

Kom godt i gang

Af Ann Lyngberg, ledende overlæge, ph.d., Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

I de tidligere kapitler har du læst, hvordan du kan afklare, hvad du vil forbedre, hvordan du kan opstille et mål for din indsats, hvordan du vil måle det, og hvilke forandringer og afprøvninger der skal til for at nå målet.

Dette kapitel handler om de øvrige forhold, som du skal tænke på, når du starter et nyt projekt, da de er vigtige for, at arbejdet med projektet kan få succes. Forslagene i dette kapitel baseres, udover udenlandske kilder, på erfaringer fra danske kvalitetsafdelinger og fra en række større landsdækkende forbedringsprojekter, koordineret af Dansk Selskab for Patientsikkerhed (1) (2) (3) (4).

Gør det i fællesskab – lav et forbedringsteam

Forbedringsarbejde er en holdsport. Der er behov for teamsamarbejde, for ingen kan gennemføre kvalitetsforbedringer i så komplekse organisationer, som sundhedsvæsenet ofte er, alene. Forbedringsarbejde i komplekse organisationer har næsten altid gavn af input fra andre, der ser verden på en anden måde end én selv. Ethvert forbedringsprojekt – stort eller småt – starter derfor med at finde deltagerne til et forbedringsteam.

Regionernes Lærings- og Kvalitetsteams (LKT) har en hjemmeside med ressourcer, hvor du blandt andet kan læse mere om sammensætning af teams. Se under de enkelte LKT, fx LKT børnediabetes for inspiration og materialer (5).

Sammensætning af det rigtige forbedringsteam

Det er en balance at sammensætte teamet rigtigt. På den ene side er det vigtigt at sikre, at teamet ikke er for stort til at kunne være effektivt, så det er muligt at mødes jævnligt. Gerne højst 6-8 medlemmer med motivation, lyst og engagement til forbedringerne.

På den anden side skal der være deltagere fra alle enheder og faggrupper, der bidrager ift. patientforløbet. Hvis I skal kunne gennemføre forandringer, skal I sikre, at alle medarbejdergrupper, som skal ændre arbejdsgange, inddrages i forbedringsteamet. De gode brugbare og holdbare løsninger til at forbedre processen, kan kun udtænkes, afprøves og anerkendes, hvis alle er med om bord.

I et godt forbedringsteam er der:

- en koordinator eller tovholder for projektet
- repræsentanter for alle de faggrupper, som medvirker til patientforløbet
- en ledelsesrepræsentant fx den daglige leder af afsnittet
- en person med viden om kvalitetsudvikling
- repræsentanter for samarbejdende afdelinger eller væsentlige interessenter
- en patient- eller pårørenderepræsentant

Nogle kan selvfølgelig have flere roller: Du kan godt både være tovholder for projektet, repræsentere lægegruppen og have viden om forbedringsarbejde.

Det er særligt vigtigt at inddrage de grupper, som ikke er toneangivende på afdelingen fx de yngste læger, sekretærene eller de faggrupper, som ikke er ansat direkte i afdelingen fx portørerne og serviceassistenterne. Ofte oplever fx portørerne, at der træffes beslutninger om deres arbejde, uden at de har indflydelse, og bagefter skal de finde ud af at tilpasse sig. Det giver uhensigtsmæssige arbejdsgange og kan være en udfordring for både arbejdsmiljøet og muligheden for at skabe forbedringer.

En af deltagerne i teamet skal have rollen som koordinator eller tovholder i teamet. Det er vigtigt, at koordinatoren både har personlig gennemslagskraft og kræfter til at være drivkraft i forbedringsarbejdet.

Det er en klar fordel, hvis et af teamets medlemmer har viden om og erfaring fra forbedringsarbejde. Det kan være koordinatoren eller en anden person i teamet. Hvis ikke teamet selv har erfaring og kompetencer i kvalitetsudvikling, er det vigtigt, at teamet støttes af en person med viden om kvalitetsudvikling. Støtten kan være en kvalitetskonsulent fra staben på sygehuset eller en kollega fra naboafdelingen. De fleste regioner har stabsfunktioner, der hellere end gerne vil understøtte jeres arbejde.

De fleste større sundhedsorganisationer fx regionerne har mulighed for at tilbyde uddannelse i forbedringsmetode. At lære at arbejde med kvalitetsudvikling er også en kompetenceudvikling, så gør også brug af de mange ressourcer, som findes derude – uanset om det kurser eller online materiale.

Ledelse, samarbejdspartnere og patienter

Det er en stor fordel at have en ledelsesrepræsentant med i forbedringsteamet.

Lederen skal

- hjælpe jer med at sætte de rigtige og ambitiøse mål,
- tildele projektgruppen ressourcer,
- efterspørge data for at sikre fremdrift,
- hjælpe jer med at fjerne evt. barrierer for projektet.

Hvis ikke I har en leder med i selve teamet, skal I have klare aftaler om, hvem I refererer til, og hvordan I får ledelsesopbakning til jeres arbejde.

På samme måde er det vigtigt at overveje deltagelse fra samarbejdende afdelinger eller væsentlige interessenter fx fra akutafdelingen, røntgen eller lignende, da det er vigtigt at inddrage samarbejdspartnernes perspektiv for at kunne afprøve løsninger i hele kæden. Men de mange deltagere, der kan være relevante, kan være en udfordring for teamsamarbejdet idet jeres arbejdsgange kan blive for langsommelige, hvis teamet bliver for stort.

I kan i stedet invitere dem med ind i forbedringsarbejdet ved at inddrage dem løbende eller ad hoc undervejs, når det er relevant. En god tommelfingerregel er at arbejde med dem, der vil være med. De kommer ofte med en god energi. Resten skal man huske at lytte til og involvere på passende tidspunkter, så deres input kommer projektet til gavn.

Det er også ofte en fordel at invitere en patient- eller pårørenderepræsentant med i teamet. Selvom den enkelte patient kun kan tale ud fra eget forløb, kan deres oplevelser være vigtige input til jer, der skal forbedre. En patient kan ofte fortælle om perspektiver og udfordringer, vi andre ikke ser, og kan også finde på løsninger, som vi aldrig ville have overvejet.

I sammensætningen af teamet skal I også drøfte, hvordan I sikrer kontinuitet og inddragelse af nye teammedlemmer undervejs. Det kan ikke undgås at der vil være udskiftninger, så det er vigtigt, at gruppen har overvejet, hvordan det håndteres.

Start småt – et afgrænset projekt og et velforberedt grundlag

Grundtanken er, at alle i sundhedsvæsenet har to opgaver: At gøre sit arbejde og at forbedre det (6).

Vi, der arbejder i sundhedsvæsenet, skal til stadighed forbedre vores behandling af vores patienter, så vi sikrer, at behandlingen er tilpasset den nyeste viden og de nyeste ændringer i arbejdsgange, der finder sted andre steder fx i andre specialer.

Det er en vigtig opgave at prioritere forbedringsarbejdet i forhold til mange andre opgaver. Det kan være svært at finde tid til at forandre, forbedre, implementere. Det kræver, at du VIL projektet, og at du har skaffet dig ledelsesopbakning. Det er svært – og i nogle sammenhænge næsten umuligt – men selvom projektet måske på sigt giver bedre kvalitet og medfører mindre tidsspilde i patientforløbet, kan man ikke komme i gang uden bare et minimum af tid til projektet, så drøft tid og rum til projektet med din leder. [Læs mere](#) om at skaffe sig opbakning.

En hyppig fejl, når man går i gang med kvalitetsforbedringer, er at ville forbedre det hele på én gang. Men det er vigtigt at fokusere indsatsen, så man reelt har en chance for at opnå de planlagte forbedringer.

Ligesom man, når man forsker, skal indsnævre forskningsspørgsmålet, så gælder det samme med forbedringsarbejdet i en klinisk hverdag. Og ligesom når man forsker, er det vigtigt med et velforberedt grundlag med klare mål, data, metoder og ramme. Man kan ikke fokusere på 117 forbedringsprojekter og lykkes med det på samme gang. Så find ud af, hvad der er vigtigst for jer lige nu og prioriter. Du kan [læse mere](#) om prioritering af indsatser og herunder om udarbejdelse af driverdiagrammer.

At integrere kvalitetsforbedringer i det daglige kliniske arbejde er en kunst – og et forbedringsprojekt i sig selv. Det kræver, at man lærer at integrere forbedringsarbejdet i det, man allerede gør, og prioriterer det trods masser af konkurrerende opgaver (7) (8).

Hvis du ikke kan finde tid til forbedringsarbejdet, kan du begynde din forbedringsindsats dér. Det første forbedringsprojekt kan handle om at opbygge viljen og finde tiden til at prioritere forbedringsarbejdet samt at skabe tid til forbedringer, ved at undersøge, hvordan I kan integrere små afprøvninger i det daglige arbejde. Skal I i gang med at skabe forbedringer for patienterne, så er det kun en fordel, at først øve sig på noget lavpraktisk som egen planlægning.

Brug forbedringsmodellen som metode til at skabe bedre arbejdstilrettelæggelse for dig selv og dine kolleger, så I derved sammen kan skabe mulighed for kliniske forbedringsprojekter. Start sammen med en nærmeste kollega med at drøfte rammerne for kvalitetsforbedringer hos jer.

Hvis det er for uoverskueligt, er det tegn på, at målet er for ambitiøst. Ingen kan fx lige finde en time hver dag til at lave kvalitetsforbedringsprojekter. Men måske kan du finde 10 minutter. De fleste steder er der eksempler på uhensigtsmæssige og besværlige arbejdsgange. Hvis man kan luge ud i dem, vil det være med til at frigøre tid.

Faste møder – teammøder og forbedringstavlemøder

Forbedringsteamets arbejde

Når teamet er sammensat, er næste opgave at sikre, at teamet kan arbejde effektivt og konstruktivt. På de første team-møder, skal I derfor afklare roller, ressourcer, arbejdsrytme osv. Vi har alle travlt, så det er vigtigt, at I er realistiske. Der er sjældent tid til lange møder med kaffe og kage, men heldigvis kan man – hvis man øver sig - nå langt med 10 min stående ved fx en tavle.

Det første møde kræver lidt mere tid, da I der skal fastsætte grundlaget for jeres arbejde og aftale roller. Derefter er stramt styrede, hyppige og korte møder den bedste måde at få fremdrift på. Det vigtige er at få forventningsafstemt herunder at få aftalt en mødeplan (tid, sted, varighed, dagsorden), at få møderne i kalenderen, og at sørge for at forventningsafstemme, så I kan komme videre med afprøvninger, selvom det halve team sandsynligvis er væk hver gang (fordi de fx har klinisk arbejde, andre møder, ferie, fri eller kursus).

Gode spørgsmål at overveje ved opstart af teamet:

- Hvilket problem vil vi løse?
- Hvad vil vi opnå?
- Er alle relevante enheder og faggrupper repræsenteret?
 - Hvis nej, hvordan involverer vi dem løbende?
- Hvilken tid og ressourcer har vi til forbedringsarbejdet?
- Hvornår og hvor tit vil vi mødes? Hvordan håndterer vi fravær fx pga. Vagtarbejde, kurser, ferie etc.?
- Hvilke støttfunktioner har vi, fx forbedringserfaren kollega eller fra kvalitetsafdelingen?
- Hvem gør hvad? Lav klare aftaler for roller. Hvem har fx ansvar for viden om forbedringsmetodik, mødeledelse, dataindsamling, dataafbildning, dokumentation ved brug af PDSA-skemaer osv.
- Er der brug for dagsordener og referater, eller kan tavlen fungere som ‘opsamlingspunkt’?
- Hvem i ledelsen refererer I til? Hvordan sikrer I løbende tilbagemeldinger og opbakning?

Kvalitetsudvikling på dagsordenen

Hvis forbedringsfokus skal blive en del af kulturen i hele enheden, skal kvalitetsarbejdet forankres i enhedens møder. Et fast fokus på kvalitetsforbedringer er krumtappen i det datadrevne kvalitetsarbejde. Sæt derfor kvalitet og forbedringsarbejdet på som et fast punkt. Det kan ske som en del af de eksisterende møder, både de større møder (afdelingsmøder, undervisning) og de løbende (patienttavlemøder, konferencer, vagtskifte etc.). Formen og indholdet skal være relevant for jer og jeres arbejde, så det giver mening i konteksten. Hvordan man gør det bedst, er forskelligt, da vores hverdage er forskellige.

På et medicinsk afsnit bruger de det daglige tavlemøde om patienterne til også at drøfte forbedringsarbejdet, herunder læringen fra de forrige afprøvninger og beslutning om næste afprøvning.

I ambulatoriet ved siden af, har de indført, at de hver dag har et kort stående morgenmøde i sekretariatet. Det tager højst 10 min og bruges til at koordinere dagens aktiviteter - såvel drift som udvikling. Afprøvning af forbedringer er centreret rundt om de arbejds gange, som alligevel skal udføres den dag. De kan dermed afprøve nye arbejds gange, mens de passer deres arbejde.

Forbedringstavlemøder

For at fremme forbedringskulturen i det daglige arbejde, har det mange steder vist sig at være givtigt med et kort, fokuseret, stående, ugentligt tavlemøde for enheden (fx et afsnit eller en gruppe) med fokus på mål, data og afprøvning af ideer. Mange afdelinger arbejder allerede med tavlemøder, som fx LEAN-tavlemøder, kvalitetstavlemøder eller lignende. Det er ikke navnet, men indholdet der er vigtigt.

Hvis I konkret anvender tavler (fx whiteboards) kan de rumme målet for jeres forbedringsprojekt, jeres data, jeres ideer og dermed holde jeres fokus på at opnå forbedringerne – og ikke mindst sikre, at jeres projekt er synligt, så I deler viden med og inddrager jeres kolleger i forbedringsarbejdet fx i at komme med nye ideer. Dermed sikrer I flest mulige ideer, der kan afprøves, og at kollegerne har indflydelse på arbejds gangene, hvilket igen øger sandsynligheden for, at I opnår holdbare løsninger.

Faste tavlemøder om kvalitetsforbedringer skal løbes i gang, men når først I finder en arbejds gang, der sikrer, at I holder fokus på mål, målinger og afprøvning af ideer, kan tavlemøderne medvirke til, at I opnår jeres mål. Opbygningen af tavlen tilpasser I lokalt og justerer løbende efter behov. De data, I har på tavlen, skal opdateres før hvert tavlemøde, så man altid drøfter ud fra aktuel status. NB! Det, at få data klar til hvert møde, kan være et lille forbedringsprojekt i sig selv.

Gode tavlemøder er karakteriseret ved at være korte, fokuserede, hyppige (gerne hver uge, så man kan huske, hvad man aftalte, og hvad der er afprøvet) og tværfaglige. Afsnitslederen faciliterer mødet, der er obligatorisk, så alle berørte medarbejdere tager del i forbedringsarbejdet. Fokus er at fastholde motivation og fremdrift. Der er fokus på målet (hvorfor vi gør det?), data (hvor langt er vi kommet?), gennemførte afprøvninger, analyse af udfordringer (hvad driller?), ideudveksling og planlægning af næste skridt (nye afprøvninger eller nye data).

Case: Ideer på tavlemødet

På ambulatories forbedringstavle har de aktuelt fokus på et projekt, der skal nedbringe antallet af udeblivelser og aflysninger. På et forbedringstavlemøde drøftes, at det ikke kun er patienterne, der aflyser.

Der er også aflysninger af de ambulante patienttider, når lægerne er syge eller har barn syg. Det er bøvlet for sekretærene, da det er svært at nå at få fat i patienterne, især dem, som har morgen- eller formiddagstider.

Det værste er dog, at patienterne ofte allerede er nået frem i afdelingen, når de får beskeden. Det er særdeles utilfredsstillende og dårlig service, da patienterne ofte har lang transport.

På tavlemødet når de frem til, at den læge, der har visitations- og telefonvagt og ikke har patienter om morgenen, kunne have en ekstra rolle som vikar for de patienttider, som man ikke kan nå at aflyse. Den

speciallægeansvarlig overlæge tager forslaget med til lægernes konference, og det aftales at afprøve det de kommende dage.

Afprøvningen medfører nogle justeringer, herunder aftales hvem, der tager de øvrige patienttider, så man kan undgå at aflyse tiderne om eftermiddagen, hvorefter den nye plan bliver en fast del af arbejdsgangen.

Du kan læse mere om teammøder og tavlemøder på hjemmesiden for Lærings- og Kvalitetsteams (9), og i Kvalitetshåndbogen på RKKP's hjemmeside (10).

Inddrag kolleger og samarbejdspartnere

Det er ikke kun forbedringsteamet, der bidrager i forbedringsarbejdet. Alle i afdelingen bliver påvirket, når processer og rutiner ændres.

Der er større chance for at projektet lykkes, og at I vedvarende får ændret arbejdsgangene, hvis I systematisk og omhyggeligt inddrager kolleger og samarbejdspartnere i forbedringsprojektet, fx gennem afdelingens personalemøder, nyhedsbreve eller ved at andre tavlemøder i afsnittet. Kollegerne på afdelingen skal, lige såvel som forbedringsteamet, tro på, at der er et problem, kende status for omfanget af problemet og tro på, at I reelt kan opnå de planlagte forbedringer. Hvis de skal have den viden og tiltro til projektet, kræver det ofte langt mere kommunikation, involvering og inddragelse, end de fleste forestiller sig.

Teamet må derfor hele tiden sørge for at kommunikere – det gælder fx. opad til ledelsen og direktionen, til kolleger i klinikken og udad til samarbejdspartner og andre interessenter både internt i organisationen og andre steder, fx de praktiserende læger i området.

Det er generelt en god ide i forbedringsarbejdet at inddrage de uddannelsessøgende læger. Det forsømmer vi ofte, fordi de er i midlertidige stillinger. Men det er en forspildt mulighed, fordi uddannelsessøgende læger har et stort engagement og en kæmpe viden om, hvordan det fungerer andre steder og dermed kan de bidrage med ideer til mulige forbedringer. Det betyder at uddannelsessøgende læger har vigtige perspektiver på jeres arbejdsgange, hvis I inviterer dem med i forbedringsarbejdet.

Case: Ideer fra andre afdelinger

Et forbedringsteam arbejdede på at forbedre samarbejdet omkring EWS-score på en medicinsk afdeling.

Mange ting blev afprøvet, og teamet arbejdede godt på forbedringer af sygeplejerskernes

arbejdsgange.

Samarbejdet mellem sygeplejersker og læger blev dog ved at halte, især tog det for lang tid fra EWS-score om morgenen, til at lægerne vurderede patienten.

På et tidspunkt drøftede teamet det med en yngre læge i uddannelse. Den unge læge kunne fortælle, at hun på en anden afdeling havde oplevet, at lægerne på nattevagt gik en morgenrunde lige før morgenkonferencen, hvorved patienterne med skæv EWS blev vurderet til tiden, og hun som læge havde overblik over patienternes tilstand.

Ideen blev straks afprøvet og var velfungerende. Lægerne i forvagt var, modsat forventningen, glade for løsningen, for nok fik de en ekstra opgave, men det betød, at de slap for at blive ringet op ved let skæve EWS-scorer, hvilket ellers skete mange gange de sidste par timer af deres vagt.

På samme måde er det nødvendigt, at I bruger kræfter på at få jeres ledelse med jer. Det er en vigtig del af kommunikationsopgaven at holde jeres leder informeret og involveret. Vent ikke på at de gør noget – book dem jævnligt til et kort møde eller send dem en kort statusmail med jævne mellemrum, så I er sikre at de kender jeres udfordringer og kan give jer den nødvendige støtte.

Case: PDSA i planlægningen

En uddannelsessøgende læge er koordinator for et projekt om gravide. Projektet skal forbedre samarbejdet mellem obstetrikken, almen praksis og den gravides arbejdsplads. Projektet er midlertidigt, og afdelingen har fået eksterne midler til at gennemføre forbedringerne.

Den uddannelsessøgende læges leder vil gerne støtte, men har travlt og er ofte væk fra afdelingen, så det er svært i praksis at få støtte.

Den uddannelsessøgende læge går til problemet med metodikken fra PDSA og finder på den måde ud af, at det bedste er at booke den ledende overlæge til ½ times frokostmøde, hver gang der er behov for opbakning til ændring af arbejdsgange.

Lægen får derved den fornødne opbakning til sit projekt og oplever, at projektet indtænkes i andre sammenhænge. Den ledende overlæge anerkender lægen for at være proaktiv og ansvarsbevidst. Og begge får frokost.

Erfaringer fra andre forbedringsprojekter viser, at læring på tværs af specialer og geografier er med til at understøtte forbedringsarbejdet. Kvalitetsudvikling er et samarbejdende fællesskab, ikke en konkurrence. Brug derfor gerne kolleger og netværk, både når I udvikler jeres projekt og i hverdagen, når I lige sidder med et spørgsmål, som et andet team måske kan hjælpe med at besvare.

Du kan [læse meget mere](#) om inddragelse, ledelse og opbakning.

Forpligt jer, sig det højt og fejrr jeres succeser

Det er nemt at komme til at udskyde arbejde, som kan vente. Det er nemmere at fastholde målet og være vedholdende, hvis man har forpligtet sig. Det er derfor vigtigt, når I sætter jeres mål, at I også beslutter, hvornår målet skal være opnået.

Forpligt jer offentligt. Sig målet højt, og skriv det på tavlen ved indgangen, hvor patienterne går ind. Det kan være urovækkende at skrive det, hvor patienterne kan se det. Men patienterne ved godt, at kvaliteten ikke alle steder er i top, og at den er bedst de steder, hvor personalet har fokus på kvaliteten og arbejder med forbedringer. Så patienterne bliver ikke bange. Men det at sige det højt forpligter, og forpligtigelse hjælper jer til at fastholde motivationen.

I skal også melde det ud til kolleger, så meld jer til at fortælle om jeres forbedringsprojekt på næste kvalitetsrådsmøde, staff meeting, selskabets årsmøde, den regionale forskningstemadag eller et andet sted, hvor I gerne vil gøre jer umage for at have noget at fortælle.

Undervejs i projektet er det en stor hjælp for jer selv, hvis I fastsætter nogle milepæle. Og sørg for, at I skal stå til regnskab for jeres milepæle. Det kan fx være på interne møder (næste afdelingsmøde, næste temadag). Men de bedste deadlines er eksterne, for dem flytter man ikke bare lige. Dermed kan det være med til at holde forbedringsteamet og ledelsen fast på, at I skal arbejde for at opnå de fælles mål.

Det er også vigtigt at fejre succeser i forbedringsarbejdet. Forbedringsarbejde er det lange seje træk og forudsætter, at man er vedholdende. Det er derfor ekstra vigtigt, at de små og store sejre undervejs markeres og fejres. Dvs. fejr det, når I når en milepæl.

Fejringer fastholder motivation og giver energi til at fortsætte, når man kan se at det nytter. Fejringer kan markeres med kage, med fest, taler og sange eller bare med et energisk YES! når man første gang har nået målet eller har gennemført en afprøvning.

Disse forslag er eksempler på, hvordan strategisk kommunikation kan virke som drivkraft i jeres forbedringsprojekt (11) (12) (13).

Kort ansættelse: Hvad kan du nå?

Kvalitetsforbedring er velegnet som forskningstræningsprojekt

Som uddannelsessøgende læge kommer du med friske øjne på arbejdet. Du har set, hvordan tingene fungerer andre steder, og du vil derfor ofte have ideer til mulige forbedringer.

Men som uddannelsessøgende læge er du ansat i en tidsbegrænset stilling, og det kan derfor føles omsonst at begynde et forbedringsprojekt. Men en tidsbegrænset stilling er ikke en hindring for at forbedre kvaliteten af patientbehandlingen. Forbedringsprojekter er i forvejen tidsbegrænsede. Det er under alle omstændigheder svært at fastholde motivation for et intenst projekt i mere end et år. Og på et år kan du nå meget. Hvis du har prioriteret inddragelsen af kollegerne, kan projektet tilmed leve videre uden dig. Målet er jo, at forbedringerne bliver en del af driften og hverdagen, så det ikke behøver enkeltpersoners engagement for at fastholdes.

Kvalitetsforbedringsprojekter er velegnede som yngre lægers forskningstræningsprojekter. Et godt kvalitetsforbedringsprojekt er afgrænset, konkret og gennemførligt. Du vil skulle definere udfordringen, sætte mål, generere ideer, bruge data til at analysere problemet og afprøve i lille skala. Det vil dermed give dig god mulighed for at være stringent, systematisk, analytisk samt for at formidle din viden.

Book et kort møde med den ledende overlæge. Fortæl om dit ønske om at engagere dig i dit fags faglige udvikling til gavn for dine patienter. Jo mere konkret og afgrænset dit forslag er, desto større er chancen for, at det gribes. Regn ikke med, at du kan komme med forslag om helt at omorganisere afdelingen. Start i stedet småt og kom med konkrete forslag til forbedringstiltag, og gerne baseret på, hvad du ved fra andre afdelinger.

Referencer

1. Langley GJ, Moen RD, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. *The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance*, Jossey-Bass, 2009.
2. [Et kvalitetsprogram. Fra Patientsikkert Sygehus til forbedringsarbejde på sundhedsområdet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2015.](#)
3. [Sikkert Patientflow. Erfaringer fra et forbedringsprojekt. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2015.](#)
4. [Sikkert Patientflow. Erfaringer fra et forbedringsprojekt. Dansk Selskab for Patientsikkerhed. 2015.](#)
5. <https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams>
6. Batalden PB, Davidoff F. What is "quality improvement" and how can it transform healthcare? *Qual Saf Health Care*. 2007 Feb;16(1):2-3. doi: 10.1136/qshc.2006.022046. PMID: 17301192; PMCID: PMC2464920.
7. Scoville R, Little K. *Comparing Lean and Quality Improvement*. [IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2014. \(Available at \[ihi.org\]\(http://ihi.org\)\)](#)
8. Scoville R, Little K. *Comparing Lean and Quality Improvement*. [IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2014. \(Available at \[ihi.org\]\(http://ihi.org\)\)](#)
9. <https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams>
10. <https://www.rkkp.dk/resultater/kvalitetshandbog/5-varktojer-til-forbedringsarbejde/51-forbedringsteam/>
11. Locke, Edwin & Latham, Gary. (2002). Building a Practically Useful Theory of Goal Setting and Task Motivation: A 35Year Odyssey. *American Psychologist - AMER PSYCHOL*. 57. 705-717. 10.1037/0003-066X.57.9.705.
12. Jones, B., Vaux, E. and Olsson-Brown, A. (2019) How to get started in quality improvement. *BMJ*; 364 doi:<https://doi.org/10.1136/bmj.k5437>. [Accessed on 5 Sept 2020]
13. [Kommunikation som driver i forbedringsarbejdet. Dansk Selskab for Patientsikkerhed.](#)