

# Hvilke forandringer kan iværksættes?

Af Charlotte Frenndved, læge, faglig redaktør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed  
og Ann Lyngberg, ledende overlæge, ph.d., Arbejds- og Socialmedicinsk Afdeling, Holbæk Sygehus

## Forbedringsmodellen

Hvad ønsker vi at opnå?

Hvornår ved vi, at en forandring er en forbedring?

Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?



**3 spørgsmål**

**+ PDSA cirkel**

---

**= Forbedringsmodell**



Dette spørgsmål i forbedringsmodellen handler om at indkredse de forandringsideer, som du vil prøve af. I forbedringsarbejdet låser du dig ikke fast på bestemte løsninger fra starten. Ideer udvikles, tilpasses undervejs, nogle ideer forkastes og andre opstår i processen. På den måde adskiller forbedringstankegangen sig fra den klassiske forskningsmetode i lægevidenskaben, hvor man på forhånd definerer sin intervention. Men ligesom ved de traditionelle lægelige arbejdsmetoder, beskriver du nøje din proces og dine tiltag undervejs, sådan at andre kan lære af det.

[Allerede under foranalysen](#) af dit problem, har du uden tvivl fået ideer til, hvordan det kan løses, og hvordan du kan ændre systemet, sådan at det fungerer bedre.

Men det kan også være, at der er brug for at opfinde helt nye løsninger. At finde de rigtige forandringsideer kan være en proces, der kalder på kreativ tænkning.

En fælde, man kan falde i, når man udvikler forandringsideer, er, at man bruger for lang tid på at definere den perfekte løsning inden man afprøver den. Denne søgen efter utopia kan føre til handlingslammelse. Brug hellere tiden på at afprøve dine knap så perfekte ideer i virkeligheden. Når man bruger [PDSA-metoden](#), afprøves i småskala, og det betyder samtidig, at konsekvenserne

bliver begrænsede, hvis det skulle vise sig, at ideen ikke virker, eller at der er uforudsete negative virkninger. Samtidig får du måske chancen for at opdage, om din ”knap så perfekte” ide er helt fantastisk, når den er afprøvet og justeret undervejs i PDSA-cirklen.

## **CASE: Interventioner i optiCAP projektet**

*Kilde: Markus Fally*

I optiCAP-projektet er der – blandt andet ved hjælp af forbedringsmodellen og Plan-Do-Study-Act (PDSA) – afprøvet og implementeret en bred vifte af interventioner (1) (2).

Inden man gik i gang, blev personalet interviewet om deres syn på guidelines og om barriererne for at følge disse. Arbejdsgange blev analyseret med henblik på optimering. Der blev afholdt møder hvert kvartal for involverede parter med henblik på status og justeringer.

Der blev lagt vægt på direkte feedback til det involverede personale med henblik på at korrigere individuelle uhensigtsmæssige ordinationer.

Eksempler på de tiltag, der er afprøvet og iværksat, er:

### **Pædagogiske tiltag**

- Træning af læger og sygeplejersker i sekretsugning fra de nedre luftveje
- Løbende undervisning af personalet i behandling af CAP og direkte feedback til lægerne
- Lommekort og posters om CAP (community-acquired pneumonia)

### **Praktiske tiltag**

- CURB-65 som *standard phrase* i den elektroniske patientjournal Sundhedsplatformen (SP)
- CAP ordinationssæt i den elektroniske patientjournal (SP og MidtEPJ; sikrer korrekt antibiotikavalg og behandlingsvarighed samt korrekt udredning af patienten)

### **Organisatoriske tiltag - ændrede procedurer**

- Rettigheder til at ordinere røntgen thorax uddelegeret til sygeplejersker
- Rettigheder til at bestille sekretprøver uddelegeret til sygeplejersker
- Forsimplede procedurer for forsendelse af mikrobiologiske prøver

## **Reaktive og fundamentale forandringer**

Der findes forskellige typer – eller grader - af forandring. Den reaktive og den fundamentale.

De reaktive forandringer er de reparationer og tilpasninger, som vi sætter i værk for at holde systemet kørende i dagligdagen. Når der opstår akutte problemer, er de reaktive løsninger ofte den bedste strategi. Når noget er gået i stykker, reparerer vi det. Når noget kommer i vejen, fjerner vi forhindringen. Evnen til at iværksætte reaktive forandringer er helt essentiel for enhver

organisation. De sikrer opretholdelsen af status quo, men resulterer sjældent i egentlige forbedringer.

De løsninger, der først falder os ind, når vi prøver at løse problemer, er ofte at vi har brug for mere tid, flere ressourcer, mere undervisning, mere kontrol, flere restriktioner. Den type tiltag kan også i nogle sammenhænge være påkrævet, men de er næsten altid eksempel på reaktive forandringer.

På den anden side er der de fundamentale forandringer, der helt ændrer den måde, systemet opfører sig på. Fundamentale forandringer kan potentielt medføre varige forbedringer, og de kan også forebygge mange af de problemer, som vi ellers er nødt til at reagere på akut. Fundamentale forandringer har altså langt større potentiale for forbedringer. Men de medfører også større risiko for uforudsete virkninger, fordi de påvirker hele systemet.

De fundamentale forandringer retter ikke bare op på systemet, men ændrer systemet grundlæggende og får det til at virke på en helt anden måde. Det kan være barrierer, der lægges ind, som forhindrer, at der kan begås fejl, eller trin i en besværlig arbejdsproces, som kan springes over.

Fx var tankegangen bag etableringen af fællesakutmodtagelser (FAM), at der var behov for en fundamental forandring, så de akutte patienter ikke blev kastebolde mellem forskellige specialer. I FAM samarbejder alle specialerne under samme ledelse.

I OptiCAP-eksemplet samt ovenfor, fik sygeplejerskerne mulighed for at ordinere røntgen af patientens lunger ved mistanke om pneumoni. Man er ikke længere afhængig af, at lægen får tid til at tage stilling til det. Og dermed er der større sandsynlighed for, at undersøgelsen kan gennemføres hurtigt og gnidningsfrit.

Et andet eksempel på en fundamental forandring er forebyggelse af uventede hjertestop på hospital. Mange sygehuse har de senere år sat system i overvågningen af patienternes vitale værdier (puls, blodtryk, temperatur, respiration, iltmætning og bevidsthedsniveau) og bruger disse målinger til at identificere patienter, hvis tilstand forværres akut, sådan at der kan gribes ind, inden patienten eventuelt udvikler hjertestop. Det sker fx med redskaber, der kaldes EWS (*Early Warning Score*), TOKS (Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom) eller BOS (Basalt Observationsskema). I stedet for udelukkende at satse på forbedringer i behandlingen af hjertestop, fx kortere responstid for hjertestopholdet, kan den systematiske måling af vitale værdier forebygge, at uventede hjertestop opstår (3).

## **Udvikling af forbedringsideer**

Der er en række metoder, du kan anvende for at udvikle ideer, som har potentiale til at gennemføre fundamentale forandringer. Du kan bruge logisk tænkning og gennemføre analyse af problemet. Her kan du med fordel bruge fx [arbejdsgangsanalyse](#), [paretoanalyse](#) eller [fiskebensdiagram](#) ligesom under din foranalyse. Jo bedre, du forstår dit system, jo større chance har du for at finde på gode løsninger.

Men der er også en række andre ting, du kan gøre for at få inspiration:

### **Spørg en patient**

Hvilke forbedringer er vigtige for dine patienter? Hvis du ikke ved, hvad der skal ændres for at forbedre kvaliteten set med patientens øjne, så spørg en patient. Det behøver ikke at være

repræsentativt, da patienten bare skal repræsentere sig selv, for så er der jo i hvert fald noget som én patient ønsker. Patienter kan lære dig noget om livet med sygdom tæt på, forskelle i præferencer samt oplevelser og erfaringer med at møde sundhedsvæsenet.

Vælg fx en patient, som du ikke selv har været involveret i behandlingen af. Gå ind til patienten, præsenterer dig, og fortæl at du kommer, som del af afdelingens arbejde med kvalitetsudvikling. For det er kun ved at vide, hvordan patienterne oplever det, at vi kan gøre det bedre. Der er ingen patienter, som bliver sure over, at du gerne vil høre om deres oplevelser. Og selv hvis patienten ikke orker at svare, er der ikke sket noget ved at spørge. Patienterne synes, at det er dejligt, at vi ønsker at lytte.

De patienter, som har overskud til at svare, vil fortælle om frustrationer, som vi som sundhedspersonale ikke ser. De vil også fortælle om ting du ved, men på nye måder, som gør det levende og relevant. Næste gang du kæmper med at forklare komplekse medicinske problemstillinger, så det er enkelt og forståeligt for din patient, så er kampen nemmere, når du i ørene har ekkoet fra en patient, der sagde: ”Jeg har oplevet, at jeg slet ikke forstod det, som lægerne sagde. Men jeg er så taknemmelig, for lægen ved stuegang i går forklarede det, så jeg forstod det rigtigt.”

Tal med patienter både før projektet og undervejs, og spørg en patient eller to, når du planlægger mulige løsninger. Det giver bedre løsninger at spørge patienterne undervejs og det motiverer til at holde fokus i kvalitetsforbedringsprojektet.

### **Stjæl med stolthed – men husk at kreditere kolleger**

Arbejdet med at forbedre behandlingen i den kliniske hverdag har brug for inspiration. Det er derfor en fast del af forbedringsarbejdet at lære af hinanden og udveksle erfaringer og fif.

At besøge andre afdelinger, se hvordan de gør og lade sig inspirere, er noget, de fleste af os forsømmer.

### **Case: Besøg på andre afdelinger**

En kursist på et forbedringskursus syntes ikke, at det var transporten værd at tage på besøg på et andet sygehus i forbindelse med sit projekt. I stedet valgte hun at aflægge et kort site visit på en anden afdeling på samme sygehus. De startede med et møde, hvor hun fortalte om sine udfordringer og ønsker.

Afdelingen, som hun var på besøg hos, havde ikke arbejdet med den problemstilling, og havde ikke nogen brugbare forslag, som hun kunne bruge. Men da de bagefter var på rundvisning og så arbejdsgangene, var der alligevel adskillige brugbare ideer ift. organiseringen af opgaverne.

Hun konkluderede, at selvom de ikke havde de samme udfordringer, og besøget var så kort, så lærte hun meget. Faktisk lærte hun så meget, at hun efterfølgende valgte at besøge en søsterafdeling med samme speciale – også selvom det krævede at hun afsatte tid til transport.

Besøg hos andre er simpelthen mere givende, end man forestiller sig.

Hvornår har du sidst besøgt en anden afdeling for at lære af deres måde at organisere arbejdet på? Alle afdelinger, alle sundhedsprofessionelle og alle læger har ind imellem mulighed for at lære af andre. Måske skal man aflevere en patient til den anden afdeling. Det lille møde kan bruges til at spørge om noget, som driller jer. Eller måske har jeres afdeling nogle læger, som er uddannelsesinspektorer. Inspektorer bruger en hel dag på at høre om, hvordan man organiserer arbejdet og den lægelige videreuddannelse på søsterafdelinger. De hører om mange gode tiltag. Husk at gøre brug af al den nye viden og de refleksioner, som inspektorerne gør sig under besøget hos andre.

Du kan også hente inspiration fra andre brancher, der arbejder med tilsvarende opgaver, eller andre som arbejder med noget helt andet. Kunne du fx lade dig inspirere af arbejdsgange på en byggeplads, en lufthavn, et hotel?

Hvis du bruges andres erfaringer, er det god skik – hvis du videreformidler viden - at sørge for relevant referencer og give kredit til dem, som fortjener det.

### **At fremme den kreative tænkning**

At bryde med de sædvanlige tankemønstre kan hjælpe dig til at få ideer til fundamentale forandringer. Den maltesiske psykolog Edward de Bono har udviklet en række redskaber, der kan hjælpe til mere kreativ tænkning. Hans og en række andre metoder til at tænke kreativt er beskrevet i bogen ”Thinking Differently”, der er udgivet af det britiske sundhedsvæsen NHS (3). Bogen er også oversat til dansk (5).

Edward de Bono er ophavsmand til begrebet lateral tænkning. Hans tese er, at der i hjernen er dannet mentale dale, som vores tanker normalt vil strømme igennem. For at tænke kreativt må hjernen springe mellem forskellige strømme, og disse spring kan fremmes ved hjælp af forskellige teknikker. De Bono er fx kendt for metoden ”De seks tænkehatte”, hvor man dirigerer tankerne i bestemte retninger. Og der findes mange andre teknikker til at fremme den kreative tænkeproces.

### **Forandringskoncepter**

Du kan også lade dig inspirere af såkaldte ”*change concepts*”, der er generiske koncepter for forandring. Det kan fx være, at du kan skabe en barriere for fejl, eller at du kan indrette arbejdet smartere ved at springe nogle forsinkende led i arbejdsgangen over.

På hjemmesiden for det amerikanske *Institute for Healthcare Improvement*, IHI, findes en liste med 72 forandringskoncepter, der er rubriceret under ni temaer (6). Listen er oprindeligt udviklet af [Associates in Process Improvement \(API\)](#) (7).

Her er eksempler fra listen:

- Eliminer aktiviteter og redskaber, der ikke bliver anvendt
- Synkroniser trin i processen
- Minimer videregivelser/overgange
- Identificer og fjern flaskehalse
- Standardiser processer for at nedbringe variation
- Lav forudsigelser ved brug af historisk data
- Anvend påmindelser
- Anvend begrænsninger (Gør det svært at lave fejl)

- Tydeliggør hvordan ting anvendes (Gør det nemt at gøre det rigtige)
- Byt om på rækkefølgen af trin i processen

IHI har også udviklet en app, hvor du kan se en beskrivelse for hver af de 72 koncepter, The Improvement App.

### Stærke og svage handlingsplaner

Det amerikanske *VA National Center for Patient Safety* har fastlagt en række kriterier, som gør det muligt at måle styrken af en handlingsplan. Kriterierne er egentlig udarbejdet til brug for handlingsplaner, der udarbejdes i forbindelse med en kerneårsagsanalyse efter en utilsigtet hændelse, hvor man planlægger tiltag, der skal forhindre, at lignende hændelser kan ske igen. Men de samme kriterier kan give en rettesnor, når du udvikler ideer i dit forbedringsprojekt.

Hvor stærk er handlingsplanen?		
Stærk	Mindre stærk	Svag
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tydelig og handlekraftig ledelse</li> <li>• Etablering af barrierer</li> <li>• Færre arbejdsstrin</li> <li>• Ensartet udstyr</li> <li>• Mindre afhængighed af medarbejdernes hukommelse</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tjeklister</li> <li>• Sikker design af emballage og udstyr</li> <li>• Sikker Mundtlig Kommunikation</li> <li>• Færre afbrydelser og forstyrrelser</li> <li>• Bedre it-systemer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Advarsler og indskærpelser</li> <li>• Mere undervisning</li> <li>• Øget omhu</li> <li>• Nye retningslinjer</li> </ul>

Skemaet viser hvilken effekt, der kan forventes af forskellige typer af interventioner.

Kilde: [Udarbejdet på grundlag af Root Cause Analysis Tool. VA National Center for Patient Safety. Rev 2016, side 26-28.](#)  
(tilgået september 2021).

Tiltag, der er baseret på, at medarbejderne skal gøre sig mere umage, virker ikke. Medarbejderne gør sig allerede umage.

Opgradering af viden og kompetencer kan være relevant på specifikke områder, men denne strategi er sårbar over for fx medarbejderudskiftning. Det er en strategi, som mest er brugbar, hvis der iværksættes et system, så alle nye medarbejdere får samme opgradering ved ansættelsen, og man sikrer, at kompetencer vedligeholdes over tid. Et eksempel kan være et hospital, der har som standard, at alle medarbejdere skal have hjertestoptræning hvert andet år. Samtidig skal alle nye medarbejdere gennemføre kurset inden for tre måneder fra ansættelsen.

Det er langt mere effektivt med tiltag, som automatisk får medarbejderne til at gøre tingene rigtigt eller forhindrer dem i at gøre det forkert. Helt generelt kan man sige, at jo mere man kan gøre sine tiltag uafhængige af menneskelige faktorer, jo mere gennemslagskraft vil tiltagene få.

Et eksempel på et tiltag med stor virkning er etablering af barrierer, fx at sprøjten til sondemad rent fysisk ikke passer i studsene til intravenøs adgang. En sådan barriere gør det simpelt hen umuligt ved en fejl at give sondemad i et intravenøst drop. Andre eksempler er standardisering og forenkling af processer og procedurer, fx så er der færre spørgsmål, som medarbejderne skal tage stilling til, eller man kan springe besværlige og forsinkende led over.

Tiltag, der understøtter medarbejdernes beslutninger, rubriceres i næste kategori, hvad effektiv gennemslagskraft angår. Det kan være tjeklister, it-systemer, mere arbejdsro eller forbedret kommunikation.

Blandt de tiltag som har svagest effekt er undervisning, nye vejledninger og retningslinjer, advarsler, memoer osv.

## **Forandringsteori - driverdiagram**

Driverdiagrammet er et hjælpemiddel, der giver dig overblikket over, hvilke tiltag der kan bidrage til, at du kan nå målet med dit forbedringsprojekt. Det er med andre ord din strategi for eller din teori om, hvad der skal til for at skabe den ønskede forbedring – din forandringsteori (8). Hvad er det, du tror, der skal til, for at nå målet. Driverdiagrammet kan typisk præsenteres på én side. Det er en side, du kan præsentere for andre, for at give dem et overblik over projektet. Driverdiagrammet er et dynamisk redskab, der tilpasses, efterhånden som du får afprøvet dine ideer, kasseret dem, der ikke duer, og videreudviklet på de ideer, der virker. Selve processen med at udarbejde driverdiagrammet er vigtig, for det er gennem dette arbejde, at du får et samlet overblik over, hvad du vil opnå, og hvordan.

Når driverdiagrammet er færdigudviklet og gennemtestet, kan det også anvendes som en slags opskrift, der kan hjælpe andre med at implementere tilsvarende forbedringer.

### **Driverdiagrammets opbygning**

Udgangspunktet for dit driverdiagram er målet med dit projekt, altså dit svar på spørgsmålet "[Hvad ønsker du at opnå?](#)". Målet angives traditionel i en kasse yderst til venstre i diagrammet.

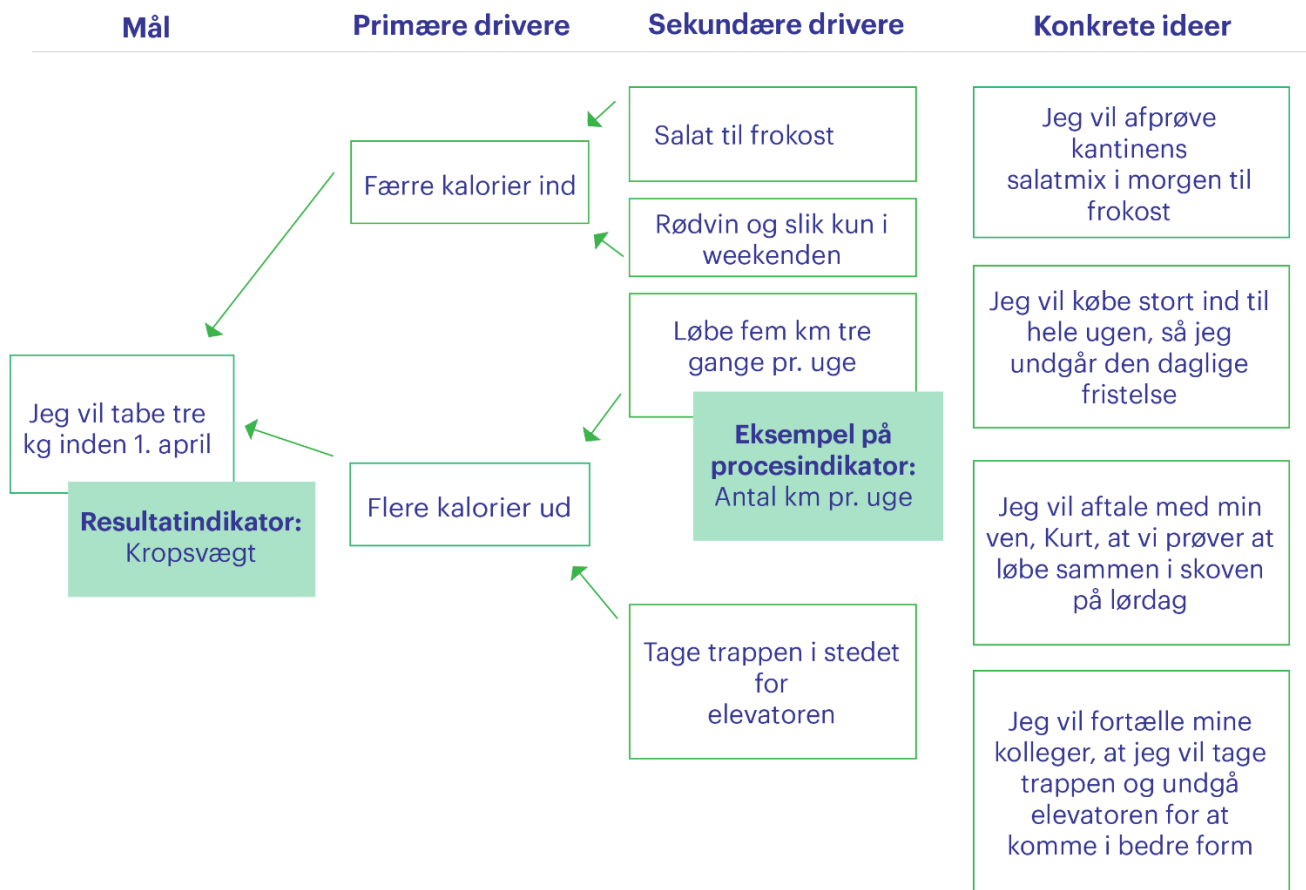
I næste kolonne anføres de overordnede tiltag, der bidrager til at opnå målet. Det kaldes de primære drivere. De primære drivere svarer typisk på, *hvad* er skal ændres. For overskuelighedens skyld skal antallet af primære drivere helst ikke være for stort, typisk 3-5 (9).

I tredje kolonne anføres de sekundære drivere, som er de tiltag, der skal til for at påvirke de primære drivere. De sekundære drivere viser, *hvordan* vi vil ændre.

Helt yderste til højre i diagrammet kan du placere de konkrete ideer til, hvad du vil prøve af.

Du kan læse driverdiagrammet begge veje. Når du læser fra venstre mod højre, er der forklaringer på, hvordan målet tænkes opnået. Læser du fra højre mod venstre, er der forklaringer på, hvorfor den konkrete handling skal afprøves.

Et klassisk eksempel, som viser ideen i driverdiagrammet simpelt, er slankekurserne (med al respekt for, at det ikke er en simpel ting at tabe sig).



*Driverdiagram, der viser min teori for, hvordan jeg kan tabe mig*

Resultatmålet for forbedringsarbejdet relaterer sig som nævnt til det mål, der er angivet til venstre i diagrammet, mens procesindikatorerne typisk knytter sig til de sekundære drivere. I slankekurseksempler kan en procesindikator fx være antallet af løbedage pr. uge.

De konkrete ideer yderst til højre i diagrammet er dem, som kan afprøves med [PDSA-metoden](#). I forbindelse med PDSA-afprøvningerne genereres også data, men de vil typisk være af en anden art. Var løbeturen i skoven en succes, og har den givet mig lyst til at løbe igen i overmorgen? Eller var det besværligt at tage i skoven, og skulle jeg i virkeligheden hellere løbe på fortovene her, hvor jeg bor?

### Case: Driverdiagram for lærings- og kvalitetsteam Apopleksi

I forbindelse med det nationale kvalitetsprogram indgår en række lærings- og kvalitetsteams (LKT), der drives af regionerne (10).



Et lærings- og kvalitetsteam er et nationalt netværk af klinikere og ledere fra relevante afdelinger og enheder samt en ekspertgruppe, der arbejder med kvalitetsforbedringer på et udvalgt område med afsæt i kliniske kvalitetsdatabaser. Lokale teams fra hele landet mødes til en række læringsseminarer og arbejder i de mellemliggende perioder med forbedringer.

Et eksempel på et afsluttet LKT er LKT Apopleksi (11), hvor man har anvendt forbedringsmodellen og andre forbedringsværktøjer.

Som forberedelse til arbejdet i LKT Apopleksi blev nedenstående driverdiagram udviklet:

# Driverdiagram for LKT Apopleksi

## Mål

Hvilke forbedringer vil vi gerne opnå?

## Primære drivere

Hvilke faktorer, systemer og processer påvirker, om vi når målet?

## Sekundære drivere

Hvilke forandringer kan vi iværksætte for at nå vores mål?

## Mål

Vi vil gerne forbedre outcome for mennesker med blodprop i hjernen.

**Indikator:** Flere patienter revaskulariseres > 20% inden 1.1.2019.

At forløbet fra symptomdebut til trombolyse er så kort som muligt

**Procesindikator:** Reduktion af præhospital-tid

Alle apopleksipatienter, der ringes ind om, tages imod på korrekt afdeling.

**Procesindikator:** Andel af patienter med diagnosen apopleksi, der ikke har været på apopleksiafsnit.

Reduceret patient-delay.

Færre patienter, der aldrig ringer ind.

Reducere tid ved indringning til 112/1813 – ventetid og visitation.

**Forandringsideer:** Tjekliste, instrukser, uddannelse

Reducere tid på skadestedet

Kun de nødvendige processer før der ringes til trombolysevagten. Resten ordnes enten mens makker ringer eller under transporten.

**Forandringsideer:** Tjekliste, instrukser, uddannelse

Forbedre kommunikation mellem reddere og trombolysevagt.

**Forandringsideer:** Tjekliste til talepapir

Bedre visitation i 112 og 1813:

De svære cases, finde dem og bruge dem til uddannelse. Personforskelle i visitation.

Håndtere patienter med sprogbarrierer (fremmedsprog). Håndtere patienter med afasi og neglect.

Bedre visitation blandt reddere.

Reddere i hospitalspraktik, e-læring, uddannelse i trombolyse/EVT.

Samt som ovenfor

De praktiserende læger bestiller sommetider 'kørsel 1 C' til apopleksi.

Forslag: samme status som AKS, så det kan omgøres.

Sikre, at der ikke afvises mulige apopleksipatienter af trombolysevagten.

Mulighed for at skrive notat i patientjournal for afviste patienter.

Personforskelle i visitation.

Håndtere patienter med sprogbarrierer (fremmedsprog). Håndtere patienter med afasi og neglect.

Reducere tid, til der ringes ind.

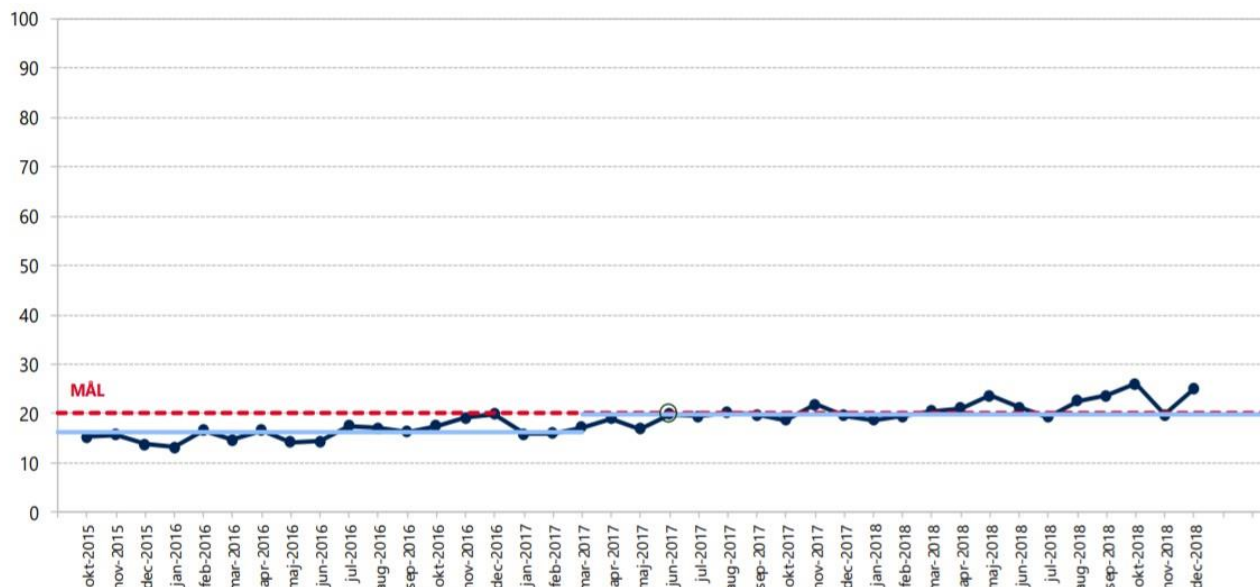
Reducere antallet af patienter med apopleksi, hvor det ikke erkendes.

Ide: National kampagne.

Et af målene i LKT Apopleksi var – som det fremgår af driverdiagrammet - at andelen af patienter,

der bliver revaskulariseret, skulle øges. Målet var mindst 20 %.

En erfaringsopsamling fra LKT Apopleksi viser, at det på landsplan er lykkedes at øge andelen af patienter, der revaskulariseres (12).



I perioden fra oktober 2015 til december 2018 viser data for hele landet, at der, samlet set, har været en positiv udvikling i andelen af patienter med akut iskæmisk apopleksi, der er blevet revaskulariseret. Denne udvikling kan ikke tilskrives tilfældig variation. Grafen ovenfor viser desuden, at den positive udvikling primært er sket i perioden efter 1. læringsseminar for LKT Apopleksi (september 2017) og dermed i den periode, hvor LKT Apopleksi er blevet implementeret. Endelig viser grafen, performance i implementeringsperioden har ligget stabilt på 19,9 %, dvs. så godt som stabil målopfyldelse.

Grafen er bearbejdet fra Erfaringsopsamling – Lærings- og kvalitetsteam. 2019 (side 16). Bringes med tilladelse fra Region Midt og Region Hovedstaden.

## Udvikling af driverdiagram

I idegenereringsfasen kan du med fordel inddrage kolleger og samarbejdspartnere. På dette tidspunkt i forbedringsarbejdet, [vil du ofte have samlet et team omkring dig](#).

Vær klar til at give slip på dine oprindelige ideer, og giv plads til, at andre former dine ideer sammen med dig. Når du udvikler dine forandringsideer, er det også en god ide, at du holder dig for øje, hvem det er, der skal have gavn af forandringerne – ofte patienterne – og gerne tager dem med på råd i ideudviklingen.

Når I udvikler driverdiagrammet på et nyt område, kan det være svært at regne ud, hvad I vil have med. I har jo allerede nu jeres mål, men præcist hvordan kommer I derhen? Det kan være smart at starte med målet, men dernæst starte bagfra – dvs. starte med brainstorm i teamet (se en nærmere beskrivelse af brainstorm i afsnittet med '[Værktøjer](#)' med ideer til hvordan I vil forbedre jeres arbejde. Skriv alle ideer på papkort eller post-it-notes. Det vil typisk være dem, der skal stå til højre i driverdiagrammet. Til sidst kan I gruppere ideerne og give de enkelte grupper overskrifter. Disse overskrifter vil være de sekundære og primære drivere i jeres forbedringsarbejde.

Når I har udviklet jeres primære og sekundære drivere, skal I vurdere, om det er muligt og hensigtsmæssigt at måle på dem, dvs. om der er oplagte procesindikatorer, som I kan bruge til at sikre fremdrift i jeres forbedringsarbejde.

## Referencer

1. Markus Fally og Pernille Ravn. Optimering af behandling for samfundserhvervet pneumoni (optiCAP). Afsluttende rapport. Februar 2020.
2. Fally M, von Plessen C, Anhøj J, Benfield T, Tarp B, Clausen LN, et al. (2020) Improved treatment of community-acquired pneumonia through tailored interventions: Results from a controlled, multicentre quality improvement project. [PLoS ONE 15\(6\): e0234308](#).
3. <https://www.sygehuslillebaelt.dk/wm529443> (tilgået sept 2021)
4. [Thinking Differently, NHS Institute for Innovation and Improvement](#) (tilgået september 2021)
5. [Tænk Anderledes, DEFACTUM, 2009](#) (tilgået september 2021)
6. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Project-Change-Concepts-Worksheet.aspx> (tilgået sept 2021)
7. <http://www.apiweb.org/>
8. Bennett, B. & Provost, L.. (2015). What's your theory?. Quality Progress. 48. 36-43. [http://www.apiweb.org/QP\\_whats-your-theory\\_201507.pdf](http://www.apiweb.org/QP_whats-your-theory_201507.pdf)
9. [Fem tip til driverdiagrammet, blog, Dansk Selskab for Patientsikkerhed](#)
10. <https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams>
11. <https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/lkt-apopleksi>
12. <https://kvalitetsteams.dk/laerings-og-kvalitetsteams/erfaringsopsamling>