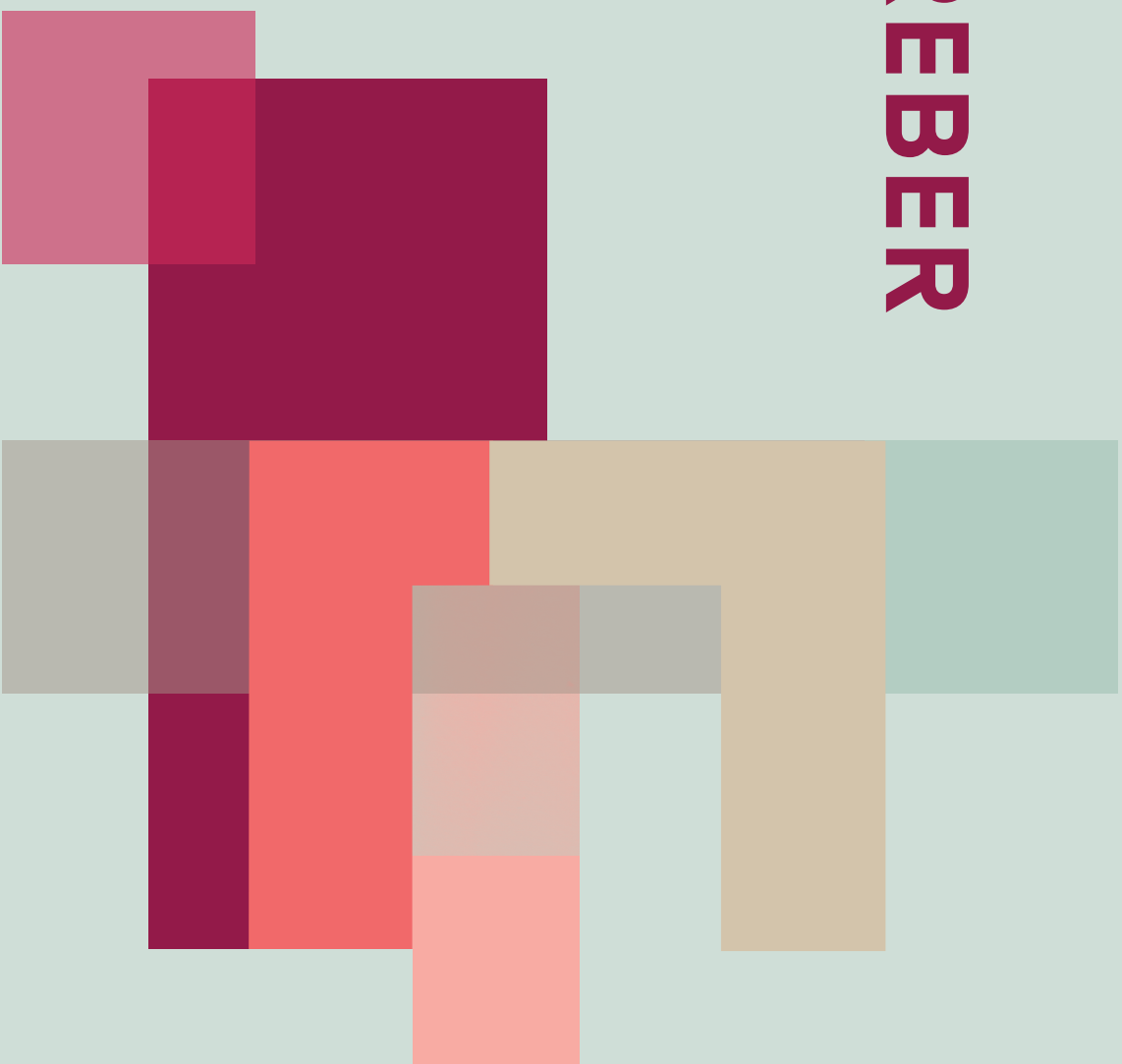
SARAH CECILIE TSCHERNING (BRUGERPERSPEKTIV)

Ph.d.-studerende på Institut for Folkesundhed,
Aarhus Universitet

SØREN VALGREEN KNUDSEN

Læge og sociolog på Danish Center for Clinical Health
Service Research, Aalborg Universitet

BEGREBER



BEGREBER

- Kvalitet
- Indikator
- Individuel brugerinddragelse
- Klinisk kvalitetsdatabase
- Kvalitetsstandard
- Organisatorisk brugerinddragelse
- Patientrapporterede oplysninger
- Patientsikkerhed
- Patienttilfredshed
- Utsigtet hændelse (UTH)

Kvalitet

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Quality

Definition

Kvalitet i sundhedsvæsenet defineres som graden, hvormed sundhedsydelser øger sandsynligheden for at opnå det ønskede helbredsresultat for patienten eller befolkningen samt afspejler den bedste og nyeste evidens.

Kvalitet i sundhedsvæsenet beskrives og måles på syv dimensioner, der afspejler hvorvidt sundhedsvæsenet er:

- **Effektivt:** Yder evidensbaseret behandling til dem, der har brug for det.
- **Patientsikkert:** Forhindrer, at patienter påføres skade som følge af sundhedsvæsenets indsats eller mangel på samme.
- **Patientcentreret:** Sikrer, at beslutninger afspejler patientens værdier og præferencer, og at forløbet er organiseret med afsæt i patientens behov.
- **Rettidigt:** Er uden ikke-faglig begrundet ventetid og skadelige forsinkelser.
- **Lige og retfærdigt:** Sikrer samme behandlingskvalitet, uanset alder, køn, etnicitet, geografi, socioøkonomi, sprog med mere.
- **Omkostningseffektivt:** Skaber højst mulig værdi for patienten for tilgængelige ressourcer og uden spild
- **Integreret:** Sikrer sammenhængende forløb koordineret på tværs af sektorer, behandlere og i hele patientens livscyklus.

Kvaliteten i sundhedsvæsenet kan også beskrives ud fra forskellige perspektiver, der hver især bidrager med forskellige typer viden omkring de syv dimensioner af kvalitet:

- **Sundhedsfaglig kvalitet (også kaldet klinisk)**, som har fokus på de sundhedsfaglige kerneydelser og resultaterne heraf.
- **Patientoplevelt kvalitet (også kaldet borger- eller brugeroplevelt)**, som har fokus på personlige forventninger, vurderinger og oplevelser.
- **Organisatorisk kvalitet (også kaldet politisk eller administrativ)**, som har fokus på rammer, organisering og ressourcer, herunder sundhedsøkonomi.

De syv dimensioner af kvalitet kan således måles på flere måder. Rettidighed fra et sundhedsfagligt perspektiv vil for eksempel handle om, hvorvidt behandlingen er gennemført optimalt i forhold til faglige anbefalinger om, hvornår man skal behandles og i hvilken rækkefølge. Fra et patientperspektiv vil det være et spørgsmål om, hvorvidt patienten har oplevet, at ventetiden var rimelig og gav mening i forhold til det, patienten vidste og forventede af behandlingen. Mens man fra et organisatorisk perspektiv ville være optaget af, at forløbet er velplanlagt og koordineret uden overlappende funktioner og ventetid for/mellem de involverede faggrupper indenfor og på tværs af sektorer.

Hvornår bruges begrebet?

Det er relevant at beskrive karakteren af sundhedsydelser gennem hele patientforløbet, herunder i forebyggelse, udredning/diagnostik, behandling, pleje, rehabilitering og palliation. Begrebet kvalitet finder primært anvendelse som samlebetegnelse og til en generel karakteristik af sundhedsvæsenets ydelser og resultater. I arbejdet med kvalitet – måling, vurdering og udvikling – vil det ofte være nødvendigt med en mere præcis beskrivelse af det element, der arbejdes med, for eksempel med afsæt i de syv dimensioner og forskellige perspektiver beskrevet ovenfor.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med kvalitet?

Begrebet kvalitet udgør basis for alle metoder og værktøjer, der bruges til kvalitetssikring og kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Begrebet kvalitet anvendes overalt i sundhedsvæsenet, både i de enkelte sektorer (hospitaler, kommuner og praksissektoren) og i kvalitetssamarbejde mellem sektorer. En fælles forståelse af begrebet kvalitet – herunder de forskellige egenskaber og perspektiver – er afgørende for at kunne arbejde med fælles, tværfaglige indsatser målrettet sikring og udvikling af kvaliteten i hele patientens forløb på tværs af sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i forhold til kvalitet?

Brugerperspektivet er helt centralt i arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet, idet sundhedsvæsenet er til for brugerne. Det afspejles direkte i flere af de centrale dimensioner i kvalitetsbegrebet. God kvalitet er blandt andet kendetegnet ved at være patientcentreret og patientsikkert samt ved at have fokus på lighed.

LÆS MERE OM KVALITET HER

NYTTIGE LINKS

- Sundhedsloven, kapitel 1 §2 og §4 og kapitel 58 §193 på retsinformation.dk
- Det Nationale Kvalitetsprogram, Sundhedsministeriet på sum.dk
- Klinisk kvalitetsudvikling og indikatorsæt i RKKP's kliniske kvalitetsdatabaser – Vejledende principper for indikatorsæt i RKKP, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) på rkkp.dk
- Quality Health Services, World Health Organization (WHO) på who.int
- Understanding Quality Measurement, Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) på ahrq.gov

Indikator

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Indicator; Clinical indicator; Performance measure; Outcome measure

Definition

En indikator er en variabel (et fænomen, der kan variere), der kan måles - og som anvendes i overvågning eller evaluering af kvalitet. Indikatorer angives ofte som talværdier, men kan også måles på en kategorisk skala, for eksempel med svarkategorierne "sand" og "falsk", eller svarkategorier der går fra "helt enig" til "helt uenig".

Man skelner mellem forskellige typer af indikatorer, blandt andet:

- **Strukturindikatorer**, der beskriver de ressourcer og rammer, som er forudsætningen for behandlingen (for eksempel andelen af speciallæger i afdelingen).
- **Procesindikatorer**, der belyser aktiviteter i patientforløbet (for eksempel andel patienter behandlet i overensstemmelse med **kliniske retningslinjer***).
- **Resultatindikatorer**, der reflekterer patientens helbredsgevinst ved behandlingen (for eksempel funktionsniveau).

Hvornår bruges begrebet?

Når man måler kvalitet, vælger man en eller flere indikatorer, man vil måle kvaliteten på. I udviklingen af indikatorer defineres, i hvilken grad en indikator skal være opfyldt for at kunne betragtes som tilfredsstillende. Dette kaldes en **kvalitetsstandard***.

Indikatorer bør være evidensbaserede.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med indikatorer?

Man anvender blandt andet indikatorer i regi af de **kliniske kvalitetsdatabaser*** til at monitorere kvalitet.

De indgår også som grundelement i **Forbedringsmodellen***, hvor man søger at afklare, om en forandring har medført en forbedring.

Indikatormålinger bør fortolkes med egnede statistiske metoder, for eksempel **statistisk processtyring***. De kan suppleres med kvalitative metoder som **audit***, der kan øge indsigten i, hvorfor målingerne falder ud, som de gør.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Indikatorer indgår i kvalitetsmåling og -monitorering.

Afhængig af indikatorvalg kan man belyse kvaliteten i struktur, proces og resultat af sundhedsvæsenets ydelser.

Perspektivet har traditionelt været sundhedsfagligt, men patientoplevet kvalitet og organisatorisk kvalitet kan også belyses ved brug af indikatorer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Indikatorer anvendes som led i kvalitetsmåling og -monitorering i alle sundhedsvæsenets sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektoren) og på tværs af sektorer, for eksempel i Det Nationale Kvalitetsprogram**.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i forhold til indikatorer?

Udvikling af indikatorer og tilhørende standarder (læs mere under [kvalitetsstandarder*](#)) bør foregå efter en struktureret udviklingsproces. Typisk ned sætter man en indikatorgruppe, som skal vælge og beskrive indikatorer og standarder ud fra et bestemt fokusområde, og man kan inddrage patienter og pårørende i processen på organisatorisk niveau (læs mere under [organisatorisk brugerinddragelse*](#)).

**** Det Nationale Kvalitetsprogram** er et tværsektorielt program, som består af otte nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet, lærings- og kvalitetsteams (LKT) og et nationalt ledelsesprogram. Inden for hvert af de otte mål er der nogle indikatorer, som konkretiserer målet.

LÆS MERE OM INDIKATORER HER

BØGER

- **Kvalitet og Patientsikkerhed.** Mainz og Johnsen [2022]. Munksgaard.
- **Basal kvalitetsudvikling.** Mainz [2017]. Munksgaard.
- **Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber.** Anhøj [2015]. Munksgaard.

Individuel brugerinddragelse

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Patient- og borgerinddragelse; Pårørendeinddragelse; Patientinvolvering
EN: User/patient involvement; User/patient engagement; User/patient participation; Patient centered care

Definition

Individuel brugerinddragelse er en betegnelse for, at brugeren gives indflydelse på sit eget forløb i sundhedsvæsenet ud fra sin individuelle viden, præferencer og ressourcer. Det gøres gennem dialog, beslutninger om behandling og pleje og/eller tilrettelæggelse af aktiviteter.

Brugere af sundhedsvæsenet er patienter – herunder modtagere af kommunale sundhedsydelser, ofte kaldet borgere – og pårørende.

Der er tale om individuel brugerinddragelse, hvis en indsats i den sundhedsfaglige praksis lever op til disse tre kriterier:

- At den sundhedsprofessionelle forbedrer brugerens vilkår og ressourcer til at være inddraget (rammer).
- At den sundhedsprofessionelle er systematisk i dialog med brugeren om dennes viden, præferencer og ressourcer (proces).
- At den sundhedsprofessionelle respekterer og omsætter brugerens viden, præferencer og ressourcer til handling (anvendelse).

Hvornår bruges begrebet?

Individuel brugerinddragelse anvendes om processer og metoder i den sundhedsfaglige praksis, hvor sundhedspersoner aktivt, systematisk og i samarbejde med brugeren afdækker og anvender brugerens viden, præferencer og ressourcer. Formålet med dette er at forbedre og målrette behandling, pleje og rehabilitering til den enkelte bruger.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med individuel brugerinddragelse?

Der findes en række metoder og værktøjer til at inddrage brugere i deres eget forløb. Den mest anvendte og dokumenterede metode er [fælles beslutningstagning](#)^{*}.

Brugerstyret behandling^{**} og brugerinddragende dialog^{**} er eksempler på andre metoder, hvor patienten har indflydelse på planlægning og udførelse af behandling og forløb.

**** Ved brugerstyret behandling** beslutter patienten i samråd med den sundhedsprofessionelle, hvornår i behandlingsforløbet kontrolbesøg og indlæggelser skal ligge. Det kan også omfatte andre opgaver, som patienten selv kan og vil varetage.

**** Den brugerinddragende dialog** er et dialogstøtteredskab, der hjælper sundhedsprofessionelle med at forberede på en ligeværdig måde.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Individuel inddragelse handler om at udvikle kvaliteten af den sundhedsfaglige praksis i det enkelte forløb.

Individuel inddragelse har til formål at forbedre resultaterne af sundhedsydelserne, og det sker ved at ændre processerne og strukturen, så de imødekommer det, patienten ønsker og har behov for.

Det kan både have betydning for den patientoplevede kvalitet (brugerens oplevelse af at blive mødt i sundhedsvæsenet som et helt menneske) og den faglige kvalitet (behandling målrettet den enkelte bruger, herunder dennes viden, præferencer og ressourcer).

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Individuel inddragelse kan anvendes i den kliniske/sundhedsfaglige praksis i alle tre sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektoren). Det er mest eksplicit italesat og beskrevet i hospitalsregi.

Man arbejder med individuel inddragelse på forskellige måder i de tre sektorer, i og med at man varetager forskellige sundhedsopgaver de enkelte steder.

LÆS MERE OM INDIVIDUEL BRUGERINDDRAGELSE HER

NYTTIGE LINKS

- Inddragelse i eget forløb, Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet [ViBIS] på vibis.dk
- Center for Forskning i Patientinvolvering – ResCenPI på ph.au.dk
- Center for Fælles Beslutningstagning på cffb.dk
- Indikatorer for patientinddragelse og patientansvarlig læge (PAL), DEFACTUM, Region Midtjylland på defactum.dk

Klinisk kvalitetsdatabase

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Indberetning til RKKP

EN: Clinical registries

Definition

En klinisk kvalitetsdatabase er en samling af data om den sundhedsfaglige behandling af en afgrænset patientgruppe. Databasen bruges til at belyse kvaliteten af specifikke ydelser, der tilbydes denne gruppe.

Databaserne henter oplysninger fra centrale registre, elektroniske patient-journaler og/eller indberetningssystemer, hvor fagpersoner eller patienter registrerer oplysninger.

**** Datavalidering** er en proces, hvor man tjekker, om data ser ud som forventet. Formålet med validering er at sikre sig, at data er gyldige – og ikke rummer ukendte fejl eller mangler, som vil føre til forkerte fortolkninger og konklusioner.

Alle kliniske kvalitetsdatabaser udgiver en årsrapport med resultater og faglige kommentarer om kvalitetsudviklingen på de enkelte områder. De afrapporterer også løbende data til brug for kvalitetsudvikling og datavalidering** i de indberettende enheder.

Hvornår bruges begrebet?

Kliniske kvalitetsdatabaser er en fælles betegnelse for databaser, der indeholder oplysninger om patienters sygdom og forløb i sundhedsvæsenet, og som har til formål at forbedre kvaliteten af forløbene.

Det er Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), som er en tværregional netværksorganisation, der har ansvaret for drift og udvikling af alle databaserne. For hver klinisk kvalitetsdatabase er der nedsat en styregruppe af personer med faglig indsigt og involvering i det fagområde, databasen dækker. Styregruppen etablerer og vedligeholder databasens faglige indhold, ligesom de står for klinisk vurdering og fortolkning af resultaterne. Relevante faglige selskaber og patientforeninger udpeger repræsentanter til styregruppen.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med kliniske kvalitetsdatabaser?

I en klinisk kvalitetsdatabase følger man en række **indikatorer***, som belyser kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser. Udvælgelsen af indikatorer sker ud fra national faglig konsensus om, hvad der er god kvalitet i forskellige patientforløb skabt mellem sundhedsprofessionelle og patienter på baggrund af **kliniske retningslinjer*** og evidens på området.

Data fra databaserne anvendes til kvalitetsforbedring på lokalt og nationalt niveau, blandt andet i forbindelse med **audit***.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Opgørelser fra de kliniske kvalitetsdatabaser anvendes til monitorering af **indikatorer*** og kan dermed danne grundlag for kvalitetsmonitorering, -udvikling og -forbedring.

Indikatorerne omhandler både processer i og resultatet af sundhedsydelserne og i nogle tilfælde strukturen i sundhedsydelserne.

Kliniske kvalitetsdatabaser har fokus på faglig og patientoplevet kvalitet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

De fleste kliniske kvalitetsdatabaser omfatter processer, ydelser og resultater på hospitaler. En mindre, men voksende, andel af databaserne indeholder oplysninger fra og anvendes i praksissektoren og kommuner.

LÆS MERE OM KLINISKE KVALITETSDATABASER HER

NYTTIGE LINKS

- Kliniske Kvalitetsdatabaser, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) på rkkp.dk
- RKKP-indberetning på KOL og diabetes fra almen praksis, Praktiserende Lægers Organisation (PLO) på laeger.dk

BØGER

- **Kliniske databaser til overvågning af kvalitet.** Jørgensen m.fl. [2001]. I: Kvalitetsudvikling i Sundhedsvæsenet. Kjærgaard m.fl. [red.]. Munksgaard Danmark.
- **Kliniske retningslinjer og databaser.** Lipczak [2021]. I: Forskning, kvalitet og klinisk praksis – Grundbog for sundhedsprofessionelle. Jørgensen m.fl. [red.]. Munksgaard.
- **Indikatormonitorering.** Mainz m.fl. [2011]. I: Kvalitetsudvikling i praksis. Mainz m.fl. [red.]. Munksgaard.

Kvalitetsstandard

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Standard; Kvalitetsmål

EN: Threshold value

Definition

En kvalitetsstandard angiver det niveau af kvalitet, der stræbes efter i en konkret ydelse – eller den grænse, man sætter mellem det acceptable og uacceptable niveau, når man måler kvaliteten af en ydelse. Standarder danner således grundlag for vurdering og evaluering af kvalitet.

Den konkrete standard kan være formuleret kvantitativt eller kvalitativt. De fleste standarder er defineret på forhånd ud fra veldefinerede mål og betegnes eksplicitte standarder. Standarder, som ikke er formuleret på forhånd, betegnes implicitte standarder.

Standarder anvendes til målinger i en afgrænset tidsperiode og ressourceramme.

Hvornår bruges begrebet?

Når man skal vurdere og evaluere kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser, sker det på grundlag af standarder. Den konkrete måling foretages ved hjælp af en **indikator***.

Sundhedsprofessionelle kan fastlægge standarder, for eksempel ud fra **kliniske retningslinjer***, videnskabelig dokumentation eller faglig konsensus. Standarder kan desuden være fastlagt politisk på grundlag af love og bekendtgørelser, for eksempel udrednings- og behandlingsgarantier.

Anbefalinger i en **klinisk retningslinje*** eller lovkrav er eksempler på eksplicitte standarder.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med kvalitetsstandarder?

Begrebet anvendes ofte i relation til **audit***, der er den mest udbredte metode til kvalitetsvurdering.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Standarder indgår som grundelementer i kvalitetsvurderinger, -måling og -monitoring af både den sundhedsfaglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet. Standarder kan belyse kvaliteten i strukturen, processerne og resultatet af sundhedsydelserne.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Standarder anvendes i alle sundhedsvæsenets sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektor) og på tværs af sektorer.

På nationalt niveau er der for eksempel fastsat kvantitative standarder i de **kliniske kvalitetsdatabaser*** i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). I Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)** anvender man akkrediteringsstandarder, der beskriver organisatoriske forhold, som er vigtige for, at behandlingsstedet kan levere god kvalitet.

I kommunalt regi er kvalitetsstandarder nedskrevne og offentlige beskrivelser af, hvilken service kommunens borgere kan forvente på et givet område.

**** Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM)** er en national model for kvalitetsudvikling, hvor behandlingssteder i blandt andet kommuner og praksissektoren skal leve op til en række akkrediteringsstandarder.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i forhold til kvalitetsstandarder?

Udvikling af **indikatorer*** og tilhørende standarder bør foregå efter en struktureret udviklingsproces. Typisk nedsætter man en indikatorgruppe, som skal vælge og beskrive **indikatorer*** og standarder ud fra et bestemt fokusområde, og man kan inddrage patienter og pårørende i processen på organisatorisk niveau (læs mere under **organisatorisk brugerinddragelse***).

LÆS MERE OM KVALITETSSTANDARDE HER

NYTTIGE LINKS

- Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet på [IKAS.dk](https://ikas.dk)

BØGER

- Kvalitet og Patientsikkerhed. Mainz og Johnsen [2022]. Munksgaard.
- Basal kvalitetsudvikling. Mainz [2017]. Munksgaard.

Organisatorisk brugerinddragelse

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Brugerdeltagelse; Brugerinvolvering; Borger- og patientinddragelse;

Pårørendeinddragelse; Samskabelse

EN: User/patient/consumer involvement; User/patient/consumer engagement;

Patient and Public Involvement

Definition

Organisatorisk brugerinddragelse er, når man giver brugerne indflydelse på sundhedsvæsenet ved at anvende viden om brugerperspektivet og/eller samarbejde med brugerrepræsentanter i beslutnings- og udviklingsprocesser.

Brugere af sundhedsvæsenet er patienter og pårørende samt borgere, der modtager kommunale sundhedsydelser. Brugerrepræsentanter kan være brugere med egne erfaringer eller repræsentanter, der har særlig viden om grupper af brugere, for eksempel fra patientforeninger.

Der er tale om organisatorisk brugerinddragelse, hvis en indsats lever op til tre kriterier:

- At organisationen sikrer forudsætningerne for systematisk inddragelse af brugernes perspektiv [rammer].
- At organisationen sikrer indhentning af brugernes perspektiv med relevante metoder og gennem en transparent proces [proces].
- At organisationen sikrer, at konkrete indsatser og resultater afspejler brugernes perspektiv [anvendelse].

Hvornår bruges begrebet?

Organisatorisk inddragelse bruges om processer, hvor brugernes viden og perspektiver afdækkes og anvendes til at udvikle og forbedre sundhedsvæsenets indsatser. Brugere bidrager med viden om og perspektiver på, hvordan det er at være brugere af sundhedsvæsenets ydelser og livet med sygdom mere generelt.

Organisatorisk brugerinddragelse kan også være et led i forskningsprojekter og -strategier. Her er brugerne ikke forskningsobjekter, men aktive parter i forskningsprocesserne. De bidrager til at definere, analysere og forstå forskningen ud fra et brugerperspektiv.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med organisatorisk brugerinddragelse?

Organisatorisk brugerinddragelse kan ske via:

- Afdækning og anvendelse af viden om brugerperspektivet fra kvalitative og kvantitative [brugerundersøgelser](#)*.
- Brugerrepræsentation** og samskabelsesprocesser**.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelt og/eller organisatorisk.

Organisatorisk brugerinddragelse kan anvendes til både kvalitetsplanlægning, -forbedring og -udvikling, samt til at evaluere og identificere kvalitetsbrist ud fra brugernes perspektiv.

Via organisatorisk brugerinddragelse kan man både arbejde med at udvikle strukturer, processer og resultater af sundhedsydelser.

Organisatorisk brugerinddragelse handler om patientoplevelt kvalitet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Organisatorisk brugerinddragelse anvendes i alle sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektoren) og i administrationen af sundhedsvæsenet. Det kan også anvendes mellem sektorer.

**** Ved brugerrepræsentation** sidder patienter og pårørende for eksempel med som repræsentanter for brugerperspektivet i forskellige mødefora, såsom udvalg, råd eller beslutningsfora. Repræsentanterne inddrages direkte i beslutninger og planlægning vedrørende sundhedsvæsenets rammer og kulturelle forhold.

**** I samskabelsesprocesser** deltager brugere og sundhedsprofessionelle som ligeværdige samarbejdspartnere.

LÆS MERE OM ORGANISATORISK BRUGERINDDRAGELSE HER

NYTTIGE LINKS

- **Organisatorisk inddragelse**, Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) på vibis.dk
- **Patientinddragelsesguiden** på regionh.dk
- **Brugerinddragelse**, Enhed for Samskabelse, Psykiatrien i Region Nordjylland på psykiatri.rn.dk
- **DEFACTUM** på defactum.dk
- **Involve patients**, National Institute for Health and Care Research (NIHR) på nihr.ac.uk

Patientrapporterede oplysninger

Patientrapporterede oplysninger er et paraplybegreb, der dækker over tre forskellige typer af data: PRO-data [Patient reported outcome data], PRE [Patient reported experiences] og data om sundhedsadfærd. Dette opslag handler om alle tre typer.

Definition

Patientrapporterede oplysninger er data, som patienterne selv rapporterer direkte til sundhedsvæsenet. Det kan være data om:

- Patientens helbredstilstand, herunder fysisk og mentalt helbred, symptomer, helbredsrelateret livskvalitet og funktionsniveau – også kaldet PRO-data.
- Patientens tilfredshed, oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet – også kaldet PRE.
- Egen sundhedsadfærd og -vaner.

Oplysningerne indsamles systematisk – typisk ved hjælp af spørgeskemaer, men kan også indsamles via interviews.

Hvornår bruges begrebet?

PRO-data bruges på flere niveauer. I det enkelte forløb anvendes PRO-data som støtte til dialog, behandling og visitation. På gruppeniveau anvendes de til at monitorere kvaliteten af behandling og pleje. PRE anvendes til at monitorere brugergruppers oplevelser og erfaringer med sundhedsvæsenet, mens data om sundhedsadfærd anvendes individuelt til dialogstøtte og på gruppeniveau til at monitorere brugergruppers sundhedsadfærd.

**** Ved brugerstyret behandling** beslutter patienten i samråd med den sundhedsprofessionelle, hvornår i behandlingsforløbet kontrolbesøg og indlæggelser skal ligge. Det kan også omfatte andre opgaver, som patienten selv kan og vil varetage.

**** Ved dialogredskab** bruges PRO-data til at understøtte og strukturere en fælles dialog mellem patient og sundhedsperson. PRO-data indgår som en fast del af dialogen.

Patientrapporterede oplysninger giver i sig selv vigtig viden til kvalitetsarbejde, men de er særligt værdifulde, når de kombineres med andre typer data, såsom kliniske data. Hermed kan man tegne et samlet billede af en situation, for eksempel både se på, om patienter opnår klinisk effekt af behandlingen [kliniske data] – og om de har en god livskvalitet (PRO-data) og er tilfredse med forløbet [PRE].

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med patientrapporterede oplysninger?

PRO-data kan anvendes til inddragelse af patienterne i eget forløb (læs mere under [individuel brugerinddragelse*](#)) og til kvalitetsudvikling og forskning (læs mere under [organisatorisk brugerinddragelse*](#)).

PRO-data bruges som led i metoden brugerstyret behandling** og som dialogredskab**.

PRE kan bruges til kvalitetsudvikling og dermed betragtes som grundlag for **organisatorisk inddragelse***.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelset og/eller organisatorisk.

Patientrapporterede oplysninger indsamles og anvendes til kvalitetsmonitorering med henblik på kvalitetsudvikling.

PRE handler om kvaliteten af strukturerne og processerne, mens PRO-data handler om resultaterne af sundhedsydelserne.

Patientrapporterede oplysninger bidrager med data om den patientoplevede kvalitet. PRO-data kan anvendes særligt til at vurdere den faglige kvalitet set fra patientperspektivet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

PRO-data og PRE udvikles og anvendes hovedsageligt indenfor de enkelte sektorer og sundhedsydelser (for eksempel operationer eller træning).

PRO-data kan anvendes til at vurdere kvaliteten af samlede patientforløb på tværs af sektorer og sundhedsfaglige indsatser. Der er udviklet flere nationale skemaer, der kan anvendes og deles på tværs af sektorer.

LÆS MERE OM PATIENTRAPPORTEREDE OPLYSNINGER HER

NYTTIGE LINKS

PRO-data:

- PRO-sekretariatet på pro-danmark.dk
- PRO-data, Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) på vibis.dk
- AmbuFlex på rm.dk

PRE:

- Center for Patientinddragelse [CPI] på regionh.dk
- Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser i somatikken 2021 (LUP Somatik), DEFACTUM, Region Midtjylland på defactum.dk

Patientsikkerhed

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Patient Safety

Definition

Oprindeligt er patientsikkerhed defineret som beskyttelse af patienten mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets ydelser eller mangel på samme. Fokus er at forebygge fejl, **utilsigtede hændelser*** og skader gennem systematisk læring.

Over tid har begrebet udviklet sig til også at fokusere på:

- At sikre, at sundhedsydelser går godt hver gang.
- At patienter og borgere har et sikkert og værdigt møde med sundhedsvæsenet uden farer, uønskede eller ubehagelige situationer.

Hvornår bruges begrebet?

Patientsikkerhed er helt centralt i patienters og borgeres møde med sundhedsvæsenet, når de skal modtage sundhedsydelser.

I arbejdet med patientsikkerhed er der kontinuerligt fokus på læring, både når det går godt, og når der er sket en skade eller risiko herfor. Der er således både en reaktiv og proaktiv tilgang til læring.

- I den reaktive tilgang reagerer aktørerne i sundhedsvæsenet på konsekvenserne af fejl og utilsigtede hændelser. Det sker primært via rapportering af utilsigtede hændelser eller nærhændelser til DanskPatient SikkerhedsDatabase (DPSD) samt analyse og læring heraf.
- I den proaktive tilgang er der både fokus på at estimere risici for skade i den lokale kontekst og lære af det vellykkede i patient- og borgerforløb.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med patientsikkerhed?

I arbejdet med patientsikkerhed bliver der anvendt forskellige metoder afhængig af formålet.

Er formålet monitorering og identifikation af sikkerhedsbrist, kan man for eksempel rapportere **utilsigtede hændelser***, gennemføre **audit***, patientsikkerhedsrunder** eller **brugerundersøgelser*** - og man kan bruge **skyggemethoden***, **indikatorer*** og **statistisk processtyring*** eller klage- og erstatningssager.

**** En patientsikkerhedsrunde** er en metode, som man kan bruge til at identificere problemer med patientsikkerhed samt til at fremme og understøtte en patientsikkerhedskultur. Metoden er et ledelsesredskab for topledelsen og kan på sigt fremme en proaktiv patientsikkerhedskultur.

**** En hændelsesanalyse** er en metode, hvor man analyserer enkelthændelser eller aggregerede hændelser med ingen, let eller moderat skade på en systematisk og detaljeret måde. Formålet er at uddrage læring og pege på ændringer, der kan medføre forbedringer.

**** Funktionel Resonans Analyse Metode (FRAM)** er en metode til at bygge en model af, hvordan arbejdet udføres i et komplekst system. En FRAM-model viser de funktioner, som er nødvendige og tilstrækkelige for, at noget sker - ikke når det går galt, men når det fungerer.

Er formålet læring, kan man for eksempel udføre [kerneårsagsanalyse*](#), hændelsesanalyse**, Funktionel Resonans Analyse Metode (FRAM)** [se marginforklaringer side 28], fejlkildeanalyse** og risikovurderinger**.

Når man vil implementere indsatser, der handler om patientsikkerhed, kan [Forbedringsmodellen*](#) anvendes. Har man brugerinddragelse [læs mere under [individuel brugerinddragelse*](#)] som formål, er [fælles beslutningstagning*](#) relevant.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Patientsikkerhed er yderst relevant at medtænke i alle dimensioner af kvalitetsarbejdet. Patientsikkerhed har betydning for både den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Man arbejder med patientsikkerhed i alle sundhedsvæsenets sektorer (hospitalet, kommuner og praksissektoren). Patientsikkerhed er beskrevet i Sundhedslovens kapitel 61.

**** En fejlkildeanalyse** er en proaktiv metode, hvor man analyserer usikre arbejdsgange og afdækker kilder til fejl og kvalitetsbrist. Formålet er at forebygge utilsigtede hændelser i at opstå i fremtiden.

**** En risikovurdering** er en systematisk fremgangsmåde, hvor man vurderer mulige risici så neutralt som muligt i en helhedsbetragtning. Risikovurderinger kan foretages på eksisterende patientsikkerhedskritiske situationer eller ved implementering af nyt udstyr, nye arbejdsgange, ombygninger, flytninger og lignende.

LÆS MERE OM PATIENTSIKKERHED HER

NYTTIGE LINKS

- Introduktion til patientsikkerhed [E-læring] på kursusportalen.plan2learn.dk
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed på patientsikkerhed.dk
- Patient safety, World Health Organization (WHO) på who.int

BØGER

- **Basal patientsikkerhed.** Kristensen og Mainz [2020]. Munksgaard.
- **Patientsikkerhed, UTH og risikostyring.** Rexbye og Frappart [red.] [2022]. FADL's Forlag.

Patienttilfredshed

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Bruger- eller borgertilfredshed

EN: Patient satisfaction

Definition

Patienttilfredshed dækker over patienters vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats.

Overordnet set er patienttilfredshed et udtryk for, om de forventninger, man har til sundhedsvæsenet, indfries i mødet hermed. Begrebet omhandler både den faktuelle evaluering af, hvad der skete og ikke skete, samt den følelsesmæssige oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet.

Der er ingen konsensus i litteraturen om en præcis definition af begrebet.

Hvornår bruges begrebet?

Kvalitet i sundhedsvæsenet kan anskues ud fra organisatoriske og faglige forhold, men den fulde forståelse af kvaliteten kræver, at man også forstår patienternes oplevelse og tilfredshed i kontakten med sundhedsvæsenet. Således er patienttilfredshed en anerkendt indikator for kvaliteten af sundhedsvæsenets indsats. Måling af patienternes oplevelser og tilfredshed er en forudsætning for, at man kan identificere områder, som kan udvikle sundhedsvæsenet i en mere patientcentreret retning.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med patienttilfredshed?

Patienttilfredshed er det, man forsøger at opnå viden om, når man gennemfører [brugerundersøgelser](#)*. Patienttilfredshed kan måles både kvalitativt og kvantitativt. Den kan afdækkes i store nationale spørgeskemaundersøgelser, i enkelt- eller gruppeinterviews eller på vej ud af døren på en afdeling, hvor patienten bedes vurdere sin oplevelse med et tryk på en stander. Alle metoder giver viden om patienttilfredshed, der kan bruges i den lokale og nationale kvalitetsudvikling.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelset og/eller organisatorisk.

Patienttilfredshedsdata er en del af kvalitetsmonitoreringen af sundhedsvæsenets organisering (strukturen) og de aktiviteter, der udføres i patientforløbet (processerne). Viden om patienternes oplevelser bruges til kvalitetsudvikling og -forbedring i retning af et mere patientcentreret sundhedsvæsen.

Patienttilfredshed relaterer sig først og fremmest til den patientoplevede kvalitet, men bidrager også med viden om den organisatoriske kvalitet, eksempelvis i forhold til at afdække patientens oplevelse af koordinering og kvalitetsbrist i overgange mellem afdelinger, hospitaler og sektorer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Patienttilfredshed er et velkendt og anvendt begreb i alle sundhedsvæsenets sektorer (hospitaler, kommuner og praksissektoren). Der er eksempler på, at begrebet er anvendt med et tværsektorielt fokus, men begrebet bruges langt overvejende med et afgrænset fokus på en enkelt sektor.

LÆS MERE OM PATIENTTILFREDSHED HER

NYTTIGE LINKS

- Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden (2015). 2. udgave på regionh.dk

Utilsigtet hændelse (UTH)

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Adverse event; Near-miss; Close call

Definition

En utilsigtet hændelse er en begivenhed, der forekommer i forbindelse med sundhedsfaglig virksomhed, hvor en patient udsættes for utilsigtet risiko eller skade. Hændelsen er utilsigtet, idet det sundhedsfaglige personale ikke har haft til hensigt at udsætte patienten for risiko eller skade.

Hvornår bruges begrebet?

Sundhedspersoner på blandt andet offentlige sygehuse, privathospitaler, i kommuner og praksissektoren har en lovbundet pligt til at rapportere utilsigtede hændelser.

Det overordnede mål med rapportering er at forbedre **patientsikkerheden***. Dette gøres ved at understøtte en kultur i sundhedsvæsenet, hvor man lærer af utilsigtede hændelser og kontrollerer eller eliminerer omstændigheder og processer, som muliggør skadevoldende hændelser, der kunne undgås.

Patienter og pårørende kan også rapportere utilsigtede hændelser.

Rapporteringsordningen er fortrolig og ikke-sanktionerende.

Hvilke metoder og værktøjer er relevante i arbejdet med utilsigtede hændelser?

Utilsigtede hændelser rapporteres til Dansk Patientsikkerhedsdatabase, der er et rapporteringssystem med et rapporteringsmodul for sundhedspersonale og borgere og et sagsbehandlingsmodul for særligt udpegede medarbejdere.

Man analyserer hændelserne i den kontekst, hvor de skete og helst med de involverede parter. Analysens mål er at identificere de faktorer, der betinger, at en utilsigtet skade eller risikosituation er indtruffet. Der findes flere metoder til analyse af utilsigtet hændelser, heriblandt **kerneårsagsanalyse***. Analysen kan munde ud i en **handleplan*** med tiltag til forbedring af patientsikkerheden.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet indgår begrebet?

Begreber kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Arbejdet med utilsigtede hændelser søger at identificere kvalitetsbrist med henblik på udvikling og forbedring af kvalitet.

Utilsigtede hændelser er resultat af kvalitetsbrist i struktur og processer bag levering af sundhedsydelser.

Utilsigtede hændelser afspejler brist i faglig, organisatorisk og/eller patientoplevet kvalitet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende begrebet?

Begrebet anvendes om kvalitet både inden for og mellem de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i forhold til utilsigtede hændelser?

Brugerne indgår i arbejdet med utilsigtede hændelser på flere måder. For eksempel inddrages de i arbejdet med at analysere og lære af utilsigtede hændelser samt i forbedringsarbejdet.

Hvis en utilsigtet hændelse med skade indtræffer, har sundhedspersonalet en pligt til at informere patienten om muligheden for erstatning, såfremt dette vurderes relevant.

LÆS MERE OM UTILSIGTEDE HÆNDELSESR HER

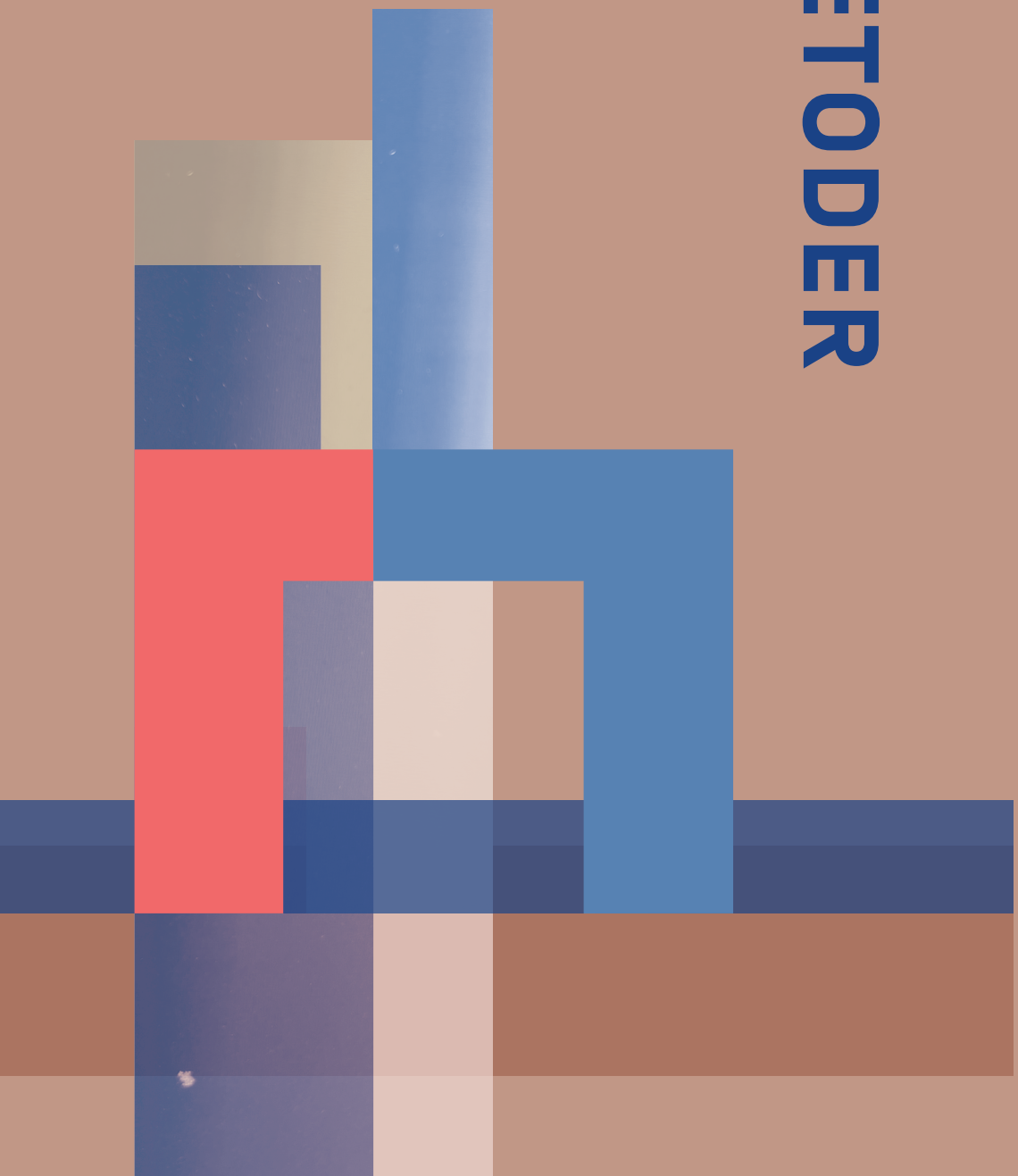
NYTTIGE LINKS

- **Utilsigtede hændelser**, Styrelsen for Patientsikkerhed på stps.dk
- **Sundhedsloven**, kapitel 9 §43, stk. 2, nr. 5 og kapitel 61 §198-202 på retsinformation.dk
- **Bekendtgørelse om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.** på retsinformation.dk og **Vejledning om rapportering af utilsigtede hændelser i sundhedsvæsenet m.v.** på retsinformation.dk

BØGER

- **Basal patientsikkerhed**. Kristensen og Mainz [2020]. Munksgaard.
- **Patientsikkerhed, UTH og risikostyring**. Rexbye og Frappart [red.] [2022]. FADL's Forlag.

METODER



METODER

- Audit
- Brugerundersøgelser
- Forbedringsmodellen
- Fælles beslutningstagning
- Kerneårsagsanalyse (KÅA)
- Læringsnetværk og -fællesskaber
- Paretoanalyse
- Skyggemetoden
- Statistisk processtyring

Audit

Definition

Audit er en metode til systematisk vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets aktiviteter, som kan udføres med forskellige formål. Ved en intern audit gennemgår og vurderer klinikere egen praksis med eksempelvis læring som formål. Ved en ekstern audit vurderer eksterne konsulenter eller "besøgende" kvaliteten med kontrol som formål.

Hvad kan man opnå ved at bruge metoden?

Audit kan give klinikere og beslutningstagere en anvendelig og lærerig viden om den kliniske praksis. Den kan bruges til at fastholde, udvikle og forbedre kvalitet og desuden understøtte lærings- og implementeringsprocesser samt fremme motivation for forbedringsarbejdet.

Hvad handler metoden om, og hvordan bruger man den?

En audit består overordnet af tre faser: 1) Forberedelse, 2) Afholdelse og 3) Anvendelse af fund.

- 1) I forberedelsesfasen fastlægges formål med auditten, for eksempel lokal læring eller monitorering af kvalitet. Dette har betydning for, hvem der skal deltage i auditten: klinikere eller eksterne parter som kvalitetskonsulenter.

Herefter afgrænser man den målgruppe eller ydelse, der skal auditeres på, vælger hvilke kriterier kvaliteten skal måles på, og beslutter hvad resultaterne skal bruges til. Med afsæt heri designs et auditskema med kriterier til brug for indsamling af data. En audit kan baseres på kvantitative data, kvalitative data eller en kombination.

OBS: Opslag i patientjournaler eller dokumentationssystemer kræver godkendelse hos ledelse eller lignende.

- 2) I afholdelsesfasen indsamles, analyseres og vurderes data. Er formålet læring blandt medarbejdere og ledere, skal disse deltage aktivt, og der skal være tid og rum til refleksion, dialog og fælles vurdering af fundene. Facilitering af en åben og fordomsfri dialog er vigtig for udbyttet. Fokus på kontrol og fejlfinding hæmmer læring.

Resultatet af audit kan ligeledes være kvalitativt eller kvantitativt, hvor mønstre og tendenser beskrives og der gives anbefalinger til forbedrings tiltag.

- 3) I anvendelsesfasen præsenteres fund og anbefalinger for relevante interessenter med det formål, at de anvendes til læring, forbedrings- eller kvalitetsarbejde. Det er vigtigt, at alle kan gennemskue, hvordan audit er gennemført.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Audit er en enkel metode til at skabe viden om kvaliteten i en konkret praksis og giver samtidig mulighed for refleksion og faglig dialog.

Audit kan være tidskrævende. Det kræver grundig og systematisk forberedelse, kompetencer til facilitering og systematisk opsamling af resultater at gennemføre en audit.

Ekstern audit kan opfattes som kontrol og opleves bureaukratisk, men kan give mulighed for at sammenligne egne resultater med andres og på den måde bidrage til stolthed og motivation, når der sker en positiv udvikling.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til audit?

Audit kan anvendes til analyse af **utilsigtede hændelser (UTH)***, sagsbehandling ved klagesager og **kerneårsagsanalyser***.

Audit kan også anvendes i alle faser af arbejdet med **Forbedringsmodellen***.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Auditering kan anvendes til planlægning, monitorering og udvikling af kvalitet. Auditering med eksplicite kriterier er et værktøj til grundig identifikation af kvalitetsbrist. Audit er også egnet til løbende evaluering af, om fastlagte mål i forbedringsarbejdet opnås.

Auditmetoden kan bruges til evaluering af kvaliteten af en specifik struktur, proces eller et resultat – for eksempel en ydelse, der auditeres i forhold til opsatte mål for aktiviteter, pleje og behandling.

Auditmetoden er egnet til vurdering af såvel sundhedsfaglig som organisatorisk og patientoplevet kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Randomiserede kontrollerede undersøgelser** (RCT) viser, at effekten af audit er moderat eller lille. Effekten afhænger dog af måden, audit gennemføres og anvendes på – og RCT vil derfor ikke altid dokumentere effekten af en audit.

Det er dokumenteret, at audit skaber læring og engagement, når klinikere/praktikere er aktivt involveret i auditeringsprocessen. Kontrol og eventuel straf i relation til audit mindsker derimod læring og motivation.

**** En randomiseret kontrolleret undersøgelse [RCT]** er en videnskabelig undersøgelse, der undersøger effekten af en ny behandling i forhold til standardbehandling af en kontrolgruppe. Deltagere i RCT findes via tilfældig lodtrækning.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Audit anvendes af alle sundhedsvæsenets faggrupper, i alle sektorer (hospita-
ler, kommuner og praksissektor) og på tværs af disse. Systematisk auditering
med fastlagte kriterier sker i faglige fora og kvalitetsorganisationer, herunder
analyse af resultater i egionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram [RKKP].
Auditering er egnet til at skabe viden om tværsektorielle forløb og ydelser.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Brugere kan deltage i forberedelsen af audit ved at bidrage med kriterier til
auditering og dermed øge relevansen af metoden.

Inddragelse af patienter eller pårørende i selve auditprocessen på patientcases
er vanskelig grundet etiske hensyn og krav om anonymitet i forhold til patien-
ter. I praksis er der imidlertid gode erfaringer med brugerinvolvering i audits på
serviceydelser.

Resultater af audit kan øge patienters viden om den ydede kvalitet og dermed
åbne muligheden for indflydelse i forbedringsarbejdet.

LÆS MERE OM AUDIT HER

NYTTIGE LINKS

- **Audit**, DEFACTUM, Region Midtjylland på defactum.dk

BØGER

- **Audit**. [Kap. 10]. Ammentorp m.fl. [2011]. I: Kvalitetsudvikling i praksis.
Mainz m.fl.. Munksgaard.
- **Audit i sundhedsvæsenet: en håndbog om metoden og dens anvendelse i klinisk praksis**.
Ammentorp og Rørmann [2008]. Books on Demand.

Brugerundersøgelser

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Borger-, patient- og pårørendeundersøgelser; Tilfredshedsundersøgelser; Brugerevalueringer

EN: Patient/user surveys; Patient satisfaction surveys; Patient experience surveys

Definition

Brugerundersøgelser er en samlebetegnelse for en række undersøgelsesmetoder af kvantitativ eller kvalitativ art, hvor patienter og pårørende evaluerer og giver feedback på sundhedsvæsenets indsatser eller ydelser.

Hvad kan man opnå ved at bruge metoden?

Formålet med at gennemføre en brugerundersøgelse er at få brugernes vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets indsatser eller ydelser og identificere områder med forbedringspotentiale.

Viden om brugernes oplevelser og tilfredshed kan anvendes i den løbende kvalitetsudvikling samt i udviklingen af et mere brugercentreret sundhedsvæsen.

Hvad handler metoden om, og hvordan bruger man den?

Der er overordnet set to tilgange til at afdække brugernes oplevelser: En kvalitativ og en kvantitativ. I den kvalitative tilgang søger man at opnå uddybende viden om brugernes oplevelser, for eksempel ved brug af interview- eller observationsmetoder. I den kvantitative tilgang måler man borgernes samlede vurdering af en indsats eller ydelse, for eksempel med et spørgeskema.

I Danmark gennemføres der løbende landsdækkende undersøgelser af patientoplevelser (LUP) på hospitalerne. Ligeledes gennemføres en række større og mindre undersøgelser i praksissektoren, i kommunerne samt af patientorganisationer.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Brugerundersøgelser giver viden om kvaliteten i sundhedsvæsenet og peger på, hvor der er mulighed for forbedring fra brugernes perspektiv. De potentielle gevinster afhænger af, at der følges op og igangsættes relevante kvalitetsinitiativer.

Resultater fra de gentagne nationale undersøgelser gør det muligt at sammenligne brugernes oplevelser og tilfredshed på tværs af enheder, sygdomme, områder og udviklingen over tid, og det giver mulighed for at lære af hinanden. Undersøgelserne er dog omkostningstunge og kræver, at brugerne finder dem relevante og vigtige at bruge tid på.

De lokalt udførte undersøgelser giver et hurtigt og kontekstnært billede af her og nu-situationen. Denne type undersøgelser kan være tidskrævende, hvis spørgsmålene skal udvikles lokalt og kræver ofte direkte involvering af personalet.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til brugerundersøgelser?

Undersøgelser med fokus på at afdække **patientrapporterede oplysninger*** er beslægtet til brugerundersøgelser. Hvor brugerundersøgelser har fokus på at klarlægge brugernes tilfredshed og oplevelse af strukturer og processer i sundhedsvæsenet, har patientrapporterede oplysninger fokus på at afdække brugerens oplevelse af, hvilke resultater sundhedsvæsenets ydelse eller indsats har givet. I PRO-skemaer spørges der for eksempel ind til patientens helbreds-tilstand, komplikationer og helbredsrelateret livskvalitet.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Resultater fra brugerundersøgelser er en del af kvalitetsmonitoreringen i sundhedsvæsenet. Ligeledes har brugerundersøgelser potentiale til at identificere fejl og kvalitetsbrist. Optimalt følges resultaterne op og bruges som et led i det løbende arbejde med datadreven kvalitetsudvikling og -forbedring.

Brugerperspektivet belyser kvaliteten i både struktur, for eksempel de fysiske rammer, og proces, eksempelvis ventetid og kommunikation.

Brugerundersøgelser belyser først og fremmest den patientoplevede kvalitet, men brugerne bidrager også med vigtig information i afdækningen af den organisatoriske kvalitet, blandt andet tilrettelæggelse af patientforløb og samarbejde på tværs.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

I videnskabelige studier er der vist sammenhæng mellem positive patientoplevelser og klinisk effektivitet, herunder øget patientsikkerhed og klinisk effekt. Metoden har desuden vist sit potentiale som et vigtigt værktøj til kvalitetsforbedringer.

Der er dog ikke etableret en klar ramme for, hvordan resultater fra brugerundersøgelser systematisk omsættes til forbedringer for brugerne. Viden herom er langt overvejende baseret på praksisnære erfaringer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Brugerundersøgelser anvendes ofte i både kommuner, praksissektoren og på hospitaler. De fleste brugerundersøgelser har dog et afgrænset fokus på én sektor eller endda et lokalt fokus på for eksempel én afdeling. Der er typisk enkelte spørgsmål med i undersøgelserne, der belyser brugernes oplevelse

af overgange og sammenhæng i forløbet, men der er kun få eksempler på, at brugerundersøgelser designes med et tværsektorielt fokus.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Brugerne involveres direkte som informanter i brugerundersøgelser. I den veludførte brugerundersøgelse inviteres brugerne med i udviklingen af undersøgelsen samt til at fortolke og kvalificere undersøgelsens resultater og pege på, hvilke ændringer resultaterne bør medføre.

Brugerne får indirekte gavn af brugerundersøgelser, da resultaterne bruges til at udvikle sundhedsvæsenets ydelser.

LÆS MERE OM BRUGERUNDERSØGELSER HER

NYTTIGE LINKS

- LUP – Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser, Center for Patientinddragelse [CPI], Region Hovedstaden på regionh.dk
- Spørg brugerne - en guide til kvalitative og kvantitative brugerundersøgelser i sundhedsvæsenet. Enhed for Evaluering og Brugerinddragelse, Region Hovedstaden [2015]. 2. udgave på regionh.dk
- National undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i psykiatrien, DEFACTUM, Region Midtjylland på defactum.dk
- Brugerundersøgelser, Dansk kvalitetsmodel på det sociale område på socialkvalitetsmodel.dk
- Brugerundersøgelser med lokal forankring – sådan gør kommunerne, Kommunernes Landsforening [KL] [2008] på kl.dk

Forbedringsmodellen

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Model for Improvement

Definition

Forbedringsmodellen er en metode til at accelerere kvalitetsforbedring til gavn for brugere og medarbejdere i sundhedsvæsenet. Når man bruger modellen, eksperimenterer man hyppigt med, hvordan konkrete forandringer af en praksis virker – også kaldet afprøvninger. Tidstro data** anvendes til at afgøre, om forandringerne skaber forbedringer og dermed øger kvaliteten af en specifik sundhedsydelse.

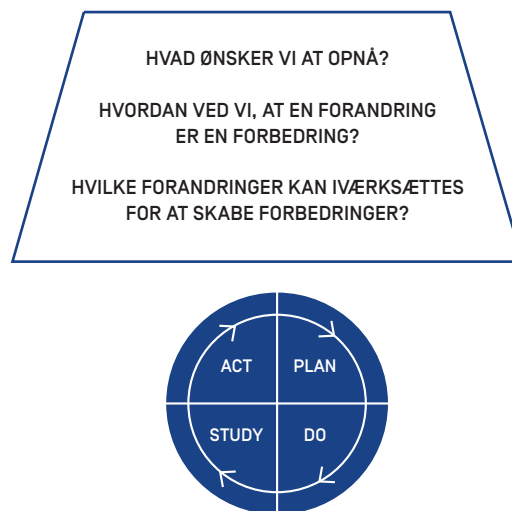
** Tidstro data er aktuelle data om patienten i relation til dennes behandling og/eller behandlingsforløb. Tidstro data anvendes til at lære og forbedre det daglige arbejde i sundhedsvæsenet.

Hvad kan man bruge metoden til?

Formålet er at forbedre den faglige, brugeroplevede og/eller organisatoriske kvalitet ved at lukke eller reducere afstanden mellem den kvalitet, man ønsker i en ydelse og den kvalitet, en ydelse har.

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

Forbedringsmodellen består af tre spørgsmål og en metode til afprøvning og læring, **PDSA-cirklen***. Cirklen har fire trin, Plan-Do-Study-Act, der på dansk kan oversættes til: Planlægge-Udføre-Analysere-Handle.



LANGLEY ET AL. (2009): IMPROVEMENTGUIDE

De tre spørgsmål udgør tilsammen første fase i Forbedringsmodellen, hvor man afklarer målet med afprøvningen.

1. Første spørgsmål handler om at formulere en ambitiøs og operationel målsætning for den forbedring af kvaliteten, man ønsker at opnå. Det skal angives præcist, hvor meget og hvornår målet bør være nået for hvilken målgruppe.
2. Andet spørgsmål handler om forbedringsarbejdets feedbacksystem**, der består af kvalitetsindikatorer (læs mere under [indikator*](#)) for processer, resultater og eventuelt utilsigtede effekter. Her beslutter man, hvilke tidstro data om indikatorerne man vil bruge til at lære om kvaliteten.
3. Tredje spørgsmål har til formål at formulere en overordnet hypotese om, hvordan det ambitiøse mål bliver opnået. Dette er baseret på viden fra forskning, når det er muligt, og ellers best practice.

Når spørgsmålene er besvaret, gennemføres PDSA-cirkelns trin:

- 1) Man planlægger i detaljer hvem, hvad, hvor og hvornår, afprøvningen skal gennemføres;
- 2) Planen gennemføres;
- 3) Den indsamlede information analyseres;
- 4) Man beslutter næste skridt, som ofte vil være en ny afprøvning.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Styrken ved Forbedringsmodellen er, at:

- Man kan forbedre kvaliteten af en konkret ydelse, når modellen bruges stringent og tilpasses den lokale kontekst.
- Man kan lære at forstå den kvalitet, man arbejder med, mens den skabes [tidstro].
- Brug af modellen kan skabe engagement om forbedringsarbejdet gennem deltagelse, dialog, refleksion over data og afprøvninger i team og organisation.
- Modellen kan bruges i tværfagligt teamsamarbejde i og mellem sektorer med mulighed for involvering af brugerne individuelt eller organisatorisk.
- Modellen giver et fælles sprog og metode for kvalitetsarbejde i organisationen.

Begrænsningerne ved Forbedringsmodellen er, at:

- Den forudsætter, at man har adgang til valide og automatiske dataudtræk.
- Man risikerer at etablere et sårbart håndholdt dataindsamlingsystem med dobbeltdokumentation som følge.
- Det kan være vanskeligt at designe indikatorer, der giver mening i praksis.
- Sproget omkring Forbedringsmodellen kan virke mystisk, fordi det udspringer af en amerikansk forbedringsskole.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til Forbedringsmodellen?

Forbedringsmodellen knytter sig til en række andre metoder indenfor kvalitet:

- Årsagsvirkningsdiagram** eller fiskebendidiagram (samme princip)
- Paretodiagram (læs mere under [paretoanalyse*](#))
- Arbejdsgangsanalyse**
- [Skyggemetoden*](#) (også kaldet I patientens fodspor)
- SMART-mål**
- [Driverdiagram*](#)
- [Prioriteringsmatrix*](#)
- Tavlemøde (læs mere under [tavlemøder og forbedringstavle*](#))

**** Et feedbacksystem** er et dataindsamlings-system, der løbende giver feedback på kvaliteten i form af målinger af bestemt data.

**** Et årsagsvirkningsdiagram** er et grafisk hjælpemiddel, der bruges til at udforske og synliggøre mulige årsager til et givent kvalitetsproblem.

**** En arbejdsgangsanalyse** er en systematisk kortlægning af alle arbejdsstrin og aktører i processen fra start til slut (fra input til output). På den baggrund kan man forbedre eller udvikle helt nye arbejdsgange med højere kvalitet – ved at identificere muligheder for forbedring som overflødige trin, uhensigtsmæssige overgange, risiko for ventetid, tidskrævende procedurer m.v.

**** SMART-mål** er et redskab til at gøre et mål operationelt i praksis. SMART er en forkortelse for Specifikt, Målbart, Accepteret og Ambitiøst, Realistisk, Tidsafgrænset.

****** Et **seriediagram** er et kurvediagram med indikatorværdien på y-aksen og tiden eller rækkefølgen på x-aksen. Seriediagrammer er brugbare til at studere udviklingen af kvalitet over tid.

- **Statistisk processtyring***
- Serie- og/eller kontrolprogrammer**
- **Indikatorer***, for eksempel proces-, struktur- og resultatindikatorer

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Forbedringsmodellen anvendes ofte i forbindelse med monitorering af kvaliteten, hvor der opstår en erkendelse af en brist og et ønske om forbedring.

Modellen er rettet mod forbedring af processer og resultater – og kan både bruges til at styrke den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Forbedringsmodellen er funderet på dyb, detaljeret og kontekstspecifik viden fra casestudier om, hvordan en kvalitetsforbedring er opnået gennem systematisk anvendelse af Forbedringsmodellen. Derudover baserer den sig på viden fra best practice, evalueringer og erfaringer. Forskning viser, at kontekstuelle faktorer som ledelse, tværfaglighed, læringsnetværk, fælles sprog og metode, tid, entydigt mål og arbejdshypotese har betydning for, hvilke resultater man opnår.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Forbedringsmodellen anvendes i hele sundhedsvæsenet (hospital, kommune og praksissektor, herunder det præhospitale område). Derudover anvender man metoden til at skabe sammenhænge i forløb ved sektorovergange, for eksempel mellem kommune og hospital i relation til udskrivelse og indlæggelse.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Forbedringsmodellen kan med fordel anvendes i samskabelse med patienter individuelt eller organisatorisk (læs mere under **individuel brugerinddragelse*** og **organisatorisk brugerinddragelse***). Patienterne kan være medlemmer af et team i et forbedringsinitiativ eller repræsentanter for en gruppe af brugere i organisatorisk samskabelse. Brugerinvolveringen sker ikke nødvendigvis automatisk, men er en strategisk beslutning i organisationen.

LÆS MERE OM FORBEDRINGSMODELLEN HER

NYTTIGE LINKS

- Forbedringsmodellen (E-læring) på forbedringsmodellen.dk
- Quality Improvement in Healthcare (film om forbedringsarbejde) på youtube.com

BØGER

- Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Anhøj [2015]. Munksgaard.
- The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. Langley m.fl. [2009]. 2. udgave. Jossey-Bass.
- Improvement: Kvalitetsforbedring i sundhedsvæsenet. [Kap. 11]. Von Benzon Hollesen m.fl. [2022]. I: Kvalitet og Patientsikkerhed. Mainz og Johnsen. Munksgaard.

Fælles beslutningstagning

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Fælles beslutningstagen

EN: Shared Decision Making

Definition

Fælles beslutningstagning foregår, når patient og sundhedsprofessionel sammen træffer beslutning om udredning, behandling, pleje eller opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker. De valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder, som den sundhedsprofessionelle bringer ind i dialogen med patienten, afspejler så vidt muligt evidensbaseret viden. Patienten støttes i at udforske egne værdier og præferencer, så den mulighed, der passer patienten bedst, vælges.

Hvad kan man opnå ved at bruge metoden?

Formålet med fælles beslutningstagning er at træffe bedre beslutninger sammen med den enkelte patient.

Fælles beslutningstagning er relevant, når der skal træffes beslutning om undersøgelser, pleje eller behandling, hvor der er mere end én mulighed, og hvor patienternes præferencer er afgørende for, at det bedste valg træffes.

Hvad handler metoden om, og hvordan bruger man den?

Fælles beslutningstagning er en samarbejdsproces mellem patient og sundhedsprofessionel. Metoden tager udgangspunkt i en model, der består af fire dele:

1. En valgsnak, hvor den sundhedsprofessionelle tydeliggør valgsituationen for patienten.
2. En mulighedssnak, hvor den sundhedsprofessionelle beskriver valgmulighederne for patienten, herunder fordele og ulemper ved de forskellige muligheder.
3. En præferencesnak, hvor den sundhedsprofessionelle sammen med patienten identificerer dennes præferencer.
4. En beslutningssnak, hvor den sundhedsprofessionelle sammen med patienten træffer en beslutning ud fra dennes præferencer.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Fælles beslutningstagning er til gavn for mange patienter – også patienter med ringe sundhedskompetencer. Især inden for brugen af beslutningsstøtteværktøjer (se nedenfor) er der evidens for, at fælles beslutningstagning kan give patienter:

- øget viden om muligheder
- en mere præcis risikopfattelse
- bedre klarhed om, hvad der betyder mest for patienten selv

Derudover ser det ud til, at risikoen for patientklager er mindre, når der er anvendt fælles beslutningstagning, ligesom patienttilfredsheden øges.

Der er ikke vist negative effekter på helbredsresultater som følge af fælles beslutningstagning, og det tager ikke væsentligt længere tid at gennemføre en konsultation med anvendelse af metoden, end hvis man ikke gør det.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til fælles beslutningstagning?

Fælles beslutningstagning kan understøttes ved brug af evidensbaserede beslutningsstøtteværktøjer (patient decision aids), som indeholder faktuelle og balancerede oplysninger om behandlingsmulighederne og de tilknyttede fordele, ulemper og risici.

Internationalt har IPDAS (International Patient Decision Aid Standards) fastsat kvalitetskriterier for beslutningsstøtteredskaber samt krav til kvalificering og certificering. I Danmark findes der ikke en national godkendelsesinstans.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Fælles beslutningstagning påvirker måden, man strukturerer sundhedsydelserne på, idet det kræver stærk ledelsesunderstøttelse samt kompetenceudvikling af sundhedspersonalet at anvende fælles beslutningstagning. Derved påvirker det også opgavetyper såsom kvalitetsplanlægning, kvalitetsudvikling og monitorering og resultatet af sundhedsydelserne.

Anvendelse af fælles beslutningstagning vil især have indflydelse på den patientoplevede kvalitet, men man kan også argumentere for, at det tillige påvirker den faglige og organisatoriske kvalitet i positiv retning.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Der ligger forskningsbaseret viden til grund for både dokumentationen af effekt og værdi af fælles beslutningstagning. Der foreligger dog også viden om best practice fra både Danmark og resten af verden.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Fælles beslutningstagning kan anvendes i alle dele af sundhedsvæsenet (hospital, kommune og praksissektor). I Danmark anvendes metoden særligt i hospitalsregi.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Fælles beslutningstagning er et kernelement i, hvordan man praktiserer inddragelse af patienter og pårørende (læs mere under [individuel brugerinddragelse*](#)). Udvikling af beslutningsstøttewærktøjer kan med fordel foregå med aktiv deltagelse af patienter fra udviklingsfasen til og med testfasen (læs mere under [organisatorisk brugerinddragelse*](#)).

Metoden indsamler og anvender viden fra den enkelte bruger og anvender denne viden i beslutningsprocessen.

Ved anvendelse af fælles beslutningstagning inddrages patienterne tydeligt og konkret i beslutninger om deres undersøgelser, pleje og behandling. Hvis der er udviklet beslutningsstøtteredskaber til at understøtte en fælles beslutning, er patienterne (og eventuelt deres pårørende) med til at anvende disse før eller under den fælles beslutningstagning.

LÆS MERE OM FÆLLES BESLUTNINGSTAGNING HER

NYTTIGE LINKS

- Center for Fælles Beslutningstagning på cffb.dk
- Fælles beslutningstagning, Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS) på vibis.dk
- Center for Patientinddragelse [CPI] på regionh.dk
- International Patient Decision Aid Standards (IPDAS) Collaboration på ipdas.ohri.ca
- Patient Decisions Aids, The Ottawa Hospital på decisionaid.ohri.ca

Kerneårsagsanalyse [KÅA]

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Root Cause Analysis (RCA); Root Cause Analysis & Action [RCA²]

Definition

En kerneårsagsanalyse [KÅA] er en metode til dybdegående analyse af et hændelsesforløb, hvor en eller flere patienter eller borgere har – eller potentielt kunne have – været udsat for alvorlig skade.

Hvad kan man bruge metoden til?

Kerneårsagsanalysen kan skabe organisatorisk læring om, hvordan en faktisk eller potentiel alvorlig **utilsigtet hændelse [UTH]*** kan undgås under lignende omstændigheder i fremtiden, hvis det er muligt. Den kan også skabe læring om, hvordan organisationen mindsker risikoen for, at en UTH gentages, og hvordan man kan mindske omfanget og alvorlighed af skaden.

Målet er at identificere, hvilke omstændigheder i organisationen der kan relateres til hændelsen.

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

Kerneårsagsanalysen er baseret på systematisk indsamling og analyse af kvalitative og kvantitative data med henblik på at identificere problemområder og kerneårsager samt udvikle en **handleplan***.

Kerneårsagsanalysen kan bruges til at forstå risiko og sikkerhed fra et systemperspektiv. Den bagvedliggende logik er, at fejl og utilsigtede hændelser sker på baggrund af årsags-virkningskæder mellem tekniske, organisatoriske og menneskelige faktorer.

En kerneårsagsanalyse består af tre grundlæggende spørgsmål, som et tværfagligt analyseteam bør besvare:

1. Hvad skete der?
2. Hvordan kan det være, at det kunne ske?
3. Hvordan undgår vi, at det sker igen under lignende omstændigheder?

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Styrken ved en kerneårsagsanalyse er, at organisationen kan opnå viden om de arbejdsgange, der forklarer fejl og utilsigtede hændelser – og hvordan patient-sikkerheden kan blive forbedret. En vital del af kerneårsagsanalysen er handleplanen med de adresserede handlinger og ikke mindst implementeringen heraf. Derudover er styrken, at organisationen skaber indsigt i egne systemer og lærer sine arbejdsgange at kende i praksis.

Faldgruber i kerneårsagsanalysen er blandt andet:

- Utilstrækkelig dataindsamling ved beskrivelse af hændelsesforløb.
- Manglende neutralitet i valg af problemområder og heraf utilstrækkelige kerneårsager.
- Ineffektive handleplaner og manglende implementering.
- Manglende videndeling om læring og udbytte af analysen.
- Utilstrækkelig ledelse af kerneårsagsanalysen før, under og efter analysen.

Erfaringer fra bedste praksis viser, at en kerneårsagsanalyse kræver kompetencer til at facilitere processer, analysere og lede samt faglige kompetencer indenfor patientsikkerhed, læring og udvikling i organisationer.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til kerneårsagsanalyse?

Nogle af de værktøjer, man kan trække på i en kerneårsagsanalyse, er:

- Flowdiagram** – til kortlægning og illustration af hændelsesforløbet
- Brainstorm og tematisering i affinitetsdiagram** – til analyse af problemområder
- Årsagsvirkningsdiagram** – til idégenerering af mulige årsager til fejl
- Metoden "fem x hvorfor"*** – til identifikation af selve kerneårsagerne til de identificerede problemer
- Hierarkiet over styrken af handlinger (læs mere under [Forbedringsmodellen*](#)) – i udviklingen af en [handleplan*](#)
- Plan-Do-Study-Act-cirklen (læs mere under [Forbedringsmodellen*](#) og [PDSA-cirkel*](#)) – til at tilpasse forandringerne til den lokale kontekst

**** Et flowdiagram (eller flowchart)** er et grafisk redskab, der illustrerer, i hvilken rækkefølge arbejds gange eller processer skal ske, hvilke beslutninger der skal træffes, og hvilke processer der skal udføres afhængigt af forskellige valg.

**** Et affinitetsdiagram** er en metode til at organisere ideer, data og koncepter på, så det bliver nemmere at overskue, hvordan man kan handle på dem. Ideerne tematiseres og navngives i diagrammet.

**** Et årsagsvirkningsdiagram** er et grafisk hjælpemiddel, der bruges til at udforske og synliggøre mulige årsager til et givent kvalitetsproblem.

**** Fem x hvorfor** er en problemløsningsteknik til at identificere årsagen til et problem ved at stille spørgsmålet "hvorfor sker det?" igen og igen – mindst fem gange – indtil man er ved kernen og den egentlige årsag (kerneårsagen).

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelt og/eller organisatorisk.

Beslutning om kerneårsagsanalyse træffes i forbindelse med monitorering af patientsikkerhed i Dansk Patientsikkerhedsdatabase (DPSD), når der identificeres en faktisk eller potentiel alvorlig utilsigtet hændelse. Analysen kan herefter bidrage med organisatorisk læring om, hvordan patientsikkerheden og kvaliteten bliver forbedret i et fagligt, organisatorisk og patientoplevelt perspektiv.

Planen for handlingerne kan både have fokus på processer og strukturer i sundhedsvæsenet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Kerneårsagsanalysen er baseret på dyb, detaljeret og kontekstspecifik viden fra casestudier om, hvordan ulykker opstår i blandt andet fly- og kernekraft-industrien, som metoden oprindeligt stammer fra. Derudover er kerneårsagsanalysen baseret på viden fra bedste praksis og erfaringer fra praksis om både effekt og selve analyseprocessen.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

En kerneårsagsanalyse kan både gennemføres i en sektor eller mellem sektorer i sundhedsvæsenet.

Den anvendes på hospitaler, i hjemmeplejen og på institutioner for ældre i kommunerne samt i praksissektoren. Derudover anvendes kerneårsagsanalysen mellem sektorer og regioner, for eksempel mellem kommune, almen praksis og hospital eller mellem hospitaler i forskellige regioner.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Patient- og pårørendeperspektivet kan være repræsenteret i en kerneårsagsanalyse, men er ikke en integreret del af metoden. Brugere kan deltage i kraft af semistrukturerede interviews eller **organisatorisk brugerinddragelse***.

Brugere får gavn af metoden gennem læringen om hændelsen med henblik på at styrke patientsikkerheden, så lignende hændelse ikke sker igen eller risikoen derfor bliver reduceret signifikant.

LÆS MERE OM KERNEÅRSAGSANALYSE HER

NYTTIGE LINKS

- **Metodekatalog - metoder til patientsikkerhedsanalyser.** Center for Sundhed, Region Hovedstaden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2019) på patientsikkerhed.dk
- **Analysemetoder i patientsikkerhed** [E-læring] på patientsikkerhed.dk
- **Root Cause Analysis (RCA).** VA National Center for Patient Safety på [nj.gov](https://www.nj.gov)

BØGER

- **Håndbog i kerneårsagsanalyse.** Lilja m.fl. (2005). Dansk Selskab for Patientsikkerhed.
- **RCA 2: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm.** National Patient Safety Foundation (2016).

Læringsnetværk og -fællesskaber

Læringsnetværk og -fællesskaber er en bred betegnelse for en række forskellige typer af netværk og fællesskaber til kvalitetsudvikling og forbedringsarbejde. I dette opslag beskrives en specifik type af læringsnetværk: Lærings- og kvalitetsteams, som anvendes i arbejdet med Det Nationale Kvalitetsprogram.

Definition

Et lærings- og kvalitetsteam (herefter LKT) er et netværk, som arbejder med forbedringer inden for et konkret klinisk område. LKT består af:

- 1) Lokale tværfaglige forbedringsteams med fagpersoner og ledere fra relevante afdelinger og enheder.
- 2) En ekspertgruppe med blandt andet kliniske eksperter inden for det givne fagområde, som formulerer overordnede mål og indsatser samt løbende vejleder og understøtter implementeringen.

Hvad kan man bruge metoden til?

LKT skal bidrage til at løfte kvaliteten på udvalgte kliniske områder, hvor kvaliteten ikke er tilfredsstillende, eller der er en uønsket geografisk variation. Desuden skal LKT bidrage til:

- at opfylde de nationale mål i Det Nationale Kvalitetsprogram**
- at skabe lokale, tværregionale og tværsektorielle læringsfællesskaber
- at skabe klinisk ejerskab af og understøtte det kliniknære forbedringsarbejde

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

Et LKT arbejder med datadrevne kvalitetsforbedringer i en tidsafgrænset periode, typisk to år. I løbet af perioden mødes de lokale forbedringsteams, som indgår i LKT'et cirka tre gange til læringsseminarer.

Imellem læringsseminarerne arbejder de enkelte teams med at skabe forbedringer lokalt. Teamene anvender de forbedringsmetoder, som er besluttet lokalt, for eksempel [Forbedringsmodellen*](#) eller Lean**.

Når LKT-samarbejdet afsluttes, fortsætter forbedringsarbejdet som en del af hospitalernes, kommunernes og andre involverede enheders almindelige drift og kliniske praksis.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Nationale og internationale evalueringer og forskningsresultater viser, at LKT kan medvirke til konkrete kvalitetsforbedringer og bidrage til målopfyldelse på

**** Det Nationale Kvalitetsprogram** er et tværsektorielt program, som består af otte nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet, lærings- og kvalitetsteams (LKT) og et nationalt ledelsesprogram. Inden for hvert af de otte mål er der nogle indikatorer, som konkretiserer målet.

**** Lean** er nogle principper, teknikker, metoder og værktøjer, organisationer kan bruge til at skabe mere værdi for færre ressourcer. Lean tager udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for brugeren af de ydelser, organisationen leverer.

de opstillede resultat- og procesmål. Kvalitative evalueringer peger desuden på, at LKT kan bidrage til at forankre kvalitetsforbedringer i praksis, skabe læring og forbedre samarbejde om kvalitetsudvikling og patientbehandling på tværs af faggrupper, afdelinger, enheder og sektorer.

Involverede medarbejdere oplever LKT som en meningsfuld og engagerende metode, men også som tids- og ressourcekrævende.

At deltage i LKT kræver metodekompetencer hos de involverede medarbejdere, ledelsesunderstøttelse og adgang til rette og tidstro data. Fastholdelse af forbedringerne kræver løbende fokus og engagement hos både medarbejdere og ledelse.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til LKT?

I LKT-arbejdet anvender lokale teams fortrinsvis [Forbedringsmodellen*](#) som en metodisk ramme for forbedringsarbejdet. Det involverer brug af forskellige værktøjer, der kan hjælpe med at omsætte forbedringsideer til konkrete handlinger, blandt andet Plan-Do-Study-Act-cirkler (beskrevet under metoden [Forbedringsmodellen*](#) og værktøjet [PDSA-cirkel*](#)), [driverdiagrammer*](#) og [tavlemøder*](#).

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

LKT kan have indflydelse på forskellige dimensioner af kvalitetsarbejdet, herunder identifikation af kvalitetsbrist samt forbedring og løbende evaluering af kvaliteten indenfor et specifikt område.

LKT tager afsæt i et ønske om at forbedre den faglige kvalitet af de sundhedsydelser, som LKT-samarbejdet vedrører. Forbedringerne kan for eksempel vedrøre behandling af patienter med hoftenær fraktur og relaterer sig til arbejdsgange på hospitalet, i kommunerne eller i almen praksis – eller samarbejdet mellem disse.

Målet med LKT er at forbedre kvaliteten af sundhedsydelserne og resultaterne heraf – svarende til den faglige kvalitet. Dette kvalitetsarbejde vil typisk også involvere et arbejde med at forbedre den organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Viden om virkning, værdi og effekt af LKT beror på nationale og internationale evalueringer af afsluttet arbejde i LKT og praksiserfaringer.

Der er stigende international forskningsbaseret viden om effekter af at anvende LKT til kvalitetsudvikling og om udfordringer og muligheder i deres implementering.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

LKT anvendes på flere niveauer i det danske sundhedsvæsen, både lokalt på enkelte hospitaler, i enkelte kommuner, og på tværs af både regioner, kommuner og praksissektoren. Uanset hvilket niveau LKT anvendes på, inddrages medarbejdere fra forskellige faggrupper med relevans for det kliniske område, der er involveret.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Der er potentiale i at inddrage både patienter, borgere og pårørende i LKT. De kan, som del af en ekspertgruppe, involveres i udviklingen af mål og indsatser og/eller deltage i afprøvning og implementering af forbedringsarbejdet, som del af lokale forbedringsteams.

I kraft af at LKT har fokus på at forbedre kvaliteten af konkrete sundhedsydelsers resultater, er det hensigten, at brugerne får direkte gavn af LKT i form af for eksempel forbedret behandling. Dette kan medvirke til afledte forbedringer af den brugeroplevede kvalitet – men dog ikke altid sidestilles hermed.

LÆS MERE OM LÆRINGSNETVÆRK OG -FÆLLESSKABER HER

NYTTIGE LINKS

- Lærings- og kvalitetsteams på kvalitetsteams.dk
- Forbedringsmodellen, Dansk Selskab for Patientsikkerhed på patientsikkerhed.dk

EKSEMPLER PÅ ANDRE TYPER AF LÆRINGSNETVÆRK OG LÆRINGSFÆLLESSKABER

- Learning Collaboratives på ahrq.gov
- Communities of Practice på healthinnovationnetwork.com

Paretoanalyse

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Årsagsanalyse

EN: Pareto analysis

Definition

Pareto-analysen er en metode til at sikre, at en forbedringsindsats fokuserer på områder, hvor der er størst sandsynlighed for effekt. Den bygger på "pareto-princippet" – også kaldet 80/20-reglen – der beskriver, at 80 procent af problemerne skyldes 20 procent af årsagerne.

Hvad kan man bruge metoden til?

Metoden understøtter, at man:

- opnår viden om, hvilke problemer eller årsager der har den største indflydelse på målene for forbedringsindsatsen.
- fokuserer på de årsager, der vil give den største forbedring.
- kan formidle vigtigheden af de forskellige årsager til problemer på en visuel måde, der er nem at aflæse og forstå.
- kan aflive myter om hyppighed af årsager til problemer.
- kan vise data over hyppigheden af årsager før og efter en forbedring og viser effekten af en forbedring.

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

Pareto-analyse udføres i begyndelsen af en forbedringsindsats. Metoden kan bruges til at:

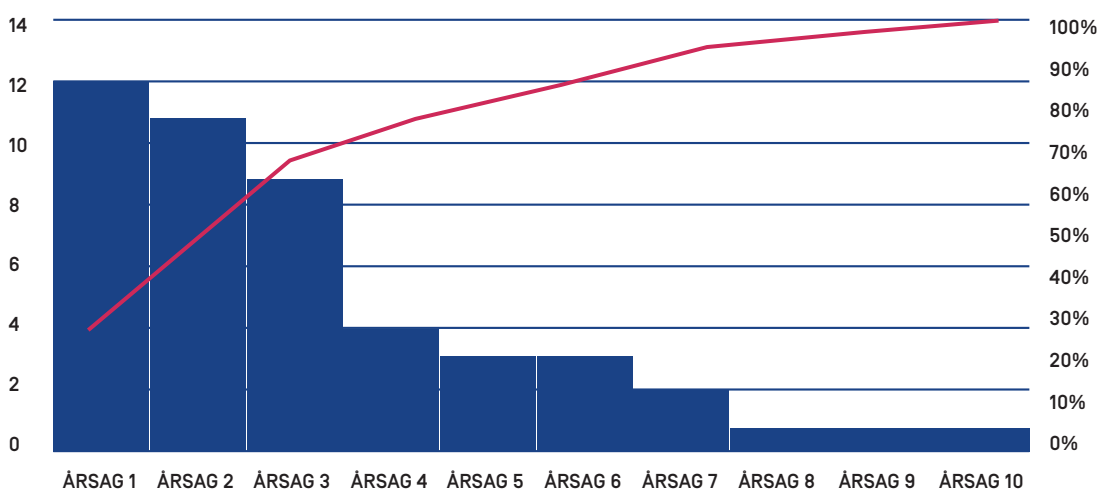
1. Planlægge, hvilke data der skal indsamles, for eksempel data på årsagerne til et identificeret problem til måling af hyppigheden af årsager.
2. Udarbejde et dataindsamlingsark, hvor typer af årsager til fejl angives på x-aksen og dato med afkrydsning af årsag til fejl angives på y-aksen. Se eksempel i figur 1. I dataindsamlingsarket klassificerer man data i typer af problemer eller årsager. Der kan vælges kategorier på forhånd, men det er vigtigt, at den data, der indsamles, også er med til at bestemme kategorierne.
3. Indsamle data i den besluttede periode. En typisk periode kan være 1-2 uger.
4. Udarbejde et pareto-diagram, som er et søjlediagram, der viser data sorteret efter hyppighed af årsag samt en graf over den samlede procentvise fordeling af årsager – se eksempel i figur 2.

På baggrund af analysens resultater, som er formidlet i et pareto-diagram, udvælger man de hyppigste årsager (mindst 20 procent af årsagerne), der bør have fokus og topprioritet i forbedringsarbejdet.

DATO	1.6	2.6	3.6	4.6	OSV.			
ÅRSAG 1	X	X						
ÅRSAG 2			X					
ÅRSAG 3	X	X	X					
ÅRSAG 4								
ÅRSAG 5								
ÅRSAG 6		X						
ÅRSAG 7			X					
ÅRSAG 8	X							
ÅRSAG 9								
ÅRSAG 10								
ANDET?								

KILDE: DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED

PARETO XXX



KILDE: DANSK SELSKAB FOR PATIENTSIKKERHED

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Pareto-analysens vigtigste egenskab er at få identificeret de vigtigste områder, der skal arbejdes med i forbedringsindsatsen, så der ikke iværksættes forgæves tiltag.

Fordelen ved pareto-analyse er desuden, at den kan gennemføres i forbindelse med det daglige arbejde, og at medarbejderne bliver inddraget i årsagsanalysen af problemerne.

En af de største faldgruber ved brug af pareto-analyse er mangelfuld dataindsamling. Hvis perioden for dataindsamlingen er for kort eller ikke er repræsentativ, fordi den for eksempel kun omfatter en medarbejder eller en ugedag, kan analysen give et skævt billede af, hvilke årsager der har betydning. Det er derfor vigtigt at afsætte tilstrækkelig tid til dataindsamlingen, så der forekommer et realistisk billede.

En anden udbredt faldgrube er, at man formulerer for brede eller uklare kategorier i dataindsamlingsarket. Hermed risikerer man, at analysens resultater bliver mindre anvendelige.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til pareto-analysen?

Pareto-analysen er meget relevant i forbindelse med udarbejdelse af en forandringsteori i et **driverdiagram***. Her bidrager analysen med information om, hvilke områder der skal fokuseres på i driverdiagrammet.

**** En arbejdsgangs-analyse** er en systematisk kortlægning af alle arbejdsstrin og aktører i processen fra start til slut (fra input til output). På den baggrund kan man forbedre eller udvikle helt nye arbejdsgange med højere kvalitet – ved at identificere muligheder for forbedring som overflødige trin, uhensigtsmæssige overgange, risiko for ventetid, tidskrævende procedurer m.v.

Derudover kan pareto-analysen understøtte beslutninger om, hvilke afprøvnin-
ger (læs også **Forbedringsmodellen*** og **PDSA-cirkel***) man bør begynde med. Det kan i visse tilfælde være relevant at udføre en arbejdsgangsanalyse** til identifikation af mulige årsager forud for pareto-analysen.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedssydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Pareto-analysen er særligt relevant i forbindelse med planlægning af et forbedringsinitiativ. Metoden er brugbar til at få indsigt i årsagerne til et problem og dermed en dybere forståelse af problemet.

Pareto-analysen kan bruges indenfor udvikling af både faglig, organisatorisk og brugeroplevet kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Metoden bygger på viden fra bedste praksis og gode erfaringer fra praksis med forbedringsarbejde og kvalitetsudvikling.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Pareto-analysen kan bruges af alle sundhedsvæsenets aktører både i de enkelte sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektoren), i flere sektorer samtidigt og mellem sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af metoden?

Patienter kan inddrages i brug af metoden som informanter til brugerperspektivet omkring oplevelsen af årsager til et problem for eksempel ventetid eller udeblivelser.

Brugerne får indirekte gavn af brugen af pareto-analysen ved, at de vigtigste årsager til fejl og problemer bliver identificeret, og derved kan forebygge at fejlene sker.

LÆS MERE OM PARETO-ANALYSE HER

NYTTIGE LINKS

- **Pareto Analysis**, Institute for Healthcare Improvement (film) på ihi.org

BØGER

- **Pareto charts** [Side 95]. Brassard m.fl. [2008]. I: The Original Memory Jogger. A pocket guide of tools for continuous improvement. GOALOPC.
- **The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance.** Langley m.fl. [2009]. 2. udgave. Jossey-Bass.

Skyggemetoden

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: I patientens fodspor

EN: Patient (and Family) Shadowing

Definition

Skygning er en metode, som kan give personalet i sundhedsvæsenet indblik i, hvordan dets brugere – patienter og pårørende – oplever mødet med sundhedsvæsenet. Metoden kan have fokus på mange forskellige dimensioner af mødet, blandt andet uhensigtsmæssige arbejdsgange og processer, hvordan de fysiske rammer spiller ind på oplevelsen, om patientsikkerheden er udfordret, og hvordan personalets kommunikation med brugeren udfolder sig.

Hvad kan man bruge metoden til?

Formålet med skyggemetoden er at inspirere og hjælpe ledere og sundhedsprofessionelle til at skabe bedre brugeroplevelt kvalitet. Ved at se på egen organisation og praksis fra brugerens synsvinkel i stedet for den faglige og organisatoriske vinkel, man normalt betragter tingene fra, kan man ofte få overraskende og ny viden. Skyggemetoden kan for eksempel give indsigt i, at bestemte omstændigheder skaber unødvendige problemer og usikkerhed for brugeren, eller man kan få øje for ting, der fungerer særligt godt og bør udvides på afdelingen.

Metoden kan også anvendes med det formål at bidrage til øget brugerinddragelse i sundhedsvæsenet.

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

Metoden udføres ved, at ledere og/eller sundhedsprofessionelle helt konkret "skygger" patienter eller pårørende ved at følge med dem rundt på deres vej i sundhedsvæsenet i forbindelse med en konkret behandling eller et forløb.

Når man skal anvende Skyggemetoden, skal man starte med at definere formålet med skygningen. Eksempler på formål er at observere:

- Hvordan modtagelsen af brugeren sker, eller hvordan ventetider forløber og opleves
- Hvorvidt og hvordan brugerens viden og erfaringer bliver efterspurgt og inddraget i forløbet
- Hvordan organisering, arbejdsgange eller den fysiske indretning og artefakter (som genstande eller dokumenter) spiller ind på brugerens forløb.
- Hvordan brugerens forløb ser ud på tværs af specialer eller sektorer.

Med afsæt i formålet udarbejdes en skyggeguide, som anvendes til at registrere observationerne, der gøres i skygningen. Observationerne kan være konkrete handlinger, hvilke personer der er i nærheden af brugeren, hvordan brugeren reagerer på bestemte ting eller hvilke interaktioner der er mellem bruger og medarbejdere. Det er også vigtigt at lave en separat kolonne, hvor den der skygger nedskriver egne tanker, så de kan adskilles fra det, der faktisk sker.

Den, der skygger, skal være opmærksom og iagttagende, hvad der sker omkring brugeren – men samtidig bestræbe sig på at være neutral og ikke opsøgende.

Skygningen kan forløbe fra få timer til flere dage og kan foregå på tværs af afdelinger og sektorer.

OBS: Brugerens samtykke skal indhentes inden skygningen, ligesom formålet skal kommunikeres til både bruger og personale.

Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

En fordel ved skyggemetoden er, at den er let at gå til. Det kræver ikke meget metodekendskab at skygge, og det til trods giver skygninger stor indsigt i brugerperspektivet. Samtidig kræver skygning ikke meget af brugeren.

En anden fordel er, at den enkelte afdeling eller enhed ved brug af metoden har mulighed for at rette op på det, der er en ulempe for brugeren.

Det kan være en udfordring at skygge i egen afdeling eller enhed, da det er vanskeligt at se på egen praksis udefra. Hvis skygningen foregår i egen afdeling, er det derfor vigtigt at sikre, at den, der skygger, ikke bliver draget ind i det kliniske arbejde under skygningen.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til skyggemetoden?

Skyggemetoden kan med fordel kombineres med andre brugerinddragende metoder, for eksempel interview med brugere, hvor observationerne kan udbygges yderligere. Skyggemetoden kan også kombineres med en spørge-skemaundersøgelse, hvor afdelingen kan finde ud af, hvor udbredte oplevelser er hos brugerne på afdelingen generelt.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelset og/eller organisatorisk.

Skyggemetoden kan bruges som et værktøj til kvalitetsudvikling og -forbedring.

Med skyggemetoden er det muligt at sætte fokus på egne arbejdsgange og tilgange til brugeren og lære af disse.

Metoden kan have indflydelse på såvel organisatorisk kvalitet som bruger-oplevet kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Skyggemetoden er baseret på praksiserfaringer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

Skyggemetoden kan anvendes i alle sundhedsvæsenets sektorer (hospitaller, kommuner og praksissektor).

Skygninger kan også foretages tværsektorielt, for eksempel i forbindelse med en brugers udskrivelse fra sygehus til kommune.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

Brugerinddragelse er en integreret del af metoden. De brugere, der bliver skygget, får direkte gavn af skygningen ved at blive set og hørt. De får ligeledes indirekte gavn af værktøjet ved, at sundhedsprofessionelle ser ting med brugerens øjne og kan ændre arbejdsgange på baggrund af de indsigter. Dette kan både komme dem selv og fremtidige brugere til gavn.

LÆS MERE OM SKYGGEMETODEN HER

NYTTIGE LINKS

- Skyggemetoden – En guide til at følge og observere patienter og få indblik i forløbet set fra patientens perspektiv. Enheden for Brugerundersøgelser, Region Hovedstaden [2012] på regionh.dk
- I patientens fodspor. Dansk Selskab for Patientsikkerhed og Trygfonden [2011] på patientsikkerhed.dk
- Skyggemetoden på brugerindflydelse.dk
- Patient and Family Shadowing: The Technique for Viewing and Co-Designing Exceptional Care Experiences with Patients and Families. DiGioia III m.fl. på kingsfund.org
- Go Shadow – View and Co-Design Exceptional Care Experiences With Patients, Families and Care Givers. DiGioia III og Shapiro [2012] på GoShadow

Statistisk processtyring [SPC]

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Statistisk proceskontrol; Kontrolldiagram

EN: Statistical Process Control [SPC]

Definition

Statistisk processtyring (herefter SPC) er en grafisk, statistisk analysemetode, som bruges til at visualisere kvalitetsmålinger og studere variation i data over tid.

Hvad kan man bruge metoden til?

Centralt i SPC er evnen til at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældig variation i data. Den enkelte indikatormåling er sjældent interessant i sig selv. Det er det samlede niveau og graden og typen af variation, som har betydning.

Hvad handler metoden om, og hvordan kan man bruge den?

SPC handler om at forstå processer for at kunne forbedre kvaliteten af deres resultater. Metoden bygger på nogle grundlæggende statistiske principper for forekomsten af naturlig variation i data over tid.

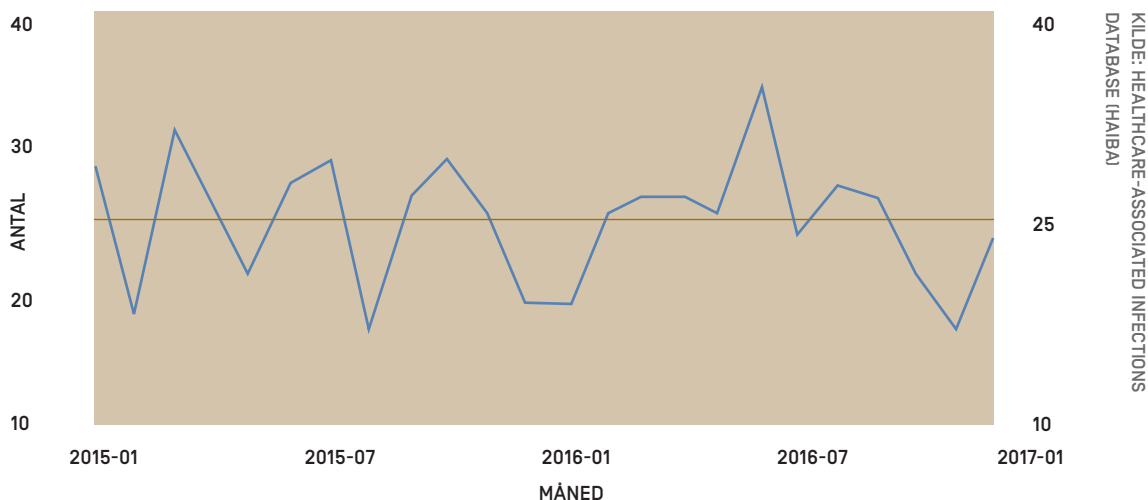
Kontrolldiagrammet i figur 1 (se side 62) viser forekomsten af hospitalserhvervet bakterieæmi over en to-årig periode. Den vandrette grå linje repræsenterer den gennemsnitlige indikatorværdi (læs mere under **indikator***), og den grå baggrund markerer grænserne (kontrolgrænser) for den tilfældige (naturlige) variation i data. Fordi datapunkterne befinder sig mellem kontrolgrænserne og er symmetrisk fordelt omkring midtlinjen, kan man med stor sikkerhed antage, at processen er stabil og forudsigelig. Statistisk set kaldes dette, at processen viser tilfældig variation.

Den grå midterlinje er udtryk for det gennemsnitlige niveau (registrerede tilfælde), systemet ligger på. Hvis processen ændrer sig væsentligt – på godt eller ondt – vil det vise sig ved, at data begynder at flytte sig væk fra midtlinjen eller uden for kontrolgrænserne. Det kalder vi ikke-tilfældig eller særlig variation.

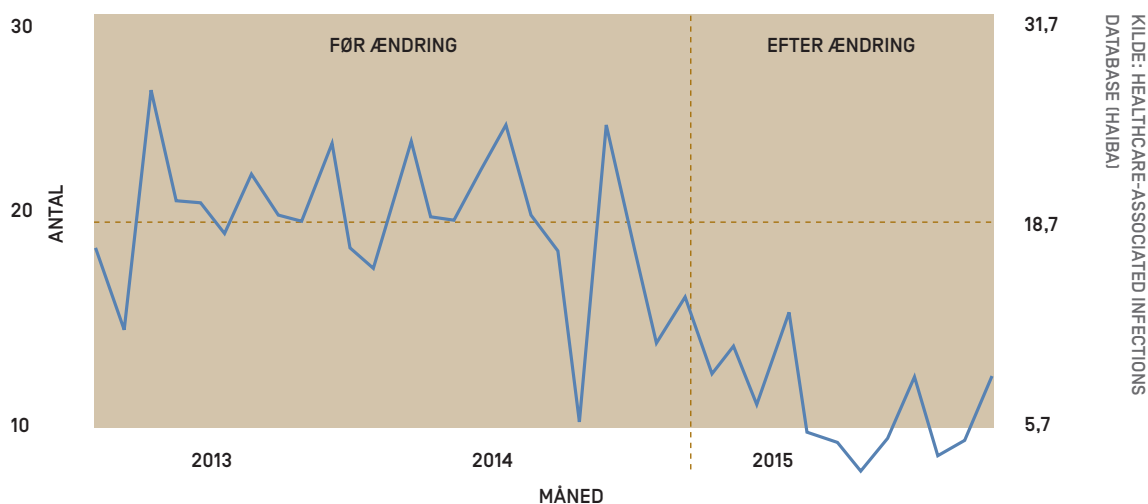
Figur 2 (se side 62) viser et kontrolldiagram over forekomsten af hospitals-erhvervet Clostridium difficile-infektion før og efter en målrettet indsats for at forebygge infektion. Man kan tydeligt se på den blå graf, at processen har rykket sig i den ønskede retning. Forekomsten er faldet med omkring to tredjedele, efter ændringen blev sat i værk.

Kontrolgrænserne afhænger af den naturlige variation, som findes i data – og skal beregnes, ikke besluttes.

HOSPITALSERHVERVET BAKTERIÆMI



HOSPITALSERHVERVET CLOSTRIDIUM DIFFICILE-INFECTION



Hvad er metodens styrker og begrænsninger?

Med SPC er det muligt at skelne mellem tilfældig og ikke-tilfældig variation i data over tid. Dette er afgørende for valget af forbedringsstrategi. SPC er derfor et alternativ til "rød-gul-grøn-opgørelser", hvor den enkelte indikatorværdi fortolkes uden for kontekst og tillægges særlig betydning afhængig af, hvor den tilfældigvis befinder sig i forhold til en fastlagt målsætning.

SPC har – som alle metoder – den ulempe, at man skal beherske metoden for at få nytte af den. Det gælder både selve metoden, at konstruere og fortolke SPC-diagrammer, men i særdeleshed, at dem, der skal forholde sig til resultaterne, har solid indsigt i tankegangen bag SPC.

Hvilke andre metoder, begreber og værktøjer er relateret til statistisk processtyring?

SPC er nært beslægtet med variansanalyse [ANOVA], da begge metoder sammenligner variationen inden for grupper med variationen mellem grupper og

signalerer, hvis variationen mellem grupper overstiger variationen inden for grupper. I SPC udgøres "grupper" af tidsperioder som uger eller måneder. I praktisk brug er SPC et af de vigtigste redskaber til kvalitetsforbedring og -kontrol. Når man bruger det sammen med et histogram** og et pareto-diagram (læs mere under [paretoanalyse*](#)), kan man få indsigt i, hvordan processer virker, og hvad der driver dem.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet kan metoden bruges?

Metoder kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

SPC indgår i flere dele af kvalitetsarbejdet:

- Kvalitetsplanlægning (fastlæggelse af det aktuelle niveau og variationstypen).
- Forbedringsindsatser (dokumentation af løbende forbedring).
- Kvalitetskontrol (løbende overvågning for at fastholde opnået kvalitet).

SPC er nyttigt inden for både faglig, organisatorisk og patientoplevet kvalitet, men forudsætter, at man har data af dynamisk karakter – altså foretager hyppige indikatormålinger (læs mere under [indikator*](#)) over tid.

Hvilken type viden ligger til grund for metodens virkning, værdi eller effekt?

Der foreligger solid teoretisk og praktisk evidens for metodens effektivitet i mange forskellige brancher, herunder sundhedsvæsenet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende metoden?

SPC er på samme tid udbredt og underudnyttet i det danske sundhedsvæsen. Udbredt, fordi mange klinikere og kvalitetsmedarbejdere, særligt i hospitals-sektoren, kender og anvender metoden. Underudnyttet, fordi de færreste organisationer – om nogen – benytter SPC systematisk og efter hensigten fra "top til bund" i organisationen til al slags kvalitetsudvikling og -overvågning.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i metoden?

SPC som metode henvender sig først og fremmest til de medarbejdere og ledere, som producerer kvaliteten. Brugere indgår som udgangspunkt ikke i processen. Selve den grafiske fremstilling af data over tid i kontroldiagrammer er dog særdeles velegnet til at formidle viden om kvaliteten for en bred kreds af brugere, borgere og beslutningstagere.

**** Et histogram** er et diagram med søjler. Hver søjle repræsenterer nogle grupperede observationer. Det bruges til at få overblik over, hvordan data fordeler sig.

LÆS MERE OM STATISTISK PROCESSTYRING HER

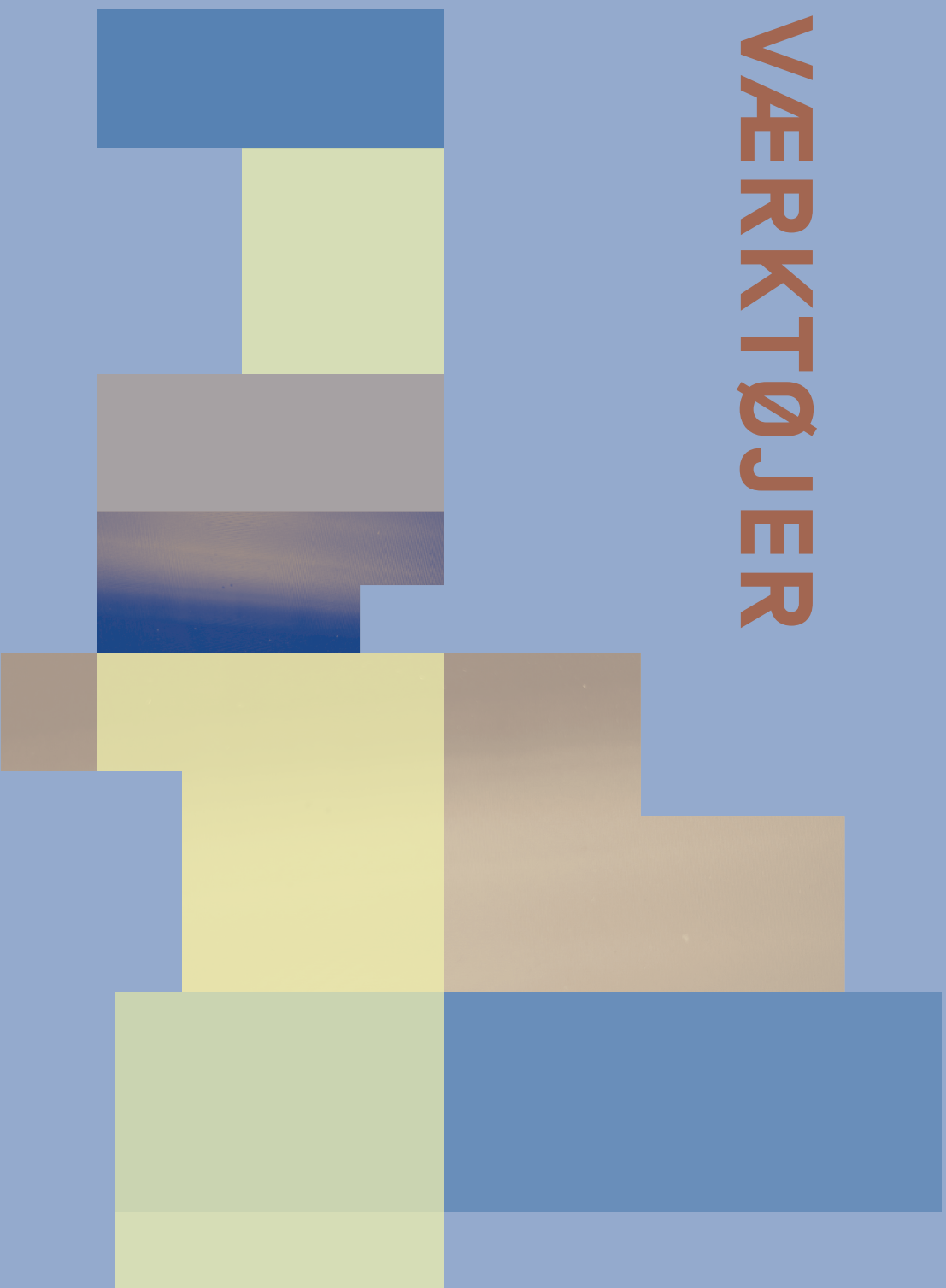
NYTTIGE LINKS

- SPC – Statistisk Proces Kontrol. Introduktion og håndbog. SPC-diagrammer og -analyser med brug af EpiData. Lauritsen og Packness [2010]. Region Syddanmark, Odense Universitetshospital og Center for Kvalitet. 1. reviderede udgave. På epidata.dk
- Statistisk processtyring i sundhedsvæsenet. Anhøj [2022] på anhoej.net

BØGER

- Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Anhøj [2015]. Munksgaard.

VÆRKTØJER



VÆRKTØJER

- Driverdiagram
- Handleplaner
- Kliniske retningslinjer
- Patientforløbsbeskrivelser
- PDSA-cirkel
- Prioriteringsmatrix
- Tavlemøder og forbedringstavle

Driverdiagram

Definition

Et driverdiagram er et visuelt redskab, der illustrerer og understøtter en teori om, hvilke forandringer man kan iværksætte for at nå et resultatmål for et forbedringsinitiativ – også kaldet forandringsteorien.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Driverdiagrammet kan anvendes til flere formål:

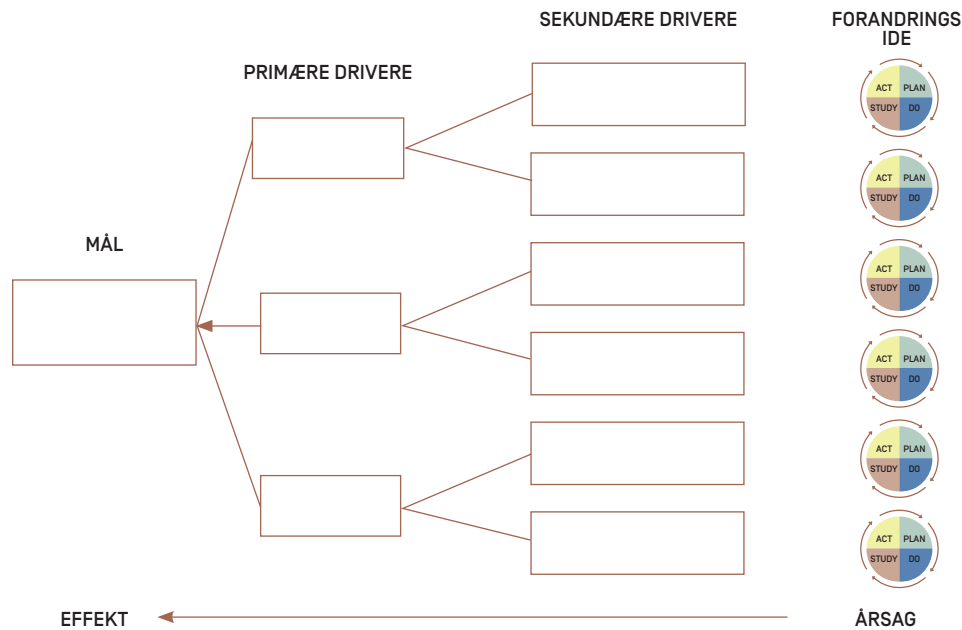
- Beskrive og synliggøre sammenhængene mellem det resultatmål, man har sat for et forbedringsinitiativ og de indsatser og handlinger, der fører til målet.
- Understøtte dialog og prioritering blandt dem, der deltager i forbedringsindsatsen, herunder ledere, sundhedsprofessionelle og borgere/patienter.
- Skabe overblik over aktiviteter, opgaver, indsatser, handlinger og afprøvnings-

Hvordan virker værktøjet?

Et driverdiagram består af fire dele: 1) Mål [resultatmål]; 2) Primære drivere, 3) Sekundære drivere [procesmål], og 4) Idéer til forandringer.

1. **Målet** for det konkrete forbedringsinitiativ (resultatmålet), man ønsker at iværksætte, er udgangspunktet for diagrammet.
2. **Primære drivere** er de faktorer eller indsatser, som påvirker målet. De findes ved at besvare spørgsmålet "Hvad bør iværksættes?" – og skal gerne formuleres som korte, handlingsanvisende sætninger.
3. **Sekundære drivere** er handlinger, der er nødvendige for at opnå de primære drivere. De skal bidrage til at identificere, hvad der kan afprøves. De findes ved at besvare spørgsmålet "Hvordan ændrer vi?" – og vil typisk formuleres som ønskede handlinger og arbejdsgange.
4. **Forandringsideer** er de eksperimenterende handlinger, som man kan afprøve ved brug af **PDSA-cirklen***. Hver forandringsidé bør have en effekt på mindst én primær driver og påvirke målet. Det anbefales at begynde med de forandringsideer, der enten har en forventet lav arbejdsindsats og høj effekt – eller ideer, der er enklest at afprøve i opstarten af en forbedringsindsats.

Når man læser driverdiagrammet fra højre til venstre, ser man, hvordan målet nås, og læser man driverdiagrammet fra venstre til højre, ser man, hvorfor de forskellige handlinger og indsatser bør udføres for at opnå målet.



Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Et driverdiagram er et dynamisk redskab, som giver et fælles overblik over et forbedringsinitiativ – og i forlængelse heraf mulighed for dialog og refleksion over næste skridt.

Driverdiagrammet giver også mulighed for prioritering og koordinering internt i det team, der arbejder med forbedringsindsatsen samt med nærmeste leder og kolleger.

De faldgruber, man skal være opmærksom på, når man arbejder med driverdiagrammer, er, at:

- drivere kan blive for generelle og abstrakte – og dermed ikke beskrivende. 'Ledelse' er eksempelvis en generel driver, som skal specificeres ved at beskrive konkret, hvilke ledelseshandlinger og hvilken ledelsesadfærd der understøtter målet.
- man ikke får justeret diagrammet, når der identificeres problemer, som udfordrer den illustrerede forandringsteori. Dette undgås ved løbende at genbesøge resultatmålet og sikre, at det stadig er aktuelt.
- man ikke får brugt driverdiagrammet til at understøtte dialog. For at imødekomme denne faldgrube kan driverdiagrammet anvendes aktivt på teammøder og i dialog med lederen som et landkort over forbedringslandskabet.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til driverdiagrammer?

Driverdiagrammet er et grundlæggende værktøj til at illustrere forandrings-teorien bag en forbedringsindsats og kunne følge de handlinger, der leder frem mod målet. Som det fremgår af figuren, bruges **PDSA-cirklen*** som en del af driverdiagrammet.

****** Et **affinitetsdiagram** er en metode til at organisere ideer, data og koncepter på, så det bliver nemmere at overskue, hvordan man kan handle på dem. Ideerne tematiseres og navngives i diagrammet.

I udarbejdelsen af driverdiagrammet kan man med fordel brainstorme over idéer til forandringer, der fører til målet, med en efterfølgende tematisering dokumenteret i et affinitydiagram [affinitetsdiagram]**.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelset og/eller organisatorisk.

Driverdiagrammet bidrager til faglig kvalitetsudvikling og -forbedring.

Det kan bruges i alle ledelseslag og teams med forbedringsopgaver i en organisation på forskellige niveauer og enheder.

Det anvendes til at belyse både faglig, patientoplevelset og organisatorisk kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Værktøjets effekt er dokumenteret i evalueringer af nationale og internationale programmer for kvalitetsudvikling og -forbedring baseret på evidensbaseret viden.

Værktøjet bygger på anvendelse af viden fra forskning, når det er muligt, samt best practice og praksiserfaringer om opbygning af stabile og sikre arbejdsgange og processer, der følges gennem data.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Værktøjet anvendes i hele sundhedsvæsenet: kommuner, hospitaler og praksis-sektor, herunder præhospital – og i samarbejde på tværs af sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Driverdiagrammet giver rig mulighed for brugerinvolvering, og det er naturligt at inddrage patienter i at afdække behov for ændrede arbejdsgange. Det gælder blandt andet i udarbejdelsen af driverdiagrammet, hvor man med fordel kan involvere patienter i, hvad de oplever har betydning for at nå målet (læs mere under **organisatorisk brugerinddragelse***).

Brugerne får indirekte gavn af værktøjet qua forbedret kvalitet.

LÆS MERE OM DRIVERDIAGRAMMER HER

NYTTIGE LINKS

- Fem tip til driverdiagrammet. Peitersen [2017] på patientsikkerhed.dk
- What's Your Theory? Driver Diagram Serves as Tool for Building and Testing Theories for Improvement. Bennett og Provost [2015] på apiweb.org
- Forbedringsmodellen (E-læring) på forbedringsmodellen.dk

BØGER

- The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. Langley m.fl. [2009]. 2. udgave. Jossey-Bass.

Handleplaner

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

EN: Action plan

Definition

En handleplan er et skriftligt dokument med en beskrivelse af, hvilke handlinger der skal iværksættes for at skabe en forbedring. Handleplaner indeholder tydelige beskrivelser af, hvem der har ansvar for implementering og evaluering af effekter til bestemte tidspunkter. De kan også indeholde beskrivelser af de proces- og/eller resultatindikatorer (læs mere under [indikator*](#)), der anvendes til at monitorere henholdsvis implementeringen af en forbedringsindsats og effekt over tid.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

En handleplan understøtter en systematisk håndtering af planlagte handlinger i arbejdet med at implementere og evaluere effekten af en forbedringsindsats.

Formålet er at undgå, at et problem eller en brist indenfor patientsikkerhed gentager sig under lignende omstændigheder. Hvis der er risiko for gentagelse, vil fokus i handleplanen være at begrænse konsekvenserne i forhold til hyppighed, omfang og alvorlighed.

Hvordan virker værktøjet?

En handleplan virker ved, at man koordinerer planlægning, monitorering og administration af de handlinger, der skal til for at opnå målet med indsatsen. Handleplanen sikrer systematik ved at være:

- Konkret og realistisk indenfor de givne rammer og ressourcer, for eksempel tid.
- Tydelig omkring roller og ansvar indenfor en tidsfrist.
- Risikovurderet i forhold til utilsigtede risici.

Handleplaner udvikles i et koordineret teamsamarbejde med berørte parter og eksperter med en specifik viden om det, man ønsker at forbedre. Konkret udvikles en handleplan for hvert forbedringstiltag, og det er ledelsens ansvar at godkende og implementere handleplanen.

En effektiv handleplan er baseret på viden og erfaringer om, hvilke handlinger der har størst effekt på patientsikkerheden i henhold til Hierarkiet over styrker af handlinger – beskrevet i figuren. Ved komplekse problemer er det et princip, at handleplanen bør indeholde mindst én stærk handling suppleret med moderate og/eller svagere handlinger.

STÆRKE HANDLINGER	MODERATE HANDLINGER	SVAGERE HANDLINGER
Tydeligt fokus, prioritering og støtte fra ledelsen med integration af patientsikkerhed i det daglige arbejde	Tjeklister til at støtte hukommelsen	Advarsler og indskærpelser
Standardisering af proces og udstyr	Eliminere eller reducere antallet af unødvendige forstyrrelser	Nye retningslinjer
Forsimpling af processer ved fjernelse af unødvendige arbejdsstrin	Forebygge arbejdsbelastninger	Mere undervisning
Håndtering af den menneskelige faktor: Gøre det let at gøre det rigtige, det vil sige ikke udelukkende afhængighed af menneskets hukommelse, perception, problemløsning med mere. Gøre det svært at gøre det forkerte gennem etablering af barrierer.	Styrke dokumentations- og kommunikationsprocesser, for eksempel Sikker Mundtlig Kommunikation i patientkritiske situationer	Dobbeltkontrol
Nyt udstyr afprøves inden indkøb og ibrugtagning	Beslutningsstøtte for eksempel IT-systemer	Øget observation
Ændring i fysiske rammer og arkitektur		
Brugerinvolvering i udførelsen af sundhedsydelser og/eller ved organisationsudvikling		

KILDE: RCA 2 IMPROVING ROOT CAUSE ANALYSES AND ACTIONS TO PREVENT HARM. NATIONAL PATIENT SAFETY FOUNDATION (2016)

Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

En handleplan og implementeringen af en handleplan er en vital del af patientsikkerheden og udviklingen af en forbedringsindsats. Fordelen ved en handleplan er, at den er konkret og realistisk med en plan for, hvem der gør hvad og hvornår.

En faldgrube er, når en handleplan alene indeholder svage handlinger. I disse tilfælde kan det være en løsning at implementere moderate eller svage handlinger som undervisning og ny **klinisk retningslinje***, indtil stærkere handlinger som ibrugtagning af nyt udstyr, forbedring af fysiske rammer eller andet på tilsvarende niveau kan implementeres.

En anden faldgrube er, når organisationen ikke monitorerer implementeringen og/eller effekten af handleplanen med risiko for manglende handling og effekt.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til handleplaner?

Handleplanen anvendes typisk i relation til [patientsikkerhed*](#) og er en integreret del og produkt af andre patientsikkerhedsanalyser, der anvendes til samme formål, blandt andet [kerneårsagsanalyser*](#).

Implementeringen af handleplanen kan med fordel integreres med databaseret forbedringsarbejde i organisationen, for eksempel i forbindelse med [Forbedringsmodellen*](#).

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Handleplanen er et redskab til planlægning, koordination og monitorering af handlinger (processer), der stiler mod reduktion af risiko for skader og fejl (resultater). Handleplanen har derfor særligt indflydelse på planlægning, udvikling, forbedring og monitorering af den faglige og patientoplevede kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

En handleplan er et pragmatisk redskab baseret på viden fra forskning i ulykker og best practice fra patientsikkerhed.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

En handleplan kan anvendes i alle dele af sundhedsvæsenet (kommuner, regioner og praksissektoren). Den kan også bruges i forbedringsarbejdet mellem sektorer, for eksempel ved tværsektoriel patientsikkerhedsanalyse.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Handlinger i en handleplan kan med fordel udvikles i samarbejde med patienter. Målet med at inddrage patienter i udviklingen er, at brugerne oplever en forbedret patientsikkerhed og kvalitet ved implementering af handleplanen.

LÆS MERE OM HANDLEPLANER HER

NYTTIGE LINKS

- **Metodekatalog - metoder til patientsikkerhedsanalyser.** Center for Sundhed, Region Hovedstaden og Dansk Selskab for Patientsikkerhed [2019] på [patientsikkerhed.dk](#)
- **Analysemetoder i patientsikkerhed – Handleplan.** Dansk Selskab for Patientsikkerhed m.fl. [2020] [E- læring] på [kursusportalen.plan2learn.dk](#)
- **Root Cause Analysis (RCA).** VA National Center for Patient Safety på [nj.gov](#)

BØGER

- **RCA 2: Improving Root Cause Analyses and Actions to Prevent Harm.** National Patient Safety Foundation [2016].

Kliniske retningslinjer

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Nationale Kliniske Retningslinjer (NKR), Landsdækkende Kliniske Retningslinjer eller klinisk udviklede retningslinjer

EN: Clinical Guidelines, Clinical Practice Guidelines; Medical Guidelines

Definition

Kliniske retningslinjer indeholder anbefalinger, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner, når der skal træffes beslutning om en passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse i specifikke situationer i patientforløbet. Retningslinjerne er udarbejdet systematisk med inddragelse af relevant sagkundskab.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Kliniske retningslinjer bygger bro mellem forskning og praksis og understøtter evidensbaseret behandling af høj og ensartet kvalitet.

Retningslinjer indeholder anbefalinger, der er baseret på en sammenfatning af den bedste og nyeste evidens. De bruges som en del af grundlaget for at vælge den bedste behandling.

Hvordan virker værktøjet?

Den enkelte fagperson kan bruge anbefalingerne til at afklare specifikke kliniske spørgsmål (beslutningsstøtte) eller som kilde til ny viden.

Inden man anvender kliniske retningslinjer, bør man foretage en kritisk vurdering af retningslinjen. Tjek for eksempel altid udgivelsesår og afsender. Et relevant værktøj til kritisk vurdering af kvaliteten af kliniske retningslinjer er AGREE II, som er internationalt anerkendt.

Kliniske anbefalinger er faglig rådgivning. De er ikke juridisk bindende, og det vil altid være det faglige skøn i den konkrete kliniske situation, der afgør den passende og korrekt sundhedsfaglig ydelse.

Kliniske retningslinjer udarbejdes af forskellige aktører. I Danmark er udgiverne typisk Sundhedsstyrelsen, Medicinrådet, Behandlingsrådet og faglige selskaber, der offentliggør retningslinjerne på deres hjemmesider. Lokale retningslinjer kan typisk findes i dokumentstyringssystemer internt i sundhedsvæsenet.

Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Retningslinjerne kan bidrage til høj og ensartet kvalitet i behandlingen og dermed til de bedste resultater for patienterne. Anvendelsen understøtter centrale ambitioner i sundhedsvæsenet:

- Patienternes ønske om den bedste behandling
- Sundhedsprofessionelles ønske om at tilbyde sundhedsydelser af højeste internationale standard
- Politikeres og ledelsers ambitioner om, at alle patienter skal have behandling af høj kvalitet, uanset hvor de møder sundhedsvæsenet.

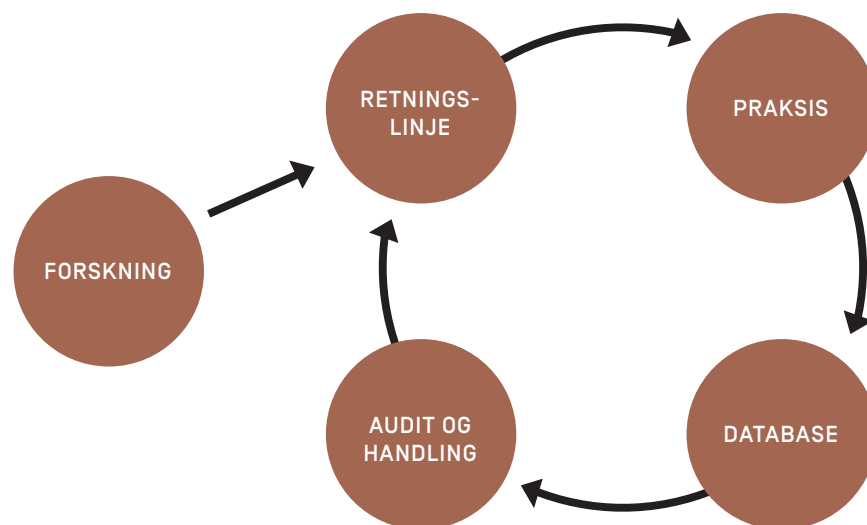
Kliniske retningslinjer rummer typisk generelle anbefalinger. I en konkret beslutningssituation er det derfor vigtigt at forholde sig til omstændigheder i patientens samlede situation, der kan have betydning for beslutningen, for eksempel komorbiditet eller anden behandling.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til kliniske retningslinjer?

En klinisk retningslinje sammenfatter evidensen på et område, og anbefalingerne fungerer som faglig rådgivning, når der skal tages beslutninger i forløbet – se også [fælles beslutningstagning*](#).

Anvendelse og effekt af kliniske retningslinjer kan følges via [kliniske kvalitetsdatabaser*](#), hvor både processer (efterlevelse af anbefalingerne) og resultater (effekt på helbred og livskvalitet) kan monitoreres.

Retningslinjerne kan også bruges som grundlag for en vurdering af kvaliteten af sundhedsvæsenets ydelser ved hjælp af [audit*](#). I nedenstående figur ses sammenhængene mellem kliniske retningslinjer, forskning, praksis, kliniske kvalitetsdatabaser samt audit og kvalitetsforbedrende handling.



I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Kliniske retningslinjer bruges mest til at sikre og udvikle kvalitet, men kan også anvendes til planlægning af patientforløb. Retningslinjerne indeholder typisk

anbefalinger, der sikrer og forbedrer processer, hvilket kan understøtte sundhedspersonalet i at give patienterne den bedst mulige behandling og dermed de bedst mulige resultater.

Kliniske retningslinjer anvendes typisk for at sikre og styrke den faglige kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Det er svært at undersøge retningslinjers effekt. Systematiske oversigtsartikler viser, at effekten – både på patientens helbred og på reduktion af procesvariation – afhænger af både kvaliteten af de retningslinjer, der undersøges, og af hvor godt retningslinjerne er implementeret.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Kliniske retningslinjer anvendes primært på hospitaler og i almen praksis. Der findes retningslinjer, som kan bruges i kvalitetsarbejde i flere sektorer samtidig og i samarbejde mellem sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Retningslinjer af høj kvalitet inddrager patientperspektivet, for eksempel ved at indarbejde litteratur om patienternes værdier og præferencer, ved at involvere patienter i udviklingen af retningslinjerne (læs mere under [organisatorisk brugerinddragelse*](#)) og/eller i høring af retningslinjerne.

Retningslinjer er typisk skrevet i fagsprog. Patienternes gavn af retningslinjerne er derfor som udgangspunkt indirekte.

Nogle retningslinjer indeholder links til beslutningsstøtteværktøjer (læs mere under [fælles beslutningstagning*](#)). Nogle gange findes særlige patientversioner af anbefalingerne, der kan anvendes som grundlag for dialog og beslutninger i forløbet.

LÆS MERE OM KLINISKE RETNINGSLINJER HER

NYTTIGE LINKS

- **Nationale kliniske retningslinjer og anbefalinger**, Sundhedsstyrelsen på sst.dk
- **AGREE II** [Internationalt redskab til at vurdere kvaliteten af kliniske retningslinjer] på agreetrust.org
- **Clinical Practice Guidelines We Can Trust**. Institute of Medicine [IOM] [2011]. The National Academies Press. På doi.org

BØGER

- **Forskning, kvalitet og klinisk praksis - Grundbog for sundhedsprofessionelle**. Jørgensen m.fl. [red.] [2021]. Munksgaard.

Patientforløbsbeskrivelser

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Forløbsbeskrivelse; Patientforløb; Forløbsprogrammer

EN: A clinical pathway; Disease management programs

Definition

Et patientforløb er summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter gennemgår i forbindelse med et givet helbredsproblem.

En patientforløbsbeskrivelse er en beskrivelse af et patientforløb for en udvalgt patientgruppe, hvor de sundhedsfaglige beslutninger, handlinger og de organisatoriske elementer er koordineret.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Patientforløbsbeskrivelser udarbejdes med det formål at fremme kvaliteten i patientforløbet ved at styrke koordinering, sikre højt fagligt niveau af behandlingen og en entydig ansvarsplacering mellem sektorer, afdelinger og fagprofessionelle

Beskrivelserne bidrager desuden til, at personale samt patienter og pårørende har overblik over forløbet, idet de beskriver, hvad der skal ske, hvornår og i hvilken rækkefølge.

Hvordan virker værktøjet?

Patientforløbsbeskrivelser indeholder de planlagte evidensbaserede sundhedsfaglige aktiviteter for en given patientgruppe, der har en gavnlig effekt på patientens sygdom.

Arbejdet med udarbejdelse patientforløbsbeskrivelser kan inddeles i tre faser:

- 1) Kortlægning af det aktuelle patientforløb, også kaldet gør-forløb – det vil sige en beskrivelse af, hvordan man på nuværende tidspunkt gør i praksis, fra en patient starter i et forløb, til forløbet slutter.
- 2) Beskrivelse af det optimale patientforløb, også kaldet bør-forløb – det vil sige, hvordan forløbet bør se ud i fremtiden.
- 3) Fastlæggelse og prioritering af indsatsområder, hvor der ikke er overensstemmelse mellem gør- og bør-forløb.

Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Styrker ved en patientforløbsbeskrivelse er ifølge et Cochrane-review, at de bidrager til færre komplikationer og forbedret journalføring uden at påvirke indlæggelsestiden og hospitalsudgifter.

For at en patientforløbsbeskrivelse fungerer optimalt skal den være et tværfagligt og/eller tværsektorielt planlægningsværktøj. Udarbejdelsen skal derfor foregå i en tværfaglig og/eller tværsektoriel arbejdsgruppe med involvering af patienter. Desuden bør en styregruppe for arbejdet med deltagelse af ledelsesrepræsentanter sikre fremdrift i processen og implementering.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til patientforløbsbeskrivelser?

Til at skabe overblik i en patientforløbsbeskrivelse kan man enten anvende et flowdiagram**, der er en grafisk fremstilling af forløbet, eller en skematisk oversigt, hvor forløbet er beskrevet i tekst. Dette kræver, at den aktuelle praksis udforskes, hvorfor der er brug for at indhente forskellige typer af data: Journaler, kliniske kvalitetsdatabaser*, utilsigtede hændelser*, kliniske instrukser og retningslinjer, patientens perspektiv, personalets perspektiv, feltobservationer, patientvejledninger med videre.

Beskrivelsen kan indeholde standarder (læs mere under kvalitetsstandarder*) og indikatorer* for specifikke aktiviteter i patientforløb.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelen og/eller organisatorisk.

En patientforløbsbeskrivelse er et centralt element i kvalitetsplanlægningen og bidrager til at udvikle kvaliteten i patientforløbet og skabe kvalitetsforbedringer. Når man udarbejder beskrivelsen, identificerer man ofte kvalitetsbrist, samt områder hvor der er særlig risiko for kvalitetsbrist, med henblik på at forebygge.

En patientforløbsbeskrivelse sikrer både kvalitet i struktur, proces og resultat af sundhedsydelserne, da alle elementer indgår i en patientforløbsbeskrivelse. En patientforløbsbeskrivelse bidrager til at sikre faglig, organisatorisk og patientoplevelen kvalitet, især hvis disse perspektiver er involveret i udarbejdelsen.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Der foreligger evidensbaseret viden (Cochrane review) for virkningen af patientforløbsbeskrivelser.

Der er desuden solid praksisviden på området. I de fem regioner har man systematisk udarbejdet patientforløbsbeskrivelser i mere end 20 år – og i kommunerne og praksissektoren på nationalt niveau arbejdet med dem igennem de sidste cirka 10-14 år i form af forløbsprogrammer**.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Værktøjet kan anvendes på tværs af sundhedsvæsenets sektorer, men ses mest anvendt på sygehusene. Den er relevant i kommunerne og i praksissektoren. Her kaldes værktøjet oftest for forløbsbeskrivelse, som indebærer et større fokus på den medicinske behandling, samt de enkelte sektors roller i forhold til opgaver, end patientforløbsbeskrivelser gør.

** Et flowdiagram (eller flowchart) er et grafisk redskab, der illustrerer, i hvilken rækkefølge arbejdsopgaver eller processer skal ske, hvilke beslutninger der skal træffes, og hvilke processer der skal udføres afhængigt af forskellige valg.

** Et forløbsprogram er en beskrivelse af opgavefordelingen og behovet for koordinering og kommunikation mellem sygehuse, praksissektoren og kommuner.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Patientforløbsbeskrivelser udarbejdes i samarbejde med patienter og klinikere, tværsektorielt og tværfagligt.

Data fra både patienter og klinikere bør anvendes i udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser.

Både patienter og klinikere får gavn af redskabet, og redskabet kan med fordel kommunikeres direkte til patienter og klinikere.

LÆS MERE OM PATIENTFORLØBSBESKRIVELSER HER

NYTTIGE LINKS

- Udarbejdelse af patientforløbsbeskrivelser, AUH. Region Midtjylland på e-dok.rm.dk
- Skyggemetoden – En guide til at følge og observere patienter og få indblik i forløbet set fra patientens perspektiv. Enheden for Bruger-undersøgelser, Region Hovedstaden [2012] på regionh.dk
- Clinical pathways: effects on professional practice, patient outcomes, length of stay and hospital costs. Rotter m.fl. [2010]. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 3 på cochranelibrary.com
- Patientforløb, Sundhedsstyrelsen på sst.dk

PDSA-cirke

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Plan-Do-Study-Act-cirke; Systematisk afprøvning; Test

EN: Plan-Do-Study-Act

Definition

PDSA-cirklen er et værktøj til på systematisk og struktureret vis at afprøve, udvikle, tilpasse og implementere forandringer i arbejdsgange og redskaber med henblik på at forbedre kvaliteten. PDSA er en forkortelse af de engelske betegnelser for disse fire trin: Plan-Do-Study-Act, som på dansk kan oversættes til: Planlægge-Udføre-Analysere-Handle.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Formålet med at gennemføre systematiske og dokumenterede afprøvninger er at opbygge praksisnær viden om, hvilke forandringer der kan forbedre arbejdsgange og dermed kvaliteten. Man udvikler praksisnær viden ved at reflektere over effekten af den gennemførte afprøvning. Denne viden anvendes til at danne grundlag for de efterfølgende systematisk gennemførte og dokumenterede afprøvninger.

Det overordnede formål er at opbygge tiltro til, at en forandring kan være en forbedring i praksis.

Hvis de systematiske afprøvninger følges med tidstro data over tid, kan det dokumenteres, om afprøvningerne medvirker til en stabil proces i den ønskede retning.

Hvordan virker værktøjet?

PDSA-cirklen er [Forbedringsmodellens](#)* motor til at omsætte ideer til konkrete handlinger.

En afprøvning med PDSA-cirklen indledes med at stille spørgsmål om den forandring, man ønsker at afprøve ('Hvad sker der, hvis...?'). Herefter opstiller man en hypotese for det forventede resultat af afprøvningen (Vi tror, at der sker det, at....'). På baggrund af disse overvejelser gennemfører man den konkrete afprøvning og analyserer resultatet.

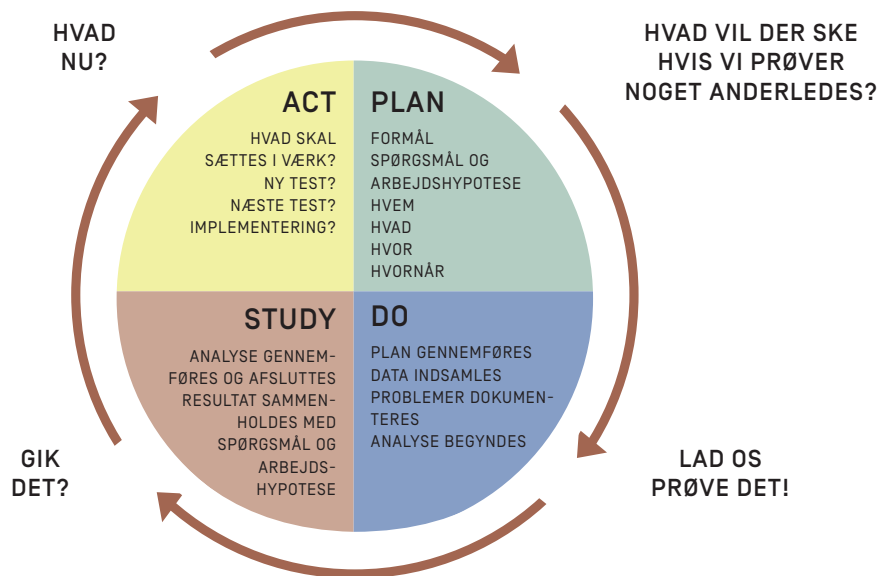
Afprøvninger gennemføres typisk først i en lille skala på for eksempel en borger, en kollega eller i en vagt. I takt med at afprøvningerne giver de ønskede resultater, kan de skaleres op.

Planlægning og gennemførelse af en afprøvning følger altid de samme fire trin:

	EKSEMPEL
	Spørgsmål: Giver det en overskuelig arbejdsgang, at én medicinansvarlig giver medicin til alle beboere på 1. sal? Hypotese: Det giver ro ved medicinering og skaber overblik.
1. Plan [P]: Afprøvningen planlægges [Hvem gør hvad og hvornår?]	Karen er medicinansvarlig og administrerer derfor medicin til alle beboere på 1. sal den 31. maj.
2. Do [D]: Afprøvningen gennemføres.	Planen er gennemført. Uventet havde en kollega givet medicin til den borger, hun havde ansvar for.
3. Study [S]: Analysen påbegyndes [Hvilken læring har afprøvningen vist?]	Læringen er, at a) der blev ro ved medicingivning; b) den medicinansvarlige fik overblik, c) alle borgere fik medicin til tiden, d) en kollega kendte ikke afprøvningen.
4. Act [A]: Analysen afsluttes, og man lægger en plan på baggrund af den læring, der er opnået.	Alle kolleger skal ved morgenmøde orienteres om, at én medicinansvarlig administrerer medicin til alle borgere. Ny afprøvning startes op den 2. juni med Sofie som medicinansvarlig for alle borgere på 1. sal.
PROCESSENS TRIN ER ILLUSTRERET I FIGUREN.	

Når afprøvningsne er gennemført over tid og under forskellige omstændigheder og dermed viser robuste forbedringer i processerne, aftales plan for implementering.

PDSA-CIRKEL TIL LÆRING OG FORBEDRING



KILDE: THE IMPROVEMENT GUIDE AF LANGLEY ET AL. (2009)

Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Fordelen ved afprøvning med PDSA-cirklen er, at en forandring bliver afprøvet og resultatet systematisk analyseret og tilpasset i praksis, inden den – hvis hypotesen bekræftes – implementeres i gradvist vanskeligere situationer og større skala.

Klassiske faldgruber er at:

- Man springer en eller flere faser i P-D-S-A over, for eksempel Study/analyse-fasen, og dermed går refleksionen og udviklingen af lokal praksisnær viden tabt.
- Afprøvninger bliver gennemført uden en hypotese (formulering af det spørgsmål, der ønskes svar på). Gør man dette, ved man ikke, hvad man reelt har afprøvet og kan derfor heller ikke uddrage læring.
- Hypotesen er bred og indeholder flere spørgsmål, hvilket giver uklarhed over, hvad man afprøver og lærer.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til PDSA-cirkel?

PDSA-cirklen er en del af Forbedringsmodellen (læs mere under [tavlemøder](#) og [forbedringstavle*](#)).

Planlægningen og prioriteringen af PDSA-cirkler kan tage udgangspunkt i [driverdiagrammet*](#).

Planlægning, prioritering og opfølgning på afprøvninger kan ske på en **forbedringstavle***.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevet og/eller organisatorisk.

Værktøjet bidrager til kvalitetsudvikling og -forbedring.

Afprøvninger ved PDSA kan anvendes i alle processer i sundhedsvæsenet og egner sig til arbejdet med både faglig, organisatorisk og patientoplevet kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Værktøjet er udviklet og beskrevet til brug i Healthcare af den internationale organisation Institute for Healthcare Improvement (IHI).

Det bygger oprindeligt på forskning og evalueringer af nationale og internationale programmer for forbedringer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Værktøjet kan anvendes overalt i sundhedsvæsenet, for eksempel i kommunale enheder, på sygehuse og præhospital, i praksissektoren og mellem sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Værktøjet giver rig mulighed for brugerinvolvering (læs mere under **organisatorisk brugerinddragelse***), da det er naturligt at inddrage brugerne i eksempelvis afprøvning af ændrede arbejdsgange, udvikling af idéer til afprøvninger eller prioritering af afprøvningen. Herved bliver brugerens erfaringer hørt og bidrager til forbedring af de processer, der vedrører brugerens eget forløb.

LÆS MERE OM PDSA-CIRKLEN HER

NYTTIGE LINKS

- Forbedringsmodellen [E-læring for regioner] på forbedringsmodellen.dk
- Forbedringsmodellen [E-læring for kommuner] på kk.dk

BØGER

- Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Anhøj [2015]. Munksgaard.
- The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance. Langley m.fl. [2009]. 2. udgave. Jossey-Bass.

FORFATTERE Liv Nørregaard Skøtt og Rikke von Benzon Hollesen
BEDØMMER Tanja Westengaard Gyldegren

Prioriteringsmatrix

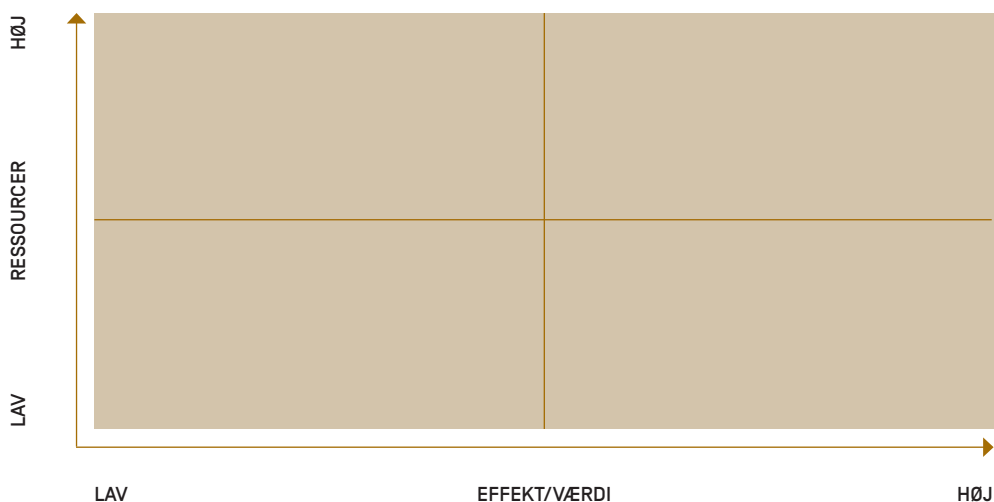
Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Matrix til prioritering af forbedringsindsatser

Definition

En prioriteringsmatrix er et værktøj til facilitering af en systematisk tilgang til sammenligning og prioritering af forskellige valgmuligheder baseret på bestemte kriterier, for eksempel effekt/værdiskabelse og ressourcer.

Matrixen er bygget op omkring to akser: På y-aksen indplaceres valgmulighederne, for eksempel handlinger eller indsatser ud fra ressourceforbrug, og på x-aksen indplaceres de ud fra deres forventede effekt/værdiskabelse. Begge akser er inddelt i to felter: høj og lav. Dette giver en matrix på i alt fire felter, som vist i figuren.



Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Mange organisationer har flere – til tider konkurrerende – kvalitets- og forbedringsindsatser i gang samtidig. Der kan derfor være behov for at prioritere mellem indsatserne med henblik på at skabe mest mulig effekt og værdi ved brug af færrest mulige ressourcer.

En prioriteringsmatrix kan også bruges til at understøtte beslutninger om, hvordan forskellige handlinger og forbedringsidéer kan prioriteres i en forbedringsindsats.

Hvordan virker værktøjet?

Prioriteringen sker på baggrund af en samlet vurdering af indsatsernes forventede effekt (værdiskabelse) og forventede ressourceforbrug og kompleksitet. På den måde bliver det synligt, hvilke forbedringsindsatser der giver mest effekt og værdi med mindst forbrug af ressourcer og mindst kompleksitet.

Fremgangsmåden er, at man:

1. Identificerer de igangværende indsatser og opgaver, der skal prioriteres imellem.
2. Inviterer de berørte parter for eksempel et forbedringsteam med ledelsesrepræsentation til et prioriteringsmøde.
3. Tegner prioriteringsmatrixen på en flipover.
4. Diskuterer hver enkelt indsats i forhold til ressourceforbrug og forventet effekt.
5. Skriver indsatsens navn på en post-it-note og placerer den i prioriteringsmatrixen.
6. Vurderer indsatserne og beslutter, i hvilken rækkefølge de skal iværksættes.

Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Fordelen ved prioriteringsmatrixen er, at den sætter en tydelig ramme for prioriteringen af de ofte mange kvalitets- og forbedringsindsatser, der iværksættes i sundhedsvæsenet. Matrixen er en simpel og visuel præsentation, der kan bruges til at skabe tydelighed og gennemsigtighed i forhold til prioriteringer.

En faldgrube ved brugen af prioriteringsmatrixen kan være, at man definerer ressourceforbrug og effekt udelukkende på baggrund af subjektive vurderinger, hvilket kan give et usikkert beslutningsgrundlag. Det kan derfor være en god ide at kvalificere vurderingen hos flere aktører med viden og erfaring indenfor indsatsen og estimere det forventede ressourceforbrug og effekten på baggrund af et fagligt skøn.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til prioriteringsmatrixen?

Prioriteringsmatrixen kan bruges sammen med [driverdiagrammet*](#), når der er behov for at beslutte, hvilke sekundære drivere (handlinger og forbedringsidéer), man skal arbejde med.

Derudover er værktøjet relevant, når man skal vælge mellem flere forskellige afprøvninger (læs mere under [Forbedringsmodellen*](#) og [PDSA-cirkel*](#)).

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Prioriteringsmatrixen kan bruges kontinuerligt i arbejdet med kvalitet og er særlig relevant i forhold til kvalitetsplanlægning og kvalitetsforbedring.

Matrixen omhandler særligt processerne og resultaterne i sundhedsydelserne.

Den er relevant i forhold til både faglig, organisatorisk og patientoplevet kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Prioriteringsmatrixen er udviklet på baggrund af best practice og gode praksiserfaringer indenfor Lean**-paradigmet.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Matrixen kan bruges i forbedringsarbejdet i de enkelte sektorer i sundhedsvæsenet (kommuner, hospitaler og praksissektor), i flere sektorer samtidigt og mellem sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Når man arbejder med prioriteringsmatrixen, kan brugerne indgå som informanter til brugerperspektivet gennem feedback på den brugeroplevede kvalitet. Det kan for eksempel ske indirekte gennem undersøgelse af brugeroplevet kvalitet indenfor en given kvalitet.

Brugerne får indirekte gavn af værktøjet gennem prioritering af indsats til forbedring, der giver organisationen et bedre grundlag for at lykkes med forbedringen set i lyset af tilgængelige ressourcer.

**** Lean** er nogle principper, teknikker, metoder og værktøjer, organisationer kan bruge til at skabe mere værdi for færre ressourcer. Lean tager udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for brugeren af de ydelser, organisationen leverer.

Tavlemøder og forbedringstavle

Ord og begreber med samme eller beslægtet betydning

DA: Målstyringstavle

Definition

En forbedringstavle er en fysisk tavle, hvor medarbejdere og ledere i en enhed, et team eller en afdeling struktureret arbejder med forslag, afprøvning samt udvikling af forbedringsinitiativer i egen organisation.

Tavlemøder er korte møder ved forbedringstavlen, hvor man gennemgår status på igangværende forbedringsinitiativer med henblik på at skabe læring og fremdrift.

Hvad kan man opnå ved at bruge værktøjet?

Formålet med at anvende forbedringstavler er at gøre forbedringsarbejdet synligt og tilgængeligt for medarbejdere og ledere – for på den måde at fastholde fokus på forbedringsarbejdet i en travl hverdag.

Hvordan virker værktøjet?

Forbedringstavler og brugen af tavlemøder er inspireret af det japanske begreb "Kaizen", der handler om kontinuerlig forbedring.

**** Et seriediagram** er et kurvediagram med indikatorværdien på y-aksen og tiden eller rækkefølgen på x-aksen. Seriediagrammer er brugbare til at studere udviklingen af kvalitet over tid.

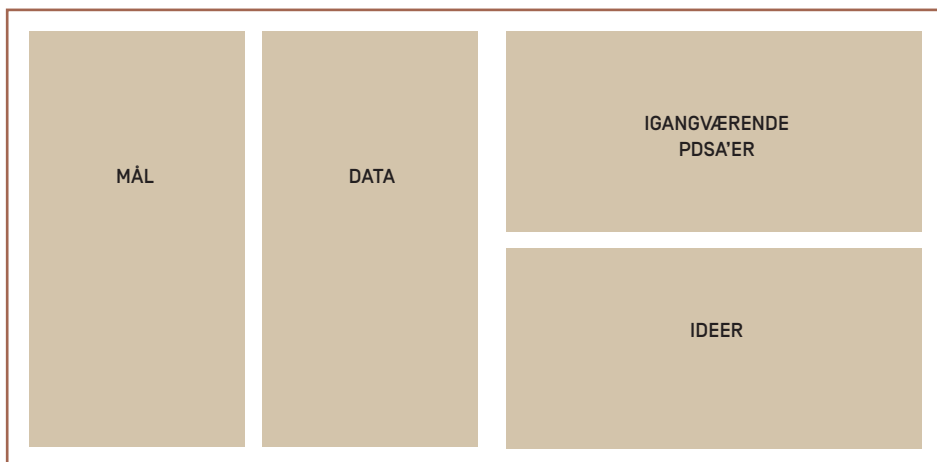
Den fysiske forbedringstavle er typisk en whiteboard-tavle, som hænger i eksempelvis personalerummet. På tavlen præsenteres mål, idéer til forbedringer, afprøvnings (læs mere under [Forbedringsmodellen*](#) og [PDSA-cirkel*](#)) sammen med tidstro data i seriediagrammer** og dage-siden-sidste-hændelse. Se figur på næste side til eksempel.

Tavlen bliver løbende ajourført med relevant ny viden og kommunikerer status på forbedringsarbejdet til medarbejderne – også mellem tavlemøderne.

Tavlemøder:

- Er korte (10 – 20 minutter) og kan med fordel blive afholdt stående rundt om tavlen.
- Bliver gennemført hyppigt for eksempel én gang om ugen.
- Kan kobles på en allerede etableret mødeform, for eksempel overlevering i vagtskifte.
- Kan faciliteres af en fast person eller gå på skift for at opnå et fælles ansvar for tavlemødet. Det vigtige er, at medarbejderne involveres.
- Er stringente omkring form og indhold gennem facilitering.

Tavlernes og tavlemødernes endelige form bliver tilpasset den enkelte lokale praksis.



Hvad er værktøjets styrker og begrænsninger?

Fordelen ved forbedringstavler er, at medarbejderne hele tiden kan se, om de forandringer, de bidrager med og afprøver, bringer dem nærmere målet. Derudover er tavlen et mulighedsrum til løbende at bidrage med seneste viden og idéer til forbedringer. Det gør den daglige indsats mere meningsfuld og giver mulighed for en faglig stolthed og arbejdsglæde, når der er fremdrift i forbedringsarbejdet.

Hvilke andre værktøjer, begreber og metoder er relateret til tavlemøder og forbedringstavle?

Data er en del af de fleste tavler og tavlemøder. Det kan både være data, som viser, om afdelingen nærmer sig målet (resultatmål) eller data, der viser, om afdelingens arbejdsgange er sikre (procesmål). Læs mere om mål under [kvalitetsstandarder*](#).

På tavlemødet drøfter deltagerne status og ideer til forbedringer på baggrund af læring af data og afprøvninger (læs mere under [Forbedringsmodellen*](#) og [PDSA-cirkel*](#)). Nye afprøvninger planlægges herefter.

I hvilke dele af kvalitetsarbejdet anvendes værktøjet?

Værktøjer kan indgå i forskellige opgavetyper, for eksempel kvalitetsplanlægning, -forbedring eller -monitorering; de kan have fokus på strukturen, processerne og/eller resultaterne af sundhedsydelser; og de kan belyse forskellige perspektiver på kvalitet, henholdsvis faglig, patientoplevelse og/eller organisatorisk.

Anvendelse af forbedringstavler og tavlemøder kan understøtte kvalitetsarbejdet i flere faser.

I planlægningsfasen kan forbedringstavlen anvendes til at udarbejde formålinger (baseline) og til at afdække, hvor arbejdsgange og kvalitet er særligt udfordret. På tavlemødet kan deltagerne lægge en plan for afprøvninger og komme med forslag til forbedringsindsatser.

Tavlemøder kan anvendes til kvalitetsudvikling og -forbedring. Her sikrer møderne dialog om det igangværende forbedringsarbejde – både med afsæt i data [typisk er vist i seriediagrammer, så man kan følge udviklingen over tid] og med afsæt i ny viden fra igangværende afprøvninger/prøvehandlinger. Her er der fokus på læring og behovet for eventuelle justeringer i forbedringsarbejdet for eksempel med nye afprøvninger.

Forbedringstavlerne kan også bruges til kvalitetskontrol. Dette ved at følge data på udvalgte sundhedsydelser over tid. Eller til at følge, hvorvidt afdelingen formår at fastholde en ny opnået kvalitet over tid.

Tavlemøder og forbedringstavler er både relevante i forhold til den faglige, organisatoriske og patientoplevede kvalitet.

Hvilken type viden ligger til grund for værktøjets virkning, værdi eller effekt?

Tavlemøder og forbedringstavler er baseret på viden fra forskning, evalueringer, best practice og gode praksiserfaringer.

Hvor i sundhedsvæsenet kan man anvende værktøjet?

Tavlemøder og forbedringstavler bliver brugt bredt i det danske sundhedsvæsen – både i enkelte sektorer og mellem sektorer.

Hvilken rolle spiller brugerne af sundhedsvæsenet i anvendelsen af værktøjet?

Der er gode muligheder for, at brugerne kan indgå i arbejdet med tavlemøder – for eksempel ved at deltage direkte på tavlemøder.

En anden type brugerinddragelse [læs mere under [organisatorisk brugerinddragelse *](#)] er, at patienternes stemme repræsenteres indirekte på tavlemødet via medarbejdere gennem data og feedback, for eksempel i form af kvalitativ feedback på afprøvning af et nyt tiltag, eller hvis brugerne har idéer til nye tiltag eller afprøvninger i forhold til kvalitetsudvikling.

Man kan desuden sætte "ansigt" på data gennem små brugerhistorier, som kan handle om brugernes oplevelser af betydningen af en kvalitetsbrist og/eller en kvalitetsforbedring i brugernes liv.

Brugerne får indirekte gavn af værktøjet, ved at arbejdsgange forbedres og bidrager til en samlet øget kvalitet og patientsikkerhed.

LÆS MERE OM TAVLEMØDER OG FORBEDRINGSTAVLE HER

NYTTIGE LINKS

- I sikre hænder. Når patientsikkerhed bliver synlig - et inspirationskatalog om tavler og tavlemøder i forbedringsarbejdet på isikrehaender.dk

BØGER

- Håndbog i Tavlemøder: En praktisk guide til forbedringsarbejdet. Rasmussen (2018). Kompetenceforum.

Ordbog

Arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet har sit eget sprog med begreber, metoder og værktøjer – men også tilgange og forståelser – som man skal lære at kende for at begå sig hjemmevant på feltet. I Kvalitetsguidens opslag er der en række forklaringer i marginen af ord og begreber, som ikke er en del af dagligdagssproget for personer uden indgående kendskab til kvalitetsarbejde. De forklaringer er samlet nedenfor.

Affinitetsdiagram

- Kerneårsagsanalyse (KÅA)
- Driverdiagram

Et affinitetsdiagram er en metode til at organisere ideer, data og koncepter på, så det bliver nemmere at overskue, hvordan man kan handle på dem. Ideerne tematiseres og navngives i diagrammet.

Arbejdsgangsanalyse

- Forbedringsmodellen
- Paretoanalyse

En arbejdsgangsanalyse er en systematisk kortlægning af alle arbejdsstrin og aktører i processen fra start til slut (fra input til output). På den baggrund kan man forbedre eller udvikle helt nye arbejdsgange med højere kvalitet – ved at identificere muligheder for forbedring som overflødige trin, uhensigtsmæssige overgange, risiko for ventetid, tidskrævende procedurer m.v.

Brugerrepræsentation

- Organisatorisk brugerinddragelse

Ved brugerrepræsentation sidder patienter og pårørende for eksempel med som repræsentanter for brugerperspektivet i forskellige mødefora, såsom udvalg, råd eller beslutningsfora. Repræsentanterne inddrages direkte i beslutninger og planlægning vedrørende sundhedsvæsenets rammer og kulturelle forhold.

Brugerstyret behandling

- Individuel brugerinddragelse
- Patientrapporterede oplysninger

Ved brugerstyret behandling beslutter patienten i samråd med den sundhedsprofessionelle, hvornår i behandlingsforløbet kontrolbesøg og indlæggelser skal ligge. Det kan også omfatte andre opgaver, som patienten selv kan og vil varetage.

Datavalidering

- Klinisk kvalitetsdatabase

Datavalidering er en proces, hvor man tjekker, om data ser ud som forventet. Formålet med validering er at sikre sig, at data er gyldige – og ikke rummer ukendte fejl eller mangler, som vil føre til forkerte fortolkninger og konklusioner.

Den brugerinddragende dialog

- Individuel brugerinddragelse

Den brugerinddragende dialog er et dialogstøtteredskab, der hjælper sundhedsprofessionelle med at forberede dialogen med patienter og borgere, så både sundhedspersonens faglige perspektiv og patientens perspektiv kommer i spil på en ligeværdig måde.

Den Danske Kvalitetsmodel [DDKM]

- Kvalitetsstandard

Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er en national model for kvalitetsudvikling, hvor behandlingssteder i blandt andet kommuner og praksissektoren skal leve op til en række akkrediteringsstandarder.

Det Nationale Kvalitetsprogram

- Indikator
- Læringsnetværker og -fællesskaber

Det Nationale Kvalitetsprogram er et tværsektorielt program, som består af otte nationale kvalitetsmål for sundhedsvæsenet, lærings- og kvalitetsteams (LKT) og et nationalt ledelsesprogram. Inden for hvert af de otte mål er der nogle indikatorer, som konkretiserer målet.

Dialogredskab

- Patientrapporterede oplysninger

Ved dialogredskab bruges PRO-data til at understøtte og strukturere en fælles dialog mellem patient og sundhedsperson. PRO-data indgår som en fast del af dialogen.

Feedbacksystem

- Forbedringsmodellen

Et feedbacksystem er et dataindsamlings-system, der løbende giver feedback på kvaliteten i form af målinger af bestemt data.

Fejlkildeanalyse

- Patientsikkerhed

En fejlkildeanalyse er en proaktiv metode, hvor man analyserer usikre arbejdsgange og afdækker kilder til fejl og kvalitetsbrist. Formålet er at forebygge utilsigtede hændelser i at opstå i fremtiden.

Fem x hvorfor

- Kerneårsagsanalyse (KÅA)

Fem x hvorfor er en problemløsningsteknik til at identificere årsagen til et problem ved at stille spørgsmålet "hvorfor sker det?" igen og igen – mindst fem gange – indtil man er ved kernen og den egentlige årsag (kerneårsagen).

Flowdiagram

- Kerneårsagsanalyse (KÅA)
- Patientforløbsbeskrivelser

Et flowdiagram (eller flowchart) er et grafisk redskab, der illustrerer, i hvilken rækkefølge arbejdsgange eller processer skal ske, hvilke beslutninger der skal træffes, og hvilke processer der skal udføres afhængigt af forskellige valg.

Forløbsprogram

- Patientforløbsbeskrivelser

Et forløbsprogram er en beskrivelse af opgavefordelingen og behovet for koordinering og kommunikation mellem sygehuse, praksissektoren og kommuner.

Funktionel Resonans Analyse Metode [FRAM]

- Patientsikkerhed

Funktionel Resonans Analyse Metode (FRAM) er en metode til at bygge en model af, hvordan arbejdet udføres i et komplekst system. En FRAM-model viser de funktioner, som er nødvendige og tilstrækkelige for, at noget sker – ikke når det går galt, men når det fungerer.

Histogram

- Statistisk processtyring

Et histogram er et diagram med søjler. Hver søjle repræsenterer nogle grupperede observationer. Det bruges til at få overblik over, hvordan data fordeler sig.

Hændelsesanalyse

- Patientsikkerhed

En hændelsesanalyse er en metode, hvor man analyserer enkelthændelser eller aggregerede hændelser med ingen, let eller moderat skade på en systematisk og detaljeret måde. Formålet er at uddrage læring og pege på ændringer, der kan medføre forbedringer.

Lean

- Læringsnetværk og -fællesskaber
- Prioriteringsmatrix

Lean er nogle principper, teknikker, metoder og værktøjer, organisationer kan bruge til at skabe mere værdi for færre ressourcer. Lean tager udgangspunkt i, hvad der er vigtigt for brugeren af de ydelser, organisationen leverer.

Patientsikkerhedsrunde

- Patientsikkerhed

En patientsikkerhedsrunde er en metode, som man kan bruge til at identificere problemer med patientsikkerhed samt til at fremme og understøtte en patientsikkerhedskultur. Metoden er et ledelsesredskab for topledelsen og kan på sigt fremme en proaktiv patientsikkerhedskultur.

Randomiseret kontrolleret undersøgelse [RCT]

- Audit

En randomiseret kontrolleret undersøgelse (RCT) er en videnskabelig undersøgelse, der undersøger effekten af en ny behandling i forhold til standardbehandling af en kontrolgruppe. Delta-gere i RCT findes via tilfældig lodtrækning.

Risikovurdering

- Patientsikkerhed

En risikovurdering er en systematisk fremgangsmåde, hvor man vurderer mulige risici så neutralt som muligt i en helhedsbetragtning. Risikovurderinger kan foretages på eksisterende patientsikkerhedskritiske situationer eller ved implementering af nyt udstyr, nye arbejdsgange, ombygninger, flytninger og lignende.

Samskabelsesprocesser

- Organisatorisk brugerinddragelse

I samskabelsesprocesser deltager brugere og sundhedsprofessionelle som ligeværdige samarbejdspartnere.

Seriediagram

- Forbedringsmodellen
- Tavlemøder og forbedringstavle

Et seriediagram er et kurvediagram med indikatorværdien på y-aksen og tiden eller rækkefølgen på x-aksen. Seriediagrammer er brugbare til at studere udviklingen af kvalitet over tid.

SMART-mål

- Forbedringsmodellen

SMART-mål er et redskab til at gøre et mål operationelt i praksis. SMART er en forkortelse for Specifikt, Målbart, Acceptorret og Ambitiøst, Realistisk, Tidsafgrænset.

Tidstro data

- Forbedringsmodellen

Tidstro data er aktuelle data om patienten i relation til dennes behandling og/eller behandlingsforløb. Tidstro data anvendes til at lære og forbedre det daglige arbejde i sundhedsvæsenet.

Årsagsvirkningsdiagram

- Forbedringsmodellen
- Kerneårsagsanalyse (KÅA)

Et årsagsvirkningsdiagram er et grafisk hjælpemiddel, der bruges til at udforske og synliggøre mulige årsager til et givent kvalitetsproblem.

Bag om Kvalitetsguiden

Mål og ambitioner

Første version af Kvalitetsguiden er resultatet af en proces, der har involveret en lang række fagpersoner og organisationer. Forskellige arbejdsprocesser og metodegreb er taget i brug i de enkelte faser af udviklingsprocessen.

Målet har været at udarbejde første version af et valideret opslagsværk over de mest anerkendte og anvendte metoder til kvalitetsudvikling – formidlet på en levende og let tilgængelig måde, der gør indholdet nemt at gå til for den brede gruppe af sundhedspersoner, der arbejder med kvalitet på tværs af sundhedsvæsenet. Denne vil løbende blive opdateret og suppleret.

For at nå målet er Kvalitetsguiden udviklet ud fra principper om, at den skal:

- **Gå på tværs af sektorer.** Guiden skal være relevant og brugbar for kvalitetsarbejdet i alle sektorer. Det er derfor afgørende, at alle dele af sundhedsvæsenet deltager aktivt og på lige fod i arbejdet.
- **Skabe fælles forståelser.** Guiden skal bringe forståelser og viden om kvalitetsarbejde på tværs af sektorer i spil med hinanden med henblik på at understøtte udviklingen af et fælles sprog om – og en fælles retning for – kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen.
- **Basere sig på høj faglighed.** Guiden skal i form og indhold opleves så relevant og troværdig, at den kan fungere som en fælles reference i alle kvalitetsfaglige miljøer. Dette kræver for det første, at guiden udarbejdes af eksperter med indsigt i kvalitetsarbejdet i det danske sundhedsvæsen. For det andet er det vigtigt, at den ikke reflekterer specifikke "skoler" inden for kvalitetsarbejde – men rummer mange skoler på de samme betingelser. Og endelig, for det tredje, skal processer og kriterier være klart beskrevet og fuldt ud gennemskuelige, så der ikke kan opstå tvivl om, på hvilket grundlag valg og fravalg er taget.

Centrale greb i processen

For at realisere mål og ambitioner for Kvalitetsguiden er følgende processuelle og metodiske greb taget i anvendelse i projektforløbet frem mod første version.

Redaktionsgruppe i kernen af projektet

En redaktionsgruppe bestående af i alt 17 eksperter fra vidensmiljøer omkring kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet har været omdrejningspunktet for udviklingen af koncept og indhold for Kvalitetsguiden i alle faser. På fysiske og digitale møder samt i mindre grupper mellem møder har gruppen bidraget med viden fra teori og praksis til kvalificering af Kvalitetsguiden.

For at sikre en bred tværfaglig forankring og høj faglighed var gruppen sammensat, så den reflekterede bredden i kvalitetsarbejdet på flere dimensioner. Dels var der repræsentanter fra alle sundhedsvæsenets sektorer, henholdsvis hospitaler, kommuner og praksissektoren. Dels var der en bred sammensætning af fagligheder og forskellige typer erfaringer med kvalitetsarbejde – både praksis, teori og forskning var repræsenteret. Endelig var der deltagere fra både Øst- og Vestdanmark for at undgå geografiske skævheder i de input, gruppen bød ind med.

I gruppen deltog desuden en repræsentant for brugerperspektivet, hvis rolle var at sikre fokus på brugerne af sundhedsvæsenet, blandt andet i udviklingen af kriterier og skriveskabeloner.

Afdækning af målgruppens behov og viden

Tidligt i processen blev der indhentet viden fra Kvalitetsguidens målgruppe. I en proces inspireret af Delphi-metoden, blev der gennemført en afdækning af henholdsvis målgruppens behov for et opslagsværk og kendskab til samt anvendelse af konkrete begreber, metoder og værktøjer til kvalitetsarbejde. I alt 52 personer fra målgruppen – på tværs af sektorer og faglige baggrunde – svarede via tre runder på spørgsmål og prioriterede deres egne og de øvrige deltageres svar. Afdækningen udgør en vigtig del af det fundament, som udviklingen af kriterier og skriveskabeloner bygger på og har desuden været et vigtigt bidrag til den bruttoliste over begreber, metoder og værktøjer, der blev taget udgangspunkt i, da guidens opslag skulle kategoriseres og prioriteres.

Udvikling af kriterier og skabeloner

Med afsæt i afdækningen har redaktionsgruppen skabt en fælles forståelse af, hvad der er vigtigt for en relevant og brugbar guide til kvalitetsarbejde samt udviklet de kriterier, der danner grundlag for udvælgelse og kategorisering af begreber, metoder og værktøjer i guidens første version. Herunder er det drøftet og besluttet, hvordan kvalitet skal forstås i regi af Kvalitetsguiden, hvordan kvalitet skal rammesættes, og endelig hvilket niveau for dokumentation der er nødvendigt for at sikre høj faglighed i opslagene.

Kriterierne er udviklet for at sikre stringens i til- og fravalg af begreber, metoder og værktøjer til guiden samt en kategorisering heraf. På baggrund af kriterierne er der udviklet skriveskabeloner, som er endeligt tilpasset på baggrund af tilbagemeldinger fra forfattere.

Udvælgelse af begreber, metoder og værktøjer

Udvælgelsen af begreber, metoder og værktøjer til første version af guiden er gennemført med udgangspunkt i en bruttoliste, der blev udarbejdet tidligt i projektforsløbet, samt i kriterierne for Kvalitetsguiden. Den har dog samtidig været et pragmatisk arbejde, idet det er nødvendigt med afgrænsning og sammenlægnings af begreber, metoder og værktøjer, der anvendes i de enkelte sektorer, når man skal lave et opslagsværk med relevans for hele sundhedsvæsenet.

Udvælgelsen er forløbet i følgende faser:

- Udarbejdelse af bruttoliste baseret på: Desk research; Input fra målgruppen [Delphi-proces med eksperter] samt DSKS' Kvalitetsbegrebs og -metodebog fra 2018; Krydstjek med eksisterende kvalitetslitteratur.
- Grovsortering foretaget af projektledelse og projektets styregruppe.
- Sortering, kategorisering og prioritering af opslag i forhold til kriterier af redaktionsgruppen.
- Godkendelse af endelig liste af projektets styregruppe.

Det endelige resultat af udvælgelsesprocessen blev i alt 26 opslag, herunder 10 begreber, 9 metoder og 7 værktøjer, som dannede den indholdsmæssige ramme om skriveprocessen for de første opslag.

Skrive- og bedømmelsesproces

Forfattere og bedømmere til de første 26 opslag er fundet på baggrund af anbefalinger fra redaktionsgruppen og øvrige eksperter. I udvælgelsen af forfattere og bedømmere har der – ligesom i sammensætningen af redaktionsgruppen – været en særlig opmærksomhed på at sikre bred repræsentation af alle sektorer i sundhedsvæsenet.

Opslagene er skrevet i to forskellige skabeloner: en for begreber og en for metoder og værktøjer.

Fagfællebedømmelsen er sket ved, at bedømmerne modtog forfatterens forslag til tekst og derefter kom med egne input og forslag til justeringer. Herefter afstemte forfatter og bedømmer teksten med hinanden, inden den blev sendt til redigering.

ViBIS har redigeret alle opslag med udgangspunkt i en række redigeringsprincipper defineret af projektgruppen og godkendt af styregruppen. Formålet med redigeringen har været at ensrette opslag for at skabe en rød tråd gennem Kvalitetsguiden samt styrke læsbarhed og forståelse hos guidens målgruppe, der ikke nødvendigvis har et dybt forhåndskendskab til kvalitetsarbejde. Som et led i redigeringen er udvalgte tekster testet hos fem personer fra målgruppen. Redigeringen har desuden sikret ensartethed på tværs af opslagene i forhold til sprog, omfang og lignende.

Kvalitetsguiden – Begreber, metoder og værktøjer til
kvalitetsudvikling på tværs af sundhedsvæsenet
Copyright Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren
© 2022

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren (DSKS)
Kristianiagade 12, 2100 København Ø
Web: www.dsks.dk

Projektets styregruppe
[medlemmer af DSKS' bestyrelse – nuværende og forhenværende]
Henriette Lipczak, vicedirektør i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram
Louise Weikop, kontorchef i Senior og Omsorg, Aalborg Kommune
Morten Freil, direktør for Danske Patienter og ViBIS

Projektledelse
Videns- og kompetencecenter for Brugerinddragelse i Sundhedsvæsenet (ViBIS)
Projektteam: Mette Munch-Petersen, Sofie Marie Ravnsholt Rasmussen og
Iben Berg Hougaard

Grafisk design
no24 v/ Pernille Aakjær

ISBN 978-87-974011-0-1

Senest redigeret: Juni 2022

Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren [DSKS] har til formål at fremme kvalitetsudvikling i sundhedssektoren i Danmark. DSKS er et forum for fremlæggelse og drøftelse af videnskabelige metoder til kvalitetsudvikling i sundhedssektoren samt for præsentation og diskussion af resultaterne af brugen af disse metoder inden for sundhedsfremme, forebyggelse, diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering samt de understøttende funktioner.

Dette sker ved afholdelse af møder, symposier med videre – og gennem selskabets nyhedsbrev og arbejdet med at samle og synliggøre metoder til kvalitetsudvikling.

DSKS blev stiftet i 1991, fordi en tværfaglig kreds af fagpersoner fandt behov for at oprette et forum for kvalitetssikring og -udvikling.

DSKS ledes af en bestyrelse.
www.dsks.dk

Find også DSKS på LinkedIn!