

Tiltakspakke for Ledelse av pasientsikkerhet



Sekretariat for nasjonalt pasientsikkerhetsprogram

Sekretariat er plassert i HelseDirektoratet og er ansvarlig for utvikling og daglig drift av programmet. Oversikt over sekretariatet finner du på nettsidene www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/

Generelle henvendelser: post@pasientsikkerhetsprogrammet.no,

Sekretariats telefon: 464 19 575.

Alle helseforetak har programledere som bistår og veileder iverksettingen av programmet lokalt. Regionale programledere er ansvarlige for programmet i regionene og er kontaktpersoner for de lokale programlederne etablert på hvert foretak.

Utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester har en tilsvarende funksjon med støtte opp mot forbedringsteam i kommunene.

For noen av innsatsområdene er det etablert ekspertgrupper eller arbeidsgrupper som skal bistå med fagekspertise. Oversikt finner du på programmets nettsider eller ved å kontakte sekretariatet.

Endringslogg

| Versjon | Dato | Endringer | Utført av |
|---------|-------------|---|---|
| 1.0 | August 2013 | | Kompendium utviklet til læringsnettverk for ledelse av pasientsikkerhet 2013/2014 |
| 2.0 | 23.10.14 | Endringer på innhold og design, tilpasset avsluttet læringsnettverk. Ikke endret tiltakene eller målinger | Ida Waal Rømuld |

ISBN-nummer[kommer]

Nasjonalt pasientsikkerhetsprogram / trygge hender 24-7

Innhold

| | |
|--|----|
| Innledning | 4 |
| Tiltakspakken | 5 |
| Styreinvolvering i pasientsikkerhet | 5 |
| Pasientsikkerhetsvisitt | 8 |
| I pasientens fotspor | 10 |
| Gjennomgang av de siste 50 dødsfall | 11 |
| Kartlegging av unødig ressursbruk i helsetjenesten (Waste Identification Tool) | 13 |
| Klinisk forbedringsprosjekt | 16 |
| Hvorfor måle | 20 |
| Referanser | 22 |
| Vedlegg | 23 |

Pasientsikkerhetsprogrammet

Pasientsikkerhetsprogrammet *I trygge hender 24-7* er et nasjonalt program som jobber for å øke pasientsikkerheten i spesialist og primærhelsetjenesten.

Målet er å:

- Redusere pasientskader
- Bygge varige strukturer for pasientsikkerhet
- Forbedre pasientsikkerhetskulturen i helsetjenesten

Programmet presenterer både organisatoriske og kliniske tiltak, og tilbyr ulike verktøy for å redusere pasientskader innen utvalgte innsatsområder.

Innsatsområdene er valgt på bakgrunn av en omfattende og bred prosess. Det er hentet inn innspill fra helseforetakene og erfaringer fra kampanjer og program i andre land, og deretter tilpasset nasjonal kontekst. Nasjonalt kunnskapscenter for helsetjenesten har gjennomført kunnskapsoppsummeringer på de mest sentrale innsatsområdene. Et nasjonalt fagråd har igjen vurdert innspillene i en formalisert prosess. Innsatsområdene er vedtatt av programmets styringsgruppe. Flere av tiltakspakkene er utarbeidet i samråd med eksperter fra fagområdet.

Mer om programmet finnes på hjemmesiden: www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Innledning

Hver dag redder ansatte i den norske helsetjenesten liv. Samtidig er helsetjenesten kompleks og risikointensiv, der sjansen for rutinesvikt er stor og menneskelig svikt forekommer. Dette skyldes sjeldent dårlige evner eller svak dømmekraft hos medarbeidere i helsetjenesten, men mangler i de systemene de arbeider i. Andre risikointensive industrier som luftfart, olje og kjernekraft har vist at alvorlige hendelser kan reduseres betraktelig gjennom systematisk arbeid med sikkerhet, kommunikasjon og forebygging av menneskelig svikt. Ved å belyse faktorer som bidrar til bedre sikkerhet har disse industriene redusert alvorlige hendelser betydelig (1).

Helsetjenesten skiller seg fra andre industrier på flere måter. Likevel har det vist seg at tenkemåter, erfaringer og tiltak har overføringsverdi og kan bidra til bedre sikkerhet og forutsigbarhet. Mange ledere erfarer i tillegg at sikre og pålitelige helsetjenester gir kostnadsreduksjon fordi pasientskadene reduseres. For å sikre en tryggere helsetjeneste er det behov for gode systemer som kan forebygge uheldige hendelser, og systematisk arbeid fra alle involverte. Det må bygges en kultur preget av åpenhet og læring (2).

En sterk og effektiv ledelse er viktig når man bygger opp en sikkerhetsorientert organisasjonskultur. I det følgende beskrives tiltak for ledelse av pasientsikkerhet til bruk for ledere på alle nivåer i helsetjenesten. Hensikten er å gi ledere et utgangspunkt for å styrke og videreutvikle pasientsikkerhetsarbeidet i egen organisasjon.

Pasientsikkerhet

Helse- og omsorgstjenesten redder liv og opprettholder funksjon og livskvalitet for pasienter. Samtidig er det en risiko for uønskede hendelser og pasientskader. I tråd med Verdens helseorganisasjon defineres pasientsikkerhet som vern mot unødig skade som følge av helsetjenestens ytelser eller mangel på ytelser (3).

Tiltakspakken

Innenfor hvert av innsatsområde i pasientsikkerhetsprogrammet er det valgt ut tiltak som kan gjennomføres ved den enkelte enhet. Tiltakspakkene skal i så stor grad som mulig være kunnskapsbaserte. De fleste tiltakene tar utgangspunkt i ledelsesverktøy fra Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA og er tilpasset det norske pasientsikkerhetsprogrammet (4).

I noen av tiltakene presenteres en metodisk tilnærming hvor man kartlegger og kommer frem til ulike områder med behov for forbedring. Det er helt avgjørende å tenke gjennom hva en ønsker å oppnå med resultatene som kommer frem etter utprøving av de enkelte tiltak. For å lykkes med å innføre forbedringstiltak er det nyttig å ta i bruk forbedringsmodellen som nevnt i kapitlet «Klinisk forbedringsprosjekt».

Tiltakene som presenteres her er:

1. Styreinvolvering (Boards on board)
2. Pasientsikkerhetsvisitt
3. I pasientens fotspor
4. 50 siste dødsfall
5. Kartlegging av unødig ressursbruk, «Waste Identification Tool»
6. Klinisk forbedringsprosjekt

Styreinvolvering i pasientsikkerhet

Hva er styreinvolvering i pasientsikkerhet

Utdaterte oppfatninger om ledelse vil ofte handle om at styret først og fremst er ansvarlige for organisasjonens omdømme og økonomiske situasjon. Det økonomiske ansvaret er uomtvistelig viktig, men styrets plikter slutter ikke med økonomisk ledelse. Styret er ansvarlig for organisasjonens målsetting, strategi og styring, og for at tjenestene er sikre og gode.

Ansvaret for å verne om helsetjenestenes kvalitet og pasientsikkerhet står sentralt. Styret er direkte ansvarlig for organisasjonens oppdrag, som er å gi pasientene best mulig behandling og å unngå å skade pasientene. Dette ansvaret kan ikke delegeres til klinisk og merkantilt personell alene. Å sikre en trygg pasientbehandling utgjør kjernen i styrenes overordnede ansvar (2).

Dette tiltaket vil bidra til å øke styrets oppmerksomhet, kunnskap og kompetanse om pasientsikkerheten i organisasjonen. Tiltaket består av seks handlinger for å sikre styreinvolvering:

1. Sett et mål
2. Del fakta og pasienthistorier
3. Igangsett og følg opp tiltak på systemnivå
4. Forbedre pasientsikkerhetskulturen
5. Bygg kompetanse
6. Tydeliggjør toppledelsens ansvar

Hvordan sikre styrenes involvering i pasientsikkerhetsarbeidet

1. Sett et mål

Sett et konkret mål om å redusere pasientskader på kort og lang sikt, og følg opp resultatene. Styret og ledelsen bør forplikte seg tydelig til målbar forbedring av pasientsikkerheten (f.eks. til en nedgang i mortalitet og pasientskade). Organisasjon bør utvikle en konkret forbedringserklæring hvor pasientsikkerhet er integrert i den overordnede strategien.

2. Del fakta og pasienthistorier

Velg ut og evaluer en pasienthistorie som første sak på dagsordenen til hvert styremøte. Krev at både faktagrunnlag og fortellinger fra pasienter og familier evalueres. Pasientsikkerhetsarbeidet bør være tuftet på åpenhet og transparens, og pasienthistoriene vil synliggjøre menneskene bak pasientskadetallene. Det anbefales å invitere pasienter eller pårørende til styre- og ledermøter for å fortelle sine historier. En kan for eksempel ta utgangspunkt i pasienter som selv klager, som har meldt en sak inn for Norsk pasientskadeerstatning eller en pasienthendelse som er rapportert i organisasjonens eget avvikssystem.

3. Sett i gang og følg opp tiltak på systemnivå

Vis at det er styret som eier problemet og setter dagsorden. Oppnå dette ved å sette pasientsikkerhet øverst på dagsordenen og ved å dedikere 25 % eller mer av styrets dagsorden til pasientsikkerhet. Styret bør følge opp organisasjonens resultater og vite hvordan disse resultatene er i forhold til andre, gjerne også opp mot de aller beste internasjonalt.

Velg ut et knippe resultatindikatorer for pasientsikkerhet (f.eks. pasientskade målt ved Global Trigger Tool (GTT), mortalitetsrate/ HSMR-tall (hospital standardized mortality ratio), 50 siste dødsfall og infeksjonsrate for hele organisasjonen). Rapporter på utvikling bør analyseres hvert kvartal, tertial eller halvår. Det er ikke nok at toppledelsen og medisinskfaglig personell definerer en målsetting. Styret må vite hva målsettingen er, forstå den, bry seg og følge opp at målsettingen nås. Styredeltakelse er helt vesentlig for å

utvikle den vilje og motivasjon som kreves for å drive fram forbedring av pasientsikkerheten.

4. Forbedre pasientsikkerhetskulturen

Fastsett en policy for åpenhet og transparens når det gjelder pasientsikkerhetsdata og håndtering av feil og pasientskader. Sett ambisiøse mål og vær forberedt på motgang. Oppmuntre pasienter, pårørende og førstelinjeansatte til å komme med innspill om forbedringsområder og tiltak. Styret bør forplikte seg til å skape og opprettholde et miljø og en kultur preget av åpenhet rundt pasientskader, vilje til å si unnskyld og vise respekt for de som blir berørt.

5. Bygg kompetanse

Styret bør øke sin kompetanse innen pasientsikkerhet og lære av hvordan de beste styrene arbeider for å redusere pasientskader, i samarbeid med lederne i organisasjonen. Det bør etableres et krav om at alle ansatte skal ha tilsvarende opplæring og kompetanse i forbedringsarbeid og pasientsikkerhet.

Konkrete tiltak for å sikre tilstrekkelig kompetanse i pasientsikkerhet og forbedringsarbeid:

- Etabler et tverrfaglig pasientsikkerhetsutvalg.
- Få ledere med kompetanse i pasientsikkerhet og forbedring inn i styret.
- Definer og oppnå et gitt kompetansenivå innen pasientsikkerhet og forbedring for styremedlemmene.
- Sett av tilstrekkelige ressurser til kontinuerlig opplæring i pasientsikkerhet og forbedring for ansatte og helsepersonell.

6. Tydeliggjør toppledelsens ansvar

Sørg for at planen for å oppnå færre pasientskader implementeres på en effektiv måte. Dette omfatter også topplerergruppens ansvar for tydelige mål for forbedring.

- Tydeliggjør at ledelsen har ansvaret for at målene faktisk oppnås.
- Følg med på organisasjonens egne forbedringstiltak på systemnivå:
 - Ligger vi i rute når det gjelder måloppnåelse?
 - Hvis svaret er nei, hvorfor ikke? Hva er forbedringsstrategien? Hva er nøkkeltiltakene for å oppnå helhetlig implementering?

For mer informasjon om styreinvolvering, se referanse nr. 5.

Pasientsikkerhetsvisitt

Hva er en pasientsikkerhetsvisitt

En pasientsikkerhetsvisitt kan utføres overalt hvor pasienter behandles, det vil si alle behandlingssenheter. Visitten går ut på at øverste leder(e) i organisasjonen besøker avdelingene. Pasientsikkerhetsvisittene er avtalt på forhånd, og de ansatte er informert om hensikten. Under visittene diskuterer de ansatte konkrete sikkerhetsutfordringer i avdelingen. I samarbeid med ledelsen blir de enige om de viktigste konkrete tiltak som øverste leder og de ansatte skal iverksette i løpet av en gitt periode for å imøtekomme disse utfordringene. Etter at perioden er slutt følger topplederen opp visitten for å høre om tiltakene er blitt iverksatt og har hatt ønsket effekt. Pasientsikkerhetsvisittene skal ikke være engangsforeteelser, men del av en kontinuerlig forbedringsprosess.

Ved å gjennomføre en pasientsikkerhetsvisitt får ledelsen førstehåndsinformasjon om utfordringene knyttet til pasientsikkerhet i avdelingene. Ved å gjennomføre en visitt viser ledelsen også støtte til personalet og synliggjør engasjement for temaet. Visittene vil således kunne bidra til å utvikle en åpen kultur hvor pasientenes sikkerhet har første prioritet.

Hvordan gjennomføre en pasientsikkerhetsvisitt

Proessen med å gjennomføre en pasientsikkerhetsvisitt består av tre faser; forberedelse, selve visitten og oppfølging. Før visittene iverksettes må man avklare hvem som skal lede prosessen, hvilke grunnleggende regler man skal ha og hvordan fremdrift og resultater registreres.

1. Forberedelse

Det er viktig at administrerende direktør, eller en annen representant fra toppledelsen, spiller en sentral rolle i pasientsikkerhetsvisittene. Medisinsk leder og pleieleder på underliggende nivå bør også delta. Det bør imidlertid ikke være flere ledere enn frontlinjepersonell tilstede under visitten. En sekretær og en koordinator for visitten bør også delta. Koordinatoren bør finne frem relevant informasjon i forkant av visitten, for eksempel rapporter om uønskede hendelser. Det anbefales å utnevne én person som ansvarshavende på hver avdeling. En gruppe på fem personer som avspeiler personalets sammensetning er det ideelle. Dette kan også omfatte ufaglærte, kjøkkenpersonalet, pleieassistenter eller lignende.

Tid og sted for visitten må avklares i god tid i forkant av gjennomføringen. Visitten bør ikke overstige én time, og bør foregå så nær det aktuelle arbeidsmiljøet som mulig. Alle ansatte må kjenne til hva visittene går ut på og at formålet er å identifisere rutiner og systemer som bidrar til risiko for pasienter, ikke enkeltindividers handlinger. De må orienteres om at

opplysninger som kommer frem under visitten er konfidensielle og at ansatte ikke vil bli beskyldt på grunnlag av informasjon som fremkommer. Mellomledere må gjøres spesielt kjent med formålet slik at det ikke skaper unødig uro om hva som kommer frem under visitten. Visittene bør aldri avlyses, men kan unntaksvis utsettes.

2. Pasientsikkerhetsvisitten

Deltakerne presenterer seg selv. Formålet med visitten avklares. Om det er planlagt kan ledergruppen gå en kort runde på avdelingen. Det bør oppfordres til åpen diskusjon og at synspunktene til alle som deltar blir hørt. Samtalen bør holdes til temaet for visitten.

Et felles sett med spørsmål som kan tilpasses enkeltavdelingene anbefales. Se forslag til spørsmål i vedlegg 1. Enkelte sentrale punkter bør også dokumenteres, som kommunikasjon, bemanning, miljø, opplæring, gruppearbeid, rapportering av hendelser, utstyr og prosess. Deltakerne skal identifisere tre problemer knyttet til sikkerheten som lederen tar med seg, registrerer og iverksetter hensiktsmessige tiltak for å løse. Problemene bør realistisk sett kunne løses på relativt kort sikt. Øverste leder oppsummerer runden.

3. Oppfølging

Umiddelbart etter visitten må ledergruppen evaluere den. Etter fire virkedager bør sekretæren sende ut et referat, koordinator går gjennom referatet med leder og skriver i fellesskap et brev til deltakerne av visitten. Lederen har ansvar for å overvåke og avslutte tiltak. Personene som tok opp problemer som det ble iverksatt tiltak for å forbedre, skal informeres om fremdriften. Hvis problemene ikke kan løses på nåværende tidspunkt, skal vedkommende informeres om årsak. Et tiltak skal kunne avsluttes når det er funnet en løsning eller når det er enighet om ikke å iverksette ytterligere tiltak.

I oppfølgingsvisitten som skal gjennomføres tre måneder senere, er det viktig å avklare hvilke tiltak som er satt i verk og analysere om disse har ført til forbedring i enheten. Ledergruppen bør ha pasientsikkerhetsvisitter som fast tema på ukentlige møter. Årlige oppsummeringer lages av koordinatoren og bør gjennomgås av topp ledergruppen, styret og andre relevante utvalg.

Erfaringer fra pilot ved Nordlandsykehuset HF Eksempler på tiltak som er blitt iverksatt ved Nordlandssykehuset etter pasientsikkerhetsvisitter 2010–2011:

- Utbedring av alarmsystemer for pasientene
- Strengere krav for føring av anestesijournaler
- Rutiner for bedre samarbeid om pasienter innlagt på akuttpsykiatriske avdelinger med uavklarte somatiske tilstander
- Strukturerte planer for pasientens opphold, daglig journalført
- Utvidet åpningstid for brukerstøtte IT

- Tilgang på flere og lett tilgjengelige telefoner for mer effektiv kommunikasjon og kortere responstid
- Bygging av skjermede arbeidsstasjoner for bedret informasjonssikkerhet

For mer informasjon om pasientsikkerhetsvisitter, se referanse nr. 6.

I pasientens fotspor

Dette tiltaket innebærer at en representant fra sykehuset eller sykehjemmets øverste ledelse følger med en pasient fysisk og observerer hans eller hennes møte med organisasjonen. Formålet er å gi toppledelsen et innblikk i hvordan møtet med sykehuset eller sykehjemmet oppleves fra pasientens eller pårørendes ståsted. Det vil gi innsikt i strukturer som ventetid, logistikk og hvordan pasientsikkerhet inngår i kliniske prosedyrer som for eksempel pasientidentifisering, pasientinformasjon, medisinerer eller håndhygiene. Samtidig kan tiltaket bidra positivt til den lokale sikkerhetskulturen ved at ledelsen synliggjør prioriteringene sine og engasjementet i pasientsikkerhet, samt ønsket om å involvere pasienter.

Hvordan gjennomføre I pasientens fotspor

1. Forberedelse

Ledelse og medarbeidere som involveres må orienteres på forhånd om hva tiltaket innebærer. Det er viktig at de forstår at hensikten er læring og at de ikke på noen måte opplever å bli kontrollert eller overvåket. En annen forutsetning er at den aktuelle pasienten er klar og orientert både skriftlig og muntlig om tiltaket. Vedkommende skal gi samtykke og ikke føle seg presset til å delta. Pasienten skal være trygg på at han eller hun når som helst kan trekke seg, også underveis. Tiltaket er basert på gjensidig tillit blant alle involverte.

2. Utførelse

Lederen bør innta en passiv rolle og være spesielt obs på:

- Om pasienter og pårørende opplever å bli møtt med interesse, respekt og engasjement.
- Om pasienters og pårørendes kunnskap og erfaringer blir etterspurt.
- Om pårørende, der det er relevant, blir betraktet som en ressurs.
- Om kommunikasjon mellom pasienter, pårørende og helsepersonell er klar og entydig.
- Om de fysiske rammene tilrettelegger for pasientens behov og sikkerhet.
- Om det er helhet og sammenheng i forløpet.
- Om pasientsikkerheten og risikostyring er ivaretatt.

3. Oppfølging

I oppsummeringssamtalen med pasienten og eventuelle pårørende kan man for eksempel be dem komme med kommentarer til hva som har gått bra eller mindre bra, om de ble overrasket over noe, om de opplevde feil underveis, om det var noe som gjorde dem utrygge.

Lederen bør også takke de ansatte som har vært involvert for at han eller hun fikk følge pasienten deres og være «flue på veggen». Man kan be dem om å kommentere hvordan de opplevde det, og om de har forslag til endringer. Erfaringene lederen gjør seg bør deles med organisasjonen, for eksempel i en internblogg på intranett eller gjennom andre kanaler. Erfaringene må lede til at konkrete tiltak for forbedring av pasientsikkerheten testes ut og implementeres i organisasjonen dersom de viser seg å føre til forbedring.

Erfaringer fra pilotprosjekt ved Helgelandssykehuset HF

Konkrete tiltak som ble utført som resultat av å gå i pasientens fotspor var:

- Revisjon av innkallingsbrev som tildeler time i første brev i stedet for et «ventebrev»
- Reduksjon i antall fristbrudd
- Revisjon av informasjonsbrev til pasienten.
- I alle beslutninger som tas under ledermøte gjennomføres en «pasienten i fokus-test» der en spør «hvordan vil denne beslutningen påvirke pasienten?»

For mer informasjon om *I pasientens fotspor*, se referanse nr. 7.

Gjennomgang av de siste 50 dødsfall

Hva er gjennomgang av 50 siste dødsfall

Gjennomgang av 50 siste dødsfall vil bidra til å gi bedre innsikt i forekomst av og årsaker til dødelighet ved sykehuset. Hensikten er å identifisere og iverksette endringer på systemnivå som kan føre til redusert mortalitet. Tiltaket innebærer en strukturert journalgjennomgang ved sykehuset for å avdekke uønskede hendelser i forbindelse med dødsfall. En mortalitetsanalyse bidrar til å avgjøre om det er over 50 % sannsynlighet for at pasienten kunne overlevd, ut fra opplysninger i journalgjennomgangen.

Hvordan gjennomføre gjennomgang av 50 siste dødsfall

Verktøyet består av fem steg:

Første steg: Sett inn sykehusets eksisterende mortalitetsrate/HSMR-tall (hospital standardized mortality ratio) i en graf, og følg utviklingen over tid.

Andre steg: Gjennomgå de 50 siste dødsfallene i sykehuset. Benytt verktøy for mortalitetsanalyse i vedlegg 2.

Tredje steg: Opplysninger fra pasientjournalene benyttes til å identifisere mønstre. Benytt skjema for mortalitetsanalyse for å registrere de relevante journalopplysningene. Etter en gjennomgang av pasientjournalene, brukes en enkel 2x2 matrise for å identifisere forbedringsmuligheter (se under). Denne krever at gruppen som evaluerer journalene fastslår hvilken prosentandel av pasienter som faller innenfor hver av kategoriene. Data fra matrisen benyttes til å identifisere områder som bør utforskes videre.

| | | Innleggelse på intensiv sengepost | |
|--------------------------|-----|-----------------------------------|-----|
| | | ja | nei |
| Kun palliativ behandling | ja | A | B |
| | nei | C | D |

Fjerde steg: Hver boks fra 2x2 matrisen representerer potensielle forbedringsstrategier.

Rute A: Pasienter som ble lagt inn på intensivavdelingen for å få palliativ behandling, indikerer et overforbruk av senger på intensivavdelingen og antyder derfor at det foreligger en tilsvarende flytproblematikk på avdelingen. Dette kan f.eks. være et tegn på at leger velger å legge inn pasienter på intensivavdelingen for palliativ behandling fordi de ikke stoler på andre enn intensivsykepleiere når det gjelder å gi effektiv smertelindring. Ruten peker på et behov for å finne frem til mer hensiktsmessige ressurser for behandling og pleie i livets slutfase.

Rute B: Pasienter som ble lagt inn på en vanlig sengepost kun for palliativ behandling kan også indikere at det foreligger utilstrekkelige hospice- eller andre behandlingsressurser for livets slutfase i kommunen. Det er da naturlig å undersøke hva slags tilbud som finnes, og eventuelt endre kulturen for hva som er god behandling i livets siste fase.

Rute C: Pasienter som ble lagt inn for behandling på intensivavdelingen representerer muligheten for å anvende forbedringsteknikker på intensivbehandling, for eksempel forebygging av ventilator assosiert pneumoni eller lignende.

Rute D: Indikerer at pasientene var i høyrisiko kategorien (i og med at det endelige utfallet var død), men at de muligens ikke ble vurdert som høyrisikopasienter. Et område som bør undersøkes er for eksempel legemiddelbruk. Det er funnene fra denne ruten som ofte er mest forbundet med uventede dødsfall og det vil dermed være betydningsfullt å kartlegge dødsårsak grundigere. Ved å kartlegge de faktorene som oftest er forbundet med dødelig utgang kan organisasjonen identifisere risikoområder som må følges opp tett i løpet av pasientopphold i fremtiden.

Femte steg: Basert på den utfylte matrisen identifiseres de viktigste forbedringsområdene og det iverksettes forbedringstiltak. Eksempler på forbedringsområder kan være:

- Utvikle systemer for å identifisere høyrisikopasienter og anvende hensiktsmessige protokoller
- Økt sykepleier- og legekontakt for høyrisikopasienter
- Standardisering av prosesser i forbindelse med overflytting av pasient mellom enheter
- Utnevne en ansvarlig lege for alle pasienter
- Etablere samarbeid med andre helseinstitusjoner i kommunen for å forebygge
- kritisk sykdom

For mer informasjon om gjennomgang av 50 siste dødsfall, se referanse nr.8.

Kartlegging av unødig ressursbruk i helsetjenesten, «Waste Identification Tool»

Hva er Verktøy for å avdekke unødig ressursbruk i sykehus

Dette tiltaket vil bidra til å identifisere unødvendig bruk av ressurser i helsetjenesten. Ved hjelp av en rask og effektiv metode screenes sengeposter og polikliniske avdelinger for å avdekke forbedringsområder. Hensikten er å forbedre sikkerheten i pasientbehandlingen, forhindre unødige innleggelser, forhindre økonomisk svinn og bedre kvaliteten på tjenestene generelt. Verktøyet er primært tilpasset somatiske sengeposter og polikliniske avdelinger, og er nyttig for ledere på alle nivåer i sykehuset. Det kan imidlertid også være relevant for enkelte avdelinger i sykehjem.

Tiltaket kan gi flere fordeler:

- Bedre innsikt i utfordringene i enhetene: Konkrete erfaringer som kan benyttes i den overordnede strategiske og økonomiske planleggingen.
- Forbedre pasientsikkerheten: Unødige innleggelser gir for eksempel risiko for infeksjoner.

- Redusere kostnader: Verktøyet bidrar til mer balanserte, økonomiske justeringer i organisasjonen som helhet.
- Mer effektiv tidsbruk: Mer tid til kjerneoppgaver bidrar til bedre pasientforløp.
- Styrker pasientsikkerhetskulturen: Bruk av verktøyet signaliserer ledelsens prioritering av pasientsikkerhet.

Hvordan bruke Verktøy for å avdekke unødig ressursbruk i helsetjenesten

1. Forberedelse

Informer personalet om verktøyet og at hensikten er konkrete forbedringer som for eksempel å unngå unødige pasientopphold. Deltakere bør minimum være avdelingssykepleier og avdelingsoverlege. I tillegg er det en fordel med en representant fra øvre ledernivå og en ekstern deltaker, for eksempel en medarbeider fra en annen avdeling.

Planlegg tid og sted for gjennomgangen. Skriv ut verktøyets arbeidsskjema i A3-format til hver enkelt deltager. Skjemaet er tilgjengelig på pasientsikkerhetsprogrammets nettsider under «[Kartlegging av unødvendig ressursbruk](#)». Det finnes tre forskjellige skjema tilpasset sykehusavdeling, poliklinikk og korttidsavdeling ved sykehjem.

Arbeidsskjema skrives ut i A3-format fra pasientsikkerhetsprogrammets nettsider under innsatsområdet «Ledelse av pasientsikkerhet».

2. Utførelse

Skjemaene fylles ut ved at hver pasientseng gjennomgås én etter én. Eksempler på spørsmål som kan bidra til å fylle ut skjema for sykehus finnes i vedlegg 3.

På sengepost ved sykehus/sykehjem kan skjemaene fylles ut i løpet av dagen. Ved polikliniske avdelinger gjennomføres gjennomgangen umiddelbar etter stengetid.

Som nevnt er det også hensiktsmessig å involvere en ekstern deltaker fordi noen av resultatene etterlyser tverrgående samarbeid. Enkelte avdelinger kan ha nytte av å inkludere økonomiavdelingen under gjennomgangen. Når alle sengene eller timeavtalene er gjennomgått gjøres det en kort oppsummering slik at det er avklart hvilke markeringer som er gjort i skjemaene.

3. Oppfølging

Verktøyet tilrettelegger for en dialog om hvilke tiltak som skal iverksettes for å forbedre praksis. Enkelte funn kan være viktige for kartleggingen på tvers av organisasjonen. En samlet oppsummering fra flere sengeposter eller polikliniske avdelinger vil bidra til å dele kunnskap på tvers av avdelinger som samarbeider. Samtidig kan oppsummeringen bidra til å vurdere hvilke tiltak som bør gjennomføres på bakgrunn av funnene.

Erfaringer fra pilot ved Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet i Danmark

Eksempler på tiltak som er blitt iverksatt ved Frederiksberg Hospital og Rigshospitalet i Danmark etter verktøyet ble tatt i bruk:

- Endring av arbeidsflyt og arbeidsoppgaver som bidrar til kvalitetssikring av alle prøvesvar til pasienter.
- Behandlingsplan for alle innlagte pasienter med definert innleggelse, mål for utskrivelse og oppfølging av etterlevelse.
- Alle pasienter skal ha et mål for sykehusinnleggelsen.
- Skjerpet fokus på bruken av intravenøs antibiotika.

For mer informasjon om kartlegging av unødig ressursbruk i helsetjenesten, se referanse 9.

Klinisk forbedringsprosjekt

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen er en internasjonalt anerkjent metode for forbedringsarbeid. Metoden kan benyttes for å redusere avstanden mellom det vi vet vi bør gjøre (beste praksis), og det vi faktisk gjør. Modellen er utviklet av Institute of Healthcare Improvement (10), og er metode som er brukt både i Norge og internasjonalt gjennom mange år.

Modellen forutsetter at man starter arbeidet med forbedring med å besvare tre grunnleggende spørsmål, modellens første del.

1. Hva vil vi oppnå? (Mål)
2. Hvordan vet vi at en endring er en forbedring? (Målinger)
3. Hvilke endringer kan vi gjøre som vil føre til forbedringer? (Tiltak)

For å jobbe med implementering og utprøving, benyttes forbedringsmodellens andre del, nemlig «PDSA»-sirkel. PDSA står for Plan (planlegg); Do (utfør); Study (studer) og Act (standardiser/korriger) (11)

Dette er en systematisk metode for forbedring gjennom småskala testing.. Metodikken har vist seg å være nyttig i forbedringsarbeid og vil bli nærmere beskrevet under.



De tre spørsmålene (modellens første del)

Spørsmål 1: Hva ønsker vi å oppnå?

Før det settes et mål er det nyttig å svare på spørsmålet «Har vi et problem, og hvor stort og alvorlig er det?». Dette er avgjørende for om man bør og hvor mye ressurser man kan bruke på forbedringsarbeidet. Man må kartlegge hvorvidt det er riktig å prioritere dette forbedringsprosjektet fremfor andre utfordringer i organisasjonen.

Hvis problemet er reelt og organisasjonen ønsker og har ressurser å bruke på et forbedringsarbeid, er det første vi må finne ut: «Hva ønsker vi å oppnå?». Uten et klart mål er det vanskelig å avgjøre hvilke endringer som skal gjøres for å oppnå ønsket forbedring. Uten et godt formulert mål er det også umulig å vurdere hvorvidt endringene har gitt ønsket forbedring.

Målet kan for eksempel være knyttet til en prosentvis reduksjon av trykksår, re-innleggelser eller postoperativ dødelighet. I tillegg til å angi hvor mye bedre eller hvor gode vi ønsker å bli, må vi også beskrive for hvem og innen når forbedringen skal oppnås.

Spørsmål 2: Hvordan vet vi at en endring er en forbedring?

For å vite om endringene og innsatsen som legges ned i et forbedringsarbeid fører til forbedring må vi samle data knyttet til både målet og endringene. Måledataene skal benyttes til å besvare spørsmål 2 i Forbedringsmodellen; «når er en endring en forbedring?». I tillegg til å hjelpe oss å fastslå om vi har nådd det nivået vi ønsker gir det oss muligheten til vurdere om variasjonen er akseptabel og om forbedringen er varig. I forbedringsarbeidets oppstartsfasen benyttes målingene til å gi et bilde av hvor god den nåværende prosessen er. Over tid bidrar målingene til læring om hvordan endringene best implementeres under de lokale forholdene.

Det er viktig å understreke at hensikten med målingene i et forbedringsarbeid er å lære, ikke å dømme, tildele ansvar eller sammenligne ansatte eller organisasjoner.

Det er i hovedsak to typer målinger som brukes i forbedringsarbeid; resultatmålinger og prosessmålinger. *Resultatmålinger* viser utfallet for pasientene – effekten av iverksatte endringer. Et eksempel kan være antall trykksår i en avdeling eller andel pasienter med en kateterrelatert urinveisinfeksjon. *Prosessmålinger* sier noe om hvor godt vi etterlever de endringene eller tiltakene vi har innført eller har valgt å sette fokus på. Prosessmålingene belyser ofte i hvilken grad klinisk praksis er i samsvar med ønsket praksis. Eksempler kan være andel opererte pasienter hvor sjekklisten for trygg kirurgi er benyttet, eller andelen pasienter på et sykehjem som får en legemiddelgjennomgang ved års- og halvårskontroll.

Spørsmål 3: Hvilke endringer kan iverksettes for å skape forbedring?

Kunnskapsbasert praksis, ansattes erfaringer, egne observasjoner og tilbakemelding fra pasienter og andre tjenestebrukere er kilder til å finne de prosessene vi må arbeide med for å nå det fastsatte målet.

Endringene som skal iverksettes for å nå målet bør identifiseres og diskuteres av medarbeidere som kjenner organisasjonen og fagfeltet. Det vil ofte være en god ide å tidlig sette opp et driverdiagram for prosjektet. Dette kan gjøre det enklere å se sammenhengen mellom mål og endringer, og senere målinger. Se forslag til fremgangsmåte og eksempler på driverdiagrammer fra NHS Institute for Innovation and Improvement (12).

Hvordan får vi endringene integrert best mulig i den øvrige driften?

Når vi har identifisert hvilke endringer som skal implementeres (spørsmål 3) er det viktig å prøve disse ut i liten skala; én person, én pasient og/eller ett miljø. Det finnes få, om ingen, standardløsninger for hvordan en endring skal gjennomføres (hvem, hva, hvor, når, hvordan). Det finnes kunnskap om når og hvilken antibiotikaprofylakse en pasient bør få i forkant av en operasjon, men hvem som skal gi det, i hvilket rom det skal gis, når i tidsvinduet det skal gis og hvordan det skal dokumenteres må man tilpasse den enkelte organisasjon. Det som fungerer på én operasjonsavdeling, trenger ikke fungerer på en annen. Det handler om ressurser, kompetanse, pasientflyt, ansvarsfordeling, fysiske forhold, teknologi og flere andre faktorer. Utprøvingene i småskala vil raskt gi oss lærdom om hvordan vi best mulig kan gjennomføre endringene på den enkelte enhet.

Forbedringssirkelen (modellens andre del)

Plan (Planlegge)

Beskriv ideen til hvordan endringen kan gjennomføres (hvem, hva, hvordan, hvor og når). Sørg for at alle deltakerne som er involvert i utprøvingen har nok kunnskap og tilstrekkelige ressurser for å gjøre endringen på den tiltenkte måten. Det er nødvendig å beskrive hva vi forventer vil skje under utprøvingen: Er det forventet at det blir enklere, bedre eller mer effektivt? En forventning kan være at den nye måten å organisere ernæringscreeningen på vil føre til at over 95 prosent av pasientene vil screenes innen 24 timer? Noen ganger, i de aller første utprøvingene, vil vi ha en forventning om at endringen er gjennomførbar. Det er også viktig å legge en plan for hvordan man bedømmer om forventningene ble innfridd. Det vil være aktuelt å bruke både kvalitative og kvantitative data.

Do (Utføre)

Endringene eller tiltakene gjennomføres etter planen. Samle data og informasjon om hva som fungerte godt og hvilke problemer som det må tenkes ut nye løsninger for.

Study (Kontrollere)

Samle relevante medlemmer i forbedringsteamet så raskt som mulig etter utprøvingen. Det kan med fordel være et kort, uformelt og gjerne stående møte hvor teamet analyserer erfaringene og den informasjonen som er samlet. Vurder den forventningen man hadde opp mot det som faktisk skjedde. Relevante spørsmål i denne fasen kan eksempelvis være:

- Hva sier informasjonen oss?
- Hva fungerte og hva fungerte ikke?
- Hva bør innføres, tilpasses eller forkastes?

Act (Korrigere)

Bruk den nye lærdommen til å planlegge neste steg. Som oftest krever alle endringer mange slike utprøvinger før man finner en god måte å gjennomføre endringene på. Forbedringsteamet må etter hver utprøving bli enige om de skal:

- Forkaste ideen for deretter å planlegge å prøve ut en ny idé for hvordan endringene skal gjennomføres? Den nye ideen skal fremdeles kun testes av en ansatt.
- Justere ideen og la en ansatt prøve den.
- Prøve den samme ideen på flere ansatte, pasienter, tidspunkt og forhold.
- Implementere ideen på hele enheten?

Forbedringsteamet fortsetter utprøvingene til de har funnet en hensiktsmessig gjennomføring av endringene i sin organisatoriske enhet. Når man har funnet en god måte å gjennomføre en endring på, og det aktuelle tiltaket gjennomføres for 85–100 prosent av pasientene, kan endringene og måten de er implementert på spres til andre enheter i organisasjonen. Det er imidlertid viktig at også de andre starter med utprøvinger i liten skala for å tilpasse gjennomføringen av endringene sine spesielle forhold.

For mer informasjon om klinisk forbedringsprosjekt, se referanse nr. 9.

Hvorfor måle

Ved å måle før, under og etter implementeringsfasen skaffes informasjon som sier noe om endringene gjort skaper ønsket forbedring (se forbedringsmodellens første del). Målingene er viktig for å dokumentere tiltak og resultater. I tillegg er målinger nyttig for å kunne reflektere over egen virksomhet, og måleresultatene et godt utgangspunkt for faglige diskusjon. I forbedringsarbeid vektlegges endring og forbedring i et tidsperspektiv, og det stilles derfor mindre krav til datamengde enn for eksempel ved forskning.

For noen innsatsområder er det lagt til rette for å måle både resultat- og prosessindikatorer. En resultatindikator beskriver direkte gevinst for pasientene i form av for eksempel overlevelse, infeksjonsrater eller fysisk tilstand. En prosessindikator beskriver områder som for eksempel forebygging, diagnostikk og hvor vidt pasienter har mottatt en behandling eller tiltak. For å vite om pasientsikkerheten blir bedre må det måles på en eller flere resultatindikatorer. Prosessindikatorer, der disse eksisterer, er nyttige for å si noe om hvor godt tiltakene er implementert i praksis.

Hvordan analysere måledataene

Registrerte data beskriver hvordan man ligger an og om innsatsen gir synlig forbedring. Da er det viktig at det måles jevnlig og at frekvensen av målingene opprettholdes. I pasientsikkerhetsprogrammet brukes verktøyet statistisk prosesskontroll (SPC). Statistisk prosesskontroll er en gren inne statistikk der målinger fremstilles visuelt i enkle tidsserier (linjediagrammer) med tilhørende statistiske beregninger. Tidsseriene gir oversikt over utviklingen over tid. Statistisk prosesskontroll egner seg godt til forbedringsarbeid da man får tilgang til data raskt og man kan trekke statistiske konklusjoner med bakgrunn i små datamengder. Brukertilskelen for SPC er lav og resultatene fremstilles visuelt og enkelt. (13)

For å kunne si om en endring er en forbedring, er det viktig med en baseline. En baseline er en «forhåndsmåling» som gir et utgangspunkt for forbedringsarbeidet. Baseline markeres som en median, det vil si en horisontal linje som deler tallmaterialet i to like store deler. Baseline forutsetter 15 målepunkter. Etter minst 12 nye målinger i en serie kan man ved hjelp av et såkalt run-diagram vurdere om et tiltak har ført til endring fra utgangsnivået.

For mer informasjon om statistisk prosesskontroll se www.pasientsikkerhetsprogrammet.no

Extranet, et verktøy for å kunne følge forbedringsarbeidet i egen virksomhet. Dette er et web-basert dataprogram som alle team får tilgang til gjennom Pasientsikkerhetsprogrammet. Nærmere beskrivelse av databasen og veiledning for bruk av dataprogrammet finner du på

- Extranet: <https://extranet.pasientsikkerhetsprogrammet.no>
- For tilgang sendes henvendelse til post@pasientsikkerhetsprogrammet.no

Referanser

- (1) Flin R, O'Connor P and Crichton M. Safety at the Sharp End: A Guide to Non-Technical Skills by. Paperback – 28. feb. 2008
- (2) Veileder for ledelse av pasientsikkerhet, Nasjonal pasientsikkerhetsprogram I trygge hender. Oppdatert oktober 2011. Tilgjengelig fra: http://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/no/Ledere/Materiell/_attachment/485?_ts=132c8afafb [23/10-14]
- (3) World Health Organization, patientsafety, http://www.who.int/topics/patient_safety/en/
- (4) Institute for Healthcare Improvement. Leadership. <http://www.ihl.org/Topics/Leadership/Pages/default.aspx> [23/10-14]
- (5) 5 Million Lives Campaign. Getting Started Kit: Governance Leadership «Boards on Board» How-to Guide. Cambridge, MA: Institute for Healthcare Improvement; 2008. [Oppdatert august 2013; Lest 9. oktober 2013] Tilgjengelig fra: <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/Tools/HowtoGuideGovernanceLeadership.aspx> (2) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx>
- (6) Cavanagh P, Taunton&Somerset, Hulme A, Clark J. Leadership for safety: Supplement 1: Patient Safety Walkrounds. Patient Safety First Campaign; NHS Institute for Innovation and Improvement (2009) [Oppdatert mars 2009; Lest 9. oktober 2013] Tilgjengelig fra: http://www.patientsafetyfirst.nhs.uk/ashx/Asset.ashx?path=/How-toguides-2008-0919/How%20to%20Guide%20for%20Leadership%20WalkRounds%202009_04_07.pdf
- (7) I patientens fodspor, Dansk Selskab for Patientsikkerhed. [Oppdatert juli 2011; Lest 9. oktober 2013] Tilgjengelig fra: <http://www.sikkerpatient.dk/fagfolk/i-patientens-fodspor.aspx>
- (8) Move Your Dot™: Measuring, evaluating, and reducing hospital mortality rates. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2003. (Tilgjengelig på Vedlegg 3 Spørsmål til bruk ved reduksjon av unødig ressursbrukwww.IHI.org.)
- (9) Resar RK, Griffin FA, Kabcenell A, Bones C. Hospital Inpatient Waste Identification Tool. IHI Innovation Series white paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement; 2011. [Oppdatert mai 2012; Lest 9. okt 2013] <http://www.ihl.org/knowledge/Pages/IHIWhitePapers/HospitalInpatientWasteIDToolWhitePaper.aspx>
- (10) Institute for Healthcare Improvement, Science of Improvement, <http://www.ihl.org/about/Pages/ScienceofImprovement.aspx> [20/10-14]

(11) Langley GL, Moen R, Nolan KM, Nolan TW, Norman CL, Provost LP. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance. 2. Utg. San Francisco, California, USA: Jossey-Bass Publishers; 2009

(12) NHS Institute for Innovation and Improvement, eksempler på driverdiagram [Lest 9.oktober 2013]:

http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/driver_diagrams.html

(13) Carey RG. "Improving healthcare with control charts. Basic and advanced SPC methods and case studies". ASQ Quality Press, 2003

Vedlegg

1. Forslag til spørsmål under pasientsikkerhetsvisitten
2. Mortalitätsanalyse
3. Spørsmål til bruk ved reduksjon av unødig ressursbruk
4. Fremdriftsplan

Verktøy for å planlegge implementering av tiltakspakken.



Vedlegg 1:

Forslag til spørsmål under pasientsikkerhetsvisitten

Hensikten med disse veiledende spørsmålene er å bidra til at samtalen får et relevant fokus på pasientsikkerhet. Det er ikke et mål i seg selv å komme gjennom alle spørsmålene.

1. Når ble en pasient sist skadet eller utsatt for en nestenulykke? Hva skjedde?
2. Ville du likt at et medlem av din familie mottok behandling på denne avdelingen?
3. Har du hatt muligheten til å gi pasientene en så trygg pleie som mulig denne uken?
Hvis ikke, hvorfor ikke?
4. Kan du beskrive hvordan kommunikasjonen mellom pleiepersonalet enten fremmer eller hindrer trygg pleie i din enhet?
5. Kan du beskrive enhetens evne til å arbeide som et team?
6. Har det forekommet noen nestenulykker som nesten førte til pasientskade, men hvor de ble unngått?
7. Hvilke elementer i omgivelsene er det som sannsynligvis vil forårsake neste pasientskade?
Eksempler, vurder:
 - Alle aspekter ved innleggelse, sykehusopphold og utskrivelse
 - Forflytninger innenfor sykehusets fire vegger
 - Kommunikasjon
8. Er det noe vi kan gjøre for å forhindre neste uønskede hendelse?
9. Hva tror du denne enheten kan gjøre på jevnlig basis for å forbedre sikkerheten
10. Opplever du på noen måte at det er gjennomgående mangler i systemet eller omgivelsene rundt deg?
11. Melder du alltid fra når du gjør en feil?
12. Hvis du forhindrer/fanger opp en feil, melder du alltid fra om dette?
13. Har du utviklet en egen fremgangsmåte som du benytter for å unngå å gjøre feil (huskelapper, dobbeltsjekking osv.)
14. Hvilke spesifikke tiltak fra ledelsens side vil gjøre arbeidet du gjør, tryggere for pasienten?

Vedlegg 2

Mortalitetsanalyse – var dødsfallet mulig å forebygge?

| | | | | | | | | |
|----|--|--|------------------------|------|-----|------|-------|--|
| 1 | Dato for mortalitetsanalyse | | Riktig utsagn =X | | | | | |
| 2 | Pasientens navn/personnummer | | | | | | | |
| 3 | Innleggingsdato avdeling(er) (Siste innleggelse) | | | | | | | |
| 4 | Dato for dødsfall | | | | | | | |
| 5 | Innleggingsdiagnose(r) (Les inntaknotat) | | | | | | | |
| 6 | Innlagt... | - for pallativ/lindrende behandling | | | | | | |
| | | - direkte på intensiv eller til operasjon | | | | | | |
| 7 | Dødsårsak(er) (Les epikrise) | | | | | | | |
| 8 | Hadde pasienten en helsetjenesteassosiert infeksjon? | Nei | | | | | | |
| | | Ja, oppstått etter innleggelse | | | | | | |
| | | Cl.diff | MRS A | ESBL | UVI | Pneu | Annet | |
| | | Ja, fra tidligere innleggelse | | | | | | |
| | | Cl.diff | MRS A | ESBL | UVI | Pneu | Annet | |
| | | Helsetjenesteassosiert infeksjon var direkte dødsårsak | | | | | | |
| 9 | Vitale verdier Endret bevissthet Respirasjonsfrekvens BT, P, Tp. | Ja, alle vitale verdier er målt | | | | | | |
| | | Ja, standard handlingsplan er fulgt | | | | | | |
| | | Evt. kroniske verdier er dokumentert i behandlingsplan for terminalpasient | | | | | | |
| | | Nei, det mangler reaksjon/tiltak på kritiske verdier | | | | | | |
| 10 | Er omstendighetene rundt dødsfallet dokumentert? | Ja, det er dokumentert | | | | | | |
| | | Ja, men det er mangelfull dokumentasjon | | | | | | |
| | | Nei, det er ikke dokumentert | | | | | | |
| 11 | Har pasienten hatt rutinemessige tilsyn fra lege og sykepleier? | Ja, daglig | | | | | | |
| | | Ja, men med intervaller opp til _____ dager | | | | | | |
| | | Det er mangelfullt dokumentert | | | | | | |
| 12 | Legemiddelkurve | Er tatt i bruk | Er mangelfull | | | | | |
| | | Er konsekvent utfyllt | Det finnes ingen kurve | | | | | |
| 13 | Har pasienten uttalt seg om at han/hun ikke ønsker utredning? | Ja, pasienten ønsker ikke utredning i hht. notat datert: _____ | | | | | | |
| | | Pasienten har ønsket utredning | | | | | | |
| | | Det har ikke vært et aktuelt spørsmål | | | | | | |

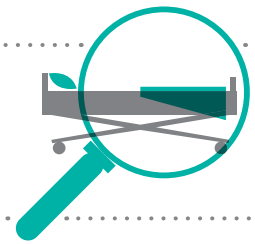
Vedlegg 2

Mortalitetsanalyse forts.

| | | | |
|----|---|---|----|
| 14 | Døde pasienten alene? | Nei, det var personale eller pårørende tilstede | |
| | | Ja, pasienten var alene | |
| | | Det finnes ikke dokumentasjon på dette/vet ikke | |
| 15 | Finnes det en dokumentert avtale med pasienten om at gjenopplivning ikke skal gjennomføres? | Ja, det er dokumentert dato: _____ | |
| | | Nei, det finnes ingen avtale om det i journalen | |
| | | Pasienten ønsker gjenoppliving | |
| 16 | Ble det forsøkt gjenopplivning på pasienten? | Ja, av hjertstans team ved sykehuset | |
| | | Ja, av personale som var tilstede på post | |
| | | Nei, men det var relevant | |
| | | Nei, det var ikke relevant | |
| 17 | Var dødsfallet forventet? | Ja, dødsfallet var forventet | |
| | | Nei, dødsfallet var uventet | |
| | | Det er ikke mulig å vurdere ut fra dokumentasjonen | |
| 18 | Skjedde det en uønsket hendelse under innleggelsen? | Nei | |
| | | Ja, legemiddelhåndtering | |
| | | Ja, fall | |
| | | Ja, kommunikasjon | |
| | | Ja, manglende eller forsinket reaksjon på prøvesvar | |
| | | Ja, ikke utført eller forsinket ordinasjon | |
| | | Ja, annet: | |
| | | Ja, annet: | |
| 19 | Obduksjon? | Nei | Ja |
| | | Uventet funn | |
| | | Rapport mangler | |
| | | Rettsmedisinsk tilsyn er utført | |
| 20 | Var dødsfallet potensielt forebyggbart? (Sett kryss bak det utsagnet som begrunner bedømmelsen) | Nei | |
| | | Ja, i liten grad | |
| | | Ja, til en viss grad | |
| | | Ja, i stor grad | |
| | Kommentarfelt Gi casen en tittel Evt. et kort resymé Kommentarer Begrunnelser | | |
| | 1. Gjennomgang utført av: | Navn: | |
| | 2. Gjennomgang utført av: (På separat skjema) | Navn: | |

Vedlegg 3

Spørsmål til bruk ved reduksjon av unødig ressursbruk



I forbindelse utfylling av arbeidsskjema (for sykehus) finnes det en rekke spørsmål som kan bidra til å identifisere unødig ressursbruk.

Nedenfor er noen eksempler til sentrale spørsmål som bør belyses i fellesskap under gjennomgangen. Arbeidsskjema finnes på www.pasientsikkerhetskampanjen.no under Læringsnettverk for ledelse av pasientsikkerhet.

- Hva venter pasienten på akkurat nå?
 - Hvilken dag ble pasienten innlagt og kunne pasienten ha ventet til dagen etter?
 - Når skal pasienten skrives ut og kan pasienten skrives ut tidligere?
 - Trenger pasienten å være innlagt på sykehus eller kunne pasienten vært hjemme, og bare kommet til undersøkelsene?
 - Kunne undersøkelsene planlegges for å få den gjennomført på samme dag?
-

| | |
|------------------|--|
| Prosessmåling 1 | |
| Prosessmåling 2 | |
| Prosessmåling 3 | |
| Resultatmåling 1 | |

Fremdriftsplan: Hva må vi gjøre for å fullføre innhenting av data og presentere?

| # | Utfordring | Hva skal gjøres? | Hvem skal gjøre det? | Når skal det gjøres? | | | | | | | | |
|---|------------|------------------|----------------------|----------------------|-----|-----|-----|------|-------|-----|---------|--|
| | | | | nov | des | jan | feb | mars | april | mai | Ut året | |
| 1 | | | | | | | | | | | | |
| 2 | | | | | | | | | | | | |
| 3 | | | | | | | | | | | | |
| 4 | | | | | | | | | | | | |
| 5 | | | | | | | | | | | | |

Dette er deres arbeidsskjema videre. Vi setter pris på om dere sender en kopi til sekretariatet. post@pasientsikkerhetsprogrammet.no