

Organisering af større projekter

Af Ole Bredahl Rasmussen, overlæge, Gynækologisk-Obstetrisk Afdeling, Hospitalsenheden Vest

Hvis du ikke har erfaring med kvalitetsudviklingsprojekter, er det en god ide at begynde med et mindre afgrænset projekt. Men efterhånden som du får greb om metoderne, kan du kaste dig over større og mere komplekse opgaver.

Med et større projekt menes fx kvalitetsudvikling, der involverer mange sammenhængende arbejds gange og dermed flere afdelinger, flere specialer eller flere faggrupper, sådan at der er brug for mere overordnet koordinering på tværs. Det kan også dreje sig om projekter, der er ressourcekrævende i form af materialeanskaffelser eller forbrug af arbejdstid. Disse store projekter kræver planlægning fra starten, og de kræver en høj grad af ledelsesinvolvering.

Det er så fristende for handlekraftige mennesker i sundhedssektoren at kaste sig over det, man er så god til: at lave om. Start i stedet med at få formalia og aftaler og baseline-data på plads, før projektet starter. Det er ærgerligt og i øvrigt spild af alles tid at lave et godt projekt, som måske endda forbedrer resultatet for patienterne, hvis man efterfølgende ikke kan vise det, fordi man ikke fik opsamlet data fra starten, eller at der opstår modstand, fordi andre ikke forstår projektet og i øvrigt havde nogle andre ideer. Eller fordi man faktisk overså en problematik, som andre kunne have påpeget, hvis man havde involveret dem.

Helt grundlæggende er det nødvendigt at have ledelsen med sig som støtte til projektet. Et større projekt, der sættes i værk, uden at ledelsen er positivt indstillet, er dømt til at mislykkes – af mange grunde: der kan være modstand hos ledelsen eller i andre dele af personalegruppen fx pga. andre planer, som du ikke kender, eller problemstillinger du eller andre ikke har overvejet. Eller der kan være brug for din eller andres ressourcer i en anden sammenhæng, så det projekt, du har tænkt på, må vente til det andet er på plads.

Den overordnede strategiske beslutning om at starte et større forbedringsprojekt hører derfor hjemme hos ledelsen. Har du ledelsesopbakning, kan du til gengæld forvente at få hjælp til at sætte mål, at blive holdt til ilden, og få fjernet barrierer fx at bearbejde holdninger og eventuel modstand blandt kolleger. Kommer man frem til, at der er et konkret behov for flere ressourcer, evt. som en bevilling til projektet, vil sådan et forslag have langt større chancer, hvis der er klare aftaler med ledelsen fra starten.

Konkret kan du gøre det, at du drøfter det problem, du har observeret, dine data og evt. dine konkrete ideer, med din nærmeste leder. Din nærmeste leder kan så tage stilling til, om der er nok med vedkommendes accept eller om projektet skal drøftes med ledere i andre afdelinger eller på andre niveauer.

Før du starter et større forbedringsprojekt, er det en god ide, at:

- Have ledelsens opbakning
- Nedsætte et forbedringsteam eller tværfaglig arbejdsgruppe med alle relevante parter
- Afdække viden på området
- Afdække resultater af tilsvarende projekter fra andre steder fx i litteraturen
- Besøge/kontakte andre afdelinger, der har tilsvarende erfaringer
- Kende holdningen i personalegruppen til dit projekt.
- Udarbejde en plan for registrering af baseline-data, som viser de forhold, projektet skal forbedre

Forbedringsteamet i større projekter

Tidligt i forløbet og inden starten på selve det større forbedringsprojekt bør du overveje at nedsætte et forbedringsteam eller måske en lidt større arbejdsgruppe med repræsentation fra de enheder, der bliver involveret i arbejdet.

Denne gruppe skal – ligesom ved mindre forbedringsprojekter - udgøres af folk fra alle relevante grupper, hvis arbejde vil blive berørt af projektet – det være sig læger, sygeplejersker, SOSU´er, jordemødre, portører, sekretærer; men også andre multidisciplinære aspekter skal tænkes ind, som fx operationssygeplejersker og ambulatoriesygeplejersker mv.

I kan med fordel overveje at inkludere mindst én, som gerne må være lidt ”tal-nørdet”. Forståelsen for tal og seriediagrammer (læs mere i afsnit om [Hvornår ved vi at, en forandring er en forbedring](#) og [SPC for læger](#)) viser sig dog ofte at komme til alle, efterhånden som projektet skrider frem.

Hvis et projekt vil komme til at involvere flere afdelinger, bør forbedringsteamet sammensættes på tværs af disse. De involverede afdelingers ledelser står for at udpege folk til forbedringsteamet baseret på interesser, tidligere arbejde, speciale, mv.

Som oftest vil en klinisk overlæge eller afdelingslæge med indsigt i det givne område fungere som leder af forbedringsteamet/arbejdsgruppen.

Nogle læger kan af forskellige årsager have blandede følelser ift. at deltage i kvalitetsforbedringsarbejde (1). Direkte uenighed om målet for et givent projekt kan undertiden ligge til grund. Derudover kan en oplevelse af kvalitetsforbedringsprojekter som endnu et udslag af en alt for kendt anklagekultur eller som endnu et krav, der bliver lagt oven i det daglige arbejde uden kompensation i form af tid eller ressourcer eller videreuddannelse, være en grund til, at lægerne ikke ser sig selv som centrale i projektet.

Manglende viden om mulige gevinster ved kvalitetsforbedringsarbejde kan også være årsag til tilbageholdenhed. Det er vigtigt at afdække disse forbehold, da læger ofte er nødvendige i spidsen for at drive kvalitetsarbejdet fremad i sundhedssektoren (2).

Case: Projekt ”Akut kejsersnit til tiden”

Kilde: Obstetrisk kvalitetsansvarligt team ved Jordemodersupervisor Charlotte Sander Andersen og Overlæge Ole Bredahl Rasmussen, Gynækologisk-obstetrisk afdeling, Hospitalsenheden Vest, Herning

I 2011 begyndte Hospitalsenheden Vest (HEV) at registrere ventetiden på akutte kejsersnit. Ved ’grad 1’ (hyperakut) ønskes, at barnet forløses højst 15 minutter efter melding til vagthavende læge. Ved ’grad 2’ efter højst 30 minutter. Det viste sig, at der var meget svingende resultater for især grad 2, hvor tiderne lå mellem 10 og 45 minutter.

Der blev nedsat en arbejdsgruppe (på HEV kaldet ”styregruppen”) med den specialeansvarlige obstetriker, kvalitetsansvarlige obstetriker, afdelingsjordemoderen, den ledende portør, en anæstesioverlæge, en operationssygeplejerske og en anæstesisygeplejerske. Denne gruppe diskuterede udfordringerne sammen med afdelingernes ledelser.

Der blev sat et mål om, at mindst 90 % af grad 1 og 2 kejsersnit udføres inden for den ønskede tid.

Følgende data blev registreret: Tidspunkt for melding til anæstesilægen, tidspunkt for hvornår kvinden kørte ud af fødestuen, tidspunkt for ankomst på OP-stuen, samt tidspunkt for barnets fødsel.

Der blev foretaget en fælles arbejdsgangsanalyse, hvor alle fra arbejdsgruppen deltog. Arbejdsgangsanalysen afdækkede hele processen fra melding af akut kejsersnit til anæstesilægen, indtil barnet bliver født. Arbejdsgruppen vedtog en række ændringer i den samlede proces.

Sygehusledelsen blev opmærksom på bestræbelserne og bidrog med at bevilge ressourcer herunder midler til etableringen af en bro direkte fra fødegangen til operationsgangen for derved at reducere ventetiden.

Efter implementeringen af de nye arbejdsgange og opnåelse af resultater tilstræbes fortsat en månedlig analyse og gennemgang af seriediagrammer for at afsløre eventuelle ændringer i processen der igen øger ventetiden. Arbejdsgruppen mødes nu kun sjældent. Processen bliver fulgt af den specialeansvarlige obstetriker, den kvalitetsansvarlige obstetriker samt af afdelingsjordemoderen.

Det er lykkedes at fastholde de gode resultater. Samlet for 2020 og de første ni måneder af 2021 er tidsgrænserne overholdt for 96,6 % af grad 1 og for 92,7 % af grad 2 kejsersnit. Standarden for begge er 90 %.

Læring:

- En fælles tværfaglig arbejdsgangsanalyse synliggjorde og gav indsigt i den mangfoldighed af opgaver, som de forskellige faggrupper har i relation til akut kejsersnit. Der blev talt cirka 55 delopgaver i alt. Det gav bedre forståelse for ”de andres” arbejde og forbedrede samarbejdet.

- Portørerne gav udtryk for, at de ofte følte sig sat uden for den slags projekter og var meget tilfredse med at blive inddraget.
- Projektet har medført en ønsket standardisering af meldingerne fra obstetrikere, så meldingen baseres på det kliniske billede og ikke personlige opfattelser af meldinger, som kan forvirre resten af personalet, der ikke kan vide, hvad der ønskes ved en melding som ”et hurtigt grad 2 kejsersnit”. Standardisering har medført, at processen ikke skal tænkes forfra hver gang. Det medfører et større overskud til at tage sig bedst muligt af parret og til et godt tværfagligt samarbejde selv i en presset situation.

Flere par har givet udtryk for, at selvom det er en dramatisk og angstfuld situation, så oplever de personalet som professionelt og omsorgsfuldt.

Dagbog

Det er en god ide, hvis I helt fra dannelsen af forbedringsteamet til et større projekt skriver en form for dagbog eller logbog, så I senere i forløbet kan genfinde, hvad der blev diskuteret tidligere. Ikke mindst er det vigtigt for rapportering og evt. publicering af projektet, at I kan angive præcist, hvornår forskellige tiltag og afprøvninger blev sat i værk og hvilke argumenter, der var på dette tidspunkt.

Specielt inden for *quality improvement* gælder det, at en grundig beskrivelse af kontekst for et projekt og forløbet af projektet med kronologisk angivelse af PDSA'er er centrale for at kunne publicere.

Eksisterende viden og evidens

Allerede fra begyndelsen er det vigtigt, at I har overblik over, hvad der findes i forvejen af viden på området. Det er spild af tid at begynde helt forfra. Samtidig er det vigtigt, at projektet hviler på et solidt grundlag af *best practice*. I kan indhente denne viden fra lokale instrukser og guidelines, fra Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinjer, fra de relevante nationale og internationale videnskabelige selskaber, fra de kliniske databaser og/eller fra den videnskabelige litteratur. Det er vigtigt, at et projekt fra starten er afstemt efter nyeste viden og patienternes særlige karakteristika. Afgørelsen af hvilken evidens man vil støtte sig til i et projekt, kan ikke generaliseres, men må diskuteres i hvert enkelt tilfælde. Relevante randomiserede undersøgelser findes ikke på alle områder og er ikke engang altid den bedste evidens (3) (5).

I kan også søge viden fra eventuelle andre tilsvarende forbedringsprojekter, fx på hjemmesiden for *BMJ Open Quality* (5), som publicerer artikler fra hele verden (på engelsk) omhandlende projekter inden for kvalitetsforbedring udarbejdet og rapporteret i henhold til anbefalingerne for rapportering af *quality improvement*, *the SQUIRE-guidelines* (læs også afsnit om publicering). Alle artiklerne i fx *BMJ Open Quality* er frit og gratis tilgængelige.

Inddragelse af hele personalegruppen

Især ved større projekter er det vigtigt, at hele personalegruppen bliver orienteret og får lejlighed til at diskutere projektet. Afklar de andres indstilling evt. i mindre grupper eller på tomandshånd, især hvis du har en fornemmelse af, at projektet kan være kontroversielt og derfor give anledning til

bekymring. I så fald kan det være ekstra vigtigt, at diskussionen tages med enkeltpersoner før et eventuelt stormøde, hvor det er vanskeligt at håndtere stor uenighed eller indgå kompromisser.

Det bedste argument for et forbedringsprojekt vil typisk være, at I kan demonstrere, at resultaterne af den aktuelle proces er utilfredsstillende. Kan I skaffe hårde data eller udsagn fra patienter, er det en fordel. Hvis jeres tal kritiseres for ikke at være valide (hvilket ofte vil være tilfældet, hvis I fx henter lister med diagnosekoder), kan I efterprøve tallene og gerne gøre det fremadrettet. Det er en god ide, at dette arbejde er gjort på forhånd, inden I stiller op til et stormøde for at præsentere projektet.

Charter



Læge - kend din kvalitet
En håndbog for læger i kvalitetsudvikling

Charter	Projekt navn:	Dato:
Hvad ønsker vi at opnå?		
Hvilke positive effekter vil projektet have?		
Vil der være negative effekter?		
Vil der være en driftspåvirkning i afdelingen?		
Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?		
Hvad viser baseline-data?		
Hvilke resultatdata har vi brug for?		
Hvilke procesdata har vi brug for?		
Hvilke balancerende data (ulempeindikatorer) har vi brug for?		
Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?		
Hvilken intervention har vi i første omgang mest tilltro til?		
Hvilke barrierer kan der være for interventionen?		
Hvilke ressourcer er der til at trække på for interventionen?		

Hent skabelon som [word](#) eller [pdf](#).

Inden forbedringsteamet for alvor går i gang med arbejdet, er det en god ide at udarbejde et charter for projektet. Processen videre frem er dybt afhængig af, at forbedringsteamet har en fælles forståelse af, hvad det er, man ønsker at opnå med projektet. Ikke mindst er det nødvendigt, at ledelsen er enig i dette.

Charteret er således en slags kontrakt, som det videre arbejde bygger på. Denne kontrakt kan løbende revideres, hvis det viser sig, at den fra starten var upræcis, fx fordi man bliver klogere på sit projekt efterhånden, som det skrider frem. Måske opdager I, at I gable over for stor en population,

så I må revidere og begrænse den. Charteret kan fx udarbejdes efter følgende skabelon, der relaterer sig til forbedringsmodellens tre spørgsmål:

1. **Hvad ønsker vi at opnå?**
 - Hvilke positive effekter vil projektet have?
 - Vil der være negative effekter?
 - Vil der være en driftspåvirkning i afdelingen?
2. **Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?**
 - Hvad viser baseline-data?
 - Hvilke resultatdata har vi brug for?
 - Hvilke procesdata har vi brug for?
 - Hvilke balancerende data (ulempeindikatorer) har vi brug for?
3. **Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?**
 - Hvilken intervention har vi i første omgang mest tiltro til?
 - Hvilke barrierer kan der være for interventionen?
 - Hvilke ressourcer er der til at trække på for interventionen?

Hvis I fra starten får udarbejdet dette charter og får det afstemt med ledelsen, sikrer I jeres mandat eller aftale om fundamentale forhold i projektet, hvilket reducerer risikoen for, at der i forløbet opstår misforståelser mellem ledelsen og forbedringsteamet. Et godt, gennemdiskuteret charter giver også mindre risiko for, at projektet kommer til at flagre i forskellige retninger.

Driverdiagrammet

Når målsætningen for et projekt er beskrevet i et charter, skal forbedringsteorien for projektet beskrives. Dette gøres rent praktisk ved, at I tegner et driverdiagram (se også [hvilke forandringer kan iværksættes](#)) (6).

Driverdiagrammet er et godt værktøj til at give overblik over de faktorer, der påvirker projektets resultat. Det kan hjælpe til, at I husker alle de mulige tiltag, der skal implementeres, og samtidig giver det nødvendige overblik til at man sammen i forbedringsteamet kan prioritere, hvornår i forløbet de enkelte tiltag skal sættes i værk.

Typiske overordnede faktorer som ofte optræder som primære drivere i et forbedringsprojekt i sundhedsvæsenet kan være: 1) patienterne (brugere/borgerne), 2) de ansatte, 3) interventionen og 4) håndteringen af data.

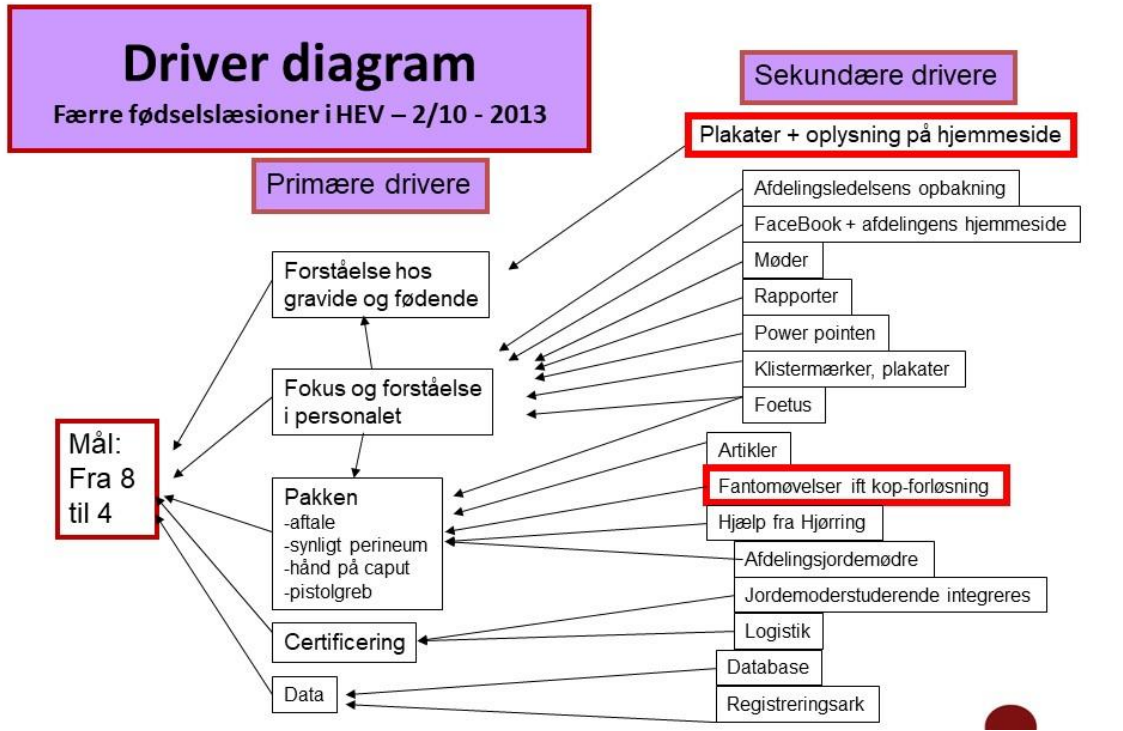
For hver primær driver findes en række 'sekundære drivere', og I således kan betragte de enkelte sekundære drivere som overskrifter for mindre delprojekter, som hver især kan bidrage til den samlede succes for projektet.

Driverdiagrammet giver med ét blik et overblik over strategien for at målet opnås og letter derved forståelsen for projektet for alle ansatte og for ledelsen. Desuden giver diagrammet det nødvendige overblik til at kunne planlægge de forskellige indsatsers rækkefølge.

Driverdiagrammet er et dynamisk værktøj, der løbende justeres efter, hvad, hvilke opdagelser forbedringsteamet gør fx, hvad afprøvningsresultaterne viser.

Case: Driverdiagram for Projekt "Færre alvorlige læsioner hos fødende"

[Projektet er omtalt](#)



Driverdiagram for projekt "Færre alvorlige læsioner hos fødende (7) (8).

Helt til venstre er målsætningen for projektet angivet: at mindske risikoen for svære udgifter i mellemkødet (sphincterruptur) fra cirka 8% hos førstegangsfødende, som føder vaginalt (=baselinedata), til under 4%.

I kolonnen med primære drivere er anført de overordnede områder, som har indflydelse på målet, dvs. De faktorer, man skulle forholde sig til i projektet.

Den øverste sekundære driver (markeret med rødt) handler om, at indsigt og forståelse hos de gravide og fødende for interventionen skal komme to steder fra: fra oplysninger, som de gravide/fødende selv kunne tilgå via afdelingens hjemmeside, samt ved, at de gravide/fødende bliver orienteret af jordemødrene og får lejlighed til at diskutere det med dem. Teamet vurderede, at det er vigtigt, at det foregår ved den rutinemæssige konsultation hos jordemoderen i graviditetsuge 29 samt ved ankomst til fødsel. Derfor er det vigtigt, at der er fokus og forståelse herfor blandt jordemødrene.

Den anden sekundære driver, som her er markeret med rødt, handler om et af de tiltag, der er relevante for at sikre, at hele interventionen ("pakken") er forstået og lært af alle ansatte, her specielt i relation til proceduren ved anlæggelse af sugekop under fødslen. En måde at gøre dette på er, at pakkens indhold gentages, når der i afdelingen er tilbagevendende teamtræningsdage, hvor lægerne undervises i anlæggelse af sugekop.

Pilene i diagrammet angiver de indbyrdes sammenhænge mellem de forskellige drivere.

Et andet eksempel på et kompliceret forbedringsprojekt med en række sekundære drivere, der føder ind i flere primære drivere, der etablerer forbedringsteorien i forhold til det overordnede mål, kan ses i denne White Paper fra IHI (9).

Referencer

1. Shekelle PG. Why don't physicians enthusiastically support quality improvement programs? *Qual Saf Health Care* 2002;11:6.
2. Hussey R. *Doctors: Leaders of Change*. 2013. Cardiff: 1000 Lives Improvement Service.
3. Frieden TR. Evidence for Health Decision Making – Beyond Randomized, Controlled Trials. *N Engl J Med* 2017;377:465-75.
4. Murray D. Editorial: What should we do when traditional research fails? *Anaesthesia* 2017;72:1059-1063.
5. <https://bmjopenquality.bmj.com/>
6. 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.
7. Rasmussen OB, Yding A, Lauszus F, Andersen CS, Anhøj J, Boris J. Importance of Individual Elements for Perineal Protection in Childbirth: An Interventional Prospective Trial. *Am J Perinatology Reports* 2018;8:e289-e294.
8. Rasmussen OB, Yding A, Anhøj J, Andersen CS, Boris J. Reducing the incidence of Obstetric Sphincter Injuries using a hands-on technique: an interventional quality improvement study. *BMJ Quality Improvement Reports* 2016;5:u217936.w7106.
9. [Scoville R, Little K, Rakover J, Luther K, Mate K. *Sustaining Improvement*. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2016. \(Available at \[ihi.org\]\(http://ihi.org\)\) \(tilgået okt 2021\)](#)