



Pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger -et kvalitetsforbedringsprosjekt

Oppstart: mai 2015

Avsluttet: juni 2017

Prosjektansvarlig: Britt Sjøbø i samarbeid med Norsk Intensivregister ved Reidar Kvåle

Kontaktinformasjon:

brit.sjobo@helse-bergen.no

reidar.kvale@helse-bergen.no

Deltagende intensivavdelinger:

- Haukeland Universitetssjukehus, Intensivmed. seksjon (kir.)
- Haukeland Universitetssjukehus, Medisinsk overvåknings- og intensivavdeling (MIO)
- Oslo Universitetssykehus, Ullevål, Postoperativ seksjon – INT18
- St. Olavs hospital, Universitetssykehuset i Trondheim, kir. / med. intensivavdeling
- Universitetssykehuset i Nord Norge, Tromsø, kir. intensivavdeling
- Stavanger universitetssykehus, 2M Intensiv
- Sykehuset i Vestfold, Intensivseksjonen,
- Ålesund Sjukehus, kir. intensivavdeling
- Ålesund sjukehus, med. intensivavdeling
- Sykehuset Telemark HF, Intensivseksjonen i Skien,
- Nordlandssykehuset, kir. intensivavdeling, Bodø ¹
- Vestre Viken - Drammen Sykehus, AIO, Intensiv seksjon
- Sykehuset Innlandet – Hamar
- Haugesund Sjukehus, intensivavdeling
- Universitetssykehuset i Nord Norge, Harstad
- Kristiansund sykehus
- Sykehuset Innlandet, Gjøvik
- Sykehuset Levanger
- Sykehuset Namsos

¹ Deltok ikke i kvalitetsforbedringsdelen av prosjektet, men samlet data i begge perioder.

Styringsgruppe for kvalitetsforbedringsprosjektet

Britt Sjøbø

Intensivsykepleier, MSc
Intensivmedisinsk Seksjon, Kirurgisk
Serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus

Reidar Kvåle

Overlege, PhD,
Intensivmedisinsk Seksjon, Kirurgisk
Serviceklinikk, Haukeland Universitetssjukehus
Leder Norsk Intensivregister

Knut Dybwik

Intensivsykepleier, Dr. Philos,
Intensivsykepleier ved Nordlandssykehuset
Bodø / Førsteamanuensis Nord Universitet,
Bodø

Birgith Jørgensen Nerskogen

Intensivsykepleier og avdelingsleder,
Intensiv- og oppvåkningsavdelingen, Opin-
klinikken, Universitetssykehuset Nord Norge
(UNN)

Hilde Valen Wæhle

Rådgiver, PhD-kandidat
Forsknings- og utviklingsavdelingen, Seksjon
for pasientsikkerhet, Haukeland
Universitetssjukehus

Ranveig Lind

Intensivsykepleier, PhD,
Førsteamanuensis ved UiT -Norges arktiske
universitet, Campus Harstad / Fag- og
forskningssykepleier Opin-klinikken,
Universitetssykehuset Nord Norge (UNN)

Karl-André Wian

Overlege,
Intensivavdelingen, Sykehuset i Vestfold

Hans Flaatten

Overlege / professor
Intensivmed.seksjon, Haukeland
Universitetssjukehus / Kir. Institutt,
Universitetet i Bergen

Vårin Sandvær

Rådgiver
Senter for Klinisk Dokumentasjon og
Evaluering (SKDE)

Marie Wåtevik

Rådgiver /PhD-kandidat,
Seksjon for forskning og innovasjon,
Haukeland Universitetssjukehus

Anita Farestveit

Helsesekretær, Norsk Intensivregister

Margot Bertheussen

Brukerrepresentant, Brukerutvalget i Helse
Bergen HF

Nasjonal arbeidsgruppe for pårørendetilfredshet i intensivavdelingen:

Ann-Cathrin Melby	Karin Overgaard
Anne Fagerheim Skaug	Karl-André Wian
Annette Lindström Sørvåg	Kathe Sjursen Hella
Annette Strand Tøllefsen	Knut Inge Olsen
Ann-Helen Kværne	Kristian Strand
Astrid Rokseth Helland	Kristin G Haugli
Birgith Jørgensen Nerskogen	Kristin Hauss
Birgitte Fosser Johansen	Kristin Riis
Bjørn Anders Kroken	Lisbeth Strømme
Britt Galaaen	Lillian Svensen
Britt Jorun Kjelle	Marianne Aamand
Britt Sjøbbø	Marianne Thorbjørnsen
Bror A Johnstad	Marit Skonnord
Carsten Wickman	Marit Stuedahl
Christina Schöndorf	Mette Nylund Johnstad
Elin Friis	Mimmi Nergård
Elin Steffenak	Mona Stautland
Elisabeth Blix Rasmussen	Ragne Eskerud
Faduma Abdulle	Randi Olsson Haave
Frank Strietzel	Ranveig Næss
Grete Sivertsen	Reidar Kvåle
Gro Aagaard	Sandra Rennedal
Gro Brendryen Eggen	Siv Karin Malmin
Halvard Cock	Stephan Balsliemke
Hanne Balswick	Stina Willadsen
Hege Strand	Sveinung Helleve
Hege Østensjø	Synnøve Nossen
Heidi Stenberg	Terje Bjørnstad
Hilde Bakke	Terje Legernæs
Hod Stern	Torunn Ingvaldsen
Håvard Åsegard	Trine Knuten Dahlsbakken
Inga Akeren	Trude N Veie
Jan Ingvaldstad	Veronika Johannessen
Jan Peter Jensen	Wendy Tønnessen
Jens Bøen	Yvonne C Hagen
Jørund Langørgen	Åse Rimstad Andersen

Forord

Norsk Intensivregister (NIR) ble opprettet i 1998 og samler data etter standardisert mal på nasjonal elektronisk plattform. I 2015 var dekningsgraden 84,4 % på institusjonsnivå og 90 % på individnivå.

Senter for Klinisk Dokumentasjon og Evaluering (SKDE) tok i 2016 initiativ til et kvalitetsforbedringsprosjekt i samarbeid med NIR.

NIR hadde allerede i 2015 besluttet å tilrettelegge for samling av brukerrapporterte data. Initiativet fra SKDE ble derfor ønsket velkommen og sett på som en anerkjennelse av systematisk og målrettet arbeid utført over tid av et relativt lite fagmiljø i norsk helsevesen. Prosjektet fikk også økonomisk støtte av Legeforenings fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet.

Denne sluttrapporten beskriver bakgrunnen for prosjektet og aktivitetene i de ulike trinnene i kvalitetsforbedringsprosessen; forberedelse med valg av verktøy og tilrettelegging av datafangst, plan med vurderinger rundt utvalg og forbedringstiltak, basallinjemåling, implementering av forbedringstiltak og prosessmålinger, evaluering med forbedringsmåling og forslag til etablering av standard på området. Fokuset i rapporten er å beskrive prosessen framfor å presentere detaljerte forbedringsresultater. Der er planlagt å publisere materialet, og av hensyn til eventuell dobbeltpublikasjon må vi utelate detaljerte resultater. Rapporten avsluttes med tips og erfaringer for andre som skal gjøre lignende prosjekt.

Bergen, 19. desember 2017

Innhold

Sammendrag	s. 7
1.0 Bakgrunn	s. 8
1.1 Pårørendetilfredshet som kvalitetsindikator	s. 8
1.2 FS-ICU24 som verktøy for måling av pårørendetilfredshet	s. 8
1.3 Pårørendetilfredshet og kvalitetsforbedring	s. 9
2.0 Problemstilling.....	s. 10
3.0 Gjennomføring	s. 11
3.1 Fase 1: Forberede prosjektet	s. 11
3.11 Kartlegge «dagens praksis»	s. 12
3.12 Kvalitetssikre oversettelse av FS-ICU24	s. 12
3.13 Brukerrepresentasjon	s. 13
3.14 Etikk / datasikkerhet	s. 13
3.2 Fase 2: Plan	s. 14
3.21 Utvalg	s. 14
3.22 Innsamling av data	s. 15
3.23 Tidsplan	s. 15
3.24 Lokal forankring	s. 16
3.3 Fase 3: Gjennomføring	s. 16
3.31 Forbedringstiltak	s. 16
3.32 Implementering av forbedringstiltak	s. 17
3.33 Prosess / oppfølging av deltakeravdelingene	s. 19
3.4 Fase 4: Evaluering	s. 19
3.41 FS-ICU24 som verktøy til å måle pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger	s. 19
3.42 Forbedringsresultat	s. 20
3.43 Standard for pårørendetilfredshet i norske Intensivavdelinger	s. 22
3.44 Norsk Intensivregister som ressurs for datasamling	s. 22
3.5 Fase 5: Følge opp resultatene	s. 22
4.0 Erfaringer underveis	s. 24
5.0 10 tips til andre som skal i gang	s. 27
6.0 Formidling av prosjektet	s. 27
7.0 Budsjett / regnskap	s. 28
8.0 Referanser	s. 29

Vedlegg 1: Beskrivelse av deltakeravdelingene

Vedlegg 2: FS-ICU24 norsk versjon

Vedlegg 3: Følgebrev til FS-ICU24

Vedlegg 4: Godkjenning fra Datatilsynet

Vedlegg 5: Prosedyre for utsending av FS-ICU24

Vedlegg 6: Program for de nasjonale arbeidsmøtene

Vedlegg 7: Godkjenningsskjema fra lokal leder

Sammendrag

Bakgrunn

Pasient og pårørendes opplevelse av sykehusoppholdet en viktig informasjonskilde for å kunne tilby gode helsetjenester. Intensivpasienter kan ha vansker med å huske noe som kan gi grunnlag for vurdering av kvalitet eller tilfredshet med intensivoppholdet. Pårørende som er til stede i intensivavdelingen lærer og erfarer mange ting og kan slik vurdere kvaliteten på behandling, omsorg og pleie i intensivavdelingen. Pårørende har også en juridisk rolle når pasienten ikke er samtykkekompetent. Pårørende er derfor en viktig støttespiller og samarbeidspartner i intensivavdelingen. Hensikten med prosjektet er å etablere en standard for pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger.

Metode

Et kvalitetsforbedringsprosjekt ble gjennomført etter Kunnskapssenterets mal for læringsnettverk. Dette innebærer lokale arbeidsgrupper og felles samlinger med resultatrapportering. Prosjektet ble styrt av en tverrfaglig gruppe der også pårørende var representert. Hele 19 intensivavdelinger fra ulike sykehusnivå i hele landet deltok. En godkjent norsk versjon av det validerte spørreskjemaet «Familietilfredshet i norske intensivavdelinger (FS-ICU 24)» ble brukt som måleverktøy. Dette ble sendt til et utvalg pårørende i perioden oktober - desember 2015. Område med potensial for forbedring ble identifisert og ulike forbedringstiltak ble iverksatt i løpet av 2016. Forbedringsmåling ble gjort ved at en ny gruppe pårørende fikk tilsendt spørreskjemaet i periode oktober - desember 2016.

Resultat:

Basallinjemålingen (n = 261) viste at pårørende var generelt veldig godt fornøyd med hvordan de ble ivaretatt. Området «kommunikasjon med legen» var ett av flere som pekte seg ut med forbedringspotensial. Forslag til struktur for kommunikasjon med pårørende og en samtaleguide ble laget som hjelpemiddel for lege og sykepleier. Forbedringsmålingen (n = 306) viste at disse pårørende var noe mer fornøyd enn pårørende som svarte i basallinjemålingen. Deltakeravdelingene var representative for intensivmiljøet i Norge med hensyn til liggetid i intensivavdelingen, respiratortid, sykkelighet- og pleietyngdeskåringer.

Konklusjon

Prosjektet gjør det mulig å etablere en standard for grad av pårørendetilfredshet på ulike områder i en norsk intensivavdeling.

1. Bakgrunn

Omkring 15 000 pasienter blir årlig behandlet i norske intensivavdelinger (1), hvorav 85 - 90 % disse overlever og blir utskrevet fra intensivavdelingen (2). Selv om pasientene overlever intensivoppholdet kan sykdom og medisinerings påvirke hukommelse og tankefunksjon (3). Intensivpasientene er derfor ofte ikke i stand til å mene noe om intensivoppholdet, og det kan være vanskelig å bruke pasientrapporterte resultatmål for å vurdere kvaliteten på intensivoppholdet.

Pårørende er ofte til stede store deler av tiden pasienten er på intensivavdelingen. Deres oppgave er i stor grad å formidle pasientens ønsker og verdier. Mens de er sammen med pasienten lærer og observerer de også ting som gir dem grunnlag for å mene noe om omfang og kvalitet på pleie, omsorg og behandling. Forskning viser at mange pårørende opplever tiden under og til dels etter intensivoppholdet svært belastende (4). Det er også erkjent at god omsorg for pårørende kan påvirke pasientens utkomme (5). «Family-centered care», der informasjon, omsorg og støtte tilbys pårørende som en integrert del av pasientomsorgen, er derfor et kjent begrep og anbefalt konsept i intensivmedisinen (6).

Stricker (2011) undersøkte tilfredshet hos kognitivt intakte intensivpasienter og deres pårørende, og fant at det er overensstemmelse mellom hvor fornøyd pasientene og pårørende er (7). Det er derfor mulig å involvere pårørende til å vurdere den brukeropplevde kvaliteten av pleie og behandling.

1.1 Pårørendetilfredshet som kvalitetsindikator

Bruk av kvalitetsindikatorer er en av flere metoder som brukes for å overvåke og dokumentere kvaliteten i helsetjenesten (8). Pårørendetilfredshet er en av de internasjonalt anbefalte kvalitetsindikatorerne for intensivavdelinger (9) og ble vedtatt implementert i NIR i 2015 (10). Informasjon om pårørendes grad av tilfredshet kan være nyttig slik at vi i framtiden skal kunne gi bedre pasientbehandling og ivareta pårørende på en enda bedre måte (6, 11). Vi vet imidlertid ikke hvor grensen for akseptabel pårørendetilfredshet er. Et av målene med dette prosjektet er derfor å forsøke å etablere en slik standard for pårørendetilfredshet i Norge. En slik standard, eller «benchmark», vil kunne brukes som sammenligningsgrunnlag ved senere prosjekter (12).

1.2 FS-ICU24 som verktøy for måling av pårørendetilfredshet

Internasjonalt finnes det flere ulike spørreskjema som kunne egne seg til å måle pårørendetilfredshet (13). Ved oppstart av prosjektet var det kun «Family Satisfaction in the Intensive Care Unit 24» (FS-ICU24) (14) som var oversatt fra canadisk-engelsk til norsk (15). Dette var pilottestet ved intensivavdelingene ved Nordlandssykehuset, Bodø og Universitetssykehuset i Nord Norge (UNN, Tromsø) fra januar 2014, men oversettelsesprosessen var ikke kvalitetssikret etter anbefalt retningslinje (16).

Den første delen av spørreskjemaet FS-ICU-24 fokuserer på tilfredshet med den generelle omsorgen og den siste delen med tilfredsheten med beslutningstakingen. I tillegg er det tre spørsmål om pårørendetilfredshet der pasienten døde i intensivavdelingen. Hvert av spørsmålene besvares med

avkrysning på en Likert skala med ett svar fra 5 ulike svaralternativer som strekker seg fra "fremragende" til "dårlig". Avslutningsvis er det tre spørsmål som åpner for svar i fritekst (14).

1.3 Pårørendetilfredshet og kvalitetsforbedring

Ved å kartlegge pårørendetilfredshet i utvalgte intensivavdelinger over en bestemt tidsperiode kan man avdekke områder med rom for forbedring. Siden man kan forvente at grad av pårørendetilfredshet vil variere mellom ulike avdelinger, var det naturlig at forbedringstiltak ble forankret og tilpasset lokalt. Aktuelle tiltak ville trolig variere fra revisjon av visittider til nye kommunikasjonsstrategier.

Studier fra utlandet har vist at områdene emosjonell støtte, forståelig og konsistent informasjon og koordinasjon av behandling kan være spesielt utfordrende (17, 18). Det er grunn til å tenke at dette også kan gjelde norske forhold (4, 19). Styringsgruppen ønsket derfor å innføre et felles forbedringstiltak på dette området. En retningslinje peker på mulige tiltak som kan støtte pårørende til intensivpasienter (6), få av disse tiltakene er imidlertid grundig undersøkt for effekt på pårørendetilfredshet. Stricker (2009) anbefaler små og enkle intervensjoner, for eksempel fokus på å bruke forståelig språk i samtaler med familien, slippe familiemedlemmene til i samtaler og anerkjenne betydning av familiens bidrag til omsorg for pasienten (20). Bruk av skriftlig informasjon til pårørende kan også ha effekt (21).

Med bakgrunn i dette forberedte styringsgruppen tiltak rettet mot en strukturert oppsummeringssamtale mellom lege, sykepleier og pårørende før pasienten flyttes ut av avdelingen. Mal for oppsummeringssamtalen tok utgangspunkt i anbefalinger for effektiv kommunikasjonsstrategi (22) og var tenkt å inneholde en oppsummering av intensivoppholdet, status ved utskriving og videre plan. Toveis kommunikasjon står sentralt. En lommeversjon av sjekklisten over emner samtalen bør inneholde var tenkt som et nyttig hjelpemiddel.

Hensikten med dette kvalitetsforbedringsprosjektet var derfor å undersøke i hvilken grad det er mulig å gjennomføre et kvalitetsforbedringsprosjekt i så stor skala og ha nytte av nasjonale registreringer i NIR. Målet med prosjektet var å forbedre pårørendes tilfredshet med hvordan de selv og pasienten blir ivaretatt i intensivavdelingen, og slik etablere en standard for hvor grad av pårørendetilfredshet bør ligge i norske intensivavdelinger.

2. Problemstilling

- i) Er FS-ICU24 egnet til å måle pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger?
- ii) Kartlegge grad av pårørendetilfredshet i et utvalg norske intensivavdelinger før og etter forbedringstiltak
- iii) Er det mulig å etablere en akseptert standard for pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger?
- iiii) Er innsamling av data via NIR en egnet metode for kvalitetsforbedring i et nasjonalt perspektiv?

3. Gjennomføring

Kunnskapssenterets modell for læringsnettverk (22) var utgangspunkt for organisering og gjennomføring av prosjektet. Dette innebar fellessamlinger med teoretisk påfyll og lokal resultatpresentasjon med veiledning underveis.

Styringsgruppen la opp til lokal gjennomføring etter Kunnskapssenterets fem-trinnsmodell for kvalitetsforbedring; forberede, planlegge, utføre, evaluere og følge opp endringen (figur 1) (23). Konkrete og tallfesta mål, med prosess- og forbedringsmåling, står sentralt i modellen.



Figur 1: Modell for kvalitetsforbedring (23).

3.1 Fase 1: Forberede prosjektet

Det ble laget en prosjektstyringsgruppe som bestod av representanter fra Norsk intensivregister, Nasjonalt servicemiljø for medisinske kvalitetsregistre ved SKDE og fagmiljøet. Fagmiljøet ble representert med ledere, leger og intensivsykepleiere, og geografisk spredning ble sikret. Styringsgruppens mandat var å planlegge prosjektet med tanke på kunnskapsgrunnlag og metodevalg, og initiere og bistå i praktisk gjennomføring. Styringsgruppens leder ble ansvarlig for praktisk tilrettelegging for gjennomføring av prosjektet.

Styringsgruppen gjorde et strategisk utvalg av intensivavdelinger, målet var 6-9 avdelinger fra alle tre nivå i helsetjenesten, rekruttert gjennom direkte henvendelse fra daglig leder i Norsk intensivregister. Geografisk spredning og ulike avdelingstyper var ønsket representert. Flere avdelinger meldte imidlertid interesse for prosjektet, og styringsgruppen måtte avgrense deltakelse ved 19 påmeldte avdelinger. Disse avdelingene representerte ca halvparten av innrapporterte pasientopphold i NIR i 2015. Samlet sett var de representative i forhold til gjennomsnittlig liggetid i intensivavdelingen, gjennomsnittlig sykdomsalvorlighetskår (SAPS II), ressursbruk (NEMS), respiratortid og andel pasienter som trengte respirasjonsstøttende behandling, tabell 1. Tallene for nasjonalt nivå inneholder imidlertid data fra deltakeravdelingene, og materialet er derfor ikke ytterligere statistisk bearbeidet. Formålet med tabellen er å vise at deltakeravdelingene ikke representerer ytterpunkt i verdiene. En deltakeravdeling på regionsykehusnivå rapporterte ikke data

til NIR i 2015 og er dermed ikke med i datamaterialet presentert i tabell 1. Nursing Activity Score (NAS) er ikke tatt med da kun tre av deltakeravdelingene registrerte NAS i 2015.

Tabell 1: Karakteristika for deltakeravdelingene, sammenlignet med nasjonale tall (10).

	antall pasient- opphold	Gj.snitt LOS-ICU (døgn)	Gj.snitt SAPS II	Gj.snitt SAPS II /opphol d	Andel pas m/ resp.støtte (%)	Gj.snitt respirator- tid (døgn)
Deltakeravdelinger (n=18*)	7613	4	38,6	161	58,9	3,2
Nasjonalt totalt (n= 38 **)	15047	4,1	38,5 (38,2-38,8 KI 95%)	161,2	58,6	3,4

*) En avdeling manglet relevante verdier i NIR i 2015.

**) Av 45 intensivavdelinger i Norge rapporterte 38 avdelinger til NIR i 2015.

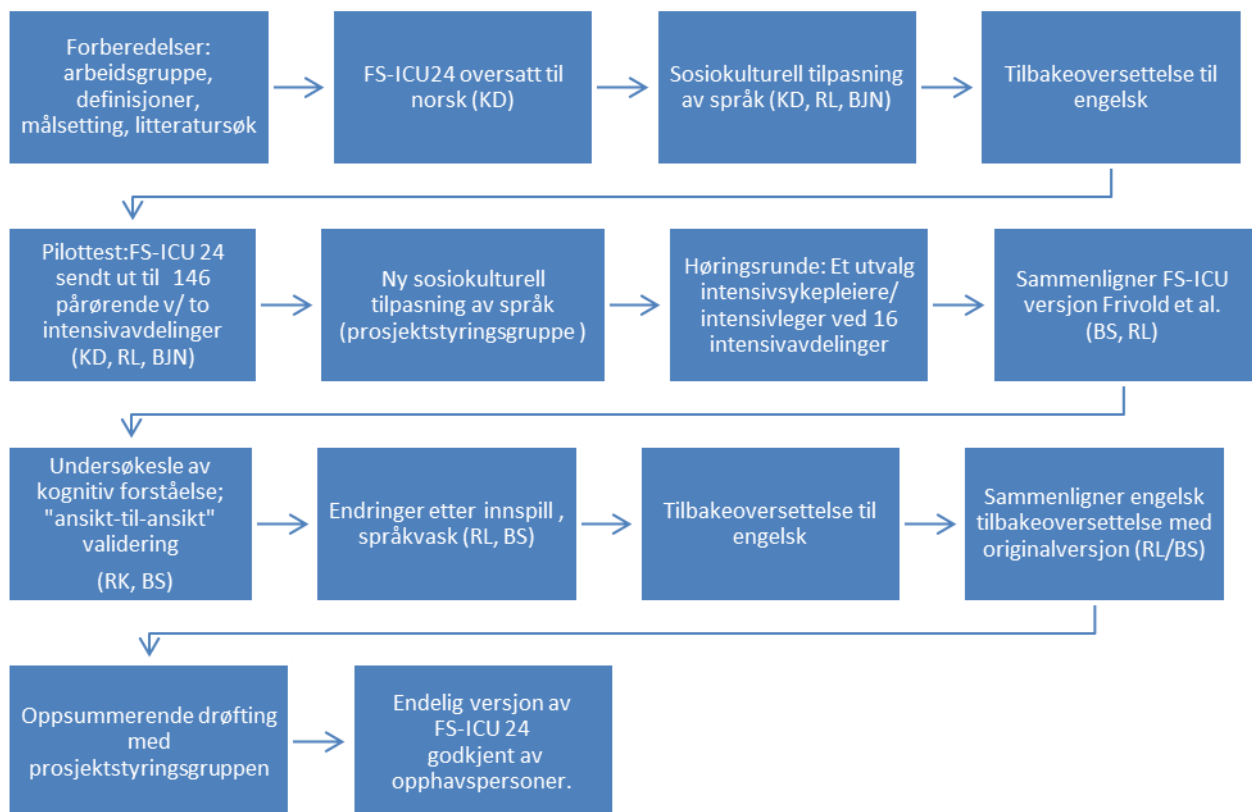
LOS-ICU: Gjennomsnittlig liggetid på intensivavdelingen, SAPS II: Simplified Acute Physiology Score II, NEMS: Nine equivalents of nursing manpower use score, KI: Konfidensintervall

3.11 Kartlegging av «dagens praksis»

For at prosjektet skal ha overføringsverdi til andre avdelinger var det ønskelig å vite hvilke tiltak som fungerte i ulike settinger. Data for avdelingskarakteristika ble innsamlet ved oppstart av prosjektet. Aktuelle variabler var organisering, kapasitet, bemanning, fasiliteter for pårørende, rutiner for informasjon til pårørende og hvordan denne kvalitetssikres. Det var også interessant å vite om det skrives dagbok til pasienten, om avdelingen hadde skriftlige kriterier for utskriving av pasienten og/eller rutiner for oppfølging etter dødsfall. Et kartleggingsskjema ble laget med pragmatisk tilnærming til valg av variabler. Avdelingene rapporterte data selv. En oversikt over karakteristika ved deltakeravdelingene finnes i vedlegg 1.

3.12 Kvalitetssikre oversettelse av FS-ICU 24

Oversettelsen av FS-ICU24 fra engelsk til norsk versjon (vedlegg 2) ble kvalitetssikret i overensstemmelse med internasjonalt aksepterte anbefalinger (16, 23). Dette innebærer en trinnvis prosess med etablering av referansegruppe og høringsinstans, oversettelse og tilbakeoversettelse av verktøyet, sosiokulturell tilpasning, og til slutt testing av kognitiv forståelse og innholdsvaliditet. Prosessen ble tilpasset praktiske forhold og er vist trinnvis i figur 2.



Figur 2: Flytskjema for aktiviteter på ulike trinn i oversettelsesprosessen av FS-ICU24.

KD: Knut Dybwik, RL: Ranveig Lind, BJN: Birgith Jørgensen Nerskogen, BS: Britt Sjøbbø, RK: Reidar Kvåle

3.13 Brukerrepresentasjon

For å ivareta brukermedvirkning i prosjektet kontaktet vi Brukerutvalget ved Helse Bergen HF og fikk representant med pårøndererfaring til styringsgruppen. Brukerrepresentasjon i lokale arbeidsgrupper i deltakeravdelingene ble oppmuntret.

3.14 Etikk / datasikkerhet

Spørreskjemaet og medfølgende informasjonsskriv ble sendt ut til pasientens hovedpårørende over 18 år, enten pasienten ble utskrevet i live eller døde under intensivoppholdet. I det medfølgende informasjonsskrivet (vedlegg 3) ble pårørende orientert om prosjektets formål, metode, frivillighet og at opplysninger blir behandlet konfidensielt.

I informasjonsskrivet ble det også informert om at spørreskjemaet ble returnert med NPR-kode. Dette gjør at pasient-ID kun kan hentes ut av lokalt, autorisert personell ved pålogging i loggførte journalsystemer. Dette personellet har fra før tilgang til disse opplysningene. Det var av stor interesse å kunne undersøke totalmaterialet med tanke på om det er grupper av intensivpasienter der pårørende er mer eller mindre tilfredse enn gjennomsnittet. Derfor ønsket vi å linke svarskjemaet til aktuelt opphold registrert i NIR. Tillatelse til å linke opplysninger fra denne undersøkelsen til pasientidentifiserbare data i NIR ble gitt av Norsk Senter for Forskningsdata (vedlegg 4). Hver deltakeravdeling søkte lokalt Personvernombud for aktuelle tillatelser der det var aktuelt.

3.2 Fase 2: Plan

For å kunne vise kvalitetsforbedring på nasjonalt nivå ble prosjektet gjennomført i form av en før-etter undersøkelse med tre måneders datasamlingsperiode for basallinjemåling av pårørendetilfredshet, deretter planlegging og implementering av felles forbedringstiltak før ny måling av pårørendetilfredshet over en periode på tre måneder.

I tillegg til det felles nasjonale forbedringstiltaket, rutiner for samtaler med pårørende, kunne deltakeravdelingene også iverksette andre forbedringstiltak, avhengig av hva lokal basallinjemåling viste.

Vi planla at den enkelte intensivavdeling skulle gjøre småskala utprøving både av det felles nasjonale forbedringstiltaket, i tillegg til lokale kvalitetsforbedringstiltak.

Prosessindikator for prosjektstyringsgruppens forslag til tiltak:

- Etterlevelse av rutine for samtaler med pårørende (antall gjennomførte samtaler / antall samtaler som ideelt burde vært gjennomført)

Resultatindikator:

- Pårørendetilfredshet målt med FS-ICU24 (total skår)
- Tilfredshet med pleie og behandling (ivaretagelse / omsorg) (delskår)
- Tilfredshet med beslutningsprosesser (deltakelse / kommunikasjon) (delskår)

3.21 Utvalg

Pårørende til pasienter som oppfyller NIRs kriterier for å være "ekte intensivpasient" ble inkludert (24). Dette innebærer at minst ett av fem kriterier skal oppfylles for at en pasients intensivopphold som skal registreres i NIR:

- Liggetid i intensivavdelingen > 24 timer
- Respiratorstøtte (hjelp av pustemaskin)
- Overflytting til annen intensivavdeling
- Vedvarende tilførsel av blodtrykkshevende medikamenter knyttet til en definert sirkulasjonssvikt
- Liggetid < 24 timer og dødsfall under intensivoppholdet

Vi kontaktet den pårørende > 18 år og som var oppgitt i pasientjournalen som intensivpasientens hovedpårørende, subsidiært den av flere hovedpårørende som hadde mest kontakt med intensivavdelingen.

Vi gjorde følgende avgrensninger:

- Prosjektet omfattet pårørende til pasienter med liggetid over to døgn (48 t) på intensivavdelingen. Dette for å unngå mange korte, «ukompliserte» opphold med lite kontakt mellom personalet og pårørende.
- Dersom pasienten døde på intensiv innen to døgn ble pårørende inkludert i prosjektet.
- Pårørende til pasienter som overflyttes mellom intensivavdelinger ble ikke inkludert med unntak av når pasienten er kortvarig innom lokalt sykehus for stabilisering før transport til større sykehus. Da ble dette oppholdet vurdert som en del av transporten og pasienten kunne inkluderes. Dette ble i hvert enkelt tilfelle vurdert på pragmatisk grunnlag.

- Pårørende til pasienter med flere intensivopphold på samme intensivavdeling ble inkludert bare en gang. Kun det første oppholdet skulle være grunnlaget for svar på spørreskjemaet.

Avgrensningene var ment for å gjøre materialet mer homogent, og å unngå at pårørende blir bedt om å fylle ut spørreskjemaet mer enn en gang. Ved overflyttinger kunne det bli vanskelig å unngå «dobbel bokholderi», og det ville også bli tidkrevende å finne ut hvor pasienten var lengst, sykest etc.

3.22 Innsamling av data

I noen studier har man delt ut FS-ICU24 mens pasienten ligger i intensivavdelingen (25). Dette kan føre til at familien føler seg forpliktet til å skåre høyt på tilfredshet og ikke uttrykke sin egentlige mening, kanskje av frykt for at pasienten ikke skal få optimal behandling eller at det skal gå ut over deres eget forhold til leger og sykepleiere. Styringsgruppen bestemte derfor at spørreskjemaet skulle sendes ut ca 3 uker etter at pasienten var utskrevet fra intensivavdelingen, sammen med et forklarende følgebrev (vedlegg 3) og frankert returkonvolutt. Det skulle ikke sendes ut purring ved manglende svar.

Ferdig utfylt og returnert skjema ble regnet som samtykke til både å delta i spørreundersøkelsen og til at anonymiserte data kan brukes i eventuell senere forskning.

Styringsgruppen lagde forslag til hvordan man kunne organisere utsendelse av spørreskjema basert på erfaringer fra Nordlandssykehuset og Universitetssykehuset i Nord Norge. Hovedelementene i dette forslaget var sammensetning av lokal arbeidsgruppe, hyppighet av møtetidspunkt, tidsforbruk og detaljert arbeidsgang (vedlegg 5).

3.23 Tidsplan

Basallinjemåling ble planlagt for en periode på 3 måneder (oktober – desember 2015) med påfølgende analyse av nasjonale data i NIR.

Styringsgruppen la opprinnelig en ambisiøs tidsplan med kort implementeringsfase før forbedringsmåling i mars – mai 2016 og slutføring ultimo juni 2016. Allerede i februar 2016 kom det sterke signal fra deltakeravdelingene om at man trengte lengre tid for implementeringen. Tidsplanen ble derfor forlenget og forbedringsmåling ble utsatt til oktober – desember 2016 (figur 3).

TIDSPLAN	2015							2016								2017							
	juni	juli	aug.	sept	okt.	nov.	des.	jan	feb.	mars	april	mai	juni	juli	aug	sept	okt	nov	des	jan	feb	mars	april
informasjonsmøte	x																						
oppstartmøte			x																				
baselinemåling				x	x	x	*	*															
implementering KF-tiltak								x	x	x	x	x	x	x	x	x							
resultatmåling																	x	x	x				
dataanalyse (NIR)							x	x												x	x	x	
KF-workshop								x (2)		x (1)			x(1)										
oppfølgingsmøter pr tlf.					x			x									x						
resultatpresentasjon																						x(1)	
rapport-/artikkelskriving												x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
*) fortsett å sende ut spørreskjema, men denne perioden er ikke del av datasamling for KAG-prosjektet																							
2) to dagers møte 1) dagsmøte																							

*) fortsett å sende ut spørreskjema, men denne perioden er ikke del av datasamling for KF-prosjektet

2) to dagers møte 1) dagsmøte

Figur 3: Tidsplan

Avslutningsmøtet ble forsinket til april 2017 pga datatekniske utfordringer relatert til framstilling av resultat. Utover å presentere nasjonale og lokale resultat (postere) fokuserte dette møtet på erfaringsutveksling og veiledning på hvordan endringstiltak kan bli en varig del av lokal organisering.

Økonomiske rammer gjorde at prosjektet kunne dekke utgifter for kun to personer fra hver deltakeravdeling til deltakelse på nasjonale møter. Dette medførte at flere avdelinger vekslet på hvem som ble sendt til hvert møte.

3.24 Lokal forankring

Styringsgruppen utarbeidet et eget dokument for lederforankring på avdelingsnivå (vedlegg 6). Hensikten for å sikre at ledelse var informert om prosjektet og hadde godkjent deltakelsen. I tillegg kunne dette være et verktøy som forpliktet ledelse til å avsette nødvendige ressurser til prosjektarbeidet. Av deltakeravdelingene hadde 16 av 18 formell lederforankring av prosjektet.

3.3 Fase 3: Gjennomføring

Vi fikk svar fra hovedpårørende til 261 pasienter i basallinjemålingen. Basallinjemålingen viste at pårørende stort sett er godt fornøyd med hvordan de ble ivaretatt under intensivoppholdet. På noen variabler er det variasjoner mellom deltakeravdelingene. Respons på «Hvor ofte snakket legene med deg om pasientens tilstand?» viste at ca 65% svarte i kategoriene *av og til - sjelden – aldri*. Dette temaet ble derfor fokus for felles forbedringstiltak.

3.31 Forbedringstiltak

Det felles forbedringstiltaket ble endret fra opprinnelig plan og utviklet av styringsgruppen etter innspill fra deltakeravdelingene til *en strukturert tilnærming til* informasjonsmøtene med pårørende. Dette ble utviklet på bakgrunn av litteratursøk og knyttet til effektive kommunikasjonsstrategier for pårørende i intensivavdelinger. Vi kontaktet også spesialister på området for råd og veiledning. Prosessen førte fram til en plan for pårørendesamtaler og en samtaleguide i lommeformat som kan fungere som en huskeliste for anbefalte / sentrale element for samtalen (figur4).

Guide for samtaler med voksne pårørende til intensivpasienter	
En samtale skjer når hver av partene i tillegg til å formidle eget budskap, synspunkter, tanker og følelser, lytter til motparten.	
MÅL: - Første samtale med pårørende gjennomføres innen 24 timer etter innkomst - Lege og sykepleier med på alle samtaler «Pep-talk» mellom lege og spl før samtalen - Alltid på eget rom.	Tips til gjennomføring av samtalen - Evt avklar rammene for møtet; tid til rådighet, mulige avbrudd osv. - Sjekk ut pårørendes forståelse / opplevelse av situasjonen og la dette være utgangspunkt for videre samtale - Få fram budskapet ditt tidlig, i passe porsjoner. Bruk dagligdags språk. - Forsikre deg om forståelse av det du formidler. - Still åpne spørsmål. Pårørendes bekymringer formidles ofte som «hint». - Oppsummer samtalen og avklar «Er det noe vi ikke har snakket om nå?» eller «Hva er viktig for dere nå?» - Gjør avtale for neste samtale.
«Pep-talk»: - Gi evt calling til andre - Hva er status for pasienten; Hva er behandlingsmål / hva tror vi om prognosen? - Hvem av pårørende er her og hvem vil vi snakke med? - Hva tror vi er pårørendes opplevelse av situasjonen? - Hva vil vi formidle / hva trenger vi informasjon om? - Hvordan avsluttes samtalen, hva skjer etterpå?	

Figur 4: Lommeutgave av samtaleguide.

Prosessmål ble konkretisert til:

- Nærmeste pårørende til alle pasienter skal få tilbud innkomstsamtale med lege og intensivsykepleier innen 12 (24) timer (første dagvakt) etter innleggelse i intensivavdelingen.
Indikator: antall gjennomførte samtaler / antall samtaler som ideelt burde vært gjennomførte.
- Det skal lages plan for videre samtaler.
Indikator: Er plan journalført? (ja / nei)
- En tilstreber at nærmeste pårørende får tilbud om en oppsummeringssamtale før utskrivning fra intensivavdelingen.
Indikator: antall gjennomførte samtaler / antall samtaler som ideelt burde vært gjennomførte.
- Samtalene skal dokumenteres i journal.
Indikator: antall dokumenterte samtaler / antall samtaler som burde vært dokumenterte.

3.32 Implementering av forbedringstiltak

Det finnes ikke noe enkeltstående tiltak som peker seg ut som spesielt effektivt ved implementering av forbedringstiltak (21, 26-28). Det kan imidlertid være effektivt å skreddersy tiltakene til lokale forhold (29). De som har lyktes med å innføre forbedringstiltak på dette området har også brukt flere tiltak som tverrfaglig tilnærming, undervisning om «best practice», sjekklister, daglige påminnere i form av plakater / informasjonsrunder i avdelingen og tilbakemelding på etterlevelse (30).

Tilsvarende forbedringsprosjekt viste hva andre hadde gjort og erfart, men dette var prosjekt fra annen kulturell setting og dermed ikke uten videre overførbart til norsk arbeids- og organisasjonskultur (31). Basert på lokale årsaksanalyser av problemområdet valgte deltakeravdelingenes tiltak som passet lokal setting for å få personalet til å gjennomføre forbedringstiltaket. Noen valgte informasjonsmøter og undervisning / temakvelder, mens andre fokuserte på system som gjorde at pårørendesamtale fikk en daglig påminner, for eksempel som eget

punkt på tavlemøter eller i elektronisk pasientkurve. En oversikt over valgte tiltak i de ulike avdelingene kan sees i tabell 2. Tabellens innhold er basert på avdelingenes sluttrapporter.

Tabell 2: Oversikt over implementeringstiltak som ble utført i deltakeravdelingene.

	tverrfagl. arb.gr	info-møter	e-post	lommeuide	undervisning	feedback	tavlemøte	påminner	plakat	prosedyre	akademisering	tilrettelegge dokumentasj.	prosessmåling
Drammen	x	x	x	x		x						x	x
Gjøvik	x	x	x	x		x	x					x	
HUS Mio	x	x		x								x	
Kristiansund		x		x	?		x				x		
Levanger					x			x	x			x	x
Namsos	x	x						x		x			x
Harstad		x							x				
Ålesund kir	x	x	x			x		x	x		x		
Ålesund med	x	x				x			x		x		
Skien	x	x		x	x	?	x						x
Stavanger	x	x	x	?	x	x	x	x			x		
Tønsberg	x				x		x	x		x	x		
Hus Intensiv	x	x		x	x	x				x	x	x	x
Haugesund		x				x				x			
Tromsø	x	x	x	x	x	x			x			x	x
St Olav hosp.		x				x		x				x	
Ullevål Postop.seksj.- INTI8	x	x		?	x			x			x		
Sykehuset Innlandet - Hamar	x	x		x	x	x	x	x		x			x

Intensivavdelingen ved Nordlandssykehuset deltok ikke i forbedringsprosjektet men rapporterte data i begge målingene. Vi definerte følgende:

Infomøter = møter med personalet der innholdet er fokus på gjennomføring av prosjektet.

Undervisning = møter med personalet der fokus var på faglig undervisning om pårørendes behov / reaksjoner og hvordan man kan imøtekomme disse.

Tavlemøte = pårørendesamtale har fått eget punkt på resultattavle (feedback) og/eller aktivitetstavle (påminner).

Feedback = tilbakemeldinger på resultat i løpet av prosessen, som informasjon, presentasjoner, plakater osv.

Påminner= påminner som dukker opp til bestemte tidspunkt i elektronisk kurvesystem.

Akademisering = faglig / uformell men bevisst og målretta småprat om emnet med kollegaer.

Tilrettelegge dokumentasjon = lage eget dokument med ferdig tekst i elektronisk journal, der man kun trenger å gjøre enkel revisjon.

3.33 Prosess / oppfølging av deltakeravdelingene

Under basallinjemålingen fikk deltakeravdelingene tilbud om oppfølging pr telefon mellom styringsgruppens leder og lokal representant der hensikten var å kunne bistå deltakeravdelingene i prosessen rundt datainnsamling og registrering.

Det var nødvendig å styrke lokale arbeidsgrupper med kunnskap om kvalitetsforbedringsteori / -metode og kommunikasjon. Innleide forelesere fra blant annet Kunnskapssenteret bidro i dette. For å gi de lokale arbeidsgruppene et hjelpemiddel i å bygge opp legitimitet for prosjektet ble en pårørende intervjuet. Intervjuet ble formidlet som film og frigitt til bruk lokalt for å gi stemme til målgruppen for prosjektet (<https://www.youtube.com/watch?v=-BRKzWQPUEE>).

Workshop i januar 2016 gikk over to dager. Dette møtet hadde fokus på tolkning av basallinjemålingen, valg av forbedringstiltak, lokal prosjektledelse og implementeringskunnskap. Workshoper i mars og april (dagsmøter) fokuserte på implementering. Deltakeravdelingene presenterte postere i mindre grupper og drivkrefter / barrierer ble diskutert. Medlemmer av styringsgruppen fasiliterte erfaringsutvekslingen og hovedpoeng ble siden tatt opp i plenum. I tillegg supplerte styringsgruppen med kunnskap om ulike verktøy som kunne være nyttige for forbedringsprosessen. Muligheter til å kunne drøfte erfaringer og utfordringer med hverandre, og komme med innspill underveis til prosjektledelsens forslag til forbedringstiltak var vektlagt for å skape lokalt eierskap til forbedringsprosjektet. Program for workshoper er vedlagt (vedlegg 6).

Styringsgruppen hadde interne telefonmøter i startfasen, men har siden hatt elektronisk internkommunikasjon gjennom hele prosjektet.

3.4 Fase 4: Evaluering

Hele 18 av 19 avdelinger fullførte kvalitetsforbedringsprosjektet og leverte detaljerte sluttrapporter. En avdeling var tydelig på at de ikke hadde ressurser til å delta i forbedringsprosjektet, men bidro i datasamlingen i begge periodene.

Det var vanskelig å få brukerrepresentasjonen til å fungere i praksis da vedkommende kun møtte på en samling. Kun en av de lokale arbeidsgruppene på deltakeravdelingene hadde brukerrepresentasjon med i arbeidet, da i form av avdelingstilknyttet brukerutvalg.

Tidlig i prosjektet ble det tydelig at det var svært begrenset med kunnskaper om og muligheter til å gjøre prosessmålinger lokalt. Det var heller ikke mulig å mønstre kvalifiserte undervisere på området for å tilføre nødvendig kunnskap. Bruk av statistisk prosesskontroll (SPC) ble derfor bevisst tonet ned og vi fokuserte i stedet på å gjøre enkle målinger, for eksempel antall månedlig andel av utførte innsamlingssamtaler. Prosjektets tidsramme gav ikke mulighet for SPC på en slik variabel, men «spot-målinger» kunne likevel gi et inntrykk av forbedringsprosessen når det gjaldt etterlevelse av ny praksis.

3.41 FS-ICU24 som verktøy til å måle pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger

Spørreskjemaet egner seg godt; det tar kort tid å fylle ut, er kort og gir et overkommelig stort datamateriale, samtidig som det besvarer viktige spørsmål. De svært gode resultatene på begge måletidspunkt kan imidlertid tyde på at «gulv-tak effekten» kan være nådd og at FS-ICU24 har begrenset nytteverdi når det gjelder evne til å kunne måle forbedring.

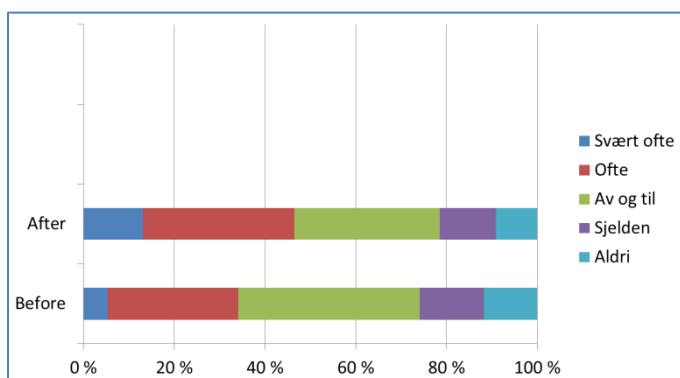
Presisjon i svaralternativene kan diskuteres. Spørreskjemaet er utformet slik at svarkategorien «mye» innebærer en udelt positiv opplevelse. Noen kan imidlertid oppleve mye informasjon som «pådytting» av informasjon og en forventning om involvering mot sitt ønske.

Respons i spørreskjemaets fritekstfelt, ofte som direkte tilbakemelding på prosess eller hendelse, er lagret og brukt lokalt, altså ikke registret i NIR.

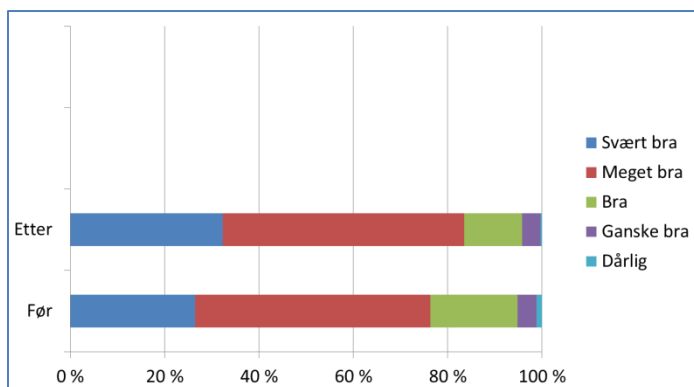
Sosiokulturell språktilpasning av spørreskjemaet FS-ICU24 kan ha påvirket skjemaets validitet. Beskrivende faktoranalyse vil kunne avklare om oversettelse til norsk har påvirket dette (16).

3.42 Forbedringsresultat

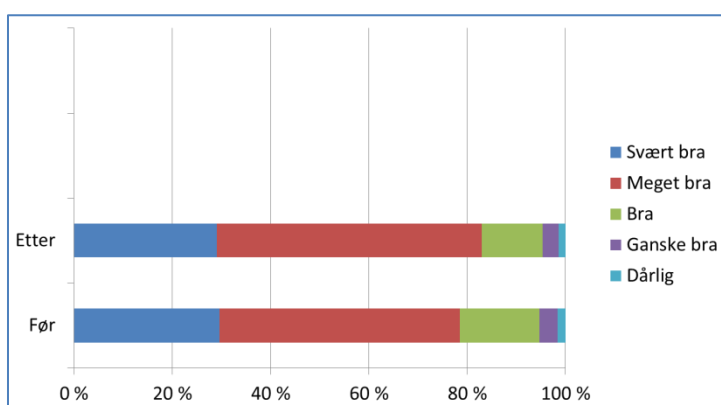
En ny gruppe hovedpårørende fikk tilsendt spørreskjema i perioden 1. oktober – 31. desember 2016 for å undersøke om forbedringstiltak hadde ført til økt tilfredshet, 306 svarte. Resultatene viste forbedring på fokusområdet, både spesifikt på i hvilken grad pårørende opplevde at legene snakket med dem om pasientens tilstand (figur 5), men også på spørsmål om hvor villige intensivpersonalet var til å svare på spørsmål (figur 6), opplevelse av ærlig informasjon (figur 7) og forståelige forklaringer (figur 8). Det synes også å ha blitt bedre overenstemmelse i informasjonen som blir gitt (figur 9).



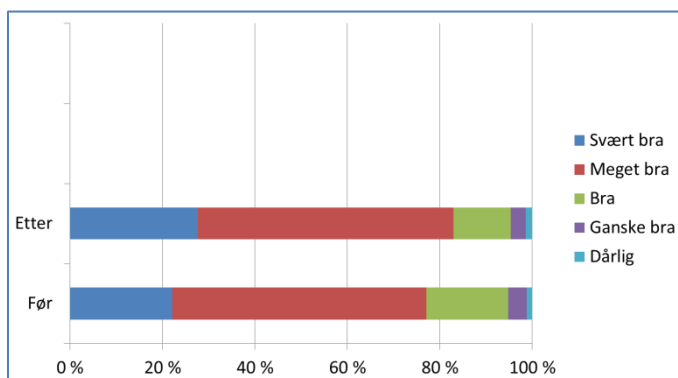
Figur 5: Hvor ofte snakket legen med deg om pasientens tilstand?



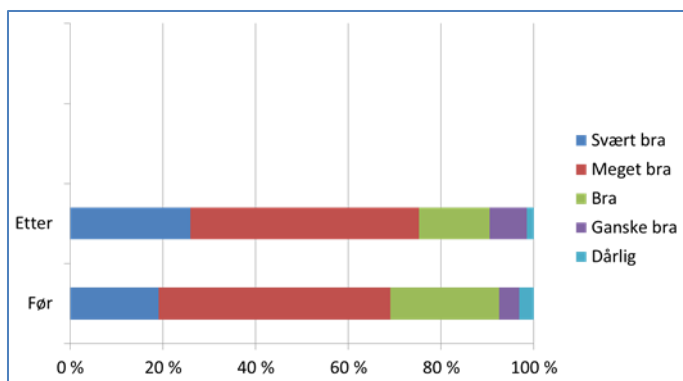
Figur 6: Hvor villige var intensivpersonalet til å svare på dine spørsmål?



Figur 7: Hvor ærlig var informasjonen du fikk om tilstanden til ditt familiemedlem?



Figur 8: Hvor godt klarte intensivpersonalet å gi deg forklaringer som du forsto?



Figur 9: Hvor stor overensstemmelse var det i informasjonen du fikk om tilstanden til din nærmeste?

Det pågår analyser om demografiske beskrivelse og eventuelle forskjeller og sammenhenger i datamaterialet. Det er planlagt en publikasjon om materialet og av hensyn til eventuell dobbeltpublikasjon utelates derfor øvrige detaljerte resultat her.

3.43 Standard for pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger.

Deltakeravdelingene var, for de vanligste variablene, representative for det samlede intensivmiljøet i Norge (tabell 1, s. 11). Pårørendes grad av tilfredshet, målt med FS-ICU 24 i perioden oktober – desember 2016 vil derfor kunne fungere som standard, eller benchmark, for framtidige målinger på pårørendetilfredshet ved intensivavdelinger i Norge. Følgende momenter må likevel tas med i betraktning.

Vi sendte spørreskjema til en ny gruppe pårørende i «etter-målingen». De fleste av disse har ikke sammenligningsgrunnlag med tidligere, noe som vil gjøre det krevende å måle forbedring i vesentlig grad. I tillegg har FS-ICU24 relativt begrenset graderingsmuligheter i svaralternativene, noe som kan gi skjevheter i svarene og dermed mindre muligheter til å måle forbedring.

Vi valgte å begrense utvalget som fikk tilsendt spørreskjema, blant annet ved å utelate pårørende til pasienter som ble flyttet mellom intensivavdelinger og til pasienter med korte liggetider i intensivavdelingen. Disse kan ha gode grunner til å være svært misfornøyd. Å begrense utvalget på denne måten strider også mot grunnleggende kvalitetsforbedringstenkning, der små utvalg og utprøving av forbedringstiltak i liten skala løftes fram som suksesskriterium (32).

Vi kan ikke konkludere med at de iverksatte forbedringstiltakene er årsaken til forbedringen vi målte. Forbedringen kan skyldes økt fokus på området, såkalt «Hawthorne effekt» (33).

3.44 Norsk Intensivregister som ressurs for datasamling

Planen var at prefabrikkerte rapportfunksjoner skulle levere resultat fra NIR umiddelbart etter dataplotting. Dette viste seg ikke mulig i denne fasen av prosjektet. Pårørendetilfredshet var en ny kvalitetsindikator i Norsk Intensivregister og database måtte tilpasses nye registreringer. Dette tok lengre tid enn forventet og medførte at vi ikke kunne bruke Rapportekets rapportfunksjon for analyse ved basallinjemålingen. I stedet brukte deltakeravdelingene et Excel-skjema som var utviklet av Knut Dybwik i forbindelse med pilottesten av spørreskjemaet. Dette fungerte bra for

basallinjemålingen og hadde funksjoner som gjorde basallinjemålingen visuelt tilgjengelig for alle. Dette medførte imidlertid en del ekstraarbeid for deltakeravdelingene ved at data måtte legges inn både i NIR og i Excel. I tillegg var det heller ikke mulig å sammenligne data fra egen avdeling med nasjonale tall.

Selv ved forbedringsmålingen ett år etter var NIR fremdeles ikke funksjonelt på området. Prosjektet har vist hvilke krav til dataleveranse / resultatvisualisering som er hensiktsmessig på lokalt plan. For senere målinger vil NIR fungere godt på dette området, både i lokalt og nasjonalt perspektiv.

3.5 Fase 6: Følge opp resultatene

NIR har avsluttet oppfølgingen av de lokale prosjektgruppene etter at forbedringsmålingen var utført. Ved presentasjon av forbedringsresultatene har styringsgruppen, gjennom veiledning og undervisning, pekt på veien videre i forhold til hvordan de lokale arbeidsgruppene kan rapportere forbedringsdata og «selge resultatet inn» til lokal ledelse, og hvordan implementere endringen i faste rutiner.

To avdelinger vil foreta ny forbedringsmåling i 2017 og har konkrete planer om å utvide prosjektet med hensyn på forbedringstiltak i form av systematisk oppfølging av pårørende etter intensivoppholdet.

4. Erfaringer underveis

Det varierte veldig mellom avdelingene i hvor stor grad lederforankringen fungerte i praksis, f.eks. i hvilken grad prosjektmedarbeidere fikk avsatt tid og ressurser til å gjennomføre nødvendige arbeidsoppgaver. Lederdeltakelse i lokal prosjektgruppe var ikke garanti for gjennomføringsevne, det kan virke som om det var viktigere å ha med lege. Formell ledelsesforankring er ingen garanti for suksess! Alle deltakeravdelingene hadde formell lederforankring ved at leder måtte signere et «deltakerdokument» (vedlegg 7). Hensikten med dette dokumentet var å gi lokal arbeidsgruppe legitimitet og samtidig forplikte leder til å tilrettelegge for arbeidet. Det er svært viktig at leder er pådriver og aktiv i prosessen, etterspørre status underveis og tilrettelegge kontinuerlig. De gruppene som hadde leder med i arbeidsgruppen og som også stilte på samlingene arbeidet mer systematisk og målrettet underveis.

Prosjektet tok lengre tid enn opprinnelig planlagt. Dette medførte utskiftninger i lokale arbeidsgrupper. Noen av styringsgruppens medlemmer fikk også andre utfordringer underveis. Det er krevende å holde fokus på målet og å motivere deltakeravdelinger over så lang tid. Med færre deltakeravdelinger kunne hver lokale arbeidsgruppe blitt fulgt tettere opp, noe som er nødvendig når prosjektet gikk over så lang tid med utskiftninger i lokale arbeidsgrupper.

Avveining mellom driftsmessige hensyn i en uforutsigbar hverdag og planlagte aktiviteter ble rapportert som krevende. Flere fortalte om at turnusarbeid gjorde det vanskelig å finne felles tidspunkt der arbeidsgruppen kunne arbeide sammen, og at planlagte prosjektdager ble amputert fordi en eller flere av arbeidsgruppen ble trukket inn i pasientnært arbeid. For liten skjermet tid til å gå fra ordinært arbeid til å gjøre forbedringsarbeid er en gjenganger i utfordringene som er beskrevet i evalueringene. Tidsbehovet for lokale prosjektmedarbeidere varierer utover i en slik prosess og dette er vanskelig å sette inn i en rullerende turnus med ulike skiftordninger. Uforutsatte oppgaver med tidsfrister krever en viss fleksibilitet både hos ledelse og hos prosjektmedarbeidere. Det er krevende å planlegge eller ta høyde for dette, spesielt hvis prosjektet går over lengre perioder, som i dette tilfellet.

Sluttevalueringsskjemaene viser at 7 av 18 deltakeravdelinger utførte enkle prosessmålinger. Disse avdelingene uttrykte å ha stor nytteverdi av slike, men slike målinger gav ikke nødvendigvis større forbedringsresultat. Kunnskap om prosessmålinger er liten og dette prosjektet hadde ikke ressurser til å klare å heve dette.

Det var vanskelig å få de lokale arbeidsgruppene til å lage tydelige, tallfestete målsettinger, både for forbedringseffekt og tidsforløp. En avdeling utpekte seg på dette området og brukte dette bevisst gjennom prosjektet. Denne avdelingen klarte ikke å vise tydelig forbedringsresultat.

Det var stort behov for kunnskap om kvalitetsforbedringsmetoder og –teori. Undervisning om dette underveis ble godt mottatt. Med få unntak gjorde deltakeravdelingene seg svært liten nytte av lokal kvalitetsforbedringskompetanse på sykehuset, til tross for at dette ble anbefalt og oppmuntret fra styringsgruppen. Dette kan skyldes at praktisk hjelp og kompetanse kan være lite synlig eller tilgjengelig for praksisfeltet i sykehusene, eller at slik kompetanse faktisk finnes i mindre grad enn forventet.

Kun en deltakeravdeling involverte brukerrepresentant. Det er erfaringsmessig vanskelig å få tak i brukerrepresentanter til forbedringsprosjekt i intensivavdelingen. Så lagt har det vært liten tradisjon

på dette, og det er få brukerrepresentanter som har erfaring med dette spesielle fagområdet i helsevesenet.

Her presenteres noen bilder fra en av samlingene for lokale prosjektgrupper:





5.0 10 tips til andre som skal i gang:

- Lokal ledelsesforankring; det vil si lokal leder må være med i arbeidsgruppe og delta aktivt i hele prosessen.
- Representanter for de yrkesgrupper som omfattes av endringen MÅ være med i lokal arbeidsgruppe!
- La hele arbeidsgruppen fra deltakeravdelingene delta på nasjonale samlinger og heller begrense antall deltakeravdelinger. Dette gir bedre kontinuitet, tryggere rammer og bedre forhold for nettverksbygging.
- Ikke ta for gitt at alle har kunnskap om kvalitetsforbedringsteori / effektiv endringstenkning.
- Feire delmål! Del ut premier! Beste idé, mest aktive, høyest mulige andel innen...
- Fokuser på det positive som faktisk blir gjort, ikke på det som ikke blir gjort.
- Faglig påfyll som også kunne brukes i andre sammenhenger, f.eks. kunnskap om forbedringsteori / metodikk med konkrete hjelpemiddel / metoder for å komme videre i prosessen, kombinert med, i dette tilfellet, kunnskap om kommunikasjon og tips for omsorg til kriserammete pårørende. Dette gjør lokale endringsagenter til ressurspersoner på det faglige spesialfeltet som forbedringen omhandler.
- Statistisk prosesskontroll kan fort oppfattes som en stor barriere. Løft fram poenget med enkle prosessmålinger framfor statistiske utfordringer.
- Tavlemøter! Bruk både påminner- og resultattavle. Prosjektet må være synlig for alle i avdelingen.
- Skriv prosjektdagbok underveis; både på lokalt og på overordnet plan. Når prosjekt går over lengre tid er det fort å glemme hva som ble gjort underveis i prosessen.

6. Formidling av prosjekt

- Britt Sjøbbø: Familietilfredsheit i norske intensivavdelingar, eit kvalitetsforbetringsprosjekt. Kvalitetskonferanse i Helse Vest, Stavanger, 1. juni 2016.
- Reidar Kvåle / Britt Sjøbbø: Familietilfredsheit i norske intensivavdelingar, eit kvalitetsforbetringsprosjekt. Konferanse for nasjonale kvalitetsregistre, Oslo, 10. mars 2016.
- Hilde Valen Wæhle: Hvordan bruke kvalitetsregisterdata i forbedringsarbeid? – pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger – et kvalitetsforbedringsprosjekt. Minikurs i kvalitetsforbedringsteori og -metodikk for kvalitetsregistre i Helse Vest med nasjonal status. Bergen, 3. oktober 2016.
- Britt Sjøbbø / Reidar Kvåle: Familietilfredsheit i norske intensivavdelingar, eit kvalitetsforbetringsprosjekt. Prosessrapport. Årsmøte i Norsk Intensivregister, november 2016 og 2017.
- Reidar Kvåle: Familietilfredsheit i norske intensivavdelingar, eit kvalitetsforbetringsprosjekt. Rundbordskonferansen «Medisinske kvalitetsregistre, en kilde til kvalitetsforbedringsarbeid», Oslo, 23. mars 2017.
- Birgith Jørgensen Nerskogen: Familietilfredshet i norske intensivavdelinger, et kvalitetsforbedringsprosjekt. Muntlig presentasjon er akseptert til Nasjonalt Fagseminar for Norsk Sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere, Tromsø, 21.-22. september 2017.

7. Budsjett / Regnskap

Prosjektet ble tildelt 1000 000 kroner fra SKDE.

Budsjettet for prosjektet:

	Estimatgrunnlag	Budsjett
Informasjonsmøte juni -15	38 pers x 1800 kr	68 400
Tilbakeoversettelse av spørreskjema til engelsk	Ca 1 kr / ord	2000
Oppstartmøte sept.-15	50 pers x 1800 kr	90 000
Prosjektgruppemøte nov.-15	10 pers x 1800 kr	18 000
Prosjektgruppemøte jan.-16	10 pers x 1800 kr	18 000
Workshop 2 dager jan. -16	50 pers x 4700 kr	235 000
Workshop dagsmøte x 2 (mars + april 2016)	50 pers x 1800kr x 2	180 000
Eksterne bidragsytere (implementeringsfase 2016)		40 000
Statistiker(usikkert behov)		20 000
Møte med resultatpresentasjon	50 pers x 1800kr Postere: 1500kr/poster x 15 sykehus	90 000 22 500
Publiseringskostnader		22 500
Prosjektadm. lønn 20% stilling i 10 mnd = ca 1 dag / uke	14 400kr /mnd	144 000
SUM		927 900

Forenklet oversikt over regnskapet:

	reiseutgifter	frikjøp prosjektledelse	møtelokale	honorar forelesere	
2015	46 620	51 787			
2016	206 917	77 799	185 221	24 288	
2017	78 673	63 000	24 748		
Totalt	332 210	192 586	209 969	24 288	759 053

Tildelte midler i 2015	885 715
Forbruk i prosjektperiode	-759 053
Tilbakeføres	126 662

Den Norske Legeforenings Kvalitetsfond tildelte prosjektet 500 000 kroner. Pengene ble delt likt på alle deltakeravdelingene og brukt til frikjøp av tid til implementering av forbedringstiltak.

8. Referanser

1. **Søreide E, Flatland S, Flaatten H, Helset E, Haavind A, Klepstad P, et al.** Retningslinjer for intensivvirksomhet i Norge. Oslo: Norsk Anestesiologisk Forening og Norsk sykepleierforbunds landsgruppe for intensivsykepleiere; 2014. Tilgjengelig fra: https://www.nsf.no/Content/2265711/Retningslinjer_for_IntensivvirksomhetNORGE_23.10.2014.pdf [Nedlastet: 20. sept 2015].
2. **Strand K, Walther SM, Reinikainen M, Ala-Kokko T, Nolin T, Martner J, et al.** Variations in the length of stay of intensive care unit nonsurvivors in three scandinavian countries. *Critical Care* [Internett]. 2010; 14(5):[p. R175 p.]. doi: 10.1186/cc9279
3. **Kiekkas P, Theodorakopoulou G, Spyrtos F, Baltopoulos GI.** Psychological distress and delusional memories after critical care: a literature review. *Int Nurs Rev.* 2010;57(3):288-96.
4. **Frivold G, Dale B, Slettebø Å.** Family members' experience of being cared for by nurses and physicians in Norwegian intensive care units: A phenomenological hermeneutical study. *Intensive and critical care nursing.* 2015;31:232-40.
5. **Adelman RD, Tmanova LL, Delgado D, Dion S, Lachs MS.** Caregiver burden: a clinical review. *JAMA.* 2014;12(10):1052-60.
6. **Davidson JE, Aslakson RA, Long AC, Puntillo KA, Kross EK, Hart J, et al.** Guidelines for family-centered care in the neonatal, pediatric and adult ICU. *Crit Care Med.* 2016;45(1):103-28.
7. **Stricker KH, Kimberger O, Brunner L, Rothen HU.** Patient satisfaction with care in the intensive care unit: can we rely on proxies? *Acta Anaesthesiol Scand.* 2011;55(2):149-56.
8. **Meld. St. 13** Kvalitet og pasientsikkerhet 2015. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2015.
9. **Rhodes A, Moreno RP, Azoulay E, Capuzzo M, Chiche JD, Eddleston J, et al.** Prospectively defined indicators to improve the safety and quality of care for critically ill patients: a report from the Task Force on Safety and Quality of the European Society of Intensive Care Medicine. *Int Care Med.* 2012;38(4):598-605.
10. **Norsk Intensivregister (NIR).** Årsrapport for 2015 [internett]. Bergen: Norsk Intensivregister; 10. august 2016, sitert 20. november 2016. Tilgjengelig fra: <https://helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir>.
11. **Helsedirektoratet.** Pårørendeveileder. Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten [internett]. Oslo: 16. januar 2016 [oppdatert 05.oktober 2017, sitert 01.03.2017] Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/paerørendeveileder>
12. **Guidet B, Nguyen Y-L.** Benchmarking. From comparison to performance. I: Guidet B, Valentin A, Flaatten H, red. *Quality Management in Intensive Care.* Cambridge: Cambridge University Press; 2016. s. 213-220.
13. **van den Broek JM, Brunsveld-Reinders AH, Zedlitz AM, Girbes AR, de Jonge E, Arbous MS.** Questionnaires on Family Satisfaction in the Adult ICU: A Systematic Review including Psychometric Properties. *Crit Care Med.* 2015;43(8):1731-44.
14. **Heyland DK, Tranmer JE.** Measuring family satisfaction with care in the intensive care unit: The development of a questionnaire and preliminary results. *Journal of Crit Care.* 2001;16(4):142-9.
15. **www.thecarenet.ca.** [internett]. Ontario, Canadian Researchers at the End of Life Network; 2015 [sitert 20. november 2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.thecarenet.ca/resource-center/family-satisfaction-survey/835-family-satisfaction-downloads>.
16. **Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al.** Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value in Health.* 2005;8(2):94-104.
17. **Osborn TR, Randall Curtis J, Nielsen EL, Back AL, Shannon SE, Engelberg RA.** Identifying Elements of ICU Care That Families Report as Important But Unsatisfactory. *Decision-making, Control and ICU Atmosphere.* *Chest.* 2012;142(5):1185-92.

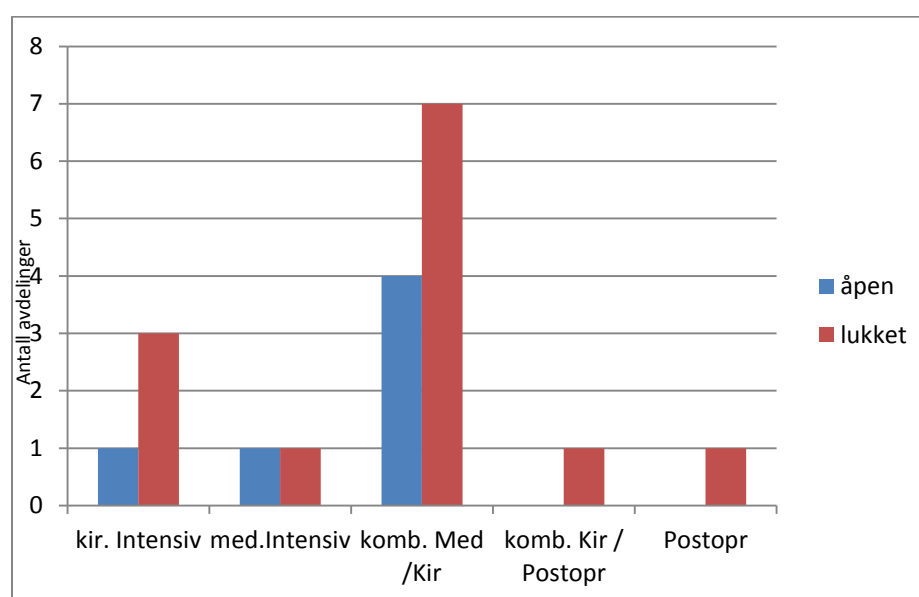
18. **Schwarzkopf D, Behrend S, Skupin H, Westermann I, Riedemann NC, Pfeifer R, et al.** Family satisfaction in the intensive care unit: a quantitative and qualitative analysis. *Intensive Care Med.* 2013;39:1071-9.
19. **Lind R, Nerskogen BJ.** Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey in Norway. *Intensive Care Medicine Experimental.* 2015;3 (Suppl 1).
20. **Stricker KH, Kimberger O, Schmidlin K, Zwahlen M, Mohr U, Rothen HU.** Family satisfaction in the intensive care unit: what makes the difference? *Intensive Care Med.* 2009;35:2051-9.
21. **Giguère A, Légaré F, Grimshaw J, Turcotte S, Fiander M, Grudniewicz A, et al.** Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes [internett]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD004398.pub3
22. **Warrilow S, Farley KJ, Jones D.** Ten practical strategies for effective communication with relatives of the ICU patients. *Intensive Care Med.* 2015;41(12):2173-6.
23. **Sousa VD, Rojjanasirirat W.** Translation, adaptation and validation of instruments or scales for use in cross-cultural health care research: a clear and user-friendly guideline. *Journal of Evaluation in Clinical Practice.* 2011;17:268-74.
24. **Norsk Intensivregister (NIR).** Mal for data og kodebok. Bergen: Norsk Intensivregister; 2015, sitert 30. mars 2017. Tilgjengelig fra: www.helse-bergen.no/norsk-intensivregister-nir/mal-for-data-og-kodebok.
25. **Henrich NJ, Dodek PM, Heyland DK, Cook D, Rocker G, Kutsogiannis D, et al.** Qualitative analysis of an intensive care unit family satisfaction survey. *Crit Care Med.* 2011;39(5):1000-5.
26. **Arditi C, Rège-Walther M, Wyatt JC, Durieux P, Burnand B.** Computer-generated reminders delivered on paper to healthcare professionals; effects on professional practice and health care outcomes [internett]. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2012. DOI: 10.1002/14651858.CD001175.pub4
27. **Reeves S, Perrier L, Goldman J, Freeth D, Zwarenstein M.** Interprofessional education: effects on professional practice and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2013. DOI: 10.1002/14651858.CD002213.pub3
28. **Smeulders M, Lucas C, Vermeulen H.** Effectiveness of different nursing handover styles and healthcare outcomes (update). *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2014. DOI: 10.1002/14651858.CD009979.pub2
29. **Baker R, Camosso-Stepinovic J, Gillies C, Shaw EJ, Cheater F, Flottorp S, et al.** Tailored interventions to address determinants of practice. *Cochrane Database of Systematic Reviews.* 2015. DOI: 10.1002/14651858.CD005470.pub3
30. **Wysham NG, Mularski RA, Schmidt DM, Nord SC, Louis DL, Shuster E, et al.** Long-term persistence of quality improvements for an intensive care unit communication initiative using the VALUE strategy. *Journal of Critical Care.* 2014;29:450-4.
31. **Pagnamenta A, Bruno R, Gemperli A, Chiesa A, Previsdomini M, Corti F, et al.** Impact of a communication strategy on family satisfaction in the intensive care unit. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2016;60:800-9.
32. **Konsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, Brudvik M, Vege A.** Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Notat nr. 1 om kvalitetsutvikling fra Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services, 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/modell-for-kvalitetsforbedring-utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid>

Beskrivelse av deltakeravdelingene

Av de 19 intensivavdelingene som deltok i prosjektet var 5 på regionsykehusnivå, resten på sentral- og lokalsykehusnivå.

Avdelingstyper

Avdelingene behandlet ulike pasientgrupper og hadde ulik organisering, fra rene kirurgiske eller medisinsk intensivavdelinger der behandling ble styrt av intensivlege, til kombinerte medisinsk/kirurgiske avdelinger med blanding av intensiv- og overvåkningssenger, der behandling ble styrt av lege fra avdeling som pasienten er skrevet inn i, f eks ortopedisk avdeling (figur 1).

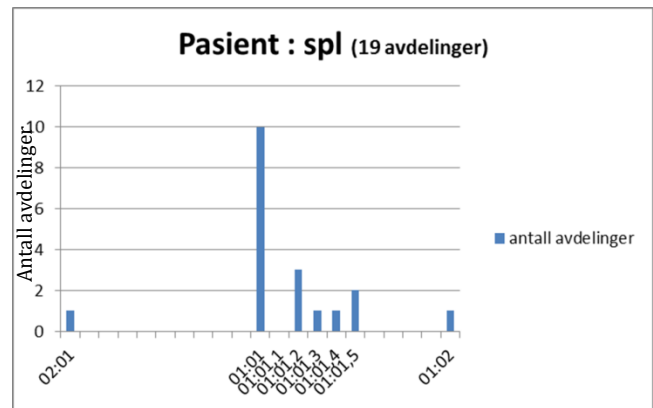
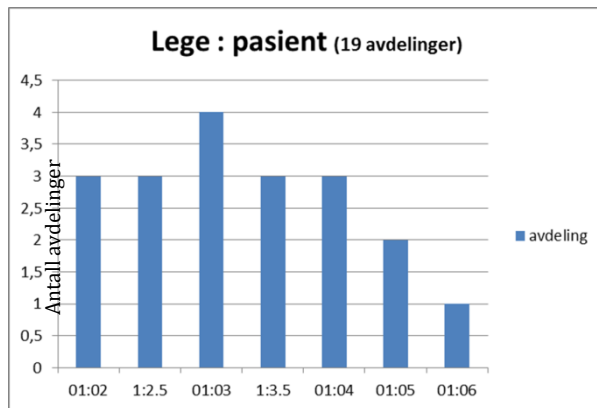


Figur 1: Fordeling av type avdelinger som deltok i prosjektet.

«Åpen» organisering; behandling styres av lege fra avdelingen der pasienten er innlagt.

«Lukket» organisering; behandling styres av egne intensivleger tilknyttet intensivavdelingen.

Bemanning



Deltakeravdelingenes tilbud til pårørende /etterlatte etter intensivoppholdet.

Kun en avdeling hadde et **systematisk oppfølgingstilbud** i form av telefonsamtale med pårørende etter at pasienten ble utskrevet fra Intensivavdelingen. Flere gav lignende tilbud, men kun sporadisk og etter individuell vurdering. Fire avdelinger oppgir å knytte oppfølgingssamtale til intensivpasientens dagbok.

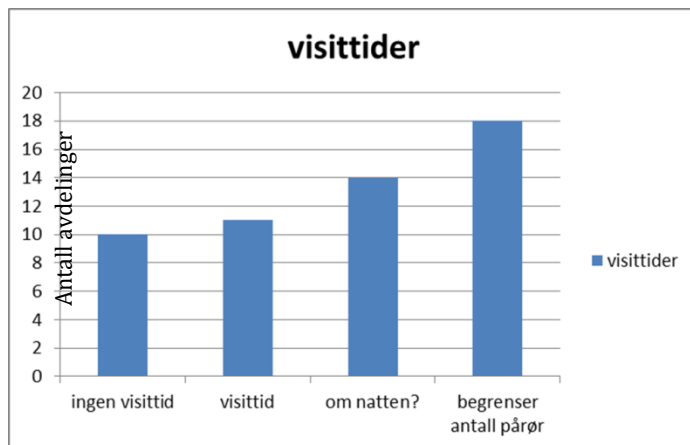
En avdeling leverte ut brosjyre til pårørende og hadde også plakat med kontaktinfo om behov for samtale skulle melde seg.

Etterlatte ble i større grad systematisk fulgt opp med telefonsamtale og eventuelt møte i avdelingen ved behov. Hele 15/19 gjorde dette systematisk, to av disse kun ved organdonasjon.

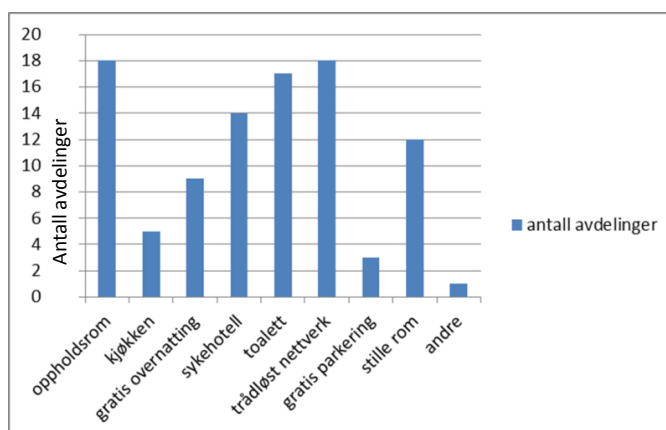
Muligheter for pårørende å være til stede

Hele 11 av 19 avdelinger hadde ikke begrenset visittid for pårørende. Av de åtte som hadde visittider var det mest vanlig med to timer to ganger om dagen. De fleste avdelingene begrenset i utgangspunktet antall pårørende som kunne være tilstede hos pasienten samtidig til to (tre) personer, men tilpasset dette situasjonen. Kun tre avdelinger hadde ingen restriksjoner på antall besøkende.

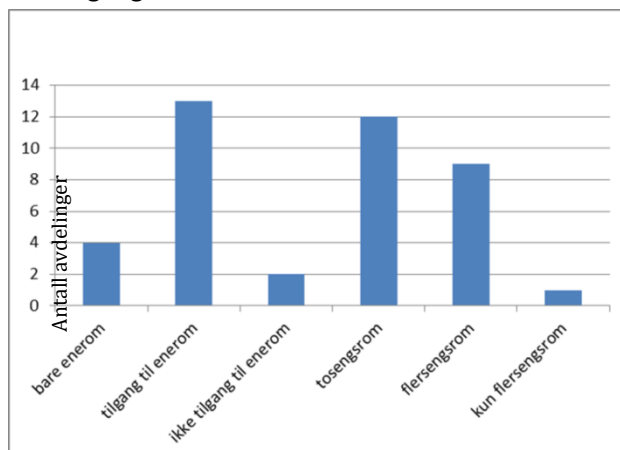
De fleste avdelingene åpnet for at pårørende kunne være i avdelingen om natten. Bare vel halvparten av avdelingene hadde sykehotell i nærheten til sykehuset, og halvparten av avdelingene tilbød overnatting i sykehuslokaler. Tre avdelinger hadde ikke tilbud om verken hotell eller overnatting i rom på sykehuset.



Tre avdelinger hadde ikke eget oppholdsrom for pårørende på intensivavdelingen. Tre avdelinger hadde ikke toalett i umiddelbar nærhet. Pårørendes tilgang til mat eller bevertning er heller ikke selvsagt, kun fire avdelinger oppga kiosk / kafè som en mulighet, og fem avdelinger hadde kjøkkenfasiliteter. De fleste avdelingene hadde tilgang til «stille rom» for ro og ettertanke i relativt kort gangavstand fra avdelingen. Gratis parkering for pårørende til intensivpasienter er unntak mer enn regelen. Fasilitetene for pårørende er vist her:



De fleste avdelingene hadde ulike typer pasientrom, fra enerom til flersengsrom. To avdelinger hadde ikke tilgang til enerom mens en hadde kun «flersengsrom», altså flere enn to pasienter på rommet.

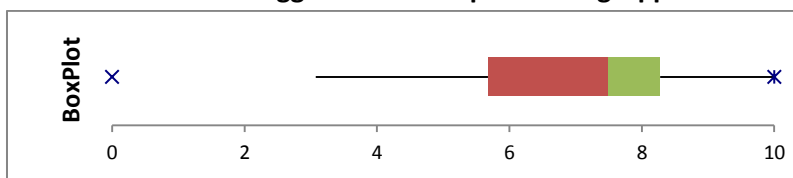


Kommunikasjon med- / informasjon til pårørende.

Kun en av 19 avdelinger bekreftet regelmessig undervisning om / øvelse i kommunikasjon.

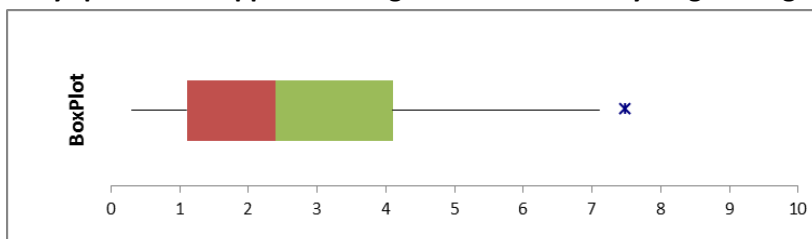
Før forbedringstiltak ble iverksatt kartla vi hvordan praksis var når det gjaldt kommunikasjon og informasjon til pårørende. Hver avdeling svarte med å markere på Likertskala (0(aldri) – 10 (alltid)). Resultat er presentert som median med interkvartiler og range.

Avklares det ved innleggelse hvem av pårørendegruppen som skal få informasjon?



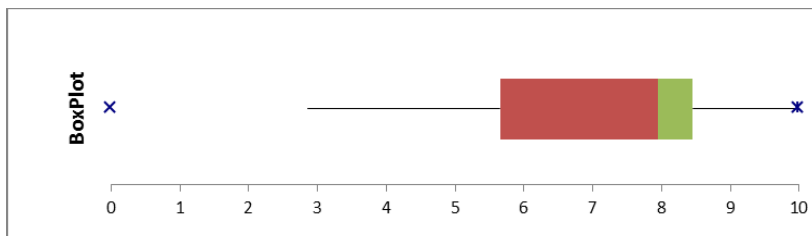
Median: 7,5 (5,7-8,3), Range: 0-10

Tilbys pårørende oppsummeringssamtale før overflytting til sengepost?



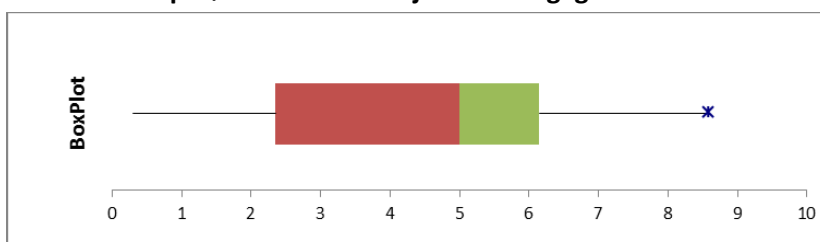
Median: 2,4 (1,1-4,1) Range: 0,3-7,5

Hvor ofte får pårørende informasjon spontant / tilfeldig:



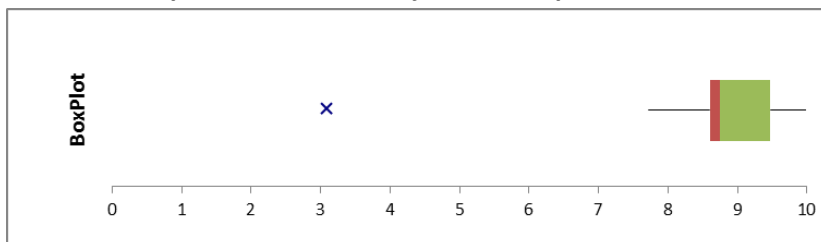
Median 7,9 (5,7-8,5) Range: 1-10

Hvor ofte får pårørende informasjon som daglig rutine:



Median: 5,0 (2,4-6,2) Range: 0,3-8,6

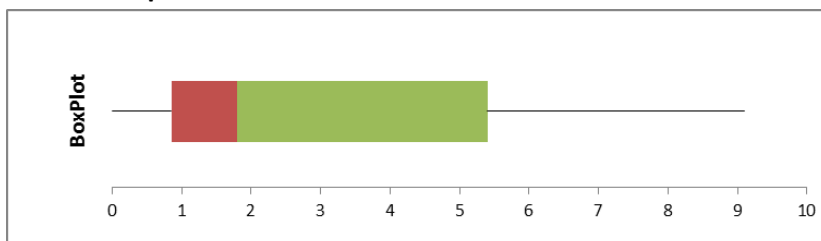
Hvor ofte får pårørende informasjon når de spør etter det:



Median: 8,8 (8,6-9,5) Range: 3,1-10

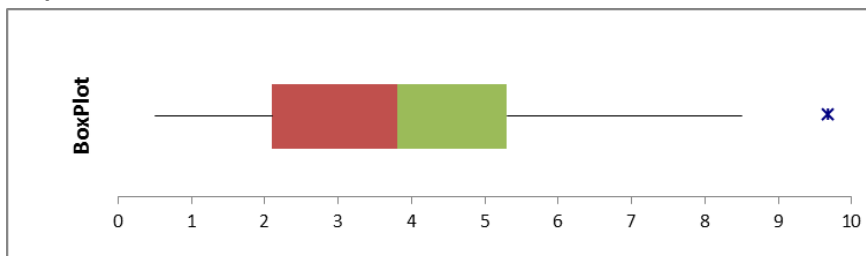
Hvor foregår samtalene:

Med andre pårørende til stede:



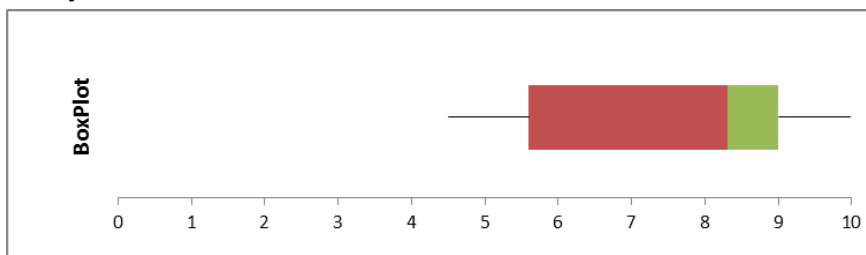
Median: 1,8 (0,9-5,4) Range: 0-9,1

På pasientrommet:



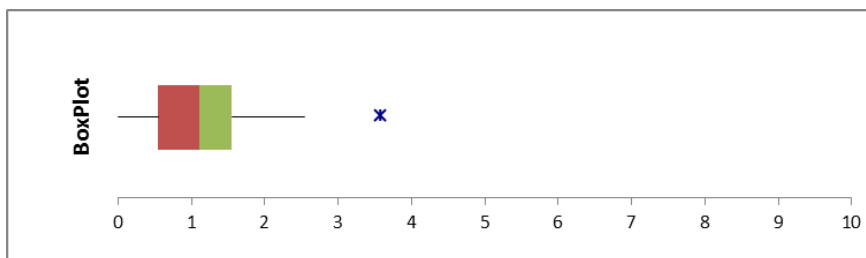
Median: 3,8 (2,1-5,3) Range: 0,5-9,7

På skjermet rom:



Median: 8,3 (5,6-9,0) Range: 4,5-10

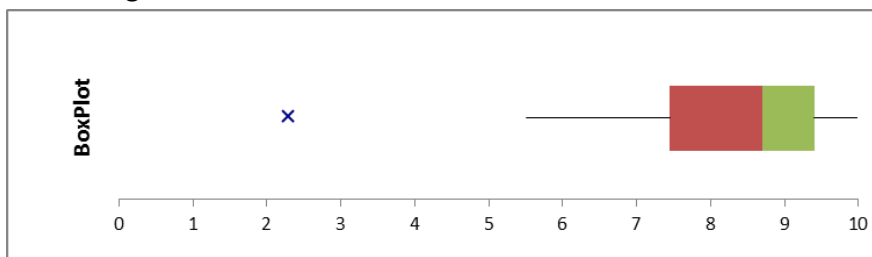
På korridor:



Median: 1,1 (0,6-1,6) Range: 0-3,6

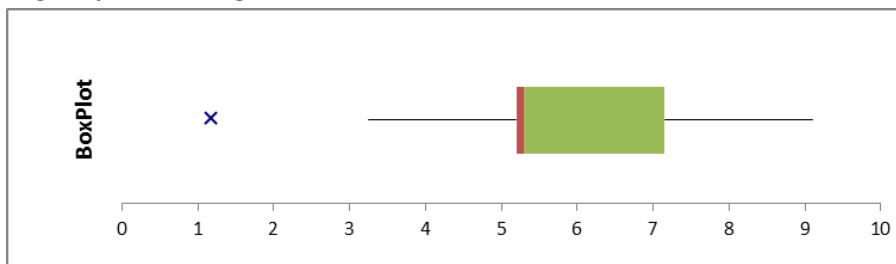
Hvor ofte er de ulike medlemmene av behandlingsteamet med på samtalene med pårørende?

Intensivlege:



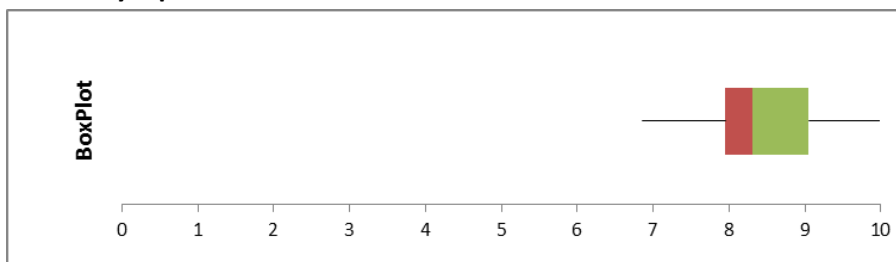
Median: 8,7 (7,5-9,4) Range: 2,3-10

Lege i spesialisering:



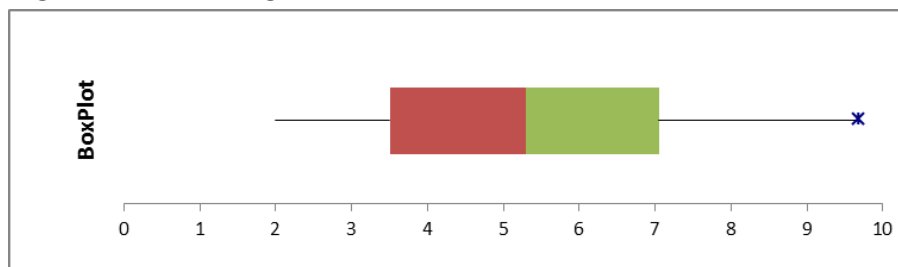
Median: 5,3 (5,2-7,2) Range: 1,2-9,8

Intensivsykepleier:



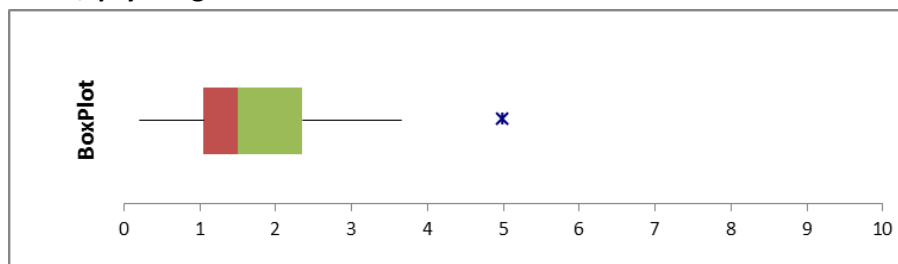
Median: 8,3 (8-9,1) Range: 6,8-10

Lege fra «eieravdeling»:



Median: 5,3 (3,5-7,1) Range: 2-9,7

Prest / psykolog:



Median: 1,5 (1,1-2,4) Range: 0,2-5

Dagbok

Hele 16 av 19 avdelinger skriver dagbok til intensivpasienten, om enn i noe varierende dekningsgrad.

Alle avdelingene oppfordrer pårørende til å skrive dagbok, men tilnærmingen synes tilfeldig og i til dels liten grad til alle.

Dato: _____

NPR-nr _____

Spørreskjema om pårørendes tilfredshet med pleie og behandling på intensivavdelingen (FS-ICU24)

Du var for kort tid siden registrert som nærmeste pårørende til en pasient i vår intensivavdeling. I spørsmålene som følger spør vi **DEG** om pasientens siste innleggelse i intensivavdelingen. Sannsynligvis var mange leger, sykepleiere og andre ansatte involvert i behandlingen av pasienten. Vi er interessert i **din generelle vurdering** av kvaliteten på behandlingen /omsorgen vi ga. Vi forstår at dette mest sannsynlig var en svært vanskelig tid for deg og den øvrige familie. Vi vil sette pris på om du kan ta deg tid til å gi oss dine synspunkter på hva du synes vi gjorde bra og hva vi kan gjøre for å forbedre vår intensivavdeling. Vi forsikrer deg om at din respons blir behandlet konfidensielt. Sykepleiere og leger som ivaretok pasienten du var pårørende for, vil ikke kunne identifisere dine synspunkter.

Vennligst fyll ut følgende punkter slik at vi kan vite litt om deg og din relasjon til pasienten.

Jeg er: ☐ Mann ☐ Kvinne

Jeg er _____ år gammel

Jeg er pasientens

- ☐ kone ☐ mann ☐ partner
☐ mor ☐ far ☐ søster ☐ bror
☐ datter ☐ sønn ☐ annet (spesifiser): _____

Har du vært involvert som pårørende på en intensivavdeling før denne aktuelle innleggelsen?

- ☐ Ja ☐ Nei

Bor du sammen med pasienten ? ☐ Ja ☐ Nei

Hvis nei; omtrent hvor ofte ser du pasienten?

- ☐ Oftere enn ukentlig ☐ Ukentlig ☐ Månedlig ☐ Årlig ☐ Sjeldnere enn årlig

Hvor bor du?

- ☐ I samme byen der sykehuset er ☐ Utenfor byen

Kontakt med intensivavdelingen

- ☐ Var fysisk på besøk på intensiv ☐ Telefonkontakt ☐ Begge deler

DEL 1: Tilfredshet med pleie og behandling

Kryss av i én rute som best beskriver din oppfatning. Hvis noen av spørsmålene ikke passer eller er aktuelle krysser du av i ruten "ikke aktuelt".

Hvordan synes du vi behandlet pasienten?

1. Personalets ivaretagelse

Hvor godt ble pasienten ivaretatt med hensyn til høflighet, respekt og medfølelse?

☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Symptombehandling:

Hvor godt vurderte og behandlet intensivpersonalet symptomene til pasienten med hensyn til:

2. Smerte ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

3. Pustebesvær ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

4. Uro ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Hvordan ivaretok vi deg?

5. Vurdering av dine behov

Hvor godt viste intensivpersonalet interesse for dine behov?

☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

6. Følelsesmessig støtte

Hvor god var den følelsesmessige støtten som du fikk av intensivpersonalet?

☐ Fremragende ☐ Meget god ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

7. Koordinering av omsorg og behandling

Hvordan samarbeidet intensivpersonalet som ivaretok og behandlet pasienten?

☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

8. Personalets ivaretagelse

Hvordan ble du møtt av intensivpersonalet med hensyn til høflighet, respekt og medfølelse?

☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Sykepleiere

9. Ferdighet og kompetanse

Hvor godt synes du sykepleierne ivaretok pasienten?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

10. Hyppighet av kommunikasjon med sykepleierne

Hvor ofte snakket sykepleierne med deg om pasientens tilstand?

- ☐ Svært ofte ☐ Ofte ☐ Av og til ☐ Sjelden ☐ Aldri ☐ Ikke relevant

Leger

11. Ferdighet og kompetanse

Hvor godt synes du legene ivaretok pasienten?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Intensivavdelingen

12. Atmosfæren i intensivavdelingen var:

- ☐ Fremragende ☐ Meget god ☐ God ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Pårørenderommet

13. Atmosfæren på pårørenderommet/venterommet var:

- ☐ Fremragende ☐ Meget god ☐ God ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

14. Noen ønsker at alt som kan gjøres skal bli gjort når de er syke, mens andre ikke ønsker all tenkelig behandling. Hvor tilfreds var du med nivå eller omfang av pleie og behandling som pasienten fikk på intensivavdelingen?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

DEL 2: Pårørendes tilfredshet med beslutninger om behandling av den alvorlig syke pasienten

Denne delen av spørreskjemaet handler om hvordan du opplevde mulighetene til å bli tatt med i beslutningsprosessene rundt pasientens omsorg og behandling. Pasienten ble trolig ivaretatt og behandlet av flere ulike personer under intensivoppholdet. Vi ønsker at du vurderer den samlede omsorg og behandling som pasienten fikk når du svarer på spørsmålene.

Informasjonsbehov

1. Kommunikasjon med legene

Hvor ofte snakket legene med deg om pasientens tilstand?

- ☐ Svært ofte ☐ Ofte ☐ Av og til ☐ Sjelden ☐ Aldri ☐ Ikke relevant

2. Tilgang på informasjon

Hvor villig var intensivpersonalet til å svare på dine spørsmål?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

3. Forklaringer

Hvor godt klarte intensivpersonalet å gi deg forklaringer som du forsto?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

4. Ærlighet i informasjonen

Hvor ærlig synes du informasjonen du fikk om tilstanden til pasienten var?

- ☐ Fremragende ☐ Meget god ☐ God ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

5. Fullstendighet i informasjonen

Hvor godt ble du informert om hva som skjedde med pasienten og hvorfor ting ble gjort?

- ☐ Fremragende ☐ Meget godt ☐ Godt ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

6. Samsvar i informasjonen

Hvor stor overensstemmelse var det i informasjonen du fikk om tilstanden til pasienten? (Sa legen, sykepleieren, osv. omtrent det samme?)

- ☐ Fremragende ☐ Meget god ☐ God ☐ Noenlunde ☐ Dårlig ☐ Ikke aktuelt

Beslutningsprosessen

Under oppholdet på intensivavdelingen ble det tatt mange viktige beslutninger om behandlingen og omsorgen vedrørende pasienten. I de følgende spørsmålene, velg **ett** svar fra alternativene som passer best med din oppfatning:

7. Følte du deg involvert i beslutningsprosessen?

- ☐ Jeg følte meg veldig utelatt
- ☐ Jeg følte meg noe utelatt
- ☐ Jeg følte meg verken involvert eller utelatt fra beslutningsprosessen
- ☐ Jeg følte meg noe involvert
- ☐ Jeg følte meg veldig involvert

8. Følte du at du fikk støtte når beslutningene ble tatt?

- ☐ Jeg følte jeg ikke fikk støtte i det hele tatt
- ☐ Jeg følte jeg fikk liten støtte
- ☐ Jeg følte jeg fikk en viss støtte
- ☐ Jeg følte at jeg fikk støtte
- ☐ Jeg følte at jeg fikk mye støtte

9. Følte du at du hadde innflytelse på den behandlingen som ditt familiemedlem fikk?

- ☐ Jeg følte meg helt uten innflytelse og at sykehuspersonalet overtok og bestemte hva slags behandling pasienten skulle få
- ☐ Jeg følte at jeg hadde liten innflytelse og at sykehuspersonalet overtok og bestemte hva slags behandling pasienten skulle få
- ☐ Jeg følte verken at jeg hadde innflytelse eller at jeg manglet innflytelse.
- ☐ Jeg følte at jeg hadde en viss innflytelse over den behandlingen som pasienten fikk
- ☐ Jeg følte at jeg hadde god innflytelse over den behandlingen som pasienten fikk

10. Når beslutninger skulle tas, hadde du tilstrekkelig med tid til å uttrykke dine bekymringer og få besvart dine spørsmål?

- ☐ Jeg kunne ha trengt mer tid
 - ☐ Jeg hadde tilstrekkelig med tid
-

**Hvis pasienten døde under intensivoppholdet ber vi deg svare på spørsmålene 11-13.
Hvis pasienten ikke døde, gå videre til spørsmål 14.**

11. Hvilket utsagn beskriver best din oppfatning:

- ☐ Jeg følte at livet til pasienten ble unødvendig forlenget
- ☐ Jeg følte at livet til pasienten ble forlenget litt lenger enn nødvendig
- ☐ Jeg følte at livet til pasienten verken ble unødvendig forlenget eller unødvendig forkortet
- ☐ Jeg følte at livet til pasienten ble forkortet litt mer enn nødvendig
- ☐ Jeg følte at livet til pasienten ble unødvendig forkortet

12. Under de siste timene av livet til pasienten, hvilket utsagn beskriver best din oppfatning:

- ☐ Jeg følte at han/hun hadde det ukomfortabelt
- ☐ Jeg følte at han/hun hadde det noe ukomfortabelt
- ☐ Jeg følte at han/hun stort sett hadde det komfortabelt
- ☐ Jeg følte at han/hun hadde det svært komfortabelt
- ☐ Jeg følte at han/hun hadde det fullstendig komfortabelt

13. Under de siste timene før pasienten døde, hvilket utsagn beskriver best din oppfatning:

- ☐ Jeg følte meg svært forlatt av intensivpersonalet
 - ☐ Jeg følte meg forlatt av intensivpersonalet
 - ☐ Jeg følte meg verken forlatt eller støttet av intensivpersonalet
 - ☐ Jeg følte meg støttet av intensivpersonalet
 - ☐ Jeg følte meg svært støttet av intensivpersonalet
-

14. Har du forslag til hvordan behandlingen og omsorgen på intensivavdelingen kan gjøres bedre?

15. Har du kommentarer til det vi gjorde bra?

16. Vennligst føy til kommentarer eller forslag som du mener kan være til hjelp for personalet på sykehuset.

Vi vil gjerne takke deg for din deltakelse og dine meninger. Bruk vedlagte ferdig frankerte og adresserte konvolutt for å sende din besvarelse til

Forespørsel om deltakelse i kvalitetsforbedringsprosjekt

PÅRØRENDETILFREDSHET

Bakgrunn og hensikt

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et kvalitetsforbedringsprosjekt, der hensikten er å kartlegge pårørendes tilfredshet med pleie, behandling og beslutninger under oppholdet i intensivavdelinger. Du mottar denne henvendelsen fordi du er registrert som pasientens nærmeste pårørende ved vår intensivavdeling for kort tid siden. Dersom pasienten du var pårørende for var innlagt på intensivavdelingen flere ganger under samme sykehusopphold, gjelder dette spørreskjemaet kun det første intensivoppholdet.

Dersom du har svart på dette skjemaet tidligere, kan du se bort fra denne henvendelsen.

Pasienter som intensivbehandles er vanligvis kritisk syke, svært svekkede og ofte trøtte eller sovende som følge av medikamenter eller sykdommen i seg selv. Personalet kommuniserer derfor mye direkte med pasientens pårørende, som ofte er til stede større deler av tiden og/eller har hyppig telefonkontakt med avdelingen. Forskning har vist at det ofte er overensstemmelse mellom det pårørende og pasienten opplever.

Vi ønsker med dette å bruke et utprøvd og godkjent spørreskjema til å kartlegge hvor tilfredse pårørende ved norske intensivavdelinger faktisk er med måten vi har tatt oss av dem og pasienten på. Resultatene fra denne spørreundersøkelsen vil være et nyttig mål på pasientbehandlingens kvalitet, og vil kunne bidra til at vi i framtiden kan ivareta både pasienter og pårørende på en bedre måte.

Intensivavdelingen ved dette sykehuset deltar i prosjektet, som er et landsdekkende forbedringsprosjekt etter initiativ fra Norsk Intensivregister.

Hva innebærer prosjektet?

Vedlagt dette brevet ligger et spørreskjema og en ferdig frankert og adressert svarkonvolutt. Det er selvsagt frivillig å besvare spørreskjemaet. Dersom du ikke ønsker å delta, kan du returnere spørreskjemaet blankt, eller bare velge å se bort fra henvendelsen. Hvis du besvarer spørsmålene, er det å betrakte som et samtykke til å delta. Det er samtidig et samtykke til at din besvarelse, sammen med alle andre besvarelser, anonymt kan brukes til senere forskning vedrørende omsorg for og ivaretagelse av intensivpasienters pårørende. Vi ønsker også på et senere tidspunkt å bruke resultatene fra denne spørreundersøkelsen i en vitenskapelig artikkel. Om du velger ikke å delta, får det selvsagt ingen konsekvenser for ditt eller pasientens forhold til intensivavdelingen eller sykehuset. Du kan også trekke deg fra kvalitetsundersøkelsen på et senere tidspunkt.

Mulige fordeler og ulemper

Ved at du deltar i studien, vil dine erfaringer fra tiden på intensivavdelingen kunne komme andre framtidige intensivpasienter og deres familier til gode. Vi ønsker å bruke pårørendes erfaringer til å bedre våre rutiner og vår behandling. En ulempe for deg kan være at du må tenke gjennom denne tiden og kan bli påminnet erfaringer som kan ha vært vonde. Forskning har imidlertid vist at det også kan være godt å få dele sine erfaringer, og på slutten av skjemaet gis du også anledning til å utdype dine erfaringer med egne ord.

Hva skjer med informasjonen du deler med oss i prosjektet?

I nasjonal sammenheng vil svar fra deltakerne kunne bidra til at man etablerer en standard for ivaretagelse av pårørende. Resultatene fra vår intensivavdeling lokalt vil bli anvendt til å arbeide med forbedringer av pleien og behandlingen som vi tilbyr. Kvalitetsforbedringsprosjektet vil for øvrig bli oppsummert i en rapport til Norsk intensivregister og presentert i foredrag til leger og sykepleiere.

Det vil ta ca. 20 minutter å fylle ut spørreskjemaet. Skjemaet er kodet opp mot Norsk intensivregister slik at det er mulig å få vite hvilke intensivpasienters pårørende som har returnert spørreskjemaet. Dette gjør vi fordi vi ønsker å se om det er grupper av intensivpasienter der pårørende jevnt over er mer eller mindre fornøyde enn gjennomsnittet. Datatilsynet har godkjent denne koblingen. Det er kun prosjektansvarlig/registeransvarlig (autorisert personell) ved hver enhet som har adgang til kodelisten, og alle svar behandles fortrolig. Leger og sykepleiere som behandlet pasienten du var pårørende for, vil ikke få mulighet til å identifisere dine svar. Resultater fra kvalitetsforbedringsprosjektet vil selvsagt ikke bli rapportert i en form som kan spores tilbake til deg eller dine nærmeste.

Utfylte spørreskjema vil bli makulert etter at data er registrert i databasen hos Norsk intensivregister. Svarene blir dermed lagret like trygt og beskyttet som nasjonale kvalitetsregisterdata. Datalagringsområdet er ikke tilgjengelig for andre enn prosjektansvarlige leger og sykepleiere.

Ønsker du mer informasjon kan du henvende deg til:

_____ (Intensivsykepleier/lege)

Adresse: _____ avdeling

_____ Sykehus, _____ HF

Postnr / sted:

Mail:tlf.

Sted, dato

Vennlig hilsen



Helse Bergen HF
Postboks 1400
5021 BERGEN

Deres referanse
2009/7537

Vår referanse
09/01510-20/CGN

Dato
28.08.2015

Utvidelse og endring av konsesjon til å behandle personopplysninger i Norsk intensivregister (NIR)

Datatilsynet viser til søknad om utvidelse og endring av konsesjon til å behandle helseopplysninger i Norsk Intensivregister. Vi mottok første dokument i søknaden den 3. mars 2015, og vi har mottatt ytterligere dokumentasjon løpende.

Norsk Intensivregister har en gjeldende konsesjon fra Datatilsynet som er gitt i endelig vedtak av 9. november 2010. NIR er et av få medisinske kvalitetsregistre som ikke er basert på samtykke som behandlingsgrunnlag.

Helse Bergen HF som behandlingsansvarlig søker nå om utvidelse av konsesjonen til å inkludere flere opplysninger i NIR. Den utvidelsen som ønskes gjelder for det første flere opplysninger om pasientene, og for det andre opplysninger om pårørendes tilfredshet knyttet til oppholdet. Disse opplysningene skal samles inn via et spørreskjema som den nærmeste pårørende frivillig besvarer.

Om pasientene er det nå ønskelig å registrere opplysninger om komorbiditet (bakgrunnehelsestatus), hovedårsaker til innleggelse på intensiv, ulike intensivmedisinske tiltak og alvorlighetsskåring av barn.

Helsedirektoratet har vurdert søknaden om utvidelse av dispensasjon fra taushetsplikt med hjemmel i helsepersonelloven § 29 b. Direktoratet har vurdert om samfunnsnyttene ved utvidelsen fortsatt overstiger hensynet til den enkeltes personvern dersom utvidelsen innvilges. De har kommet til at utvidelsen medfører at det skal lagres vesentlig flere data enn det registeret inneholder i dag. Samtidig kommer direktoratet til at man for på best mulig måte skal kunne bruke registeret til kvalitetssikring og forbedring innen intensivmedisinen samt utvikle gode kvalitetsindikatorer, bør registeret ha flere spesifikke opplysninger enn det som finnes i dag.

Om regelverket

Med virkning fra 1. januar 2015 er helseregisterloven fra 2001 erstattet med to lover som skal regulere henholdsvis behandlingsrettede helseregistre (pasientjournalloven) og helseregistre til bruk for andre formål enn behandling (helseregisterloven).

Postadresse:
Postboks 8177 Dep
0034 OSLO

Kontoradresse:
Tollbugt 3

Telefon:
22 39 69 00

Telefaks:
22 42 23 50

Org.nr:
974 761 467

Hjemmeside:
www.datatilsynet.no

Dersom det skjer endringer i behandlingen av de opplysninger som er gitt i søknaden, må dette fremmes i ny konsesjonssøknad. Det presiseres at konsesjonen er tidsbegrenset til **31.12.2025**. Begrensningen er gitt med begrunnelse i at vi anser at enkeltvedtak om konsesjoner kun kan gis for en avgrenset tidsperiode. Datatilsynet vil etter søknad om forlengelse vurdere de rettslige rammene som er gjeldende på det aktuelle tidspunktet, i tillegg til de faktiske forholdene knyttet til registeret.

Avsluttende merknader

Dette vedtak kan påklages til Personvernemnda i medhold av forvaltningslovens kapittel VI. Eventuell klage må sendes til Datatilsynet senest tre uker etter mottaket av dette brev.

Med vennlig hilsen



Helge Veum
avdelingsdirektør



Camilla Nervik
seniorrådgiver

Kopi til: Helse Bergen HF - Personvernombudet, Haukeland universitetssjukehus,
5021 BERGEN

Prosedyre gjennomføring:

Deltakende intensivavdelinger etablerer en liten arbeidsgruppe. Det er hensiktsmessig at en av gruppemedlemmene er helsesekretær eller kode-kontroller. Gruppen møtes hver 3.uke til et møte av en times varighet i rom med PC med tilgang til pasientjournalen.

1. Klargjør følgende for på forhånd estimert antall deltakere i hele prosjektperioden:
 - a. Spørreskjema
 - b. Informasjonsskriv
 - c. Ferdig adressert og frankert returkonvolutt med sykehusets logo (Kan kanskje bestilles fra sykehusets trykkeri?)
 - d. A4 (litt større) frankert konvolutt med sykehusets logo
2. Liste over pasienter, med dato for innleggelse og utskrivelse fra intensivavdelingen for inntil tre uker tilbake, hentes ut fra elektronisk pasientjournal (EPJ) av avdelingens kode-kontroller eller leder. I noen intensivavdelinger finnes slik pasientoversikt fortløpende registrert i protokoll, noe som gjør lister fra EPJ overflødige.
3. Ved hjelp av listene, bestemmes hvilke pasienter som er utskrevet fra intensivavdelingen for ca tre uker tilbake.
4. Sekretær åpner EPJ, sjekker utskrivelsesdato, og sjekker om det eventuelt har vært senere re-innleggelser. Da må man i så tilfelle avvente utsendelse. Markér dette på listen: Reinnl., avventer, dato, sign.
5. Påfør koblingsnøkkel (NPR-id) mot pasientidentitet på spørreskjemaet
6. I journalens oversiktsark hentes navn og adresse på nærmeste pårørende, og påføres den klargjorte forsendelsen for hånd. Der det ikke er adresse, kun telefonnummer på pårørende, sjekkes dette opp mot 1881. Der verken adresse eller telefonnummer finnes, utelates den aktuelle pårørende fra undersøkelsen.
7. Det registreres i prosjektlogg hvilke pasienters pårørende som har fått tilsendt spørreskjema og hvilke som ikke får det, og årsaker til at spørreskjema ikke sendes ut. Kun prosjektmedarbeidere skal ha tilgang til prosjektlogg som skal oppbevares innelåst i de ulike avdelingene.

2. Registrering

Data fra returnerte svarskjema punches av sekretær lokalt og lagres i NIR (ca 10 min pr skjema). De ulike sykehus får tilgang til sine data i NIR umiddelbart. Tekst fra åpne svarfelt, skrives fortløpende i et word-dokument under tilhørende tema-overskrift. Deretter makuleres svarskjemaene umiddelbart.



Familietilfredshet i intensivavdelingen -et kvalitetsforbedringsprosjekt i regi av Norsk Intensivregister.

Som leder ved _____ (deltakeravdeling) er jeg informert om prosjektplanen og vil bidra til at prosjektet gjennomføres innen angitt tidsplan. Dette omfatter å avsette nødvendige ressurser og legge til rette drift for at dette skal være mulig.

Sted:

Dato:

Signatur

Signert brev leveres styringsgruppen på oppstartmøtet 21. september 2015

Pårørendetilfredshet i norske intensivavdelinger. Sted: Radisson Blue, Gardermoen		
Dag 1: 14. januar 2016 Mål: grunnleggende kunnskap om Kvalitetsforbedring og hvordan knytte dette til pårørendetilfredshet		
Møteleder: Reidar Kvåle, leder Norsk Intensivregister		
10.00 – 10.10	Velkommen	
10.10 – 10.30	Møte med pårørende	Hilde Wæhle
10.30 – 11.00	Hva vet vi om hvordan pårørende opplever intensivoppholdet? Oppsummere kunnskap på området.	Ranveig Lind
11.00 – 11.15	Pause	
11.15 – 12.00	Kvalitetsforbedring – hvordan vet vi at en endring blir en forbedring?	Trulte Konsmo, Seniorrådgiver, Kunnskapssenteret
12.00 – 13.00	Lunsj	
13.00 – 13.30	Baselineresultat fra NIR Resultat fra kartlegging av dagens praksis (15 + 15 min)	Reidar Kvåle Britt Sjøbø
13.30 – 14.15	Forbedringstiltak med kunnskapsgrunnlag	Ranveig Lind Birgith Jørgensen Nerskogen
14.15 – 15.00	Forbedringsarbeid i klinisk praksis. Vedvarende forbedring.	Trulte Konsmo
15.00 – 15.15	Pause	
15.15 – 16.30	Hvordan få til forbedring lokalt? Gruppearbeid om implementering; Lage mål for egen virksomhet / diskutere iverksetting	Innledning ved Trulte Konsmo Veiledning i gruppene
16.30 – 17.00	Oppsummering av gruppearbeid / Avslutning / info om morgendag etc	Trulte Konsmo Hilde Wæhle
?	Middag	

Dag 2: 15. januar 2016		
Mål: lage en praktisk plan for lokalt forbedringsarbeid		
Møteleder:		
09.00 – 09.15	Kartlegging av dagens praksis	Britt
09.15 – 10.30	Lokale resultat; hva kan vi lære av de som får ting til? Erfaringsutveksling	Britt Sjøbø Hilde Wæhle Birgith Jørgensen Nerskogen Karl-André Wian
10.30 – 10.45	Pause	
10.45 – 11.30	Prosessmåling... gjør vi det vi skal? En veldig kort intro til Statistisk Prosesskontroll.... ☺ + litt om planlagt felles intervensjon	Britt Sjøbø
11.30 – 12.30	Lunsj	
12.30 – 13.15	Kommunikasjon	Arnstein Finset Professor, Universitetet i Oslo
13.15 – 13.30	Pause	
13.30 – 15.00	Lokale framdriftsplaner: Gruppearbeid Vurdere gruppesammensetning Hvem må involveres? Hvem skal telle hva? Hvordan organiseres arbeidet? (møtepunkt/ praktisk arbeid)	Hilde Wæhle (+styringsgruppen)
15.00 – 15.30	Veien videre; hva forventes før neste møte.	styringsgruppen

Møtedag 14. mars 2016; «Hvordan går det?» Hensikt: motivasjon når det kladder		
Møteleder:		
10.00 – 10.45	Velkommen! Kort oppsummering / repetisjon fra sist Tiltak og evt prosessmåling. Svar på «Ofte stilte spørsmål»	Britt styringsgruppen
10.45 – 11.00	Pause	
11.00 – 12.30	Gruppearbeid: presentasjon / gjennomgang av egne prosjekt i grupper	styringsgruppen
12.30 – 13.15	lunsj	
13.15 – 13.45	Vedvarende forbedring: formidle resultat, motivere kollegiet...	Britt / Hilde
13.45 – 15.00	Gruppearbeid: Arbeide med eget prosjekt, oppdatere framdriftsplan	styringsgruppen
15.00 – 15.30	Oppsummering og veien videre	

Møtedag 2. juni 2016; Mål: Motivasjon! Opprettholde framdrift		
09.00 – 09.05	Velkommen	
09.05 – 11.00	Omsorg for pårørende	Unni Heltne, psykologspesialist, Senter for krisepsykologi
11.00 – 11.20	Pause (henge opp postere)	
11.20 – 11.40	- Litt repetisjon fra forrige møte - Årsaker til frafall; status - Nasjonal veileder om pårørendeomsorg	styringsgruppen
11.40 - 12.00	POSTERVANDRING før lunsj!	
12.00 – 13.00	Lunsj	
13.00 – 14.30	Gruppearbeid: alle grupper presenterer arbeidet så langt med rom for innspill / diskusjon i gruppene	Styringsgruppen (Ranveig, Reidar, Britt)
14.30 – 14.50	Pause	
14.50 – 15.30	Plan videre	styringsgruppen

Møtedag: 25. april 2017 på Park Inn, Gardermoen Mål: Oppsummere prosjektet. Hvordan opprettholde forbedringene?		
09.00 – 09.10	Velkommen	
09.10 – 09.20	Presentasjon av nasjonale resultat	Reidar
09.20 – 10.20	Hvordan har det gått? En plenumsrunde med alle deltakeravdelingene: Forbered dere til en kort rapport, max 2 min fra hver avdeling, <u>kun muntlig</u>: • Hva var målet? • Hva gjorde vi? • Hva var vanskelig? • Hva fikk vi til?	styringsgruppen
10.20 – 10.30	Pause (henge opp postere)	
10.30 – 11.00	POSTERVANDRING / mingling...	Alle
11.00 – 11.30	Hva nå...? Planen videre.	Reidar / Britt ...
11.30 – 12.30	Lunsj	
12.30 – 14.00	«Etter prosjektet». Forbered dere: • Hvordan etablere forbedringene som «vanlig praksis»? • Hva må til for å unngå å falle tilbake til «gamle synder»? • Hvordan vedlikeholde «forbedringsgnisten»? Vi arbeider i grupper.	Johannes Kolnes spesialrådgiver, Seksjon for helsetjenesteutvikling, Helse Bergen
14.00 – 14.30	Avslutning	Styringsgruppen