

# Gennembrudsmetoden: en metode til at skabe foran- dring og kvalitetsudvikling

Marianne Rosendal & Peter Vedsted

*I almen praksis som i det øvrige sundhedsvæsen er der et vedvarende behov for implementering af nye udrednings- og behandlingstiltag, organisationsreformer og strategier til at opnå særlige mål. Rammerne for vores kliniske arbejde er konstant under forandring, og behovet for at sikre en god ledelse af implementering, kvalitetssikring og -udvikling i de enkelte praksis trænger sig for alvor på.*



**BIOGRAFI:**  
Marianne Rosendal er praktiserende læge, ph.d. og seniorforsker ved Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus.



Peter Vedsted er læge, ph.d. og seniorforsker samme sted.

**MARIANNE ROSENDALS ADRESSE:**  
Forskningsenheden for Almen Praksis i Århus,  
Institut for Folkesundhed, Aarhus Universitet,  
Vennelyst Boulevard 6, 8000 Århus C.  
E-mail: m.rosendal@alm.au.dk

Der har i de seneste år været såvel decentrale som centrale initiativer til at udvikle kvaliteten i almen praksis. De fleste vil kende til fx DSAM's kliniske vejledninger, diagnoseklassifikation ved brug af ICPC (*International Classification of Primary Care*), DanPEP (Danske Patienter Evaluerer Praksis) og APO (Audit Projekt Odense). Alle initiativer, som mange praktiserende læger tager aktivt del i ud fra den forudsætning, at det bidrager til vigtige forandringer i praksis. Alligevel står flertallet af praktiserende læger tilbage og spørger sig selv: Hvordan er det lige, vi får den nye viden omsat og indarbejdet i daglig praksis? Og hvordan ved vi, at vi reelt har skabt en forandring, som også kommer patienterne, fagligheden og organisationen til gode?

Almindeligvis arbejder vi ud fra en simpel problemorienteret tilgang. Når fx en klinisk vejledning skal implementeres i dagligdagen, udsendes den, og man antager, at modtageren læser den og derefter omsætter den til klinisk praksis. Altså at den enkelte praktiserende læge ser, hvilke ændringer der skal til, og hvordan det løses. Af flere grunde lykkes denne implementering sjældent, og vi ved i dag, at evidensbaseret viden ikke uden videre integreres i den kliniske hverdag (1).

En almen lægepraksis kan betragtes

I en firelægepraksis med to sygeplejersker og en sekretær har lægerne fået en ny KOL-vejledning ind ad døren. Tidligere deltog to af lægerne i en audit om KOL, hvor de fik megen inspiration til, hvad man kunne gøre bedre og anderledes. Der var et spændende opfølgingsmøde, men det lykkedes kun at få snakket lidt om rygestop og ICPC-kodning af KOL hjemme i praksis.

Over det fælles frokostbord taler alle i praksis nu om den nye KOL-vejledning. Alle har en fornemmelse af, at patienterne kan behandles bedre, og at det kan gøres smartere. En af sygeplejerskerne har tidligere sagt, at hun gerne vil tage mere del i indsatsen og hun vil gerne være rygestop-vejleder. Der er god vilje, en tro på at kunne gøre en forskel og et ønske om at optimere kvaliteten omkring KOL-patienter.

Denne gang vælger en af lægerne at benytte en bestemt ledelsesmetode til at få implementeret forandring i praksis. Hvorfor lykkes det nu pludseligt at skabe hurtige forandringer i praksis?

#### Illustrerende case I

som et komplekst adaptivt system (2), hvor mange forhold spiller ind på muligheden for at skabe forandring (3). Det gælder *strukturen*, hvor der måske skal ske ændringer i registrering, journalførelse, personale, kompetencer etc. Dernæst er der *processer*, som skal ændres i forhold til at indkalde patienter, opsætte planer, huske hvornår og hvad etc. Dette for at opnå det ultimative krav om, at *resultaterne* også forbedres med fald i patienternes HbA<sub>1c</sub>, kolesterol og blodtryk samt stigning i patientevaluering etc. Som det fremgår heraf, er det ikke tilstrækkeligt blot at se på forandringer i de *faglige ydelser*, der fordres samtidige ændringer i *organisationen* (4), og inddragelse af *patientperspektivet* (5).

Man er således nødt til at tage højde for specifikke forhold i den enkelte praksis og aktivere deltagerne i forandningsprocessen (6). I øvrigt handler forandring ikke alene om at indføre nye kliniske procedurer, men involverer også sociale, psykologiske og emotionelle aspekter i praksis. Indsatsen internt i praksis påvirkes også af de ydre rammer for hele praksisområdet (fx honoreringssystemer og it-faciliteter), og endelig er det ikke kun initieringen af forandningsprocessen, der er afgørende. Det er i høj grad lige så vigtigt, at de opnåede ændringer fastholdes og evalueres (Boks 1).

Ud over at have fokus på disse forhold skal man som leder også være opmærksom på, at det er næsten umuligt at overvinde barrierer som værdier, normer, modvilje, konkurrerende prioriteter mv., uden at det sker med små afprøvende skridt. På den måde får organisationen mulighed for at adaptere og anerkende det nye. Det er en fordel med åbenhed, samarbejde, teamwork og det at kunne lære af egne og andres fejl. Endelig er det vigtigt, at forandningsprocessen faciliteres i hele praksis (7), og at alle oplever udvikling som et gode og en mulighed frem for som en kontrolforanstaltning og tidsrøver.

- Tiltag skal fokusere på et område, som er vigtigt for hele praksis (relevans og enighed).
- Interventionen skal være klart formuleret.
- Praksis skal være klar til ændring og have forberedt sig (lederskab, netværk, informationssystemer).
- Der skal være et bidragende/understøttende eksternt miljø (regulering, betaling, konkurrencemæssigt).

Boks 1. Hvordan forandring i praksis understøttes.



Gennembrudsmetoden egner sig til små organisationer og tager udgangspunkt i at forandring kræver ledelse i et miljø, hvor hele organisationen tager del, og hvor udviklingen sker trinvis. Et af de grundlæggende og gennemgående principper er KIS (keep it simple). Foto: Thyra Hilden.

Meget forenklet kan man sige, at forandring i en mindre organisation grundlæggende kræver at:

- Det skal være overkommeligt.
- Det skal give mening.
- Det skal give resultater.

En metode, som tager højde for mange af de nævnte forhold er *gennembrudsmetoden*. Gennembrudsmetoden egner sig til små organisationer og tager udgangspunkt i, at forandring kræver ledelse i et miljø, hvor hele organisationen tager del, og hvor udviklingen sker trinvis. Et af de grundlæggende og gennemgående principper er KIS (*keep it simple*). Netop ved at sætte sig et simpelt, klart mål har man mulighed for at sikre, at et kvalitetsudviklingsinitiativ i sidste ende bliver en succes og dermed giver ny energi til yderligere aktivitet.

I denne artikel vil vi introducere gennembrudsmetoden og primært fokusere på den del, som udspiller sig i den enkelte praksis. Den overordnede systematik i et »gennembrudsforløb« gennemgås ikke i detaljer.

### Generelt om gennembrudsmetoden

Gennembrudsmetoden er den danske betegnelse for *breakthrough method* og *rapid cycle*. I Danmark er der fx inden for psykiatriområdet blevet arbejdet systematisk med metoden ([www.videnscenter-gennembrud.dk](http://www.videnscenter-gennembrud.dk)).

Metoden blev udviklet af The Institute of Healthcare Improvement (IHI) i Boston, USA, i 1995 og blev lanceret som *The Breakthrough Series Collaborative Method* (8). Metoden har i sin oprindelige form især været brugt til forandringsprojekter i sekundærsektoren i USA, Holland, England, Australien, Sverige og Norge (9).

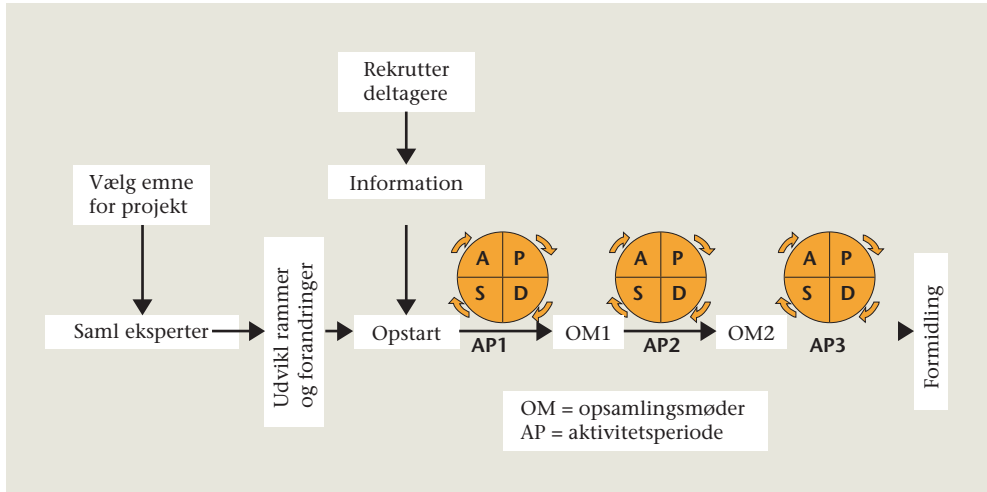


Fig. 1. Den overordnede struktur af et forløb med gennembrudsmetoden

Vi har i vores arbejde med metoden og i beskrivelsen nedenfor skabt en forenklet model, der er adapteret til dansk almen praksis.

Den mest effektive måde at benytte gennembrudsmetoden på i et sundhedsvæsen er ved at benytte den fuldstændige model med et netværk af praksis, løbende møder og »hjemmearbejde« i praksis – alt sammen understøttet af en facilitator. Et gennembrudsforløb består her af en forberedelsesfase og en projektfase (Fig. 1). En eller flere facilitatorer er i forberedelsesfasen ansvarlige for at samle nødvendig viden om emnet og formidle faglig ekspertise på området, så hver enkelt praksis ikke skal »opfinde det varme vand«. Efterfølgende sikrer facilitatorerne desuden rammerne for, at praksisser kan mødes og udveksle information og erfaringer. Løbende udveksling af viden og erfaringer mellem de praksis, der arbejder med samme problemstilling, er et kernelementerne i metoden, hvor etablering af et netværk af praksisser omkring

et givent emne er udviklende og frugtbar. Denne del af gennembrudsforløbet organisation er typisk noget, man kunne tilbyde som en »hyldevare« til almen praksis fx i en region.

Den del af gennembrudsmetoden, som udgøres af projektfasen i de enkelte praksisser bringer selve forandringsmaskinen i anvendelse ude i praksis: den simple

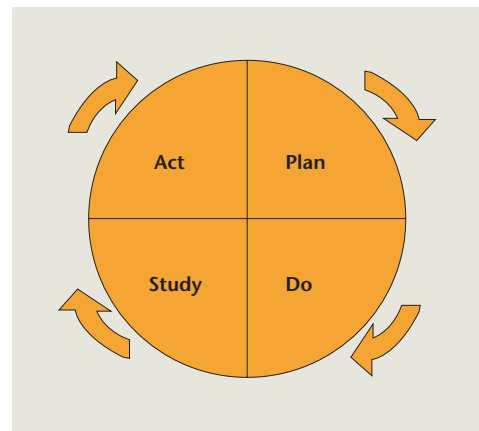


Fig. 2. Forandringshjulet/PDSA-cirklen: Plan (planlæg) – Do (afprøv) – Study (vurder) – Act (aktion).

PDSA-cirkel eller *rapid cycle* – på dansk: *forandringshjulet*. Det er denne del, der er fokus for resten af artiklen.

### Forandringshjulet: PDSA-cirklen

PDSA-cirklen er den del af gennembruds-metoden, som køres af praksis selv og er instrumentet til dels at afprøve, om forandringen skal og kan laves, dels om den kan skabe forbedrede resultater. I PDSA-cirklen tilpasses viden om *best practice* til de forhold, der gør sig gældende i den enkelte praksis.

PDSA er en forkortelse for de fire faser, der indgår i cirklen (Fig. 2):

- *Plan* (planlæg)
- *Do* (afprøv)
- *Study* (vurder)
- *Act* (aktion).

Ideen er, at cirklen startes med et helt simpelt, overskueligt »projekt«, som danner basis for, om man skal gå videre, og hvad man skal gå videre med. Gradvist udvides der til større dele af forandrings-processen for efter flere cirkler at nå i mål og fastholde ændringen (Fig. 3). Med PDSA-cirkler skaber man altså sine konkrete forandringer i dagligdagen (illustrerende case II) (Fig 4).

### Indholdet af en PDSA-cirkel

I Tabel 1 har vi i detaljer vist indholdet af de enkelte dele af PDSA-cirklen. Det er især vigtigt, at planlægningen er god og simpel, og at man ikke fristes til at klare for stor en cirkel på en gang. For det første kan det gøre det uoverkommeligt, og for det andet kan man risikere at have spildt tid, hvis en del af aktiviteten ikke fungerer.

I førnævnte praksis vil man optimere indsatsen for KOL. I stedet for at søge at implementere den nye KOL-vejledning som en helhed, tager en af lægerne ledelse i at skabe forandring ved at bruge gennembruds-metoden. Over det fælles frokostbord introducerer læge A ideen og understreger, at det skal være helt simpelt, og at de altid kan stoppe og gøre noget andet.

Sygeplejersken, der gerne vil tage mere del i KOL-indsatsen, spørger om man i praksis ved, hvor mange KOL-patienter, der er, og om det bliver registeret, om de er rygere og har fået lavet spirometri. De enes om, at det kunne være godt – ikke kun for KOL-patienter, men for alle – at der på patientkortet blev registeret rygestatus med dato. Sygeplejersken vil gennemgå onsdagens patienter og se på den aktuelle registrering af rygere.

Dette bliver praksis' første PDSA-cirkel, som er illustreret i Fig. 4. Det kan virke alt for simpelt at indlede et så omfangsrigt udviklingsarbejde med dette, men det giver mening, er overkommeligt og resultatet præsenteres ved næste dags frokost.

### Illustrerende case II

Et eksempel er fra en praksis, hvor man ønskede, at der for alle patienter skulle registreres rygestatus. I fællesskab planlagde man at afprøve, at sekretæren spurgte alle, der kom til en konsultation, om deres rygevaner, hvis det ikke allerede var registreret på journalforsiden. Sekretæren gjorde det en formiddag og kunne ved frokosten meddele, at den ide måtte afvises. Patienterne undrede sig over spørgsmålet, og oplysningerne kunne høres i venteværelset. Man planlagde så en anden strategi og havde ikke brugt en masse kræfter og tid på at indarbejde noget, der alligevel ikke ville komme til at fungere.

Et andet eksempel var en PDSA om, at

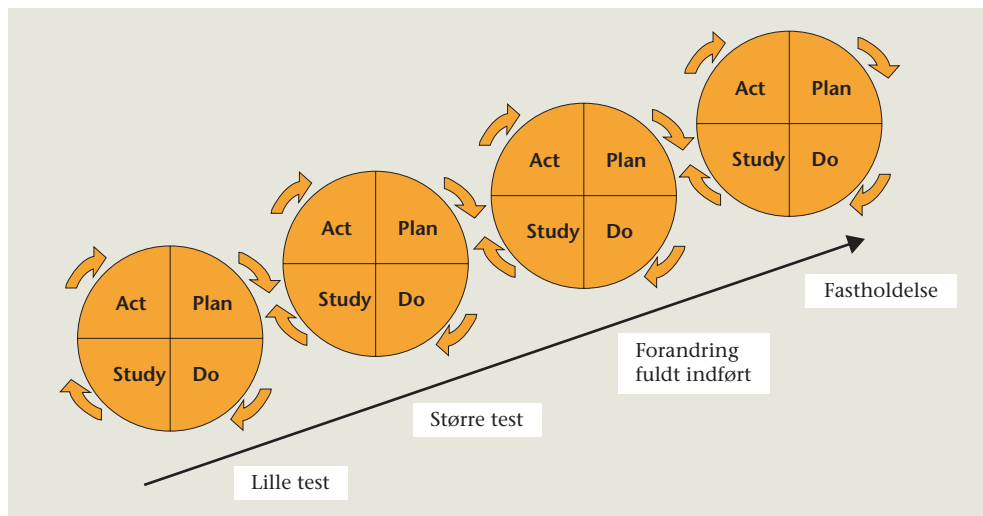


Fig. 3. Gennembrudsmetoden med flere PDSA-cirkler, der gradvist fører til indførelse og fastholdelse af forandringen i praksis.

lægerne skulle afvise at tale med patienter, som ringede for at bestille en tid eller medicin i telefonkonsultationstiden. Lægerne frygtede, at den strategi ville skade forholdet til patienterne. En læge gennemførte en PDSA næste morgen, hvor hun til relevante patienter klart gav udtryk for, at det var u hensigtsmæssig brug af telefontiden. Hun spurgte samtidig, om det var i orden for patienten at få det at vide. Patienterne gav udtryk for, at det var helt i orden, og at de ikke var klar over, at de blot kunne tale med sekretæren i stedet. Herefter lavede man en ny PDSA, hvor alle lægerne prøvede det, og efter få dage var rutinerne i praksis ændret. Herefter fulgte naturligt PDSA-cirkler om tidsbestilling og receptfornyelser hos sekretærene.

En PDSA-cirkel er ikke et lille forskningsprojekt med dataindsamling etc. Det er overordentlig vigtigt, at man søger for at betragte PDSA som et middel til at skabe en målrettet, overkommelig akti-

vitet. Dog skal vi understrege, at to elementer bør indgå: Der skal samles data, og der skal laves en skriftlig konklusion. Det skyldes, at man kan opleve, at nogle i praksis pludselig bliver i tvivl om, hvilken aftale man har indgået, og på hvilket grundlag den blev lavet.

#### EFFEKTEN AF EN PDSA

For mange er det vanskeligt at skulle lave så simple PDSA-cirkler som fx at se, om der er registreret rygestatus (Fig. 4). Vi har nævnt, at fordelene er, at man undgår at spille tid på aktiviteter, som viser sig at være ubrugelige i den konkrete organisation. Samtidig sker der reelt det, at en helt simpel PDSA giver anledning til flere afledte spørgsmål og ideer til, hvordan man kommer videre. Implementering af fx en KOL-vejledning sker ikke efter et fastlagt mønster.

Praksisserne er som udgangspunkt forskellige og har forskellige behov. Og arbejdet med at identificere de aktuelle

behov sker optimalt gennem en løbende proces og står ikke nødvendigvis klart for en praksis den dag, de beslutter at skabe forandring. Hvor er vores behov, vores svage og stærke sider?

En anden effekt af simple og kontinuerlige PDSA-cirkler er, at der skabes gennembrud og dermed resultater på en måde, så ledelsen i en praksis løbende kan underbygge, at man er på rette vej, hvilket i sig selv skaber energi. Ved at have succeser er det muligt for alle i en praksis at stoppe op, se tilbage og tale sammen om, hvad det var for en proces, der skabte succes.

#### DESIGN AF ET FULDT GENNEMBRUDSPROJEKT

Vi har i denne artikel valgt at fokusere på den forandringsledelse, der kan udføres i

den enkelte praksis. Vi har også nævnt, at der, hvis modellen skal have størst effekt, bør sættes på at benytte gennembrudsmetoden i dens fulde skala i et egentligt gennembrudsforløb for flere praksisser (Boks 1).

Når man arbejder med den fuldstændige model, forventes ændringerne at være implementeret inden for 6–15 måneder, og optimalt deltager 10–20 grupper a 3–5 personer i et projekt. I almen praksis vil grupperne typisk bestå af læger og personale fra samme praksis, og disse grupper kan fx indgå i en efteruddannelsesgruppe, som vælger at arbejde på et særligt emne.

Inden projektet går i gang, er der en række forhold, der skal være på plads. Emnet for projektet vælges med omhu, og *best practice* (mål) beskrives. Samtidig

<b>Trin 1: Plan (planlæg)</b>	<i>Fokus for aktiviteten</i> Hvad er det præcise fokus, som denne PDSA skal belyse? Er denne PDSA simpel nok i forhold til udbyttet? Husk KIS!
	<i>Mål – hvad vil vi opnå?</i> Hvordan måler vi, hvad målet er, og hvornår har vi nået det (vores standard)?
	<i>Slagplan</i> Hvem skal involveres? Hvad skal de gøre? Hvornår og i hvor lang tid? Hvor registrerer man data?
	<i>Data og dokumentation</i> Hvordan kan man simpelt samle data om aktiviteten (indikator)?
<b>Trin 2: Do (afprøv)</b>	Gennemfør det planlagte Dokumenter med data, hvad der skete – også problemer o.l.
<b>Trin 3: Study (vurder)</b>	Analyser data og fortolk resultatet Sammenlign med det opsatte mål (standard under trin 1) Sammenfat en konklusion for disse resultater
<b>Trin 4: Act (aktion)</b>	Juster på basis af erfaringerne Nedskriv den samlede konklusion Indfør det evt. i praksis Forbered næste PDSA-cirke

Tabel 1. Gennembrudsmetodens forandringshjælper/PDSA i korte træk (10). Vi har forklaret trin 1 detaljeret, idet en god begyndelse gør projektet halvt fuldendt.

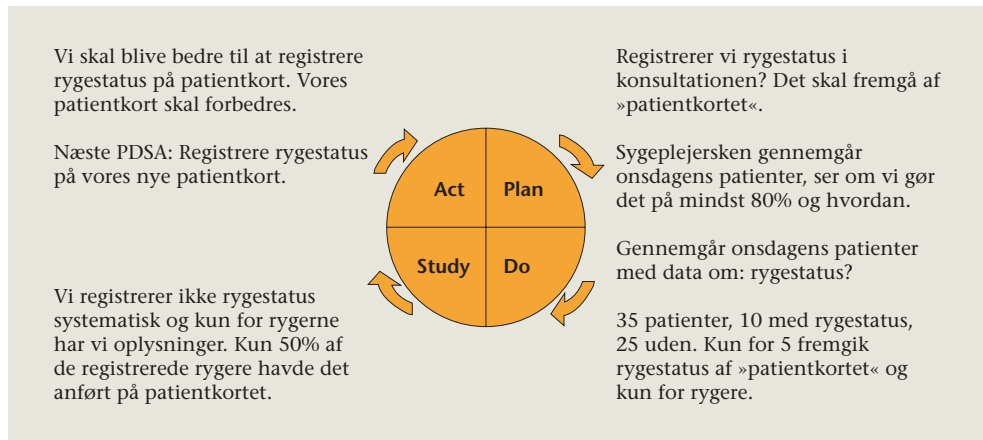


Fig. 4. Gennembrudsmetoden – et eksempel.

udpeges 1–2 facilitatorer for gennembrudsprojektet, og relevante eksperter inviteres til deltagelse i første netværksmøde. Endelig inviteres et antal praksisser til deltagelse i netværket, og de deltagende praksisser forbereder sig i samarbejde med facilitatorerne til projektfasen. Fordelen for de enkelte praksis er foruden netværksdannelsen og erfaringsudvekslingen, at den nødvendige faglighed er skaffet til netværket, og at koordineringen er sikret. Det gør, at praksis målrettet kan arbejde med forandring i egen praksis.

I projektfasen på omkring seks måneder arbejder man i praksis med kvalitetsudvikling vha. PDSA-cirkler. I projektfasen indgår mindst tre netværksmøder adskilt af aktivitetsperioder. På netværksmøderne får deltagerne undervisning i metodens arbejdsredskaber og procesarbejde samt mulighed for at planlægge, hvilke indsatsområder de ønsker at arbejde med i aktivitetsperioderne. Deling af erfaringer mellem deltagerne er helt centralt på netværksmøderne, og den kan faciliteres med diverse pædagogiske kneb

såsom posterudstilling, foredrag af deltagerne mv. Det er også muligt at oprette specifikke websider, hvor deltagerne deler erfaringer og kan holde sig opdateret. For at sikre aktiviteten og opsamlingen af viden, anbefaler man, at praksisserne fører logbog over deres aktiviteter.

### Hvordan du kommer i gang med gennembrudsmetoden

Selvom den fulde model ikke er til rådighed, vil det umiddelbart være muligt for den enkelte praksis at indarbejde PDSA-cirkler som den praktiske teknik, de benytter til at skabe forandring. Det kræver dog, at en eller flere fra praksis kender til metoden og tager ledelsesansvar for at rulle den ud. Til gengæld kan man genbruge den erfaring, som man høster ved at sætte sig grundigt ind i metoden, hver gang praksis fremover ønsker at skabe såvel små som store forandringer.

Som tidligere beskrevet er implementeringen af det fulde gennembrudsforløb den mest effektive måde at sikre gennembrud på. Det vil imidlertid kræve, at man udvikler og understøtter en organisation,

der har gennembrudsmetoden som hyldevare. På samme måde som man i dag understøtter andre udviklingsinitiativer i almen praksis i de enkelte regioner.

### Perspektiv

Gennembrudsmetoden er ikke et tilbud til almen praksis, som det er nu. Der har været gjort enkelte forsøg i dansk almen praksis. Der mangler dog en systematisk evaluering af, om metoden kan bringes i anvendes mere generelt, og om gennembrudsmetoden er bedre end andre metoder til at skabe udvikling og forandring i praksis.

Gennembrudsmetoden skal ikke ses som et alternativ til andre initiativer på kvalitetsudviklingsområdet. Langt de fleste kvalitetsudviklingsprojekter indeholder en række elementer, der kan være med til at iværksætte en forandring i praksis. Her vil gennembrudsmetoden kunne være det instrument, der netop giver praksis mulighed for at skabe en reel forandring i den kliniske hverdag på en måde, så man i praksis oplever det som relevant, overkommeligt og succesfuldt. Dette element mangler i øjeblikket i en række af de etablerede modeller for udvikling i almen praksis.

*Økonomiske interessekonflikter:*  
ingen angivet.

### LITTERATUR

1. Cranney M, Warren E, Barton S et al. Why do GPs not implement evidence-based guidelines? *Fam Pract* 2001;18:359–63.
2. Miller WL, McDaniel RR Jr., Crabtree BF et al. Practice jazz: understanding variation in family practices using complexity science. *J Fam Pract* 2001;50:872–8.
3. Grol R. Personal paper. Beliefs and evidence in changing clinical practice. *BMJ* 1997;315:418–21.
4. Wilson T, Berwick DM, Cleary PD. What do collaborative improvement projects do? *Jt Comm J Qual Saf* 2003;29:85–93.
5. Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner. Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, 2003.
6. Davis DA, Thomson MA, Oxman AD et al. Changing physician performance. *JAMA* 1995;274:700–5.
7. Shortell SM, Bennett CL, Byck GR. Assessing the impact of continuous quality improvement on clinical practice: what it will take to accelerate progress. *Milbank Q* 1998;76:510, 593–624.
8. The Breakthrough Series. IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement. [www.ihio.org](http://www.ihio.org) (2. juli 2009).
9. Ovreteit J, Bate P, Cleary P et al. Quality collaboratives: lessons from research. *Qual Saf Health Care* 2002;11:345–51.
10. Alemi F, Moore S, Headrick L et al. Rapid improvement teams. *Jt Comm J Qual Improv* 1998;24:119–29.