



# Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste

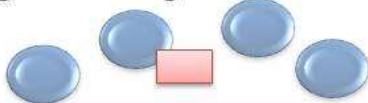
## Erkjennelser:

- For lite systematisk bruk av "det vi vet" om brukeren – skriftliggjøring
- Ulik praksis fra avdeling til avdeling – personavhengig
- Energilekkasjer/tidstyver

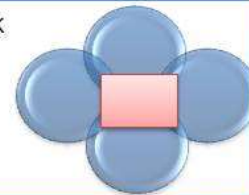
## Tilnærming:

- Endringsbehov ble definert
- Forankring i ledelsen
- Arbeidsgruppe på tvers av avdelinger
- Fire hele arbeidsdager til utvikling av sjekklister, systematisert inn i et arbeidsflytkart i EQS.

FØR: Mangel på struktur og preget av tilfeldigheter



NÅ: Systematisk innhentet informasjon i fast struktur



Stange helse- og omsorgssenter 2014-2015

Ingeborg Kristiansen

*Rapport for første del av prosjektet – utvikling av pasientflytkart og sjekklister*

Stange 17. mars 2015

Ingeborg Kristiansen  
Fagutviklingspsykepleier

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	2
1.1	Mål .....	3
2.0	Bakgrunn .....	4
2.1	Hvordan prosjektet startet: .....	4
2.2	Inspirasjonskilder brukt i utvikling av ideen om pasientflytkart og sjekklister .....	4
2.2.1	Sykehuset Innlandets behandlingslinjer.....	4
2.2.2	Lege inspirert av piloters sikkerhetsjekk:.....	5
3.0	Framgangsmåte.....	7
3.1	Hvordan arbeidsgruppa har jobbet i prosjektet.....	7
3.2	Implementering.....	10
4.0	Hva har virksomheten oppnådd gjennom prosjektet? .....	11
4.1	Erfaring med å jobbe effektivt i et tidsbegrenset prosjekt .....	11
4.2	Etablering av felles praksis .....	11
4.3	Mer tid til den enkelte pasient.....	12
4.4	Involvering.....	12
5	Veien videre.....	13
	Les mer .....	14

## 1.0 Innledning

Stange helse- og omsorgssenter har siden 2012 vært deltaker i prosjektet ”Samhandling mellom alderspsykiatrisk avdeling og kommunale sykehjem” (SAM-AKS), et klinisk samhandlingsprosjekt mellom alderspsykiatrisk avdeling Sykehuset Innlandet HF og kommuner i Hedmark og Oppland. Målet med prosjektet SAM-AKS er ” Bedre utredning og behandling til sykehjemspasientene”. Som deltakere i SAM-AKS fikk ansatte ved Stange helse- og omsorgssenter grundig opplæring i demenssykdommer. Det ble gitt opplæring i kartlegging av demens hos nyinnlagte pasienter og det ble gitt veiledning om hva kartleggingene kunne avdekke angående pasientens funksjonsnivå.

Som et resultat av deltakelsen i SAM-AKS ble det tidlig erkjent at ”det vi vet” om pasienten i for liten grad ble benyttet i den utførte tjenesten. Når avdelingen mottok en ny pasient samlet de ansatte inn mye informasjon om den enkelte. De kartla blant annet diagnoser, legemidler, livshistorie, funksjonsnivå og informasjon fra pårørende. Selv om all informasjon ble innhentet, manglet det en god systematisering av all kunnskapen, både i forbindelse med planleggingsfasen, utførelsen og dokumentasjonen.

Helse- og omsorgssenteret har fem avdelinger, hvor tre avdelinger er langtidsavdelinger, en avdeling er skjermet avdeling for personer med demens, og en avdeling er korttids- og rehabiliteringsavdeling. Det var ulik praksis knyttet til mottak og ivaretagelse av pasienter fra avdeling til avdeling. Gjennomføring av oppgaver var i noen grad personavhengige og mangel på systematisering førte til frustrasjon og energilekkasje blant de ansatte.

På bakgrunn av disse erfaringene valgte ledergruppa i samarbeid med fagutviklingssykepleier å etablere en arbeidsgruppe som skulle finne en måte å systematisere arbeidsoppgavene knyttet til mottak og ivaretagelse av pasientene.

Opprinnelig ble Rød tråd-prosjektet kalt ”Kartlagt – og hva så?”. Fokus var da hva kartleggingene fra SAM-AKS-prosjektet kunne brukes til. Etter hvert ble prosjektet utvidet til også å omhandle pasientforløpet, inspirert av arbeid med behandlingslinjer i Sykehuset Innlandet HF og Øyvind Thomassens doktorgradsarbeid ”Implementation of safety checklists in medicine – not as simple as it sounds”. Kombinasjonen av disse fokusene endte opp i prosjektet ”Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste”.

## 1.1 Mål

Det langsiktige hovedmålet for hele prosjektet er at man gjennom systematisering av arbeidsoppgaver knyttet til pasientbehandlingen klarer å kvalitetssikre planlegging, utførelse og dokumentasjon av den helsehjelpen som gis i Stange kommune.

Prosjektet har to delmål:

Målet med *første del* av prosjektet var å systematisere arbeidsprosessen knyttet til mottak og oppfølging av pasienter. Stange helse- og omsorgssenter har vært pilot for utvikling av pasientflytkart og sjekklister. Denne rapporten beskriver arbeidsprosessen fra oppstart av prosjektet til ferdigstilling av dokumenter og pasientflytkart, og hvordan det har blitt jobbet med implementering i avdelingene. Rapporten redegjør i tillegg for noen bonuseffekter prosjektet har hatt for virksomheten.

Mål for *andre del* av prosjektet er å sikre at all dokumentasjon av helsehjelp følger gjeldende lover og regler. Det vil utarbeides en egen projektrapport som redegjør for denne delen av prosjektet.

## 2.0 Bakgrunn

### 2.1 Hvordan prosjektet startet:

I 2013 ble det i Stange kommune satt sammen en tverrfaglig gruppe som på mandat fra kommunalsjef skulle resystematisere kvalitetssystemet EQS for å øke brukervennligheten.

Denne resystematiseringen gjorde den tverrfaglige gruppa oppmerksomme på at kvalitetssystemet i for liten grad var utviklet som et nyttig arbeidsredskap for ansatte.

Hovedstrukturen i EQS ble endret, men det var likevel noe som manglet for at den praktiske hverdagen skulle oppleves enklere for den enkelte, samtidig som kvalitet og kontinuitet ble ivare tatt.

Fra 2012-2014 har kommunens sykehjem deltatt i SAM-AKS-prosjektet. Virksomheten har fått tilbakemeldinger fra prosjektsykepleiere underveis, der de blant annet har etterlyst bedre struktur på bruk av kartlegging. De har også pekt på mangler i dokumentasjonen rundt hva kartlegginger har avdekket av ressurser og utfordringer hos den enkelte pasient.

Fylkesmannen i Hedmark gjennomførte et tilsyn ved Stange helse- og omsorgssenter i mai 2014. Rapporten fra fylkesmannen synliggjorde de samme forbedringsområdene som SAM-AKS hadde pekt på. Virksomheten måtte systematisere planlegging, gjennomføring og dokumentasjon av tjenesten på en bedre måte.

## 2.2 Inspirasjonskilder brukt i utvikling av ideen om pasientflytkart og sjekklister

### 2.2.1 Sykehuset Innlandets behandlingslinjer

Sykehuset Innlandet HFs ”Avdeling for kunnskapsstøtte” har utarbeidet behandlingslinjer knyttet til ulike pasientforløp ([http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss\\_/avdelinger\\_/stab-helse\\_/Sider/behandlingslinjer.aspx](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss_/avdelinger_/stab-helse_/Sider/behandlingslinjer.aspx)). En behandlingslinje er en fastlagt organisering av et behandlingsforløp for den aktuelle pasientgruppen, og den er ment å gi blant annet:

- bedre arbeidsstruktur
- kvalitetssikring av arbeidet
- bedre henvisningsrutiner
- kortere tid fra henvisning til undersøkelse
- kompetanseplanlegging og kompetanseheving
- samhandling mellom yrkesgrupper

Behandlingslinjene i Sykehuset Innlandet HF har en annen form enn arbeidsgruppa har valgt på pasientflytkartet. Behandlingslinjene skapte likevel en idé om at det er viktig å beskrive de ulike trinnene som skal gjennomføres når avdelingene tar imot nye pasienter. For arbeidsgruppa ble det opplevd som mer hensiktsmessig å lage et oversiktskart med ei løype fra hovedpunkt til hovedpunkt.

I EQS fins det en funksjon som heter ”prosesskart”. En av avdelingene på et sykehjem i kommunen hadde laget et eget prosesskart i EQS som viste framdriften knyttet til pasientivaretagelse i egen avdeling. Kartet var oversiktlig og inneholdt mye informasjon om de ulike trinnene fra pasienten kom til avdelingen og fram til livets slutt.

Arbeidsgruppa tok utgangspunkt i prosesskartet som allerede lå i EQS og bestemte seg for å skape *ett* kart som kunne romme behovene til *alle* avdelinger, i stedet for å lage unike kart for hver enkelt avdeling. Prosjektmedarbeiderne ble enige om å kalle prosesskartet for et pasientflytkart, slik at det er tydelig for alle at det er oppgaver knyttet til pasientivaretagelse som finnes i kartet.

Prosjektmedarbeiderne gjennomgikk et typisk pasientforløp og lagde pasientflytkartet med utgangspunkt i arbeidsoppgavene som utføres før pasienten kommer, i inntakfasen og i den videre oppfølginga fram til pasienten flytter eller dør.

### **2.2.2 Lege inspirert av piloters sikkerhetsjekk:**

Øyvind Thomassen publiserte i 2012 sin doktorgrad om temaet ”Implementation of safety checklists in medicine – not as simple as it sounds”. Doktorgradsarbeidet sammenfattes på denne måten:

”Uheldige hendelser rammer mange pasienter på norske sykehus. Tidligere studier viser at dette sjelden skyldes faglig inkompetanse. I stor grad handler det om en overdreven tro på hukommelsen.

Ny forskning viser at sjekklister kan redusere faren for feilbehandling.

– Studien viste at sjekklister er et billig, effektivt og anvendelig verktøy for å redusere uønskede hendelser og dødsfall på sykehus, sier anestesilege Øyvind Thomassen i Norsk luftambulansesom snart disputerer ved Universitetet i Bergen” (Andreassen, Kim E, 2012)

Med utgangspunkt i den samme tankegangen gikk arbeidsgruppa i gang med å utvikle sjekklister for pasientflyten i egen virksomhet. Eksempel på spørsmål som ble tatt med inn i arbeidet var:

- Hva er det viktig at vi følger opp når pasienten kommer til oss?
- Hva vet vi fra tidligere?
- Hva må vi undersøke?
- Hvilket funksjonsnivå har pasienten? Hva liker han for eksempel å spise?
- Hva kan de pårørende bidra med?
- Hvordan kan vi best ivareta denne pasienten sitt behov for helsehjelp, pleie og omsorg?

Ved hjelp av sjekklister kan innhenting av all nødvendig informasjon systematiseres, uten at den enkelte ansatte må gå rundt og huske på alt.

Thomassen (2012) skriver i sin avhandling om hvorfor det kan være utfordrende å lykkes med endringsprosesser. For å lykkes med forandringsarbeid er det viktig å skjønne hvordan motstand mot forandring virker. Han peker på at ansatte opplever tap av frihet til å gjøre som de selv vil, eller at de tror forandringen fører til større arbeidsbyrde. Det kan også handle om lav tillit til lederne.

En suksessfaktor for å lykkes med endringen er at de ansatte har et eierforhold til produktet.

”Dessverre inkluderte vi ikke de ansatte i prosessen. Alle ansatte var med på pilotutprøvingen, men bare konsulenter lagde sjekklister. Som et resultat av funnene i studie II og III angående å lykkes med utvikling og implementering, erkjente vi at metoden vi benyttet hadde store svakheter” (min oversettelse) (Thomassen (2012, s. 45)

Videre uttaler Thomassen seg til nettstedet forskning.no:

”Det er viktig at helsepersonellet på gulvet opplever at listene gjenspeiler et felles problem, og at man ikke føler at man blir påtvunget noe man ikke har behov for, sier Thomassen.

– Listene bør utvikles fra de som arbeider på gulvet og ikke komme fra ledelsen. Her har helsevesenet mye å lære, sier Thomassen” (Andreassen, Kim E, 2012)

I prosjekt ”Rød tråd fra prosedyre til utført tjeneste” ble det jobbet slik som Thomassen anbefaler. Det var representanter for de ansatte som lagde både kartet og sjekklister. På den måten hadde alle avdelinger et visst eierforhold til produktet fra første stund. Det gjorde også at det var enkelt å implementere bruk av kart og sjekklister i avdelingene.

## 3.0 Framgangsmåte

### 3.1 Hvordan arbeidsgruppa har jobbet i prosjektet

For å nå første delmål for prosjektet måtte det først etableres en arbeidsgruppe der hver avdeling ved helse- og omsorgssenteret var representert. Gruppa besto av virksomhetens fagutviklingssykepleier, fem sykepleiere med ulik fartstid i virksomheten og en avdelingssykepleier. Gjennom den brede sammensetningen fikk gruppa ivaretatt ulike perspektiv på praksisen i avdelingene.

Først prøvde prosjektmedarbeiderne å møtes to timer på slutten av noen arbeidsdager, men de innså fort at det var lite framdrift å hente ved å jobbe så korte økter sammen. Ledergruppa i virksomheten ble derfor forespurt om tillatelse til å frikjøpe gruppemedlemmene hele arbeidsdager for å jobbe med prosjektet. Det ble det gitt klarsignal for. Virksomheten søkte om støtte til frikjøp av prosjektmedarbeiderne hos Utviklingscenter for sykehjem, Hedmark, og fikk innvilget 50.000 kroner til prosjektet.

Arbeidsgruppa gjorde avtale om å møtes fire påfølgende fredager for å jobbe med prosjektet. De fleste prosjektmedarbeiderne deltok på alle de fire samlingene.

Med utgangspunkt i behandlingslinjetankegangen fra Sykehuset Innlandet HF tegnet prosjektmedarbeiderne opp et kart over de ulike arbeidsoppgavene som skal gjennomføres ved mottak av ny pasient. Hele forløpet fra vedtak til pasienten skrives ut eller dør ble synliggjort i kartet. Prosjektmedarbeiderne gikk sammen i mindre grupper og startet med å gjennomgå og revidere eksisterende prosedyrer, retningslinjer, rutiner, sjekklister og maler i virksomheten. Det ble også produsert noen nye dokumenter, da gjennomgangen viste at ikke alle ledd i arbeidsflyten var beskrevet fra før. All informasjon ble sortert i kronologisk rekkefølge.

Som en kvalitetssikring ble de enkelte dokumentene vist på storskjerm, og hele gruppa gikk i fellesskap gjennom dem for å sikre at de var gjenkjennbare og brukbare for alle avdelinger. I sjekklisene ble det laget en kolonne for ”uaktuelt”, slik at samme sjekkliste kunne brukes på tvers av avdelinger. Ved å signere for at et sjekkpunkt er uaktuelt synliggjør den ansatte at det er gjort en vurdering av sjekkpunktet, men at punktet ikke gjelder den aktuelle pasienten.



**EKSEMPEL PÅ EN SJEKKLISTE:**

# Sjekkliste ved dødsfall

Navn:

Fødselsdato:

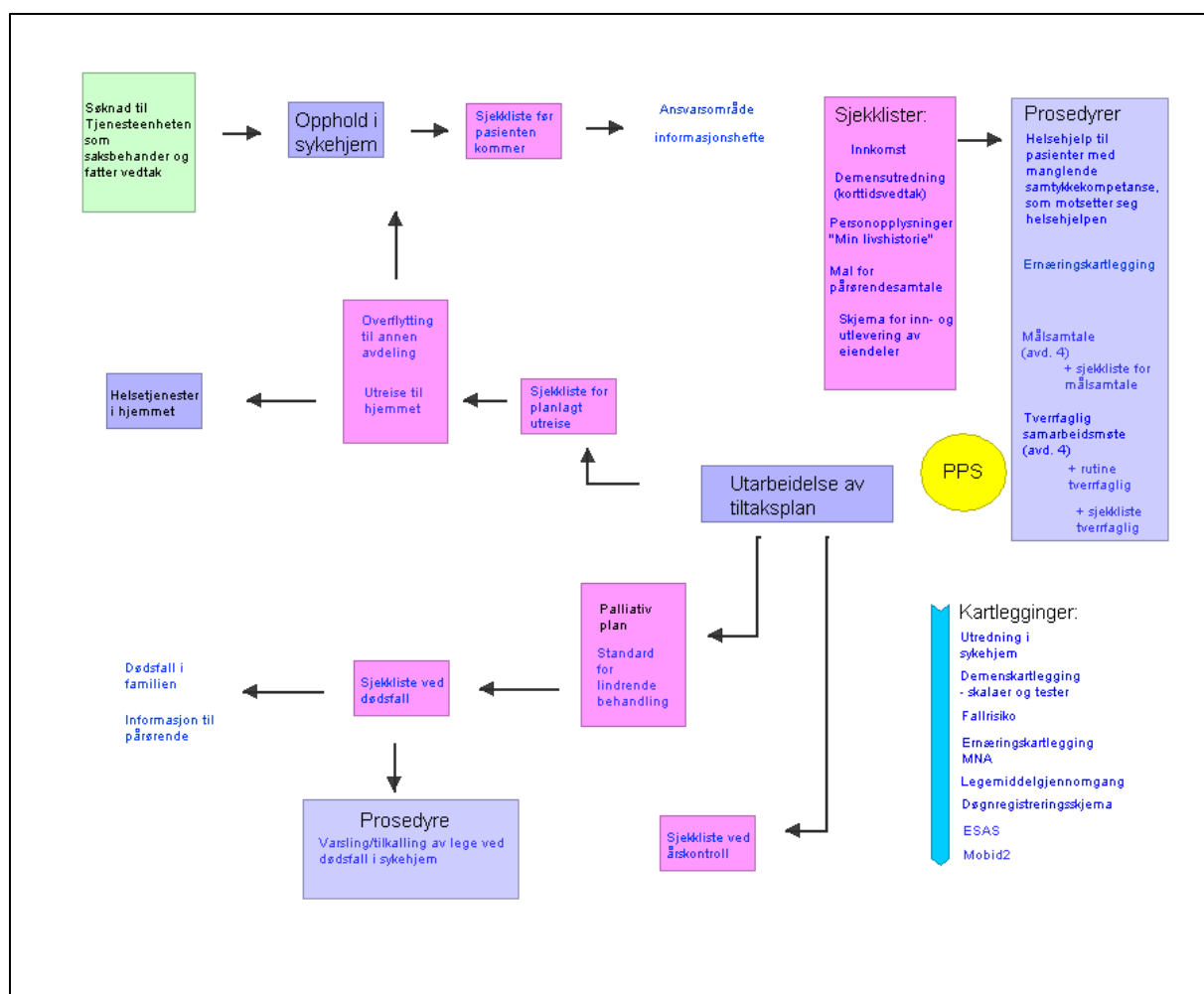
Handling	Utført/sign	Uaktuelt
Kontakt pårørende		
Følg arbeidsbeskrivelse i EQS-prosedyre "Varsling/tilkalling av lege ved dødsfall i sykehjem", id 102447		
Fjern ev. kateter, PVK, pacemaker (lege)		
Stell, sett navnelapp med navn, personnummer og dødsdato/tidspunkt på pasientens høyre stortå og på svøpelakenet		
Lever journal i resepsjonen med dødsattest når denne er ferdig utfylt, legg ved alle papirer		
Avtal tidspunkt med pårørende for henting av avdødes eiendeler - Husk verdisaker som er innelåst – eget skjema		
Del ut informasjonshefte til pårørende vedrørende videre gang. Pårørende må kontakte begravellesbyrå og lensmann		
Skriv notat i Gericca om dødstidspunkt og ev. litt om omstendigheter rundt dødsfallet (se egen hjelpetekst i Gericca)		
Registrer pasienten som død på brukerkortet i Gericca		
Avslutt multidose – send beskjed til apotek		
Fyll ut avsluttende kartlegging i SamAks		
Når rommet er ryddet og vasket – registrer rommet som ledig i plassadministrasjon		

En kladd av pasientflytkartet ble laget i powerpoint, og de ulike dokumentene ble knyttet til kartet ved hjelp av hyperkoblinger (lenker), slik at kartet fikk en interaktiv funksjon. På den måten ble det enklere å se at kronologien ble ivaretatt underveis i arbeidet.

Alle dokumentene ble til slutt gjort tilgjengelig i kommunens kvalitetssystem (EQS). I EQS ble dokumentene presentert i et eget prosesskart, her kalt pasientflytkart. Pasientflytkartet inneholdt også direkte lenker til blant annet kunnskapsstoff fra PPS (Praktiske prosedyrer i sykepleietjenesten) og ulike kartleggingsverktøy fra blant annet "Nasjonale kompetansetjenester for aldring og helse".

I løpet av fire hele arbeidsdager klarte arbeidsgruppa å omstrukturere arbeidsprosessene som ligger til grunn for enhver tjenesteutøvelse ved Stange helse- og omsorgssenter, slik at alle pasienter blir møtt med samme strukturelle system for innhenting av informasjon og planlegging av helsehjelp.

#### KARTET VÅRT BLE SEENDE OMTRENT SLIK UT:



### **3.2 Implementering**

I og med at hver avdeling hadde en prosjektmedarbeider inn i arbeidsgruppa, var implementeringen i gang allerede underveis i arbeidsprosessen. Alle prosjektmedarbeiderne framsnakkert pasientflytkartet til sine kolleger. På den måten var alle avdelinger klare for endringen så fort den var publisert i EQS. Det ble i tillegg arrangert seks undervisningstimer for å vise fram og veilede de ansatte i bruk av kartet, men det var lite oppmøte på undervisningen. Årsaken til lavt oppmøte ble oppgitt å være at de ansatte allerede hadde sett det nye kartet i bruk og at de derfor ikke trengte ytterligere opplæring.

## **4.0 Hva har virksomheten oppnådd gjennom prosjektet?**

### **4.1 Erfaring med å jobbe effektivt i et tidsbegrenset prosjekt**

De to første møtene i arbeidsgruppa var to-timersmøter på slutten av ordinære arbeidsdager. Prosjektmedarbeiderne hadde gode intensjoner om å skape et godt produkt, men de opplevde at korte arbeidsøkter ga lite framdrift. Det ble derfor avklart at virksomheten skulle frikjøpe prosjektmedarbeiderne hele arbeidsdager for å få framdrift i prosjektet. Denne endringen ga umiddelbar effekt, og i løpet av første felles arbeidsdag var grunnskissen og noen dokumenter på plass. Det var svært motiverende, både for de ansatte og for prosjektleder. Engasjementet i gruppa var stor fra første stund, noe som ga et svært godt utgangspunkt for det videre arbeidet. Flere av prosjektmedarbeiderne har kommentert at det var inspirerende å se at det var så stor framdrift i prosjektet, og at de klarte å komme ”i mål” i løpet av fire arbeidsdager. De hadde sett for seg at dette skulle dra veldig ut i tid.

Alle prosjektmedarbeiderne har ytret ønske om å delta i evaluering og videreutvikling av pasientflytkartet og dokumentene. De er også spurt om å bidra inn i et nytt kvalitetsprosjekt, der praktiske oppgaver i avdelingene skal systematiseres på en tilsvarende måte. Alle har sagt seg villige til å være med videre.

### **4.2 Etablering av felles praksis**

Før oppstart av arbeidet ble det antydnet at det er vanskelig å etablere en felles praksis når avdelingene har ulike funksjoner. Hvor generelt kan det være uten at det går ut over de spesielle behovene? Kan/bør enkelte dokumenter være avdelings-/funksjonsspesifikke?

Prosjektmedarbeiderne har prøvd å omgå denne utfordringen ved å ha en egen kolonne i sjekklisterne som angir at et sjekkpunkt er uaktuelt. Ved signatur i dette feltet synliggjør den ansatte at oppgaven er vurdert, men at det ikke gjelder for denne pasienten.

Erfaringen som ble gjort da prosjektmedarbeiderne begynte å lage sjekklisterne, var at det faktisk gjøres mye likt på tvers av avdelingene. I tilfeller der prosjektmedarbeiderne opplevde ulikheter i tilnærming, ble ulikhetene gjenstand for refleksjon. Gjøres det av gammel vane eller fordi det er den faglig riktige tilnærmingen? Hva er basert på kunnskap og hva er ”tradisjon” i avdelingen?

Samarbeidet om å skape felles dokumenter har gjort at prosjektmedarbeiderne har blitt bedre kjent med hverandre. Alle har fått ny innsikt i hvordan de ulike avdelingene jobber og tenker om ivaretagelse av pasienter. Samtaler om ”hvordan vi gjør det” har skapt mange spontane refleksjoner som har vært nyttige for de ansatte og utviklende for prosjektet.

### **4.3 Mer tid til den enkelte pasient**

Et av spørsmålene som kom opp underveis i utviklinga av pasientflytkartet og sjekklister var om systematiseringa ville gå ut over den individuelle oppfølginga av pasientene. Slik situasjonen var tidligere, måtte pleierne bruke mye energi på å huske alle oppgaver som skulle gjennomføres. Det var et stressmoment i hverdagen. I tillegg var det tidkrevende med muntlig og skriftlig overføring av arbeidsoppgaver. Prosjektmedarbeiderne mente at sjekklister ville frigjorde dem fra alt de skulle gå rundt og huske. Alle i arbeidsgruppa var samstemte om at gode sjekklister ville frigjøre tid og energi som heller kan brukes til å ta vare på den enkelte pasient.

### **4.4 Involvering**

Involvering av ansatte fra første stund har gjort at det har blitt skapt et engasjement i alle avdelinger allerede fra oppstart av prosjektet. Alle avdelinger har en ansatt som har eierskap til produktet og stor innvirkning på resultatet. Den ansatte har også fått opplevelsen av å være med på noe som er nyttig for mange/alle. Det har vært viktig for implementeringen av prosjektet i avdelingene.

## 5 Veien videre

Kartet er ikke statisk og ferdig, det er alltid under videreutvikling. Virksomhetens lederteam har bestemt at arbeidsgruppa skal være med på evaluering og revidering av pasientflytkartet og innholdsdokumentene. Prosjektlederen har ansvar for å kalle inn arbeidsgruppa til evalueringsmøter. Hver enkelt ansatt har i tillegg anledning til å sende inn kommentarer og forslag til endringer på kartet og dokumentene.

Første hovedevaluering av prosjektet skal foregå etter 6 måneder. Hvis virksomheten uttrykker gode erfaringer med bruk av pasientflytkartet og dokumentene, vil det jobbes med å spre arbeidsmetoden til flere virksomheter i kommunen og ut til andre kommuner.

Del to av prosjektet som omhandler dokumentasjon av helsehjelp vil presenteres i en egen rapport.

## Les mer

Andreassen, Kim E (2012): "Sjekklister reduserer feilbehandling" [Online]

<http://forskning.no/helsetjeneste-helseadministrasjon/2012/01/sjekklister-reduserer-feilbehandling>

Kommunikasjonsavdelingen, Universitetet i Bergen (2012): "Sjekklister gjør pasientbehandlingen tryggere" [Online]

[http://www.uib.no/info/dr\\_grad/2012/Thomassen\\_Oyvind.html](http://www.uib.no/info/dr_grad/2012/Thomassen_Oyvind.html)

Sykehuset Innlandet HF: Behandlingslinjer [Online] [http://www.sykehuset-](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss /avdelinger /stab-helse /Sider/behandlingslinjer.aspx)

[innlandet.no/omoss /avdelinger /stab-helse /Sider/behandlingslinjer.aspx](http://www.sykehuset-innlandet.no/omoss /avdelinger /stab-helse /Sider/behandlingslinjer.aspx)

Thomassen, Øyvind (2012): "Implementation of safety checklists in medicine - Not as simple as it sounds" (pdf) [Online]

[https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5532/42607%20Thomassen%20main\\_thesis.pdf?sequence=1](https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/5532/42607%20Thomassen%20main_thesis.pdf?sequence=1)