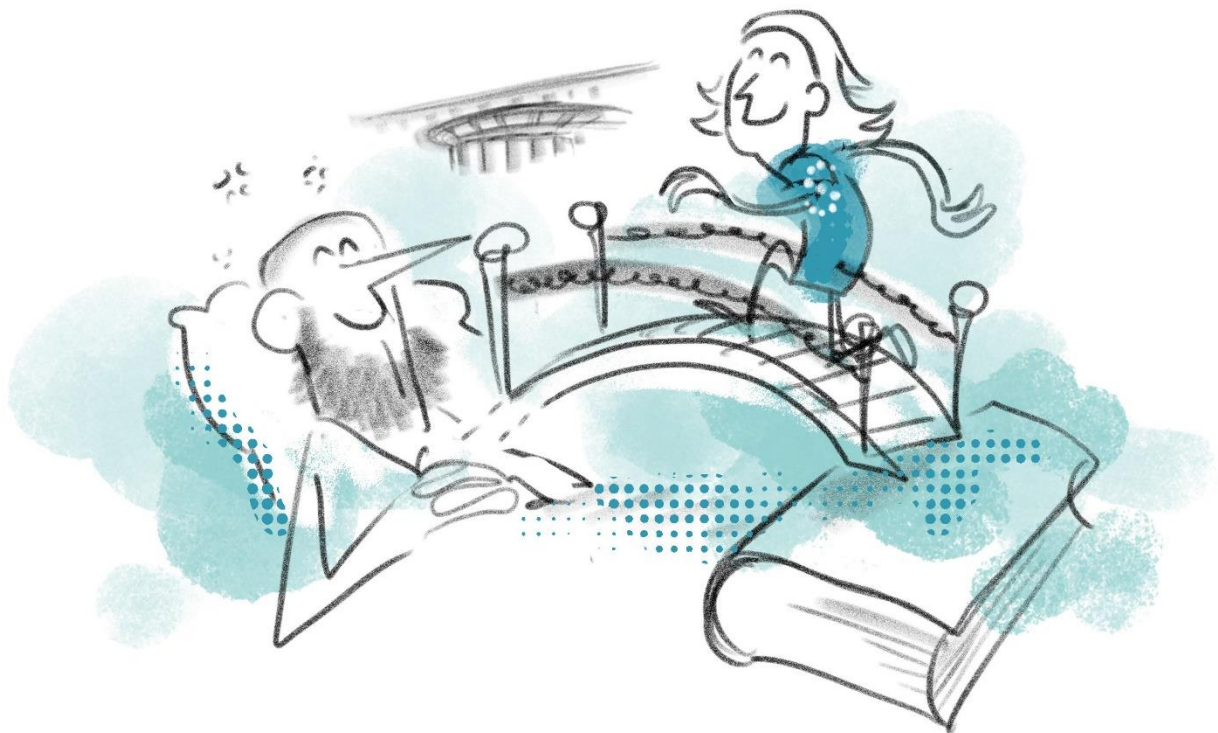


REGION SJÆLLAND
NYKØBING F SYGGEHUS



- vi er til for dig

Kvalitetsmodel



Version 2, 2021

Genoptryk 2023 – nu med Guide om fælles beslutningstagning

1.0 Indledning

Kvalitetsmodellen er en arbejdsbog, der bygger bro mellem teori og praksis med anbefalinger og metoder til, hvordan ledere og medarbejdere kan arbejde systematisk med kvalitetsforbedring og patientsikkerhed på sygehuset. Kvalitetsmodellen bygger på triaden om kvalitetsplanlægning, monitorering og udvikling, og har et højt fokus på patientsikkerhed, samt inddragelse af patienter, pårørende og medarbejdere. Kvalitetsmodellen skal støtte ledere og kvalitetsnøglepersoners arbejde med de nationale mål, fælles regionale indsats, samt udvikle og sikre sygehusets samlede kvalitet.

Vi har i Kvalitetsmodellen fokus på at arbejde med og skabe resultater for patienterne og ser dette kvalitetsarbejde, som integreret i daglig klinisk arbejde. Resultater opnås gennem viden, inddragelse og systematisk forbedringsarbejde med ambitiøse og realistiske resultatmål. Det er ikke nok at være i proces, hvorfor ledere forventes at gå foran og sætter ramme, retning og prioritere kvalitetsarbejdet for at komme i mål. Medarbejdere, patienter og samarbejdspartnere kan bidrage og involveres løbende, så indsatser bliver relevante, meningsfulde og motiverende.

Forbedring og udvikling, med de rette indsatser, afhænger af kendskabet til egen kvalitet gennem kvalitetsmonitorering, herunder kendskab til kvaliteten af egne data og målopfyldelse i forhold til standard. Modellen er også en opslagsbog med mulighed for at danne sig et samlet overblik over kvalitet, retningslinjer og de krav, som Sundhedsloven stiller til driften af et sygehus. Det er ambitionen, at modellen kan give et solidt fundament, så patienterne oplever høj kvalitet i deres pleje og behandling.

Kvalitetsarbejde er bedst, når det er transparent og signalerer, at sygehuset er et "sikkert hus". Vi vil følge og balancere vores indsatser mellem sundhedsfaglig, organisatorisk og patientoplevelse kvalitet. Vi vil arbejde med og træffe bæredygtige beslutninger. Kvalitetsforbedring sker systematisk gennem observation og måling, enten med data indsamlet lokalt eller fra kliniske databaser, og fra patienters PRO og LUP. Vi vil være forberedte i forhold til forskellige former for tilsyn fra eks. Styrelsen for Patientsikkerhed.

Vi vægter patientsikkerhed højt. Derfor er parathed til kontinuerlig læring og kompetenceudvikling vigtige forudsætninger. En kendt risiko er overgange i patientforløbene internt og på tværs af sektorer. Derfor arbejder vi med relationer og det nære samarbejde internt og eksternt for at øge sikkerheden. En anden kendt sikkerhedsrisiko er travlhed og manglende arbejdsglæde. Derfor anbefales det at inddrage arbejdsmiljørepræsentanter og viden om arbejdsmiljø i kvalitetsarbejdet.

Sygehusledelsen på Nykøbing F. Sygehus finder, at Kvalitetsmodellen kan bidrage til, at vores sygehus er på forkant, og at der løbende arbejdes med forbedringer i klinikken, tilpasset samfundets forventninger og behov. Det er også sygehusledelsens ambition, at modellen kan give inspiration og spredes til andre sygehuse.

Sygehusledelsen, Nykøbing F. Sygehus - okt. 2021

1.0 Indhold

1.0 Indledning	3
2.0 Baggrund, formål og organisering	6
2.1 Introduktion til kvalitetsledelse, team og organisation	7
3.0 Læsevejledning af standarder	10
3.1 Standardskabelon	10
3.2 Oversigt og prioritering af kvalitetsarbejdet – Prioriteringsmatrix 1	12
4.0 Standarder	13
Standard 1: Patientens basale behov	13
Standard 2: Patient- og pårørendeinddragelse.....	17
Standard 3: Patientforløb og overgange.....	20
Standard 4: Diagnostik og prøvesvar	23
Standard 5: Medicinering	26
Standard 6: Akutmedicin og infusion	30
Standard 7: Kritisk sygdom og traumer.....	33
Standard 8: Sygehuserhvervede infektioner, antibiotika og infektionshygiejne.....	36
Standard 9: Kirurgisk patient og bedøvelse	40
Standard 10: Psykiatrisk patient i somatisk seng	43
Standard 11: Kompetencer, træning og delegation.....	47
Standard 12: Klinisk kommunikation, dokumentation og datasikkerhed.....	50
Standard 13: Arbejds miljø og trivsel	54
Standard 14: Teknisk og medicoteknisk udstyr samt sygehusets bygninger.....	59
5.0 Guides til kvalitetsarbejdet.....	62
5.1 Guide til kvalitetsledelse og kvalitetskultur – tips og tricks	62
5.2 Guide til patient- og pårørendeinddragelse	64
5.2.2 Guide til fælles beslutningstagning – en introduktion	68
5.3 Guide - 4 trin i dataarbejdet og behov for datakompetencer	74
5.4 Guide til læring, debriefing og fastholdelse.....	77
5.5 Guide Dobbeldiamant - kvalitetsudvikling og innovation	80
6.0 Arbejdsark.....	82
6.1 Minicharter	83
6.2 Driverdiagram i Power Point	84
6.3 PDSA-skabelon i Power Point.....	85
6.4 Prioriteringsmatrix 2 for den enkelte standard	86
7.0 Definition af begreber og metoder	87
8.0 Referencer.....	89
<i>Redaktionens efterskrift</i>	91

2.0 Baggrund, formål og organisering

Hvad er kvalitet i sundhedsydelse?

Kvalitet af en sundhedsydelse kan defineres, som dens evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten. (DSKS definition).

På sundhedsområdet opdeles kvalitet i følgende dimensioner: effektiv behandling, sikkerhed for patienten, omkostningseffektivitet, rettidighed, patientfokus og lighed. Kvaliteten af en sundhedsfaglig indsats vurderes ved niveauet for målopfyldelse. Fastsættelse af et mål for (en måling af) kvalitet vil derfor være en forudsætning for bedømmelse af kvaliteten.

Hvorfor en kvalitetsmodel?

I omstillingen mellem ophør af Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) med akkreditering og det nye Nationale Kvalitetsprogram, indeholdende Lærings og Kvalitets Team (LKT), er en praktisk erfaring følgende: tab af systematik, tab af kompetencer i strategisk kvalitetsledelse og mangel på erfaring i udførelse af systematiske kvalitetsmetoder. Derfor har vi i samråd med klinikere og ledere vurderet et behov for en overskuelig, ikke bureaukratisk systematisk kvalitetsmodel.

DDKM var i høj grad bygget på lovgivning og nationale guidelines med specifikke mål, som stadig er gældende og kræver løbende monitorering og indsatser til forbedring. Det nuværende nationale ledelsesprogram (NLPS) lægger op til, at ledere anvender systematiske forbedringsmetoder, uden at disse er fastlagt, eks. implementering af værktøjer til understøttelse af mere brugerinddragelse.

Tanken med denne kvalitetsmodel er derfor at bygge bro mellem teori, lovgivning, evidens og den praktiske hverdag, for at understøtte en systematisk tilgang til at skabe bæredygtig kvalitetssikring og udvikling af sygehuset i en tid med stigende efterspørgsel, mange aktører, stor kompleksitet og gab mellem ressourcer og efterspørgsel.

Formålet med kvalitetsmodellen er systematisk at understøtte og fremme, hvordan patientbehandling og brugerinddragelse kan sikres og løftes markant.

Kvalitetsmodellen skal:

- Give ledere på alle niveauer et systematisk overblik for ansvar og opgaver i forhold til kvaliteten baseret på myndigheders krav og gældende retningsgivende dokumenter
- Hjælpe ledere, sundhedsprofessionelle og andre ansatte i sygehusvæsenet til at kende og kvalitetssikre risikoområder gennem observation og data
- Prioritere og fremme systematiske og resultatskabende udviklingsprocesser med fokus på patient- og medarbejderinddragelse

Hvad indeholder kvalitetsmodellen?

Kvalitetsmodellen har flere vinkler. For det første skal den hjælpe til at kende og give overblik over kvaliteten og understøtte kvalitetsledelse, så prioriteringer og planlægning sker i balance mellem organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevelse kvalitet. For det andet at give praktisk vejledning til systematisk kvalitetsudvikling, som kan ske gennem synlige aktiviteter, patientnært og med medarbejderinvolvering.

Teoretisk bygger modellen grundlæggende på Jurans trilogi for kvalitetsledelse – kvalitetsplanlægning, kvalitetsmonitorering og kvalitetsudvikling, hvor tydelige mål, og en systematisk tilgang til kvalitet, skal være med til at skabe værdi i patientforløbene.

Metodisk anvender arbejdsbogen metoder fra teorien "Model of Improvement" (Forbedringsmetoden). Der er indhentet inspiration fra DSKS metodehåndbog fra 2018 (www.DSKS.dk), litteraturen samt det pågående redaktionsarbejde med en kommende national kvalitetsguide i regi af DSKS og VIBIS. Der er fokus på struktur, proces, og resultat, men også fastholdelse.

Kvalitetsmodellen har 3 hovedelementer;

- 14 Standarder – overordnede kvalitetsmål
- 5 Guides til kvalitetsarbejde
- Arbejdsark til den praktiske udførelse af kvalitetsarbejdet

Standarder: Kvalitetssikring og fastlæggelse af mål sker gennem arbejdet med standarder. Disse er et koncentrat af de tidligere akkrediteringsstandarder fra DDKM og baseret på den gældende lovgivning, retningsgivende dokumenter og myndighedernes vejledninger og bekendtgørelser.

Hensigten med standarderne er, at kvalitetssikringen sker ud fra fastlagte temaer, som sygehuset forventes at leve op til, herunder nationale guidelines, som ses som referencer i standarderne. Som hjælp til at skabe overblik og prioritere de kritiske områder, er der udviklet en **prioriteringsmatrix** til overblik over den samlede kvalitet og en **matrix 2** til at dykke ned i de enkelte standarder.

Guides: Er tekster, der oversætter teori og giver erfaringsbaseret input til refleksion til den praktiske implementering. Emnerne i guides er udvalgt i forhold til, hvilke indsatser der kan være svære at implementere i praksis, eller hvor det er fundet givende at give ny inspiration, eks. dobbeltdiamanten.

Arbejdsark: Kan delvist hentes elektronisk i Office pakker. Dokumentation kan støtte og fremme den systematiske tilgang til kvalitetsudvikling og gøre arbejdet synligt og transparent.



2.1 Introduktion til kvalitetsledelse, team og organisation

Vi lever i en tid med høje forventninger, konstante forandringer og behov for udvikling, så patienterne får en god behandling, ressourcerne kan strække og sygehuset er en robust organisation. Derfor har alle to jobs, nemlig et - deres sædvanlige arbejde og to - at bidrage i det patientnære kvalitetsarbejde, så det skaber mest mulig kvalitet for patienterne.

Ledere og kvalitetsorganisationens opgave er at have overblik gennem monitorering og prioritere indsatser i forhold til, om de kan lykkes og skabe bæredygtige og meningsfulde forandringer. Ønskes forandring må ledere have kendskab til, hvilke forbedringsstrategier, der virker og motiverer i deres afdeling. De skal

afsætte ressourcer til kvalitetsarbejdet, herunder økonomi, dataindsamling, undervisning, videnssøgning, inddragelse og refleksion og ikke mindst følge op på de igangsatte initiativer.

Anbefalinger til **kvalitetsarbejdet** i kvalitetsteams:

- De har en fast mødestruktur med deltagelse af leder for kvalitetsarbejdet, for at skabe kontinuitet
- Indsatser og handleplaner dokumenteres for at holde fokus
- Kvalitetsarbejdet og resultater kommunikeres og er synlige i afdelingen eks. ved tavler
- Kvalitetsteamet har forbedrings- og patientsikkerhedskompetencer, og kompetencer i brugerinddragelse, så de skaber resultater gennem systematiske forbedringsprocesser og læring
- Kvalitetsteamet netværker, samarbejder og koordinerer, at der er sammenhæng på tværs, for at øge kvaliteten på langs ad patientforløbene.

Søg inspiration i bogens guides

Kvalitetsorganiseringen

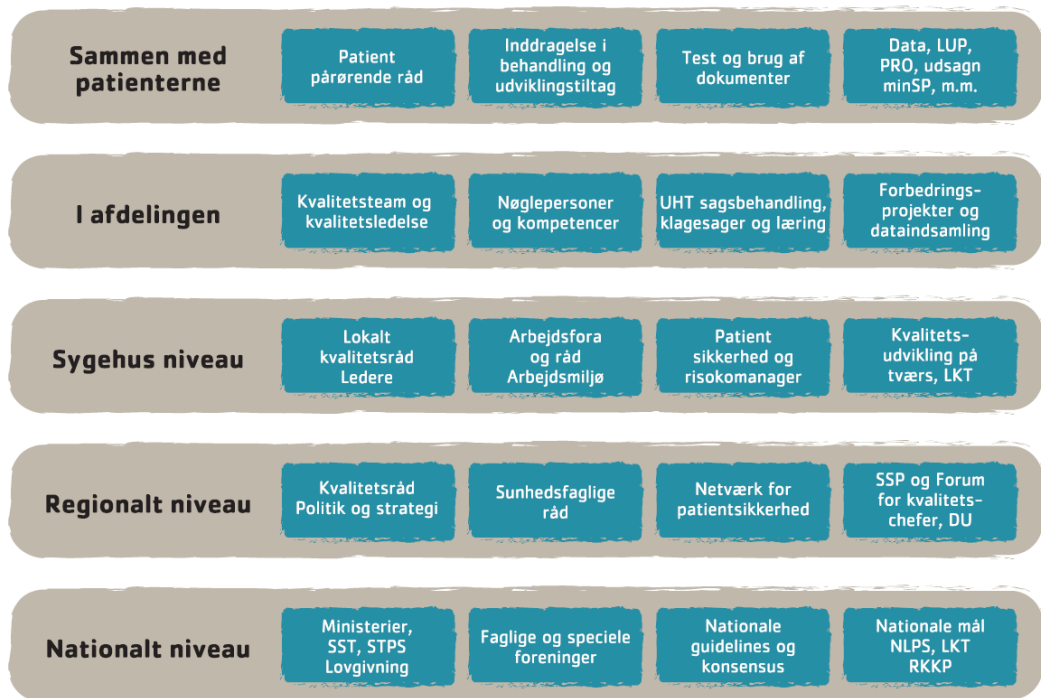
Grundlaget og legitimiteten for kvalitetsarbejdet sættes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Sundhedsstyrelsen og det Regionale Kvalitetsråd. Rammen og prioriteringer af indsatser understøttes i Region Sjælland af Forum for kvalitetschefer og forskellige arbejdsgrupper på tværs af sygehusene, der eksempelvis har ansvar for udgivelse af regionale retningslinjer, herunder regionshusets stabsfunktioner (SSP, DU) og de Sundhedsfaglige råd, der arbejder med kvalitet og udvikling indenfor de specifikke fagområder. *Se aktører i nedenstående figur.*

Planlægningen og monitorering på sygehusene er en integreret del af sygehusets drift og forankret i sygehusets kvalitetsorganisation. Det er sygehusledelsen, der beslutter sygehusets strategi for kvalitet og udvikling, hvor den tværgående og fælles kvalitetsledelse sker i sygehuset råd for kvalitetsarbejdet.

Sygehusenes kvalitetsenheder arbejder med kvalitet gennem dialog og samarbejde med afdelingerne, herunder kompetenceløft i forbedringsmetoden. Kvalitetsafdelingen bidrager til koordinering af arbejdet i Patient- og pårørenderåd og flere andre fora eks. hjertestop, infektionshygiejne, MAT gruppen, Læringskvalitetsteam (LKT), arbejdsmiljøgrupper og andre. Flere af disse fora indgår i netværk med regionale arbejdsgrupper.



FIGUR Organisering og samspil for kvalitetsarbejdet. Et dynamisk billede af enheder, der arbejder med kvalitet indsat i et organisatorisk hierarki til forståelse for, hvor rammer sættes og beslutninger træffes. *Figuren er ikke fyldestgørende.*



3.0 Læsevejledning af standarder

I denne kvalitetsmodel er standarderne rammesættende for kvalitetsarbejdet på sygehuset. Lever afdelingerne op til indholdet, og den tilhørende faglige konsensus og lovgivning, har sygehuset et solidt fundament for sin kvalitet og grundlag til at prioritere indsatser til forbedring af sygehuset samlede ydelser.

3.1 Standardskabelon

Definition: En standard er en normativ beskrivelse af et sæt kriterier, der er accepteret som referencer i et fællesskab.

Alle standarder er opbygget efter en fælles grundskabelon. Her er hvert enkelt felt beskrevet.

Standard nummer og titel			
Nøgleord:			
Anvendelsesområde	Afdelinger	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Ansvarlig for standarden	Sygehusledelsen er overordnet ansvarlig for alle standarder. De enkelte redaktører er ansvarlige for indhold.		
Formål	Beskriver formålet med standarden		
Indhold	Beskriver indholdet i standarden, som er det overordnede kvalitetsmål for emnet. Der kan henvises til relevant lovgivning. Yderligere uddybning fremgår af retningsgivende dokumenter. I nogle standarder omtales specifikke krav til indholdet eks. fra tværregionale retningsgivende dokumenter. I den enkelte afdeling nedbrydes standarden til konkrete relevante patientforløb og anvendelse og udarbejdelse af støtte værktøjer.		
Ledelse og kvalitetsteam	Feltet beskriver kort ledelsesopgaven og kvalitetsteamet. Ledelsen er ansvarlige for at planlægge arbejdet ved at sætte ramme og retning, samt vurdere hvordan afdelingen evner at løfte opgaven. Ledelsen følger løbende op på, at afdelingen lever op til den gældende standard og at der er fremdrift i eventuelle udviklings tiltag i samråd med nøglepersoner.		
Relevante samarbejdspartnere	Både interne og eksterne samarbejdspartnere i patientforløbet		
Kvalitetsmonitorering Indikatorer: S: Sundhedsfaglig P: Patient-oplevet O: Organisatorisk	Definition af en indikator: En målbar variabel, som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten. Kan deles op i proces og resultat, ulempe indikatorer. <i>Sygehuset/afdelinger formulerer specifikke indikatorer. Indikatorer kan eksempelvis hentes i RKKP, LKT arbejdet eller LUP.</i>		

Datakilder	Data fra Sundhedsplatformen (SP), kliniske databaser (RKKP), LUP og andre databaser suppleret med lokale håndholdte kvantitative eller kvalitative data i forbedringsarbejdet.
Kvalitetsforbedring	Udviklingstrinene er baseret på Nolans forbedringsmodel, suppleret med et nyt trin for "fastholdelse". Relevante retningsgivende dokumenter forventes at foreligge, regionalt og tværregionalt, samt nationale guidelines. <i>I flere af de specifikke standarder er konkrete eksempler på nedenstående trin beskrevet.</i>
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	Hvad ønsker vi at opnå?
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?
Trin 3 Indsatser – udvikling	Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	Hvordan fastholder vi forbedringer?
Kompetenceudvikling	Uddannelse/Simulation og skills/E-learning/Podcast m.m.
Sundhedsplatformen	Særlige dokumentationsmuligheder i SP – herunder arbejdsgange og rapporter samt manualer
D4 retningslinjer	Et udvalg af gældende retningslinjer, primært tværregionale og regionale. <i>Afdelingen har selv overblik over egne lokale instrukser, checklister, actioncards m.m.</i>
Referencer	Supplerende referencer – særligt lovgivning, bekendtgørelser og vejledninger fra Sundhedsstyrelsen eller faglige selskaber.

Note: Proces for tilblivelse af standarder

De 14 overordnede standarder (kvalitetsmål) er designet ud fra den tidligere Danske Kvalitets Models akkrediteringsstandarder (DDKM). Fire kvalitetskonsulenter i Kvalitetsafdelingen på Nykøbing F. Sygehus har hver især scoret de 88 kvalitetsstandarder for sundhedsfaglig og organisatorisk relevans inkl. patientnær lovgivning. Administrative standarder fraset klinisk dokumentation blev a priori fravalgt. Efterfølgende blev vurderingerne sammenlignet på tværs. Standarder og tekststykker blev udvalgt ud fra princippet om oplevet relevans og patientrisici. Uenighed blev grundigt gennemdrøftet inden konsensus. Sammenlægningen af standarderne til i alt 14, var bestemt af at sygehusets kvalitetsnøglepersoner udtrykte, at de maksimalt kunne arbejde med 12 standarder. Vi sendte derfor de 14 temaer i høring, og der blev efterfølgende skabt accept for antallet. I version 2 har alle de reviderede standarder været i høring blandt ledere, kvalitetsmedarbejdere, SP-indsatsteam og klinikere.

3.2 Oversigt og prioritering af kvalitetsarbejdet – Prioriteringsmatrix 1

Kender I kvaliteten i jeres afdeling? Kender I jeres retningslinjer, data og kompetencer? Har I overblik over krav til patientsikkerhed og jeres behov for forbedringer?

Skab jer et overblik ved hjælp af en nedenstående **prioriterings matrix 1**. Hvor tilfredse er I med jeres kvalitet i forhold til hver standard? Efterfølgende kan I dykke ned i specifikke standarder ved hjælp af **matrix 2** – se bagest i bogen i kapitel 6.0 Arbejdsark.

Figur: Prioriterings matrix til selvevaluering af jeres kvalitet og patientsikkerhed.

	Prioriterings matrix	Har I de nødvendige retningsgivende dokumenter	Personalet kender og anvender retningslinjerne	Patientsikkerhed	Løbende læring af UTH og klagesager	Data og monitorering af kvaliteten	Samlet vurdering
NR	Standard nr.:	Tilpas Ukendt Mangler	Godt Ukendt Behov for forbedring	God Ukendt Behov for forbedring	God Ukendt Behov for forbedring	God Ukendt Mangler data	Behov for indsats/i gang/intet aktuelt behov
1	Patientens basale behov						
2	Patient og pårørende inddragelse						
3	Patientforløb og overgange						
4	Diagnostik og prøvesvar						
5	Medicinering						
6	Akutmedicin og infusion						
7	Kritisk sygdom og traumer						
8	Sygehuserhvervede infektioner, AB og infektionshygiejne						
9	Kirurgisk patient og bedøvelse						
10	Psykiatrisk patient i somatisk seng						
11	Kompetencer, træning og delegation						
12	Klinisk kommunikation, dokumentation og datasikkerhed						
13	Arbejds miljø og trivsel						
14	Teknisk udstyr og bygninger						

4.0 Standarder

Standard 1: Patientens basale behov

Nøgleord: Hele patienten, inddragelse af præferencer, screeninger, sikkerhed og tryghed.

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle kliniske afdelinger	Version 2	Udgivelsesdato 1/11-2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • Al pleje og behandling har fokus på "hele" patienten • Hver afdeling har en fælles konsensus for at pleje og behandling, udført med høj kvalitet og patientsikkert • Patienter er trygge og oplever, at deres præferencer og behov inddrages i pleje og behandling under opholdet på sygehuset 		
Indhold	<p>Anamnese, plan og inddragelse af patienten sker i et fælles tværprofessionelt samarbejde, således at patienten sammenhæng og ikke oplever dobbeltarbejde og modstridende informationer og handlinger.</p> <p>Arbejdsgange i afdelingerne og ambulatorier inkl. telefon og E-konsultationer medtænker patienternes basale behov. Der findes flere retningsgivende dokumenter for standarden.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retningslinjer og værktøjer for generel pleje og patientinddragelse • Retningslinjer for struktureret observation, screeninger og patientkritiske observationer • Hjælpeværktøjer i Sundhedsplatformen – struktureret observation og dokumentation <p>Ved den "holistiske tilgang til plan for pleje og behandling tages afsæt i god klinisk evidens. Patientkommunikation, herunder forståelse for patientens situation, sanser, viden og evner til egen omsorg er centralt i optimal pleje.</p> <p>Afdelingerne skal have et særligt fokus på forebyggelse af kritiske patientrisici. Der skal anvendes kendte validerede værktøjer, hvor der handles på ændringer i patientens tilstand. Anvendelsen af diverse værktøjer følges op systematisk (der henvises til D4):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bevægeapparat: Vurdering af faldrisiko, hjælpemidler • Ernæring: Ernæringsscreening, dysfagiscreening • Væskebalance: Indtag/udskillelse • Hud og slimhinder: Tryksårsscreening • Psykosociale forhold: Selvmordstruet, KRAM, demensscreening, delirøs tilstand, misbrug og abstinens 		

	<ul style="list-style-type: none"> • Vitalparametre: Vurdering af klinisk tilstand ud fra ABCD, EWS/PEWS • Palliation: Vurdering og plan, smertescore
Ledelse og opfølgning	Ledelsen er ansvarlig for, at alt personale har kompetencer til og arbejder efter fælles principper, for at tilgodese patientens basale behov, herunder implementering af retningslinjer. Ledelsen formidler og drøfter kvaliteten af plejen i afdelingen. Kvalitetsteamet følger systematisk anvendelsen af screeningsværktøjer, der er relevante for afdelingen. Kvalitetsteamet sætter retning for forbedringsindsatser i samarbejdet med personalet, så patienterne får dækket deres basale behov.
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	Sundhedsfaglige råd Regionalt og lokalt ernæringsudvalg De kliniske diætister og nøglepersoner for ernæring i afdelingerne Primær sundhed og det nære sundhedsvæsen (regional enhed) Psykiatrien Kommuner, herunder sundhedsfremme og forebyggelse (KRAM) og rehabilitering. Sygehuspræst Patient pårørende råd
Kvalitetsmonitorering	Auditering på indledende sygepleje. LUP løbende data. I forhold til relevante patient grupper; smerteskala, ernæringscreening, tryksårsscreening, ADL, KRAM m.m. Afdelingen sætter mål og følger data på diagrammer.
Datakilder	SP-journaler, SP-rapporter, LUP, UTH, klagesager, PRO m.m.
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	Hvad ønsker vi at opnå? Vi har i afdelingen en fælles konsensus for en holistisk vurdering og inddragelse af patienterne, herunder anvender etablerede screeningsværktøjer.
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? Vi auditerer og indhenter data i SP på anvendelse af screeningsværktøjer.
Trin 3 Indsatser - udvikling	Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer? Kvalitetsteamet identificerer indsatser og tester vurderet ud fra audit, UTH, klagesager og andre data.
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	Hvordan fastholder vi forbedringer? Alle nye medarbejdere og studerende introduceres til det fælles tilgang til patientens basale behov og screeningsværktøjer. Fast personale vedligeholdelsestræner. Medarbejderne kender til status på kvaliteten – synlige data.
Kompetencer	Faggrupperne er uddannet til deres opgaveløsning (stillings og funktionsbeskrivelser) og trænet i patientkommunikation. Relevante faggrupper er introduceret og trænet i diverse scorings og screeningsværktøjer i SP. Tryksår – E-learning D4 Dok.id. 320808

Sundhedsplatformen	<p>OBS Entydig dokumentation og omhyggelighed- Klinisk dokumentation og arbejdsgange inkl. screeningsværktøjer. I vejledningen "Klinisk dokumentation i SP – Indlæggelse til udskrivelse" findes bl.a.: Påkrævet dokumentation (afsnit 1, punkt 2)</p>
Referencer	<p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven kap. 23, kap. 61 og §84 og §140 med eventuelle senere ændringer</p> <p>NKR udgivelser efter emne - Sundhedsstyrelsen</p> <p>Nationale clearinghouse guidelines indenfor sygeplejen. www.cfkr.dk</p> <p>Retsinformation. Vejledning nr. 9019 af 15. januar 2013 om sygeplejefaglige optegnelser</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2008). Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister: Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2019). Ernæring til spædbørn og småbørn - en håndbog for sundhedspersonale</p>
D4 retningsgivende dokumenter	<p>Alkoholabstinensbehandling – visitation, monitorering og scoring Dok.id.462452</p> <p>Dehydrering og væskebehandling af børn og unge - 1 mdr. -18 år Dok.id. 489474</p> <p>Demens - udredning, diagnostiske kriterier, behandling, opfølgning og støtte Dok.id. 496002</p> <p>Ernæringsscreening - vurdering og dokumentation hos voksne Dok.id. 476112</p> <p>Forebyggelses- og sundhedsfremmepolitik for patienter Dok.id. 217205</p> <p>Medicinske patienter, ergo- og fysioterapeutisk intervention til indlagte Dok.id. 503319</p> <p>Palliative faser og lindring af symptomer hos den døende patient Dok.id. 528108</p> <p>Sygeplejefaglig vurdering og journalføring Dok.id. 533726</p>

[Selvmordsforebyggelse i somatikken Dok.id. 237488](#)

[Smertevurdering og smertedokumentation, generelle principper for Dok.id. 491524](#)

[Tryksår- risikovurdering og sårklassifikation - voksne over 16 år Dok.id. 494724](#)



Standard 2: Patient- og pårørendeinddragelse

Nøgleord: Brugerinddragelse, pårørendeinddragelse, brugerdialog, brugerråd, informeret samtykke, Landsdækkende undersøgelse af Patienttilfredshed (LUP), Mini LUP, Patientrapporterede Outcome (PRO)

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale på Nykøbing F Sygehus.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11-2021
Fagligt redaktør	Mfrn		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At udvikling af sygehuset og den enkelte afdeling sker gennem systematisk inddragelse af patienter og pårørende• At patienters ønsker, behov og kendskab til egen situation efterspørges i tilrettelæggelsen og beslutninger af behandlingsforløbet, og dermed styrke patienters aktive handlen i behandlingen og mestring af egen sygdom• At gøre det nemmere at være pårørende og gøre pårørendesamarbejdet til en del af fagligheden		
Indhold	<p>Standarden kan relateres til det nationale mål om patientinddragelse. Sundhedslovgivningen fastsætter patienters ret til at blive inddraget i beslutninger vedrørende egen behandling. Inddragelse kan opdeles i to dimensioner:</p> <p>1: Organisatorisk brugerinddragelse er inddragelse af patient- og pårørendeperspektivet i kvalitetsudviklingen af sygehusets ydelser f.eks. gennem udpege repræsentanter for grupper af patienter eller pårørende, som deltager i projekter, råd eller udvalg, der er med til at udvikle eller evaluere en indsats</p> <p>2: Individuel brugerinddragelse er at give patienter og pårørende indflydelse i eget forløb ud fra individuelle behov, præferencer og kendskab til egen situation. Individuel inddragelse kan styrkes gennem systematisk anvendelse af særlige metoder, eks metoden fælles beslutningstagen.</p> <p>Reel indflydelse på forløb indebærer respekt for det samlede forløb fra hjem til hjemme igen.</p> <p>For inspiration til at arbejde med organisatorisk og individuel inddragelse – se Kap. 5.2 "Guide til patient- og pårørendeinddragelse".</p>		
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen værdsætter og efterspørger patient- og pårørendeinddragelse på alle niveauer i organisationen. Ledelsen inkluderer systematisk inddragelse af patienter og pårørende, som en central del af den sundhedsfaglige kerneydelse.</p> <p>Ledelsen stiller rammer til rådighed for udvikling, organisering og evaluering af patient- og pårørendeinddragelse.</p> <p>Ledelsen prioriterer konkrete forbedringstiltag i samarbejde med patienter, pårørende, kvalitetsteamet og personale, holder fokus på opnåelse af resultater indenfor fastsatte tidsrammer samt sikrer plan for opfølgning. Kvalitetsteamet arbejder aktivt med data fra LUP og PRO.</p>		

Relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Patient- og pårørenderådet • Sygehusets Frivillige • Patientinddragelsesudvalg Reg. Sj. (PIU) • Inddragelsesagenter • Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet (ViBIS) • Center for fælles beslutningstagen
Kvalitetsmonitorering	Proaktivt arbejde med løbende at forholde sig til patientudtalelser både i behandling og udviklingsarbejde.
Datakilder	<ul style="list-style-type: none"> • LUP • Mini-LUP / Tidstro patientfeedback • Patient- og Pårørenderådets undersøgelser og feedback • Brugerdialog • PRO (Patientrapporterede Outcome)
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser - udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer</i>
Kompetenceudvikling	Træning i patientinddragelse E-learning i fælles beslutningstagen - Kompetenceportalen
Sundhedsplatformen	SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata. I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer. Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende: <ul style="list-style-type: none"> • Patientplaner og MinSP
D4 retningslinjer	De Landsdækkende Undersøgelser af Patientoplevelser (LUP) – indsats, mål og opfølgning Dok.id. 340113 Mestring og samarbejde med børn og unge 0-18 år Dok.id.528026 Patientens og pårørendes inddragelse som partnere Dok.id. 217210 Religiøs og kulturel støtte til patienter og pårørende Dok.id. 217250
Referencer	Bekendtgørelse nr. 359 af 4. april 2019 om information og samtykke og ved videregivelse af helbredsoplysninger mv. med eventuelle senere ændringer Danske patienter www.vibis.dk

Danske Regioner. [Det Nationale Kvalitetsprogram](#)

[Lovbekendtgørelse 1338 af 01. September 2020 om videnskabetisk behandling af sundhedsvidenskabelige forskningsprojekter og sundhedsdatavidenskabelige forskningsprojekter](#) med eventuelle senere ændringer

[Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven](#) kap. 5 eventuelle senere ændringer



Standard 3: Patientforløb og overgange

Nøgleord: Fra hjem til hjemme igen, forløbsbeskrivelser, Lærings og kvalitetsteam (LKT), patienttransport, rehabilitering, epikrise, tværsektorielt samarbejde

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale på sygehuset.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Fagligt redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At de sundhedsfaglige ydelser, i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb, sker koordineret med høj faglighed, god kommunikation og med patientinddragelse.• At patienterne oplever en relevant og velkoordineret indsats med sammenhæng i forløbet, herunder at eventuelle behov for sundhedsfremme og rehabilitering identificeres og tilbydes.• At alle overgange, herunder udskrivelse eller overflyttelse fra sygehuset sker veltilrettelagt og med sikker patienttransport.		
Indhold	<p>Patientforløb planlægges og kvalitetsmonitoreres i henhold til organisatorisk, sundhedsfaglig og patientoplevet kvalitet.</p> <p>Optimale tidssvarende patientforløb kræver løbende tilpasning og udvikling, helst i samarbejde med patienterne. Forløbene er systematisk beskrevet med fokus på implementering. De er klinisk evidensbaserede. Der arbejdes med udvikling og optimering af arbejdsgange, kompetencer, tilpasning af teknologi (E-konsultation) og patientsikkerhed.</p> <p>Specifikke indsatser:</p> <ul style="list-style-type: none">• Lærings og kvalitetsteam arbejder med specifikke patientforløb (LKT) i henhold til nationale program• Implementering af PAL og dennes funktion, opgaver og ansvar i henhold til retningslinje• Omlægning af fysiske konsultationer til virtuelle, omlægning af akutte til subakutte, indlagt til dagkirurgi etc.• Patienters behov for pleje og rehabilitering vurderes tværprofessionelt. Ved behov tilbydes en koordineret indsats med primær sektoren, hvor sygehuset starter et forløb, som derefter overdrages til kommunen eller til en specialiseret funktion. Sygehuset skal sikre overdragelsen af opgaven i overensstemmelse med sundhedsaftalerne og andre samarbejdsaftaler. I forhold til patientsikkerhed skal patientens funktionsniveau være bedømt inden udskrivelse.		

	<ul style="list-style-type: none"> • Patienttransporter betragtes som patientkritiske. Ekstern og intern transport af patienter, med behov for sundhedsfaglig ledsager planlægges, så transporten gennemføres med kompetent ledsagelse i henhold til retningslinjer.
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlig for, at afdelingens patientforløb lever op til national kvalitet, herunder tidskritiske forløb, epikriser, patientoplevelt kvalitet og servicemål.</p> <p>Ledelsen sikrer implementering af ny viden til systematiske forbedringer af patientforløb.</p> <p>Ledelsen og kvalitetsteamet har et særligt ansvar i samarbejde med beskrevne aktører for sammenhængende forløb.</p>
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Præhospital center • Andre sygehuse • Kommuner og praktiserende læger • Det nære sundhedsvæsen inkl. E-hospital
Kvalitetsmonitorering Indikatorer	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fuld målopfyldelse på alle indikatorer i LKT arbejdet (RKKP). 2. Sygehuset arbejder med indberetning og handling på data til RKKP. Sygehuset vurderer mindst en gang årligt, om målene er nået. 3. Sygehuset har mål for kvaliteten af rehabiliteringsindsatsen og samarbejdet med primær sundhed og vurderer mindst en gang årligt, om målet/målene er nået. 4. UTH ved patienttransporter udløser konkrete lærings- og forbedringsaktiviteter.
Datakilder	<p>SP-rapporter (epikriser, rehabilitering, anvendelse af MinSP, m.m.)</p> <p>Udvalgte kliniske databaser (RKKP)</p> <p>LUP</p> <p>Præhospital opgørelser</p> <p>UTH – meldt ind fra kommunerne og patienter</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning - mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser – udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i>
Kompetenceudvikling	<p>LKT – Kompetencer i forbedringsarbejde</p> <p>Kompetencer i udvikling af forløbsmodeller</p> <p>Kendskab til og anvendelse af Sundhedsaftalerne</p> <p>Kendskab til og brug af retningslinjer og aftaler med PHC</p> <p>For læger og anæstesisygeplejersker "Transport kursus"</p>

<p>Sundhedsplatformen</p>	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer. Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Plejeforløbsplan, genoptræningsplan og udskrivelse • Flytning og transit • Patientansvarlig læge/PAL og epikrise • Dobbeltindlæggelser (psykiatri/somatik) <p>I dashboardet "Målstyring - Alle organisatoriske niveauer" fremgår bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Epikriser på indlagte afsendt inden for 1. hverdag • Genoptræningsplan sendt senest 12 timer efter udskrivning • Plejeforløbsplaner sendt inden udskrivning <p>Rapportkatalog: Patienter uden patientansvarlig læge (PAL) vælg diagnose og overafd. beh.kt. de seneste 2 mdr. ID 895424.</p>
<p>D4 retningslinjer</p>	<p>Genoptræning, rehabilitering og genoptræningsplan - Region Sjælland Dok.id. 259149</p> <p>Interhospital transporter Dok.id. 317305</p> <p>Journalføring - vurdering og indhold Dok.id. 498889</p> <p>Lægelig vurdering og journalføring Dok.id. 526226</p> <p>Patientansvarlig læge (PAL) - Opgaver, ansvar og organisering Dok.id. 536980</p> <p>Sygeplejefaglig vurdering og journalføring Dok.id. 533726</p>
<p>Referencer</p>	<p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven kap. 23, kap. 61 og §84 og §140 med eventuelle senere ændringer</p> <p>Sundhedsaftalen 2019-2023 for Region Sjælland</p> <p>Sundhedsstyrelsen. Patientforløb</p> <p>Vejledning nr. 9538 af 2. juli 2018 om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner med eventuelle senere ændringer</p> <p>Vejledning nr. 10036 af 30. november 2018 om epikriser med eventuelle senere ændringer</p>

Standard 4: Diagnostik og prøvesvar

Nøgleord: Rekvisition af undersøgelser, prøvetagning, rettidig reaktion på prøvesvar og undersøgelser, point of care

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo/tajn		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At alle patienter får og oplever rettidig reaktion på undersøgelsesresultater, herunder rettidig handling på kritiske prøvesvar• Patienter har adgang til egne prøvesvar.• At rekvisition og håndtering af prøvesvar på parakliniske undersøgelser sker korrekt og sikkert• Sikker overlevering mellem sygehuse og sektorer• At undersøgelser med point of care udstyr, tilknyttet ikke-diagnostisk afdeling, kvalitetssikres.		
Indhold	<p>Standarden er relateret til det nationale mål om hurtig udredning og behandling, hvor diagnostik og prøvesvar er væsentlige parametre. Kritisk vurdering af indikation og ordination af prøver og undersøgelser skal være med til at skabe værdi for patientbehandlingen. Patienten skal have givet samtykke om muligt til undersøgelser.</p> <p>Arbejdsgange vedrørende diagnosticering, prøvetagning, og svar på undersøgelser er, i alle led af kæden, forbundet med høj risiko for fejltagelser, da flere aktører er medvirkende. Derfor skal afdelingerne have beskrevne procedurer og entydig ansvarsfordeling, herunder evt. ansvar for inBasket i SP, og signering af prøver.</p> <p>Rammedelegering i forhold til håndtering og reaktion på prøvesvar kræver oplæring og opmærksomhed, inkl. hvis der kommer tillægssvar til undersøgelser. Ved rammedelegation skal der være procedure for, hvornår læge skal kontaktes.</p> <p>Afdelingen skal have entydige procedure for informering af patienten om prøvesvar (OBS MinSP), specielt når patologiske svar har væsentlig betydning for udredning og/eller behandling. <i>Obs. håndtering af patienter, der ikke kan kommunikeres med, f.eks. andet sprog, demente.</i></p> <p>Epikriser til praktiserende læge skal markeres med farvekode i forhold til opfølgning med oplysninger om, hvilke prøver og planlagte undersøgelser, der skal følges op på inden for en given tidsramme.</p> <p>Point of care udstyr: En del apparatur (urinstiks, BS måling, A-punktur mv.) er placeret på de enkelte afsnit, mens andre undersøgelser</p>		

	<p>udføres på de parakliniske afdelinger. Alt apparatur til patientdiagnostik skal kvalitetssikres.</p> <p>Særlige opmærksomhedspunkter er:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hvem har ansvar for vedligeholdelse og kvalitetssikring af det parakliniske udstyr, der er placeret i de kliniske afsnit, herunder aftaler med teknisk afdeling? • Nødprocedure for hvordan prøvesvar håndteres ved IT-nedbrud
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlig for;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Løbende at sikre, at prøvesvar håndteres korrekt – ansvar for inBasket • Oplæring og opfølgning ved rammedelegering til vurdering af prøvesvar og svargivning • At point of care udstyr er underlagt løbende kontrol
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<p>Patienter - MinSP Kl. immunologi, Kl. biokemi, Kl. mikrobiologi, Radiologisk afd.</p>
Kvalitetsmonitorering	<p>Auditering Kvalitetstjek liste ved apparatur</p>
Datakilder	<p>Al klinisk dokumentation i SP og associerede systemer herunder RIS/PACS Udtræk af SP rapporter Kliniske databaser, kræftpakker UTH/Klagesager</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser - udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer</i>
Kompetenceudvikling	<p>Personale, der medvirker som lægens medhjælp i håndtering af prøvesvar, er oplært og får feedback.</p> <p>Personale, der anvender diagnostisk udstyr, er oplært i anvendelsen.</p>
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opgavelisten, prøvetagning og print af PTB • In basket, bestillinger og resultater • Patologibestilling under operation/procedure
D4 retningslinjer	<p>Anskaffelse og implementering af apparatur til klinisk brug Dok.id. 217191</p> <p>Apparatur til klinisk brug - opgave- og ansvarsfordeling Dok.id. 373798</p> <p>Identifikation af patienter Dok.id. 534804</p>

	<p>Kontrol, vedligehold, reparation og udfasning af apparatur til klinisk brug Dok.id. 217241</p> <p>Min Sundhedsplatform - procedurer for patienters og pårørendes adgang, oprettelser af adgang samt videokonsultation via MinSP Dok.id 532909</p> <p>Netbog for den regionale Klinisk Mikrobiologiske Afdeling inkl. vejledninger</p> <p>Parakliniske undersøgelser, ordination, bestilling, undersøgelsesresultater/prøvesvar, dokumentation af samt information om Dok.id. 592920</p> <p>Parakliniske undersøgelser, ordination, bestilling, undersøgelsesresultater/prøvesvar, dokumentation af samt information om Dok.id. 592920</p> <p>Prøvesvar - Afgivelse og rettidig reaktion på prøvesvar Dok.id. 217270</p> <p>Svartider Patologi Dok.id. 262248</p>
<p> Lovgivning og nationale guidelines </p>	<p>Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</p> <p>Bekendtgørelse nr. 359 af 4. april 2019 om information og samtykke i forbindelse med behandling og ved videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 1855 af 9. december 2020 om ændring af lov af sundhedsloven, lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet, lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed og lov om virksomhedsansvarlige læger og tandlæger</p> <p>Vejledning nr. 115 af d. 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</p> <p>Vejledning nr. 9207 af 31. maj 2011 om håndtering af parakliniske undersøgelser</p> <p>Vejledning nr. 9808 af 13. december 201 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet</p> <p>Vejledning nr. 10036 af 30. november 2018 om epikriser</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer</p> <p>Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.</p>

Standard 5: Medicinering

Nøgleord: Allergi og intolerans, ordination, dispensering, administration, medicingennemgang, FMK

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale, der behandler patienter på sygehuset.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• Forebygge utilsigtede hændelser (UTH) hos patienter med allergi og intolerans overfor medicin• Sikre rationel farmakoterapi med korrekt lægemiddelordination, dispensering og administration• Sikre korrekt anvendelse af FMK• Sikre præcis medicinering ved overgang mellem sygehus og hjem• At anmeldelsespligtige bivirkninger indberettes		
Indhold	<p>Alle handlinger omkring medicinering er potentielt patientkritiske. Nedenstående retningslinjer følges.</p> <p>Medicinordination og arbejdsgange ved medicinering er forbundet med høj risiko for fejltagelse, i alle led af behandlingskæden. Omhyggelighed ved indhentning af oplysninger og dokumentation er helt essentielt for at minimere risiko. En særlig opmærksomhed kræves i overgange af patientforløbet internt på sygehuset og eksternt.</p> <p>Særlige opmærksomhedspunkter ved sikker medicinering er:</p> <ul style="list-style-type: none">• Oplysninger om patientens kendte og erhvervede allergier og intolerans• Omhyggelig afdækning af patientens medicinanamnese inkl. vurdering af medbragt medicin, inkl. håndkøbsmedicin og FMK• Enhver ordination af lægemidler til patienter er entydig og i overensstemmelse med rationel farmakoterapi, samt patientens informerede samtykke foreligger• Ved anvendelse af afhængighedsskabende eller særlig dyrt medicin (RADS) medicin er der skærpede omstændigheder, herunder slutdato og/eller aftrapningsplan• Lægemiddelordinationen, såvel receptpligtig (inkl. RADS) som håndkøbsmedicin skal være i overensstemmelse med sygehusets standardsortiment• Omhyggelighed ved udskrivelse, herunder korrekt afstemt FMK, receptudskrivelse, hvem der dispenserer og begrundelse i epikrise for evt. seponering af medicin <p>OBS: Dokumentationskrav skal ikke hindre, at en patient i akutte situationer får den bedst mulige behandling</p>		

	<p>Særlige risikopatienter</p> <p>Lægemiddelrelaterede problemer opstår hyppigt, specielt hos patienter med polyfarmaci eller risikomedicin, hvor omhyggelig medicingennemgang evt. ved farmakonom kan være en systematisk forebyggende mulighed.</p>
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlige for løbende at sikre</p> <ul style="list-style-type: none"> • At medicinering foregår omhyggeligt efter retningslinjerne • At personalet oplæres og trænes i korrekt medicinering, herunder rammedelegering og dokumentation i SP/FMK • At der løbende sker læring af UTH på medicineringsområdet • At afdelingens forbrug af stærkt smertestillende og beroligende midler følges
Relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Apoteket • Lægemiddelkomiteen/RADS • Kommunal sundhed • Andre sygehuse
Kvalitetsmonitorering	<p>Medicinområdet kræver grundet risici løbende kvalitetsmonitorering og forbedring med fokus på fastholdelse af sikre arbejdsgange.</p> <p>I kvalitet og patientsikkerhedsrådet sker en gang årligt en gennemgang af mønstret for UTH på medicineringsområdet og der igangsættes evt. forbedringstiltag i afdelingerne.</p> <p>Medicinrumsgennemgang inkl. køleskabstemperatur er obligatorisk.</p>
<p>Indikatorer</p> <p>Sundhedsfaglig Organisatorisk Patientoplevelt</p>	<p>Forslag:</p> <p>S: Alle patienter har korrekt allergi og intolerans dokumentation.</p> <p>S: Alle patienter har korrekt og rettidig afstemning af FMK</p> <p>O: Alle patienter har givet informeret samtykke til ny medicin</p> <p>O: Afdelingerne observerer forbrug og anvendelse af afhængighedsskabende medicin</p> <p>P: Relevante LUP-spørgsmål – Eks. <i>Jeg er relevant smertelindret</i></p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol – data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser – udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer og patientsikkerhed?</i>
Datakilder	<p>Rapporter i SP – FMK</p> <p>Oversigt over mønstre i UTH</p> <p>LUP</p>

	Oversigter fra apoteket
Kompetencer	<p>Alle læger skal være oplært i anvendelse af FMK og indberetning af bivirkninger.</p> <p>Alt personale, der giver i.v. behandling skal have undervisning.</p> <p>Alt personale, der har ret til rammedelegeret ordination, skal være undervist.</p>
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer. Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Væskehåndtering og infusioner • Cave • Bestillinger og ordinationer • FMK, dispensering og administration af medicin og rover • Operation, endoskopi og opvågning <p>Rapportkatalog:</p> <p>Find aktuelt indlagte patienter med CAVE penicillin ID 897513</p> <p>Find best.ord. (søge base oprettelsestidspunkt) ID 101962</p> <p>Find patienter med hospitalsudleveret lægemiddel ID 902793</p> <p>FMK ajourføring ved ambulante besøg ID 74000</p> <p>FMK ajourføring ved udskrivning ID 56639</p>
D4 retningslinjer	<p>Allergi og intolerans Dok.id. 217252</p> <p>Dosisdispensering Dok.id. 477461</p> <p>Dispensering og administration af lægemidler samt udlevering af vederlagsfri lægemidler Dok.id. 477341</p> <p>Forsyning af lægemidler Dok.Id. 343040</p> <p>Håndtering af patientens egen medicin under indlæggelse Dok.id. 265040</p> <p>Informeret samtykke til behandling Dok.id. 494629</p> <p>Journalføring - vurdering og indhold Dok.id. 498889</p> <p>Lægemiddelbivirkninger - indberetning af Dok.id. 477310</p> <p>Dispensering og administration af lægemidler samt udlevering af vederlagsfri lægemidler Dok.id. 477341</p> <p>Lægemiddelopbevaring og medicinrum Dok.id. 217267</p> <p>Lægemiddelordination Dok.id. 477286</p> <p>Mediciggennemgang - medicinstatus - ajourfør FMK Dok.id. 217257</p>

	<p>Palliative faser og lindring af symptomer hos den døende patient Dok.id. 528108</p> <p>Smertebehandling til børn og unge i alderen 1 måned til 18 år Dok.id. 490310</p> <p>Smerteguide – National vejledning for sygehuse og almen praksis i Region Sjælland – Lommekort Dok.id. 475781</p> <p>Smertelindring spædbørn - peroral, sukkervand/amning Dok.id. 572636</p> <p>Smertevurdering- børn og unge Dok.id. 528083</p> <p>Smertevurdering og -behandling. Kroniske non-maligne smerter Dok.id. 217265</p> <p>Smertevurdering og smertedokumentation, generelle principper for Dok.id. 491524</p> <p>Sondeernæring og anlæggelse og kontrol af sonde (voksne, alder 16 år eller ældre) Dok.id.477563</p> <p>Sondeernæring til børn og unge samt pleje og observationer Dok.id. 477746</p>
<p>Referencer</p>	<p>Bekendtgørelse nr. 857 af 12. juni 2020 om recepter og dosisdispensering af lægemidler med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1823 af 15. december 2015 om indberetning af bivirkninger ved lægemidler m.m. med eventuelle senere ændringer</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 99 af 16. januar 2018 om lægemidler (Lægemiddelloven) med eventuelle senere ændringer</p> <p>Vejledning nr. 9079 af 12. februar 2015 om ordination og håndtering af lægemidler</p> <p>Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet</p>

Standard 6: Akutmedicin og infusion

Nøgleord: Lægemidler til akutte situationer, infusion med blodkomponenter, andre infusioner

Anvendelsesområde	Alle ledere og alt personale, der behandler patienter på Nykøbing F Sygehus.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At sikre at lægemidler og infusioner, til akutte situationer, er tilgængelige, anvendes og opbevares korrekt• At indikation for og anvendelse af donor-blodprodukter sker med høj patientsikkerhed og med samtykke fra patienten• At indikation og anvendelse af i.v. adgange kvalitetssikres		
Indhold	<p>Lægemidler og infusioner, der anvendes i akutte situationer, skal være let tilgængelige døgnet rundt og opbevares efter de gældende regler. Særligt udvalgt medicin pakkes i let tilgængelige standardbakker (akutbakker). Ansvarlig udfører kontrol i henhold til retningslinje. Præparater i restordre skal altid substitueres.</p> <p>Behandling med blodkomponenter skal ske patientsikkert, med patientens samtykke og med rette indikation i henhold til SSTs retningslinje.</p> <p><i>Særligt opmærksomhedspunkt er:</i> <i>Patienter, der skal modtage transfusion af blodprodukter, på indikation fra anden behandlingsinstitution, skal have revurderet om indikationen stadig er relevant.</i></p> <p>Behandling med infusioner, herunder væsker og ernæringsprodukter, sker patientsikkert, etisk korrekt og med rette indikation og i.v. adgang.</p>		
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlig for løbende at sikre, at afdelingen lever op til patientidentifikation, til den nationale guideline for transfusion og herunder indberetning af transfusionskomplikationer.</p> <p>Ledelsen er ansvarlig for, at udøvende personale er oplært i medicin, transfusion med blodprodukter og andre infusioner.</p> <p>Ledelsen er ansvarlig for at kvalitetssikre oplæring og anvendelse af i.v. adgange.</p> <p>Kvalitets teamet følger UTH.</p>		

Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Apoteket • Lægemiddelkomiteen • Transfusionsrådet • Klinisk immunologisk afdeling
Kvalitetsmonitorering Indikatorer	<p>Transfusionsrådet indsamler kvantitative data, der belyser opfyldelsesgraden af nationale mål, med registrering i Dansk Transfusionsdatabase.</p> <p>Relevante afdelinger følger; forbrug af blodprodukter, overholdelse af indikation for infusionsprodukter.</p> <p>Patientsikkerhedsrådet gennemgår årligt sygehusets forbrug af blodprodukter og eventuelle UTH for området.</p> <p>Ernæringsrådet følger anvendelse af ernæringsprodukter.</p>
Datakilder	Dansk Transfusionsdatabase Data fra apotek ang. forbrug af akutbakker DPSD-database
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser – udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer</i>
Kompetenceudvikling	<p>Specifikt personale skal oplæres i medicin til akut brug.</p> <p>Specifikt personale er oplært i transfusion af blodprodukter, herunder transfusionskomplikationer, patientidentifikation og samtykke</p> <p>Specifikt personale er oplært og vedligeholder kompetence i anlæggelse og pleje af i.v. adgange, herunder udvalgt personale i centrale venekatetre, ernærings og PEG sonder.</p>
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Væskehåndtering og infusioner • Ordination af blodprodukter
D4 retningslinjer	<p>Ang. Akutmedicin henvises til diverse sundhedsfaglige retningslinjer i D4</p> <p>Ang. Ernæring – Diverse nationale guidelines for forskellige målgrupper (intensiv, hjerneskade m.m.)</p>

	<p>Centrale venekatetre (CVK) inkl. akutte dialysekatetre - ikke tunnelerede til børn og voksne - anlæggelse, observation, pleje og seponering Dok.id. 484698</p> <p>Intravaskulære katetre hos nyfødte, børn og unge 0-18 år - observation, pleje, håndtering og seponering. HÅNDBOG Dok.id.528734</p> <p>Lægemidler til akutte situationer (herunder akutbakker) Dok.id. 217271</p> <p>Parenteral ernæring for voksne – procedurer og forholdsregler Dok.id 478000</p> <p>Perifert venekateter (PVK), anlæggelse og håndtering af Dok.id. 536183</p> <p>Perioperativ væskebehandling til voksne Dok.id. 484697</p> <p>Regional Transfusion og Transplantations instruktion Dok.id. 218875</p> <p>Triage af børn og unge i somatiske Børne- og ungemodtagelser, Akutmodtagelser og Akutklinikker Dok.id.495747</p> <p>Transfusionsinstruktion, Regional. Telefonnummer til Klinisk Immunologisk afdeling / Blodbanken Dok.id.273422</p> <p>Udlevering af medicin om natten Dok.id.554150</p>
Referencer	<p>Bekendtgørelse 1016 af 9. oktober 2006 om indberetning og overvågning af bivirkninger og utilsigtede hændelser ved anvendelse af humant blod med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1222 af 7. december 2005 om håndtering af lægemidler på sygehusafdelinger og andre behandlende institutioner med eventuelle senere ændringer</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer, kap. 6 og kap 61</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2018). Nationale Kliniske Retningslinjer om Indikation for transfusion med blodkomponenter</p> <p>Sundhedsstyrelsen. Vejledning til blodcentre om indberetning af bivirkninger og utilsigtede hændelser m.v.</p> <p>Vejledning nr. 9038 af 15. januar 2015 om blodtransfusion</p> <p>Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet</p>

Standard 7: Kritisk sygdom og traumer

Nøgleord: Observation, monitorering, MAT, hjerte/lungeredning, sepsis, intensiv terapi, behandlingsniveau, traume

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale på Nykøbing F Sygehus.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• Sikre patienten tidskritisk behandling gennem observation og monitorering, samt klinisk beslutning• Tilstedeværelse af kompetente, eksempelvis tilkald af MAT, tilsyn ved speciallæge m.m.• Øge overlevelsen ved hjerte- og respirationsstop gennem systematisk og hurtig indsats (nationalt mål)• Systematisk traumebehandling med hurtig indsats• Vurdering af behandlingsniveau hos livstruede og terminale patienter		
Indhold	<p>Området dækkes af en række sundhedsfaglige og organisatoriske retningslinjer, inkl. nationale guidelines/speciale selskabernes retningslinjer.</p> <p>Ved kritisk sygdom/tilstand har behandlingsansvarlig læge ansvaret for, at patienten har og får verificeret en eller flere arbejdsdiagnoser. Ved potentielt livstruende tilstande, har patienten en klar undersøgelses og behandlingsplan, indeholdende en plan for observationer og opfølgning, så ændring af tilstanden identificeres tidligt i forløbet.</p> <p>Observationsplan følger retningslinjer (EWS og klinisk vurdering) og andre kliniske markører, screeninger relevant for det enkelte speciale/afdeling. Ansvar for overvågning/monitorering og hvilke observationer, der skal handles på og dokumenteres skal være entydigt.</p> <p>For kritisk syge patienter, og patienter med risiko for respirations- og hjertestop, foreligger informeret samtykke til behandlingsniveau.</p> <p>Genoplivning/hjertestopbehandling (hjerte-lungeredning) foregår i henhold til evidensbaseret praksis og national anbefaling.</p> <p>Patienter med behov for intensiv behandling visiteres efter fastlagte kriterier. Patienter udskrives, eller overflyttes, fra intensiv terapienhed til anden afdeling eller sygehus i overensstemmelse med samarbejdsaftaler.</p>		

	<p>Mobilt Akut Team (MAT) følger gældende retningslinjer i samarbejde med behandlingsansvarlig læge.</p> <p>Traumer følger traume-manual.</p> <p>Sepsis følger guidelines og retningslinje med SOFA-kriterier.</p> <p>OBS: Retningslinjer for behandling af kritisk sygdom skal løbende tilpasses/opdateres ved organisationsændringer, ændringer i fysisk indretning, opgaveflytning, IT systemer m.m.</p>
Ledelse og opfølgning	<p>Ledelsen er ansvarlig, for at relevant personalet er oplært i følgende; Hjerte/lungeredning, EWS og klinisk observation, behandling af kritisk sygdom, samt kender og anvender gældende retningslinjer. Leder dokumenterer gennemførte kurser i Kompetenceportalen. Ledelserne har en særlig pligt, til at følge op på læring af dybdegående analyser af alvorlige hændelser. Afdelingerne og Kvalitets- og patientsikkerhedsrådet følger op på mors-auditering.</p>
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<p>Hjertestop komite MAT team Traume organisation</p>
Kvalitetsmonitorering	<p>Auditering – eks. ved konferencer UTH Hjertestopkald MAT kald Sepsisauditering</p>
Datakilder	<p>RKKP – Danarrest Lokal MAT kald opgørelse Afdelingens auditering; EWS, sepsis m.m. Kompetenceportalen: Re-certificering af hjertestopbehandling.</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<p><i>Hvad ønsker vi at opnå?</i> <i>Øge overlevelse efter uventet hjertestop (Nationalt mål)</i></p>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<p><i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i></p>
Trin 3 Indsatser - udvikling	<p><i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i></p>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<p><i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i></p>
Kompetencer	<p>Kritisk sygdom Alt nyansat sundhedsfagligt personale oplæres i behandling af kritisk sygdom, herunder EWS og MAT-kald. Alt personale re-certificeres hvert andet år gennem E-learning eller andet lokalt program. Lægelige bagvagter er kompetencevurderet og har ALS/evt. ATLS afhængigt af speciale.</p>

	<p>Genoplivning/hjertestopbehandling Personalet er certificerede/re-certificerede og kender egne opgaver og ansvar i forbindelse med hjerte og respirationsstop.</p> <p>Undervisning i hjerte/lungeredning gennemføres på to niveauer: Et basalt og et avanceret niveau afhængigt af ansættelsestype og autorisation. Alt personale, der arbejder på et sygehus, skal som minimum kende procedurerne for alarmering ved hjertestop. Dette gælder også udliciterede områder, hvor personer arbejder på en sundhedsmatrikel f.eks. kiosk-arbejdere.</p>
<p>Sundhedsplatformen</p>	<p>Der henvises til manualer for Sundhedsplatformen</p> <p>Rapporter: Kapacitet intensive afsnit (region) ID 937694</p>
<p>D4 retningslinjer</p>	<p>Early Warning Score (EWS) - systematisk observation og risikovurdering af indlagte patienter samt dertil hørende handlingsalgoritme Dok.id. 510759</p> <p>Forudgående fravalg af livsforlængende behandling, herunder genoplivningsforsøg, og afbrydelse af behandling Dok.id. 626721</p> <p>Hjertelungeredning af voksne for sundhedsfagligt personale, Dok.id. 504037</p> <p>Hjertestop - erkendelse, alarmering, behandling og dokumentation, Dok.id. 504030</p> <p>Livs- og behandlingstestamente - anvendelse, oprettelse og tilbagekaldelse Dok.id. 494647</p> <p>Mobilt Akut Team, organisering og tilkald af Dok.id. 531842</p> <p>Sepsis og septisk shock, udredning og behandling af Dok.id. 487472</p> <p>Sepsis og septisk shock på intensivafdeling, diagnostik, observation og behandling af patienter med Dok.id. 487473</p> <p>Sepsis hos børn mellem 4 uger og 18 år Dok.id. 489473</p> <p>Væskebehov, væskeplan, væskeregnskab og væskedøgn i SP. Dok.id 632231</p>
<p>Referencer</p>	<p>Dansk råd for genoplivning. www.genoplivning.dk</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer, kap. 6 og kap 61 med eventuelle senere ændringer</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2006). Intensiv terapi – definitioner, dokumentation og visitationsprincipper. Anbefaling fra arbejdsgruppen om intensiv medicinsk terapi</p>

Standard 8: Sygehuserhvervede infektioner, antibiotika og infektionshygiejne

Nøgleord: Antibiotika, isolation, smitteveje, håndhygiejne, uniformsetikette, værnemidler, resistensudvikling, screening

Anvendelsesområde	Hele sygehuset, både medarbejdere og patienter/pårørende	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Thei		
Formål	<ul style="list-style-type: none"> • At sikre, at alle der færdes på sygehuset har fokus på at forebygge og begrænse smitte, herunder korrekt håndhygiejne, isolationsregimer og mulighed for vaccination. • At forebygge sygehuserhvervede infektioner, og sikre rationel anvendelse af antibiotika. • At patienter og pårørende bidrager til god hygiejne og oplever sygehuset og afdelingen som ren og ryddelig. 		
Indhold	<p>Standarden for hygiejne tager afsæt i det nationale mål: "Forbedret overlevelse og patientsikkerhed" og indikatoren: "Sygehuserhvervede infektioner". Alt personale er oplært og trænet i hygiejne, herunder isolationsregimer, screening for resistente bakterier, podning og rengøring m.m.</p> <p>Afdelingerne arbejder med WHO fokus på "5 Moments for Hand Hygiejne" – et internationalt fokus gr. pandemi.</p> <p>Alle afdelinger re-implementerer og monitorerer med auditering de regionale retningslinjer for hånd- og uniformshygiejne samt retningslinjer for isolation og COVID-retningslinjer. Medarbejdere modtager tilbud om vaccination for influenza og Covid-19.</p> <p>For at opnå rationel anvendelse af antibiotika og forebygge resistens udvikling, er der i Region Sjælland besluttet at videreføre LKT¹ antibiotika og implementere en funktion - antibiotikaansvarlige læger på alle afdelinger.</p> <p>Hygiejnenøglepersoner og serviceafdelingen har en særlig opgave i at sikre at afdelingen fremstår for ren og ryddelig.</p>		
Ledelse og kvalitetsteam	Ledelsen er ansvarlig for løbende at sikre, at uniformsetikette overholdes, og at der observeres og trænes i hygiejne		

¹ LKT=lærings og kvalitetsteam

	<p>procedurer, for at reducere smittespredning og mindske resistensudvikling.</p> <p>Ledelsen skal bakke op om nøglepersonernes arbejde, herunder udbrudshåndtering og følge op på audits og observationer.</p> <p>Ledelsen er ansvarlig for, i samarbejde med kvalitetsteamet, at afdække forbedringsbehov inden for infektionshygiejne; herunder have fokus på MRSA opsporing og håndtering af udbrud (CD, Covid, Influenza m.)</p>
Relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Mikrobiologisk afdeling • Serviceafdelingen • Antibiotikaansvarlig læge • Nøglepersoner for hygiejne • Hygiejnesygeplejersken og IHE² • LKT antibiotika • Infektionshygiejnisk gruppe • Kvalitetskonsulent med arbejdsområde inden for sygehuserhvervede infektioner
Kvalitetsmonitorering	
<p>Indikatorer: S: Sundhedsfaglig P: Patient-oplevelt O: Organisatorisk</p> <p>Indikatorer holdes op imod Nationale mål og standarder</p>	<p><i>Forslag:</i></p> <p>Sundhedsfaglige indikatorer <i>Audit på hånd- og uniformshygiejne – mål følger fra regionen. LKT antibiotika og Infektionshygiejnisk Gruppe udarbejder løbende forslag til sundhedsfaglige indikatorer/mål for standarden</i></p> <p>Patientoplevelt indikator: LUP/mini-LUP og egne spørgsmål til patienter og pårørende.</p> <p>Organisatoriske indikatorer: <i>Alle afsnit har udpeget hygiejnenøglepersoner og alle afsnit har udnævnt antibiotikaansvarlig læge.</i></p>
Datakilder	<p>HAIBA er et værktøj til automatisk overvågning af infektioner erhvervet på sygehuse. På HAIBAs hjemmeside (eSundhed) findes der beskrivelse af, hvordan HAIBA leverer data og hvordan data kan bruges.</p> <p>Statistik af antibiotika forbrug.</p> <p>LUP-spørgsmålet "Var der rent i afdelingens/ambulatoriets lokaler? "</p> <p>Håndholdte data til forbedringsarbejde – se mere i Guiden om data i kapitel 5.3.</p> <p>Kompetenceportalen: Her monitoreres om personalet har gennemført E-læring Håndhygiejne.</p> <p>UTH</p>

² IHE = Infektionshygiejnisk enhed

Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning - mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i> <ul style="list-style-type: none"> • At patienter og medarbejdere ikke pådrager sig infektion under ophold på sygehus • At medarbejdernes hygiejne lever op til gældende standarder • At læger følger gældende vejledning for rationel antibiotikabehandling
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i> Indsamling af data
Trin 3 Indsatser – udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i> Systematisk forbedringsarbejde skal sikre patienters og medarbejders sikkerhed i forhold til infektionshygiejniske risici.
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i>
Kompetencer	<ul style="list-style-type: none"> • E-læring Håndhygiejne er obligatorisk for alt personale • Relevante Skills stationer og Brush-up emner ud fra kvalitetsmonitoreringen • Funktionsbeskrivelse for antibiotikaansvarlig læge
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Smittefare og isolationer • MIBA <p>I dashboardet "Målstyring - Alle organisatoriske niveauer" fremgår bl.a.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relativt forbrug af penicilliner
D4 retningslinjer	<p>Antibiotikalommevejledning for voksne og børn over 17 år samt Vurderingsværktøj gældende for Region Sjælland Dok.id. 327962</p> <p>Bilagliste - regional infektionshygiejne Dok.id. 293597 indeholder: Kommissorium for Udvalget for Infektionshygiejne i Region Sjælland (Bilag 1) Funktionsbeskrivelse for nøglepersoner i infektionshygiejne (Bilag 2) Uddannelsesprogram for nøglepersoner i infektionshygiejne (Bilag 3) Overordnede mål (Bilag 4)</p> <p>Generelle infektionshygiejniske forholdsregler Dok.id. 542134</p>

	<p>Håndhygiejne for sundhedspersonale Dok.id. 536817</p> <p>Netbog for infektionshygiejne i D4 med tilhørende retningslinjer. Klik på fanebladet "Hygiejne" øverst til venstre for at tilgå netbogen</p> <p>Operation af patient med resistente bakterier eller smitsom sygdom Dok.id. 224376</p> <p>Personlige værnemidler Dok.id. 567947</p> <p>Rengøring og desinfektion af medicinsk flergangsudstyr Dok.id. 206712</p>
<p>Referencer</p>	<p>Center for Patientinddragelse. Region Hovedstaden. LUP Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser</p> <p>eSundhed. HAIBA Healthcare-Associated Infections Database</p> <p>Lærings- og Kvalitetsteams. Rationelt antibiotikaforbrug på hospitaler</p> <p>Sax, H. et al. (2007). 'My Five moments for hand hygiene': a user-centred design approach to understand, train, monitor and report hand hygiene. <i>Journal of Hospital Infection</i>, 67, 9-21</p> <p>Statens Serum Institut (2021). Nationale infektionshygiejniske retningslinjer (NIR)</p> <p>Statens Serum Institut (2020). Infektionshygiejne og covid-19</p> <p>The New England Journal of Medicine. Hand Hygiene VIDEOS</p> <p>WHO (2009). WHO Guidelines on Hand and Hygiene in Health Care</p>

Standard 9: Kirurgisk patient og bedøvelse

Nøgleord: Sikker kirurgi, forberedelse til anæstesi, bedøvelse, databaser, kompetencer

Anvendelsesområde	Alle ledere og alt personale på kirurgisk, gynækologisk, akut, pædiatrisk, medicinsk, radiologisk og anæstesiologisk afdeling.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• Alle patienter, der forventes at gennemgå procedure i anæstesi, vurderes på et ensartet grundlag• Alle patienter behandles sikkert ved operative indgreb med anæstesiologisk medvirken og potentielle komplikationer forebygges• Alle patienter behandles sikkert, når de sederes, som led i procedurer uden medvirken af anæstesiologisk personale		
Indhold	<p>Standarden gælder alle patienter, der gennemgår et operativt indgreb under generel, regional anæstesi eller sedation. Alle patienter, som gennemfører et invasivt kirurgisk forløb, vurderes systematisk og risikovurderes. Patienter med særlige akutte forløb – følger forløbsbeskrivelser og behandlingsmål eks. OMEGA, hoftenær fraktur m.m.</p> <p>Et særligt opmærksomhedspunkt er tilsyn og overgange i patientforløbet. Akutte kirurgiske patientforløb kan være over flere geografier internt og eksternt, hvorfor der aftales klart behandlingsansvar, udføres omhyggelig dokumentation og de tværregionale retningslinjer følges.</p> <p>Anæstesi med personale ansat i anæstesiafdelingen anvendes til invasive og non-invasive procedurer, såsom akut og planlagt kirurgi, DC-konvertering og diagnostiske procedurer. Inden anæstesi er den behandlingsansvarlige læge ansvarlig for tidstro anamnese og klinisk undersøgelse, inkl. vurdering af blodprøver.</p> <p>Ved præmedicinering foretager anæstesiolog risikoklassifikation i overensstemmelse med ASA-klassifikationen. Ved præmedicinering tages højde for diabetes eller anden co-morbiditet. SBI (Save Brain Initiative) konceptet implementeres.</p> <p>Sedation uden medvirken af anæstesiologisk personale stiller særlige krav. I forbindelse med såvel invasive som non-invasive procedurer, herunder fødsler, skal sedation foregå sikkert og ensartet. Særlige opmærksomhedspunkter i overgange og samarbejde er:</p>		

	<p>a) Fastlæggelse af ansvaret for patienten før, under og efter proceduren</p> <p>b) Kliniske kriterier for tilbageflytning til en stue/hjemsendelse af patienten efter proceduren</p> <p>c) Håndtering af situationer, hvor der opstår uventet behov for anæstesiologisk assistance</p>
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlige for løbende at sikre, at afdelingen lever op til gældende standard, kompetencer og bemyndigelse. Derudover sikrer ledelsen læring og systematiske forbedringer i samarbejde med kvalitetsteam, personale og patienter.</p>
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<p>Kirurgi sker i et tværprofessionelt samarbejde</p> <p>Andre sygehusenheder</p> <p>OBS Patientinddragelse ved dialog om præferencer og samtykke – evt. systematisk fælles beslutningstagen</p>
Kvalitetsmonitorering	<p>Se RKKP indikatorer</p> <p>LKT arbejde</p>
Datakilder	<p>Kliniske databaser (RKKP) – Anæstesidatabase, Hoftener fraktur, etc.</p> <p>Data på SBI-dashboard</p> <p>Sagsbehandling af UTH/klagesager</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<p><i>Hvad ønsker vi at opnå?</i></p> <p><i>Eksempel:</i> At vi lever op til aftaler i akutte forløb</p>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<p><i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i></p>
Trin 3 Indsatser – udvikling	<p><i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i></p>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<p><i>Fastholdelse af forbedringer.</i></p>
Kompetenceudvikling	<p>Tværrregionale retningslinjer følges. Kompetenceniveauet for læger, der selvstændigt tager stilling til indikationen for proceduren og anæstesiform overholdes.</p> <p>For ikke-anæstesiologisk personale, der sederer, foreligger godkendelse af gennemført kompetenceprogram. Lederen er ansvarlig for løbende opfølgning på kompetenceniveauet.</p>
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casebestilling og procedurepas • Peroperativ navigator • Prætilsyn og eksterne ydelser

	<p>Alle handlinger og patientsamtykke dokumenteres.</p> <p>Rapportkatalog: Planlagte operationer – i dag fra kl. 00 (hospital) ID 40904 Aflysninger af operation den seneste måned (hospital) ID 22799 OP-Cases der skal planlægges (hospital) ID 40896</p>
D4 retningslinjer	<p>Identifikation af patienter Dok.id. 534804</p> <p>Informeret samtykke til behandling Dok.id. 494629</p> <p>Sedation af patienter uden medvirken af anæstesiologisk personale Dok.id. 217227</p> <p>Sikkerhed ved invasive og kirurgiske procedurer herunder operation Dok.id. 528812</p>
Referencer	<p>Dansk Selskab for Patientsikkerhed (2020). Sikker Kirurgi Tjekliste.</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer</p> <p>Vejledning nr. 9091 af 13. marts 2013 om kontrolforanstaltninger ved anvendelse af servietter, tamponer, duge, instrumenter mv. i forbindelse med operationer</p> <p>Vejledning nr. 9808 af 13. december 2013 om identifikation af patienter og anden sikring mod forvekslinger i sundhedsvæsenet</p>

Standard 10: Psykiatrisk patient i somatisk seng

Nøgleord: Tvangsbehandling og –medicinering, tvangsprotokol, bistandsværge, samarbejdsaftaler, demens, delirøs tilstand

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglige redaktører	Hbjo/Thei		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At øge tryghed og risiko for skade for både patient og personale i relationen• At forebygge unødigt anvendelse af tvang• At sikre patientens rettigheder ved anvendelse af tvang• At forebygge underdiagnosticering af fysisk sygdom hos psykisk syge		
Indhold	<p>Standarden er beskrevet ud fra psykiatriloven og lovgivning omhandlende tvang. Standarden medtager elementer med relevans for sårbare patienter, herunder patienter med demens eller delirøs tilstand; Som beskrevet i sundhedslovens §§ 18 og 19.</p> <p>Personalet skal være bevidste om deres ansvar i relationen med patienten og benytte kommunikative tiltag til at skabe tillid og tryghed og herigennem forbygge behov for tvangsbehandling. Personalet skal ligeledes være opmærksomme på samspillet med pårørende.</p> <p>Patienten gennemgås somatisk, herunder anamnese for misbrug, medicinindtag, objektiv undersøgelse med vurdering af sanser, screeningsværktøjer for demens m.m.</p> <p>Sygehuset og personalet anvender fysisk indretning og skærmning, som redskaber til at skabe større tryghed og mulighed for egenomsorg for patienter med kognitiv svækkelse og tryghed for personalet.</p> <p>Tvangsbehandling på somatisk afdeling skal følge psykiatrilovens §13 om dobbeltindlæggelse. Der skal udvises omhyggelighed ved producerer og dokumentation af indikation og behandling under tvangsforhold.</p> <p>Personalet kan få assistance af indsatsteamet fra psykiatrien og psykiatrisk plejepersonale ved bæltefiksering – se nedenstående D4 henvisning. Personalet tilbydes defusing/debriefing ved eventuelt voldsomme hændelser.</p> <p>Værge tildes borgere med alvorligt svækket helbred og som ikke selv er i stand til at varetage sine egne interesser. Lovgivningen Borgerens medvirken kræves som følge af lovgivning.</p>		
Ledelse og opfølgning	<p>Ledelsen er ansvarlig for løbende at sikre, at personalet er trygge ved behandling og pleje af indlagte psykiatriske patienter og at lovgivning overholdes.</p> <p>Ledelsen skal sikre relevante kompetencer i relation til kommunikation, konfliktnedtrapning og forebyggelse af vold.</p>		

	<p>Ledelsen er ansvarlig for defusing/debriefing ved eventuelle voldssager og at sagerne anmeldes.</p> <p>Ledelsen samarbejder med psykiatriledelsen og politiet.</p>
Inddragelse og relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Akutafdeling/sygehuset har samarbejdsaftaler med institutioner i optageområdet Socialpsykiatrien/social institutioner • Socialsygeplejerske Socialsygeplejersker er vigtig i forhold til tværsektoriel koordinering (Forløbsprogram for mennesker med psykisk lidelse og samtidigt misbrug); eksempelvis kontakt til ROK³ Lolland og Særlig koordineret Indsats Guldborgsund • Behandlingspsykiatrien – rådgiver og assisterer i forløbene • Frivillige tryghedspersoner til demente • Politi – beslutter og godkender tvang • Arbejdsmiljø organisationen
Kvalitetsmonitorering og datakilder	<p>RKKP</p> <p>UTH, klagesager, indberetninger af voldshændelser</p> <p>Auditering på anvendelse af lommekort</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsætter - udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i>
Kompetenceudvikling	<p>Personale, der møder psykiatriske, demente og delirøse patienter, har kompetencer i deeskalering og kendskab til retningslinjer, herunder gennemgået Kobling – arbejdsmiljø.</p> <p>Behandlingsansvarlige og lægelige bagvagter skal kende proceduren ved røde papirer.</p> <p>Podcast – Bølgeskulp om Tvangsbehandling (eks. Soundcloud)</p>
Sundhedsplatformen	<p>Frihedsberøvelse og anden tvang udføres og dokumenteres i overensstemmelse med retningslinjerne og gældende lovgivning.</p> <p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p> <p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer. Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer omhandlende:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dobbeltindlæggelser • Somatisk tvang ved varigt inhabile og tvangsprotokoller

³ ROK = **R**ehabilitering, **O**verblik og **K**oordinering

D4 retningslinjer	<p>Anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile Dok.id. 579041</p> <p>Demens - Forløbsprogram for demens Dok.id. 279870</p> <p>Demensvenlig indretning på sygehuset, principper for Dok.id. 588551</p> <p>Organisk delirium/akut konfusion hos indlagte patienter Dok.id. 604739</p> <p>Psykiatriens assistance ved somatisk bæltefiksering Dok.id. 538744</p> <p>Psykiatriloven - Indberetning og registrering ved tvangsprotokoller, udskrivningsaftaler og koordinationsplaner Dok.id. 520332</p> <p>Psykiatriloven – Tvangsbehandling Dok.id. 520476</p> <p>Psykiatriloven – Tvangsindlæggelse Dok.id. 520608</p> <p>Sansestimulerende og beroligende hjælpemidler Dok.id. 659531</p> <p>Tvangsbehandling af legemlig lidelse hos psykiatriske patienter på somatisk afdeling (dobbel indlæggelse) Dok.id. 234050</p> <p>Tvangsindlæggelse på psykiatrisk afdeling på røde papirer Dok.id. 248699</p>
Referencer	<p>Bekendtgørelse nr. 1093 af 11. september 2015 om samtaler efter ophør af tvangsforanstaltning og magtanvendelse på psykiatriske afdelinger</p> <p>Bekendtgørelse nr. 126 af 27. januar 2019 lov om anvendelse af tvang ved somatisk behandling af varigt inhabile</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1075 af 27. oktober 2019 om anvendelse af anden tvang end frihedsberøvelse på psykiatriske afdelinger</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1080 af 27. oktober 2019 om underretning og klagevejledning i forbindelse med anvendelse af tvang i psykiatrien med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1340 af 2. december 2010 om fremgangsmåden ved gennemførelse af tvangsindlæggelser</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1078 af 27. oktober 2019 om patientrådgivere med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1079 af 27. oktober 2019 om tvangsprotokoller og optegnelser samt registrering og indberetning af tvang samt udskrivningsaftaler og koordinationsplaner på psykiatriske afdelinger med eventuelle senere ændringer</p>

Danske patienter (2019/08). Tema om [psykisk sygdom](#)

[Lovbekendtgørelse nr. 936 af 02. september 2019 om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v.](#) med eventuelle senere ændringer

[Sundhedsaftalen 2019-2023 for Region Sjælland](#)

[Vejledning nr. 9552 af 10. august 2020 om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien](#)

Standard 11: Kompetencer, træning og delegation

Nøgleord: Kompetencevedligehold, kompetenceudvikling, lægens medhjælp, procedurer, rammedelegation, retningslinjer, træning

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle ledere og alt personale på sygehuset.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Faglig redaktør	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• Alle patienter behandles af medarbejdere med de rette kvalifikationer og kompetencer, evt. autorisation• Afdelingerne har struktur og processer for kompetencevurdering, vedligeholdelse og udvikling af kompetencer, herunder procedure- og teamtræning• Patienterne har tillid til og oplever at blive behandlet af kompetente medarbejdere• Afdelingerne prioriterer og har et synligt uddannelsesmiljø		
Indhold	<p>Systematisk kompetencevurdering, udvikling og vedligeholdelse er en forudsætning for en høj behandlingskvalitet, patientsikkerhed og medarbejdertrivsel. Det fælles faglige fundament sikres gennem klinisk evidens, retningsgivende dokumenter, herunder nationale guidelines. Afdelingerne har fastlagte og transparente evalueringskriterier for bedømmelsen af kompetencer, herunder ikke-tekniske skills. Alle afdelinger arbejder med simulationstræning, herunder skills-træning.</p> <p>Bemyndigelse: Alle afdelinger har en systematisk procedure, inkl. introduktionsprogrammer, for at fastsætte og evaluere hvilke medarbejdere, der har de fornødne kompetencer til at udføre kliniske ydelser, herunder de ydelser som har en særlig risiko.</p> <p>Rammedelegation Visse typer af opgaver er forbeholdt læger eller jordemødre. Disse kan, som nævnes i nedenstående bekendtgørelse, delegeres til en medhjælp. Delegationen kan være konkret eller mere generel. Delegation skal altid foregå efter instruktion og med løbende opfølgning. Der skal foreligge retningsgivende dokument.</p>		
Ledelse og kvalitetsteam	Ledelsen er ansvarlig for, at medarbejdernes kvalifikationer og kompetencer lever op til god standard i forhold til opgaveporteføljen. Ledelsen er ansvarlig for løbende at sikre, at medarbejderne kender, og anvender, afdelingens retningsgivende dokumenter.		

	<p>Ledelsen sikrer en åben og undersøgende tilgang, til at identificere situationer med mulighed for læring, herunder at prioritere uddannelse og sikre udvikling gennem evidens og sparring på tværs. Der er fokus på læring af UTH og klagesager. Ledelsen inddrager uddannelsesansvarlige i evaluering og planlægning samt udførelse af uddannelsesaktiviteter. Kvalitetsteamet inddrages i implementeringsprocesser af nye faglige tiltag/D4 dokumenter</p>
Relevante samarbejdspartnere	<p>Stabens uddannelsesteam KHR-UU Uddannelsesråd CAMES Universiteter og andre uddannelsesinstitutioner Sundhedsfaglige råd</p>
Kvalitetsmonitorering	<p>MUS - generelle og fokuserede udviklings- og uddannelsesplaner Observation og vurdering af konkret performance Uddannelsesevalueringer Vurdering ved ansættelse og løbende opfølgning (Onboarding)</p>
Datakilder	<p>Kompetenceudvikling Kompetenceportalen – antal der har gennemført diverse E-learning programmer (Brand, Hjerte/lungeredning) Gennemført E-learning om kritisk sygdom Evaluering af undervisning</p> <p>Bemyndigelse Eksaminer – autorisationer – bevis for efteruddannelse</p> <p>Rammedelegering Resultat af audit Resultater i LUP UTH/Klagesager</p>
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<p><i>Hvad ønsker vi at opnå? Eksempel</i> Høj behandlingskvalitet gennem vedligeholdelsestræning</p>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<p><i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i> Auditering på procedure udførelse Test ved afslutning af træning</p>
Trin 3 Indsatser - udvikling	<p><i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i> Professionel systematisk vedligeholdelses træning af procedure ved simulation (evt. BOGERD-metode)</p>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<p><i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i> Afdelingsledelsen inddrager snak om vedligeholdelsestræning i MUS samtaler</p>
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata.</p>

	<p>I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualen omhandlende "bestillings- og ordinationstilstande" samt "Uddannelsestrappen" til vurdering af uddannelsesbehovet.</p>
<p>D4 retningslinjer</p>	<p>Lægemiddelordination Dok.id.477286</p> <p>Regional politik: Bemyndigelse af klinisk personale med forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed (læger, tandlæger, jordemødre og kiropraktorer) Dok.id. 353183</p> <p>Regional politik: Delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed Dok.id. 353181</p>
<p>Referencer</p>	<p>Bekendtgørelse nr. 1219 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer.</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 731 af 8. juli 2019 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (Autorisationsloven)</p> <p>Vejledning nr. 115 af 11. december 2009 om autoriserede sundhedspersoners benyttelse af medhjælp (delegation af forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed)</p> <p>Der henvises endvidere til diverse uddannelsesprogrammer indenfor specialerne og faggrupper.</p>

Standard 12: Klinisk kommunikation, dokumentation og datasikkerhed

Nøgleord: Sikker kommunikation, journalføring, skiltning, datasikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle på sygehuset.	Version 2	Udgivelsesdato 1/11-2021
Faglig redaktør for standard	Hbjo		
Formål	<ul style="list-style-type: none">• At sygehuset kommunikerer i et klart og forståeligt sprog, herunder skiltning til patienter og samarbejdspartnere• At alle sundhedsfaglige medarbejdere kender og anvender regler for journalføring• At sygehuset udsender relevante oplysninger rettidigt til alment praktiserende læge og eventuelt speciallæger• At sikre fortrolighed, tilgængelighed samt hensigtsmæssig og kontrolleret adgang til relevant brug af data• At sikre beskyttelse mod misbrug og tab af personfølsomme data		
Indhold	<p>Al patientkommunikation, om det er skriftligt eller mundtligt, sker i et forståeligt sprog. Skriftligt informationsmateriale skal løbende fornyes og eventuelt testes i samarbejde med Patient- og pårørenderådet eller patienter.</p> <p>Kompetence i patientkommunikation trænes og evalueres både for dansksprogede og for personale, hvis grundprog ikke er dansk, f.eks. ved simulation. Patienter, der ikke taler dansk, skal tilbydes tolk i henhold til retningslinjerne.</p> <p>Journalføring følger vejledninger og bekendtgørelser fra Sundhedsstyrelsen og Styrelsen for Patientsikkerhed samt god praksis for klinisk dokumentation. Patienter og pårørende har adgang til journaloplysninger efter givne regler, bl.a. på sundhed.dk og Min-SP.</p> <p>Når patienten udskrives eller afsluttes i et ambulante forløb fra sygehus, videregives information i form af epikrise til alment praktiserende læge og eventuelt til speciallæge. Herudover gives kommunen, ved behov, information om pleje og rehabilitering i henhold til samarbejdsaftaler.</p>		

	<p>Sygehusets datasikkerhed er i overensstemmelse med lovgivningen. Datasikkerhed omfatter metoder og forholdsregler til beskyttelse af lagrede data og computerprogrammer mod fejl, virus og uautoriseret brug.</p> <p>Der udføres kontrol af nødprocedurer, der sikrer tilgængelighed af relevante data ved systemnedbrud samt vejledning i dokumentation på papir.</p> <p>Sygehuset behandler, opbevarer og destruerer personhenførbare data sikkert, inkl. forsknings- og kvalitetsdata. Personhenførbare data i forhold til patienten er f.eks. elektronisk opbevarede data, papirjournaler, røntgenbilleder, laboratoriedata, samt oplysninger, der vises på tavler og skærme.</p>
Ledelse og kvalitetsteam/SP indsatssteam og superbrugere	<p>Ledelsen er ansvarlige for løbende at sikre, at personalet kommunikerer klart og præcist, mundtligt og skriftligt, samt lever op til gældende lovgivning, herunder adgang til patientdata.</p> <p>Derudover sikrer ledelsen tid til systematisk oplæring i anvendelse af SP, opfølgning og forbedring i samarbejde med personale og patienter.</p> <p>Kvalitetsteamet medvirker ved udvikling og test af nyt patientinformationsmateriale.</p>
Relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • Patient- og pårørenderådet • Stabs- og servicechefer • SP-organisation - indsatssteam og superbrugere • Regionens SSP og kommunikationsafdeling • Eksterne samarbejdspartnere, kommune, praktiserende læger m.m.
Kvalitetsmonitorering Indikatorer	<p>Auditering og observation</p> <p>LUP indikatorer</p> <p>IT-afdelingen logger, hvem der har haft adgang til journaler</p> <p>Tester om skiltning er forståelig</p>
Datakilder	<p>Journal materiale</p> <p>LUP</p> <p> Servicemål for epikriser og FMK – rapport i SP</p> <p>Klagesager</p>
Kvalitetsforbedring Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<i>Hvad ønsker vi at opnå?</i>
Trin 2 Monitorering – kontrol - data	<i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i>
Trin 3 Indsatser – udvikling	<i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<i>Fastholdelse af forbedringer</i>
Kompetenceudvikling	<ul style="list-style-type: none"> • Alle har kendskab til krav til journalføring • Alle klinikere er oplært i SP og har kendskab til MinSP • Alle superbrugere er oplært i SP-superbruger funktionen

	<ul style="list-style-type: none"> • Ledere kender og anvender regler i forhold til anvendelse af personfølsomme data • E-learning om datasikkerhed
Sundhedsplatformen	<p>SP understøtter de grundlæggende principper og arbejdsgange i forbindelse med dokumentation af patientdata. Derudover registreres data i associerede systemer som f.eks. RIS/PACS. I den elektroniske udgave af bogen findes link til relevante manualer.</p> <p>Under dette afsnit vil der bl.a. blive linket til manualer og registreringspraksis.</p> <p>Rapportkatalog: Epikriser afsendt inden 1 hverdag (overafdeling) ID 938390.</p>
D4 retningslinjer	<p>Aktindsigt i patientjournaler Dok.id. 494660</p> <p>Foto- eller videooptagelse af patienter (klinisk formål) – rettigheder og samtykke til Dok.id. 538382</p> <p>Fotografering, video- og lydoptagelser Dok.id. 260855</p> <p>Informeret samtykke til behandling Dok.id. 494629</p> <p>Journalføring - vurdering og indhold Dok.id. 498889</p> <p>Lægelig vurdering og journalføring Dok.id. 526226</p> <p>Min Sundhedsplatform- procedurer for patienters og pårørendes adgang, oprettelser af adgang samt videokonsultation via MinSP Dok.id.532909</p> <p>Patientdata – adgang til patientdata som led i kvalitets- og patientsikkerhedsarbejde mv. – UDEN patientens samtykke Dok.id. 570691</p> <p>Sikkerhed og fortrolighed ved personhenførbare data Dok.id. 333749</p> <p>Sygeplejefaglig vurdering og journalføring Dok.id. 533726</p> <p>Udveksling af helbredsoplysninger - med og uden samtykke Dok.id. 496588</p> <p>Vigtige samtaler med patienten og Dok.id.217187</p>
Referencer	<p>Bekendtgørelse nr. 1225 af 08. Juni 2021 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.) med eventuelle senere ændringer</p> <p>Energistyrelsen (2012). Vejledning til offentlige institutioner om nødstrøm – Sådan sikrer du dig.</p> <p>Lov nr. 502 af 23. maj 2018 om supplerende bestemmelser til forordning om beskyttelse af fysiske personer i forbindelse med</p>

	<p>behandling af personoplysninger og om fri udveksling af sådanne oplysninger (databeskyttelsesloven)</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 903 af 26. august 2019 Sundhedsloven med eventuelle senere ændringer med eventuelle senere ændringer, kap. 9</p> <p>Sundhedsdatastyrelsen (2019). Cyber- og informationssikkerhed i sundhedsvæsenet</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2004). Vejledning vedrørende nødforsyning af strøm m.v. på private sygehuse og klinikker</p> <p>Sundhedsstyrelsen (2017). Planlægning af Sundhedsberedskab – vejledning til regioner og kommuner</p> <p>Vejledning nr. 10036 af 30. november 2018 om epikriser</p> <p>Vejledning nr. 161 af 16. september 1998 om information og samtykke og om videregivelse af helbredsoplysninger mv.</p> <p>Vejledning nr. 9521 af 1. juli 2021 om sygeplejefaglige optegnelser</p>
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Standard 13: Arbejdsmiljø og trivsel

Nøgleord:

Arbejdsmiljølov, arbejdsmiljøgruppe, arbejdsskade, arbejdstilrettelæggelse, risikoanalyse, risikostyring, trivsel, tryghed, arbejdsglæde, vold, værnemidler

Anvendelsesområde	Alt personale, såvel fastansatte som elever, studerende, vikarer og konsulenter	Version 2	Udgivelsesdato 1/11-2021
Faglig redaktør	Thei/(Amajg)		
Formål	At sikre et godt arbejdsmiljø og trivsel gennem; <ul style="list-style-type: none">• Kendskab til metoder og handlemuligheder på individ-, gruppe-, ledelses- og organisationsniveau• At sikre, at arbejdsmiljø er og bliver en holdsport, således at den enkeltes, gruppens, ledelsens og organisationens handlemuligheder tager et fælles ansvar for at yde hjælp og støtte ved fysisk og psykisk belastning• At fremme anerkendelse af og dialog om fælles succeser og bedrifter, så der ikke kun tales om, hvad der belaster, men også om, hvad der beriger		
Indhold	<p>Standarden for arbejdsmiljø tager afsæt i Arbejdsmiljølovens kapitel 1, § 1 og 1a, der betoner et sikkert og sundt fysisk og psykisk arbejdsmiljø i overensstemmelse med samtidens tekniske og sociale udvikling, varetaget af virksomhederne og kontrolleret af Arbejdstilsynet.</p> <p>Arbejdsmiljø defineres i denne sammenhæng som de fysiske, psykiske og sociale påvirkninger, de ansatte arbejder under, herunder de mellemmenneskelige relationer samt den tekniske og faglige udvikling. (Kilde: Fakta om arbejdsmiljø 2019 (s.7), Arbejdsmiljøforlaget).</p> <p>Arbejdsmiljø har en andel i opfyldelse af det nationale mål: "Mere effektivt sundhedsvæsen" og kan forstås som</p> <ol style="list-style-type: none">1. En risikoindikator i forhold til patientsikkerhed, øget effektivitet og personaleomsætning2. En faktor i afdelingens og organisationens oplevelse af kvalitet og sammenhængskraft og har betydning for fastholdelse af gode arbejdsgange3. En økonomisk, social og kulturel kapital4. En samskabende, meningsskabende og identitetsskabende faktor5. En inkluderende og fastholdende faktor i f.t. nyansatte medarbejdere og ledere <p>I indsatsen KOBLING (NFS) klædes medarbejdere, TRIO (leder, tillidsrepræsentant og arbejdsmiljørepræsentant), og øvrige ledere på til at identificere og iværksætte den nødvendige forebyggelse, håndtering og opfølgning på akut og akkumuleret psykisk belastning. Belastninger der sker som følge af store kvalitative og kvantitative krav i arbejdet, herunder høje følelsesmæssige krav, stor arbejdsmængde og tidspres, uklare og/eller</p>		

	<p>modsatrettede krav, vold/trusler, traumatiske hændelser samt krænkende handlinger (ex. mobning og chikane).</p> <p>Se også standarden om Psykiatrisk patient og kognitiv svækket</p>
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Der henvises til ansvar i forhold til arbejdsmiljøloven og en række arbejdsmiljø retningslinjer.</p> <p>Ledelsen er rollemodeller og har både ansvaret og muligheden for at skabe den tone, stemning, forebyggelse og fremmende tilgang på afdelingerne/afsnittene/enhederne, som den ønsker, der skal præge organisationen. Ledelsen er ansvarlige for løbende at sikre balancen mellem udnyttelse og beskyttelse af medarbejdernes og ledernes ressourcer.</p> <p>Ledelsen er ansvarlig for arbejdsmiljøorganisationen og arbejdsmiljøet i afdelingen. I samarbejde med arbejdsmiljøkonsulent og kvalitetsteam udpeges fokusområder for kvalitetsudviklings- og uddannelsesbehov. Ledelsen skal sikre gensidig forventningsafstemning i f.t. TRIOer, og forflytningsvejledernes ansvar og opgaver.</p> <p>Ledelsen skal inddrage medarbejderne i en målrettet dialog i fm. evalueringen af og opfølgningen på "Måling af Ledelse og Trivsel", samt anvende denne måling som et redskab til bedre arbejdsmiljø i sammenhæng med Dialogbaseret APV, hvor det giver mening. Dialogen kan, med fordel, starte med spørgsmålet: "Hvad er vigtigt for dig? "</p>
Relevante samarbejdspartnere	<ul style="list-style-type: none"> • TRIO • KOBLING – Sygehusledelsen, afdelingsledelseskredsen, Lodsgruppen (interne konsulenter), TRIO og indsatskoordinationsgruppen • MED-udvalg • Sygehusets arbejdsmiljøkonsulent • Sygehusets forflytningskonsulent og –vejledere • Sygehusets hygiejnesygeplejerske • Sygehusets kemikonsulent • Kompetencecenter for Relationer og Deeskalering
Kvalitetsmonitorering:	<p><u>Eksempler:</u></p> <p><u>Sundhedsfaglig indikator:</u> Personalet praktiserer deeskalering som forebyggelse af risiko for vold og trusler</p> <p><u>Patientoplevede indikatorer:</u> Patienter oplever, at personalet har tid</p> <p><u>Organisatoriske indikatorer:</u> Lige år: APV-kortlægning i Q1, dialogbaseret psykisk APV-proces designes og gennemføres af TRIO frem imod næste APV-kortlægning</p> <p>Ulige år: Måling af ledelse og Trivsel i Q1</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Afdelings-/afsnitsledelse deltager i opfølgingsseminar efter Måling af Ledelse og Trivsel

	<p>Alle år: Årlig arbejdsmiljødrøftelse gennemføres efter kaskademodel i Afdelings-MED (Q3), Område-MED (Q4) og MED-Hovedudvalget (Q1)</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Tværgående indsatsområder identificeres og ledes opad i MED-systemet ○ Arbejdsskaderelateret sygefravær registreres med AS/DAS i Vagtplan og inddrages
Kvalitetsforbedring	
Trin 1 Grundlag – planlægning – mål	<p><i>Hvad ønsker vi at opnå?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • At høj trivsel og godt arbejdsmiljøet fastholder og tiltrækker nye medarbejdere og ledere • At et godt arbejdsmiljø og trivsel har et positivt aftryk på patientbehandlingen og patientoplevelser • At forebygge og reducere sygefravær • At fremme fastholdelse gennem forebyggelse og håndtering af arbejdsskader og sygefravær
Trin 2 Monitorering – kontrol – data	<p><i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i></p> <p>Dialog, resultater fra trivselsmåling og APV-dialog</p>
Trin 3 Indsatser - udvikling	<p><i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i></p> <p>Involverende meningsskabende indsatser</p>
Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan	<p><i>Hvordan fastholder vi forbedringer?</i></p> <p>Forankring, involvering og kommunikation ud fra IGLO-modellen ex.:</p>
Kompetenceudvikling	<p>At udvikle og understøtte tværfaglig kompetenceudvikling/træning, således at instruktion og oplæring i arbejdet samt tilsyn med, at det udføres sikkerheds- og sundhedsmæssigt forsvarligt også bliver et fælles ansvar.</p> <p>Fastholdelse sker gennem uddannelse i fm. KOBLING Lodser som interne konsulenter, der støtter TRIOer i facilitering af Digitalt Grundkursus i Belastningspsykologi. Afdelingernes ledelser lærer om belastningspsykologi i f.t. eget og medarbejdernes arbejdsmiljø.</p> <p>Nøglepersoner fra afdelingerne gennemfører Teach-the-Teacher-kursus i Psykisk førstehjælp.</p> <p>Alle medarbejdere gennemfører Digitalt Grundkursus i Belastningspsykologi og tværfaglig træning i håndtering af udad-reagerende patienter og pårørende.</p> <p><u>Deeskalering</u> Vejledning i deeskalering, Psykiatrien ABC Demens – e-learning, Nationalt videnscenter for demens</p> <p><u>Voldsrisikovurdering</u> Brøset Violence Checklist – BVC – e-learning</p> <p><u>Forflytning</u> Raizer på hospitaler - Liftup Forflytningsprincipper – Brehms spilerdug E-læringsmoduler om forflytningsteknik – Forflyt.dk</p>

Datakilder	<p>APV – svaroverblik, kommentarer og handleplaner Måling af Ledelse og Trivsel Indberetning af arbejdsskader Arbejdsskaderelateret sygefravær (AS/DAS i Vagtplan) LUP ambulans spørgsmålet: "Har du personalet i ambulatoriet tid til dig" Klagesager</p>
Sundhedsplatformen	<p>Der findes en række dokumentationskrav for området – se retningslinjer. Klinisk dokumentation og arbejdsgange understøttes af vejledninger i Sundhedsplatformen:</p>
D4 retningslinjer	<p>APV – proces for håndtering af handleplaner Dok.id. 418288</p> <p>Arbejds miljødrøftelse Dok.id. 418274</p> <p>Arbejds miljø gennemgang Dok.id. 412866</p> <p>Arbejdspladsvurdering Dok.id. 2543547</p> <p>Arbejdsskader, anmeldelse og analyse Dok.id. 517533</p> <p>Brug af sociale medier Dok.id. 554362</p> <p>Gæstepersonale Dok.id. 418306</p> <p>Håndtering af biologiske agenser Dok.id. 418294</p> <p>Håndtering af kræftfremkaldende stoffer Dok.id. 418296</p> <p>Intern færdsel - brug af elevatorer Dok.id. 570346</p> <p>Kemikaliespild Dok.id. 418316</p> <p>Kemiske stoffer og materialer Dok.id. 418314</p> <p>Natarbejde og helbreds kontrol Dok.id. 434274</p> <p>Psykologisk bistand ved krisehjælp Dok.id. 418308</p> <p>Region Sjællands kemikaliesamarbejde (REKSJ - organisering) Dok.id. 418309</p> <p>Risikoen analyse og risikostyring på arbejds miljø området Dok.id. 418310</p> <p>Risikoen analyse og risikostyring på arbejds miljø området Dok.id. 418310</p> <p>Tilsynsbesøg af arbejds tilsynet Dok.id. 463779</p>
Referencer	<p>Arbejds tilsynets arbejds miljø vejviser for hospitaler</p> <p>Arbejds tilsynet. AT-vejledninger på arbejds miljø området</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1406 af 26. september 2020 om psykisk arbejds miljø Lovbekendtgørelse nr. 1084 af 19. september 2017 om arbejds miljø (Arbejds miljø loven) – særlig § 15</p> <p>Godt psykisk arbejds miljø.dk (2021): Fakta om den gode modtagelse</p>

Høgsted, Rikke (2019): Grundbog i belastningspsykologi. København: Forlaget ICTUS

[Perlo J, et al. \(2017\). IHI Framework for Improving Joy in Work. IHI White Paper. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement](#)

[Region Sjælland Intra \(2019\): APV samt Måling af ledelse og trivsel](#)

[Region Sjælland Intra \(2021\): Årlig arbejdsmiljødrøftelse](#)

[Region Sjælland Intra \(2020\): Arbejdsmiljøgruppens opgaver](#)

[Region Sjælland Intra \(2007\): Retningslinjer i forbindelse med anmeldelse af arbejdsskader i Region Sjælland](#)

[Region Sjælland Intra \(2018\): Arbejdsmiljøpolitik](#)

[Region Sjælland Intra \(2019\): sygefraværspolitik - Fra fravær til nærvær](#)

[Region Sjælland Intra \(2020\): Politik for indsats mod krænkende handlinger](#)

[Region Sjælland Intra \(2021\): Politik for hjemmearbejde](#)

[Region Sjælland Intra \(2019\): Opfølgning på Ledelsesevaluering](#)

[Region Sjælland Intra, Psykiatrien \(2020\): Relationer og deeskalering](#)

Standard 14: Teknisk og medicoteknisk udstyr samt sygehusets bygninger

Nøgleord: Skiltning, tilgængelighed, adgangsforhold, brand, flugtveje, nybygning, bygninger og lokalers egnethed

Anvendelsesområde	Standarden er gældende for alle afdelinger på sygehuset	Version 2	Udgivelsesdato 1/11 2021
Ansvarlig for standarden	Redaktøren tajn er ansvarlig for indhold og referencer		
Formål	<p>Beskriver formålet med standarden</p> <ul style="list-style-type: none"> • At sikre korrekt håndtering af kritiske, patientrelaterede tekniske forsyninger; herunder eksempelvis ilt og sug. • At sikre adgang og minimere risikoen for skader når personer færdes i sygehusets bygninger og udendørsarealer • At personale, besøgende og patienter sikres god trivsel gennem indretning • At sikre korrekt brug af Medicoteknisk udstyr 		
Indhold	<p>Standarden for teknisk /medikotekniks udstyr og sygehusets bygninger har sit afsæt i gældende lovgivning indenfor bygningsreglement og brandforanstaltninger.</p> <p>Standarden kan desuden relateres til det nationale mål om et mere effektivt sundhedsvæsen, hvor udstyr og bygninger ses som et aktiv</p> <p>Standarden har følgende fokusområder:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tilgængelighed af udstyr på sygehuset og dets afdelinger for personale og brugere og sikring mod uvedkommende adgang • Optimal skiltning • Optimal indretning af lokaler i forhold til opgaveløsning • De enkelte afdelingers bidrag til vedligehold og ryddelighed generelt på sygehuset– eks. Ved at melde alarmer, fejl og mangler til rette sted. • Standarder for tjek af tekniske forsyninger, samt entydig beskrivelse af ansvar ved fejlmelding • Retningslinjer for anskaffelse, ibrugtagning og anvendelse af medikotekniks udstyr efterleves • Patientsikkerheden ved ombygning og midlertidige adgangsveje på sygehuset 		

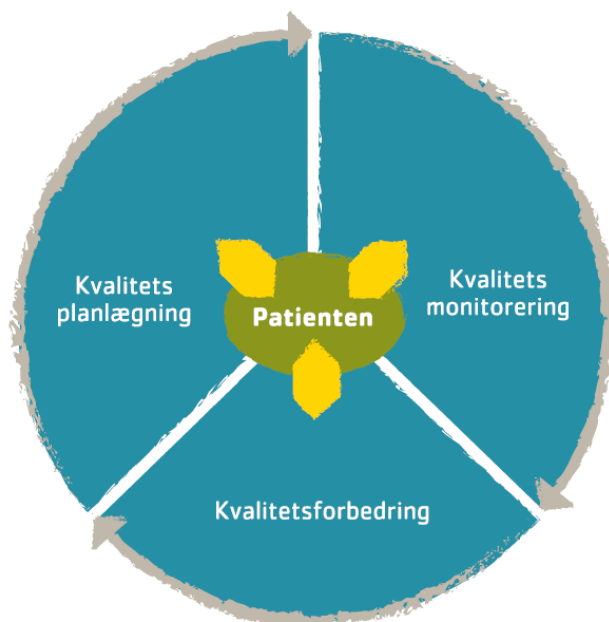
Ledelse og kvalitetsteam	<p>Ledelsen er ansvarlige for løbende at monitorere og sikre, at afdelingen lever op til gældende standard, herunder arbejdsmiljøkrav.</p> <p>Afdelingsledelse / kvalitetsteam sikrer systematisk oplæring og evt. re-certificering i brug af teknisk og medikoteknisk udstyr</p> <p>Ledelsen inddrager personalet i indsatser til forbedring.</p>
Relevante samarbejdspartnere	Både interne og eksterne samarbejdspartnere i omkring bygninger og teknisk udstyr
Kvalitetsmonitorering	
<p>Indikatorer: S: Sundhedsfaglig P: Patient-oplevet O: Organisatorisk</p> <p>Indikatorer holdes op imod Nationale mål og standarder</p>	<p><u>Tilgængelighed til sygehusets afdelinger for patienter og personale, herunder personer med funktionsnedsættelser</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 4. APV – fysiske del 5. Brug evt. tilbagemeldinger fra patienter/pårørende, herunder klagesager <p><u>Sikring mod uberettiget adgang til sygehusets afdelinger</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 6. Brug evt. tilbagemeldinger fra personale <p><u>Brand</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 7. 98% af personalet har taget e-læring om brand indenfor tidsrammen 8. Der er foretaget risikovurdering i forhold til brandveje/flugtveje <p><u>Midlertidige adgange</u> Ved f.eks. ombygning skal være tydeligt markeret og meldt ud til relevant personale, der varetager akutte patientkriske situationer f.eks. hjertestophold</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. UTH 10. Tilbagemelding fra personale <p><u>Tydelig skiltning</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 11. Vurderet ved Patient-Pårørenderåd 12. Tilbagemeldinger fra patienter og pårørende <p><u>Medikoteknisk udstyr</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Dokumentation for oplæring ved anskaffelse af nyt udstyr
Kvalitetsforbedring	
<p>Trin 1 Grundlag – planlægning - mål</p>	<p><i>Hvad ønsker vi at opnå?</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle sygehusets bygninger, og lokaler skal være skilte og egnede til deres formål. • Tydeligt ansvar ved vedligehold og fejlmelding samt træning i nødprocedure • Medicoteknisk udstyr skal fungere, anvendelse og nødprocedure skal være en trænet færdighed
<p>Trin 2 Monitorering – kontrol - data</p>	<p><i>Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring?</i></p> <p>Risikovurdering dokumenteres i forhold til gældende lovgivning Evaluering af indsatser kan ske ved inddragelse af medarbejdere og Patient Pårørende Råd. <i>Se også Guide til brugerinddragelse.</i></p>
<p>Trin 3 Indsatser - udvikling</p>	<p><i>Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer?</i></p>
<p>Trin 4 Fastholdelse – langsigtet plan</p>	<p><i>Fastholdelse af forbedringer</i></p>

Kompetencer	<p>Introduktions program E-learning Brand/Skills m.m. Oplæring i afdelingens tekniske forsyninger og medicoteknisk udstyr</p>
Datakilder	<p><u>LUP</u> Håndholdte data til forbedringsarbejde –se Guide 5.3 om data.</p> <p>Dokumentation for personalets kompetencer indenfor brand findes i kompetenceportalen.</p> <p>Dokumentation i den enkelte afdeling af personalets oplæring i håndtering af tekniske forsyninger og Medicoteknisk udstyr.</p> <p>UTH</p>
Sundhedsplatformen	Ikke relevant
D4 retningslinjer	<p>Anskaffelse og implementering af udstyr til klinisk brug Dok.id. 217191</p> <p>Apparatur til klinisk brug- opgave-og ansvarsfordeling Dok.id. 373798</p> <p>Bygningers og lokalers egnethed Dok.id. 335664</p> <p>Forebyggelse af smitteoverførsel via IT-udstyr, telefoner og lignende udstyr Dok.id. 224351</p> <p>Svigt af patientkritiske tekniske forsyninger, it-systemer og kommunikationssystemer Dok.id. 335738</p> <p>Sygehusets sikkerhed og tilgængelighed Dok.id.335245</p>
Referencer	<p>Arbejdstilsynet (2009). At-vejledning: Arbejdspladsvurdering – vejledning om at gennemføre og revidere arbejdspladsvurdering</p> <p>Bekendtgørelse nr. 1181 af 15. oktober 2010 om samarbejde om sikkerhed og sundhed med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 174 af 25. februar 2008 om brandvænsforanstaltninger i hoteller m.v., plejehjem, forsamlingslokaler, undervisningslokaler, daginstitutioner og butikker med eventuelle senere ændringer</p> <p>Bekendtgørelse nr. 96 af 13. februar 2001 om faste arbejdssteders indretning med eventuelle senere ændringer</p> <p>Lovbekendtgørelse nr. 1178 af 23. september 2016 om byggeloven med eventuelle senere ændringer</p>

5.0 Guides til kvalitetsarbejdet

Hvordan arbejder I systematisk og evidensbaseret med kvalitet? Hvordan får I ideer, ny viden og beslutninger omsat til resultatskabende handlinger, som lever i praksis med målet at patienterne får og oplever høj kvalitet? Her er 5 guides med tips og tricks til kvalitetsarbejdet, og skabe refleksion til praksis.

5.1 Guide til kvalitetsledelse og kvalitetskultur – tips og tricks



Kvalitetsarbejde består grundlæggende af **kvalitetsplanlægning, kvalitetsmonitorering og kvalitetsforbedring** (Jurans model, www.juran.com), som sker i et samspil mellem kvalitetsledelse og kvalitetskultur. Patienten er centralt placeret, i alle led af kvalitetsarbejdet, for at sikre et klart "hvorfor", og arbejde med det der er relevant. Guiden giver her nogle få erfaringsbaserede tips og tricks til arbejdet med kvalitetsledelse og skabelse af en kvalitetskultur.

Tip 1: Vær på forkant og grundig - planlæg kvalitetsarbejdet baseret på viden

Arbejd med "**Profound Knowledge**" – At kigge gennem et forstørrelsesglas på følgende; system, viden, mennesker, og data. Det vil sige, du skal have en grundig forståelse af det system - organisering, som kvalitetsarbejdet foregår i, eksempelvis målgruppe, arbejds gange i et specifikt afsnit eller tværsektorielle samarbejdsaftaler. Inddrag nøglepersoner og interessenter, der har en grundlæggende viden om indsatsområdet, eksempelvis faglige standarder og tilgængelig forsknings og erfaringsbaseret klinisk evidens. Interessenter kan også være brugere/patienter. En god ide i planlægningen er at forholde sig til, om kvaliteten er tilstrækkelig gennem data og om kvaliteten udvikler sig i overensstemmelse med tilgængelige ressourcer, kompetencer og samtidig. Gode og meningsfulde holdbare indsatser sker gennem inddragelse af patienter, pårørende og medarbejdere på et grundlag af kvalificerede data. Læs i Guide 5.2 om patientinddragelse og Guide 5.3 om dataarbejde.

Brug denne bogs **prioriteringsmatrix** til at hjælpe jer med at skabe overblikket, og bogen til at give kendskab til grundlæggende baggrundsmateriale. Brug kvalitetsbogen som opslagsværk, eks. kan I finde relevante retningslinjer under standarderne m.m. Når I dykker ned i et tema (specifik standard), så anvend prioriteringsmatrixen til enkelt-standarder – side 80. Brug hjælpeark fra forbedringsmetoden, eksempelvis; Lav et driver diagram med et tydeligt mål. Husk også, at driverdiagrammet kan ændres undervejs. Eller vær innovativ, hvis kvalitetsproblemet er mere hårdnakket, ved at arbejde med dobbeltdiamanten se Guide 5.5.

Tip 2: Kvalitetskultur opbygges gennem inddragelse, mening og systematik

Der er mange værktøjer til udvikling af en kvalitetskultur. Eksempler er relationel koordiningsværktøjer, tydelig kommunikation og involverende dialog, identifikation af motivationsfaktorer, relationel koordinering og forbedringsmetoden. Det centrale er empati med respekt for medarbejderes og kollegaers reaktioner på forandringer. Kvalitetsledelse og prioritering indebærer overblik, at kunne se problemstillinger fra flere perspektiver og kendskab til data. God planlægning med inddragelse af interessenter, tydelig kommunikation og ikke mindst feedback kan medvirke til opbygge kulturen og fastholde gode resultater.

Tip 3: Kvalitets og sikkerhedskultur tæt på patienten

En bæredygtig kvalitetskultur er, når kvalitets og patientsikkerhedsarbejdet er forankret og meningsfuldt i det daglige kliniske arbejde tæt på patienterne. Forbedringer skal opleves i sammenhæng i afdelingen, på sygehuset og tværsektorielt. Det fordrer, at I er transparente og synlige om kvaliteten i afdelingen, hvor kvaliteten, der leveres, skal være tydeligt til gavn for patienterne (Sundhedsloven). Når I er i gang med et forbedringstiltag, så kommuniker det tydeligt i afdelingen, til alle faggrupper med få ord.

En kvalitetskultur er også en patientsikkerhedskultur. En forudsætning for, at patientsikkerhedskulturen udvikles, er at I opøver *situations fornemmelse*. Det betyder, at alle mestrer basale færdigheder, som ledsages af et konstant klinisk overblik i alle aktiviteter med inddragelse af patienter, brug af erfaringer og et overskud til at tænke over konsekvenserne af observationer og handlinger. Man skal forstå, hvilke potentielle problemer, der kan opstå i forhold til patienter, medarbejdere, teknik og organisation i vid forstand. Læs mere i Guide 5.4.

Konkrete forslag

I kvalitetsplanlægningen, hav altid en klar og tydelig mission – et klart **”hvorfor”**

- Hav patienten som fokus
- Skab jer et overblik – prioriteringsmatrix, data m.m.
- Skriv jeres mål og indsats ned - driverdiagram
- Vurder og afklar ressource- og kompetencebehov
- Analyser for interessenter i forbedringsarbejdet og afdæk motivationsfaktorer i interessentgruppen
- Indgå i netværk med andre, der arbejder med samme udfordringer eller mål
- Vær i dialog med personalet, der har viden, gode ideer og bidrager aktivt – også med konstruktiv kritik. Parker elefanterne – dem der ikke vil være med.
- Lyt til og inddrag patienter og pårørende aktivt i forbedringsaktiviteter
- Hav tydelige milepælsplaner og forhold jer kritisk ved manglende fremdrift
- Arbejd systematisk – og med overblik, juster undervejs

Ved opbygning af kvalitets- og sikkerhedskultur

- Arbejd for en kultur, hvor det er tillid og trygt at vise bekymring
- Hav fokus på læring og positiv feedback, også på det, der virker
- Hav tydelige fælles standarder - kvalitetsmål
- Vær synlige om jeres kvalitetsdata, også brist
- Arbejd med feedback og læring i konkrete situationer
- Prioriter kontinuitet og planlagte aktiviteter - visualiser
- Tildel ressourcer til kompetenceudvikling
- Husk at fejre gode resultater

LÆS mere: The Improvement Guide (First edition, 2009) Gerald D. Langley et al
Potentiale ledelse (1.udgave 2014) – Søren Barlebo Rasmussen
Situational Awareness and Patient Safety (AORN Journal (2007-2017), Volume 106, Issue 5,
Pages 433-433, 468-468

5.2 Guide til patient- og pårørendeinddragelse

” Det flytter først noget, når inddragelse bliver vægtet ligeså højt, som alle de andre ting på afdelingen. – Jan, Afdelingslæge og Inddragelsespilot Sydvestjysk Sygehus, 2016

Inddragelseskultur

Din vigtigste ledelsesopgave i forhold til at styrke patientinddragelse, er at understøtte og fremme en kultur, som i høj grad inkluderer patienter og pårørendes perspektiver, i såvel udvikling af kvaliteten af jeres ydelser i afdelingen som i de individuelle behandlingsforløb. Kulturindsatsen rummer tre områder, som alle griber ind i hinanden: [Viden, motivation og organisation](#) (1)

” Vi snakker alle sammen om det her med patientinddragelse, men hvad er det lige vi snakker om? – Jan, Afdelingslæge og Inddragelsespilot Sydvestjysk Sygehus, 2016

Viden

Fælles forståelse af patient- og pårørendeinddragelse (brugerinddragelse)

Hersker der en fælles forståelse af brugerinddragelse hos jer?

Her læner vi os op ad ViBIS' definition: "At give brugere af sundhedsvæsenet indflydelse på udviklingen af sundhedsvæsenet og på deres eget forløb og behandling" (2). (ViBIS er Videnscenter for brugerinddragelse i sundhedsvæsenet)

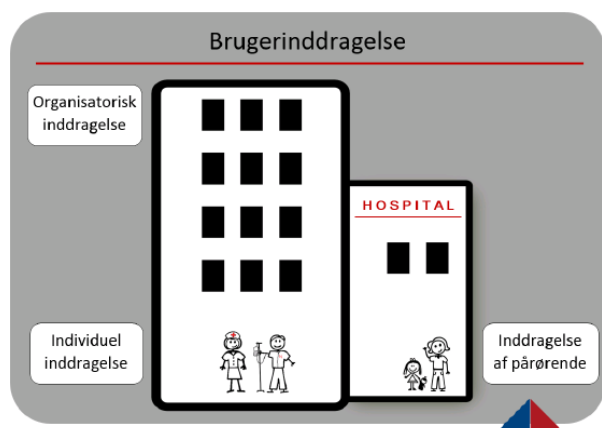
Som leder skal du klart kunne formidle, hvad definitionen helt konkret betyder hos jer f.eks., at

- Der er to dimensioner i brugerinddragelse: individuel (både patient og pårørende) og organisatorisk
- Det er IKKE nok at spørge brugerne – viden skal anvendes!
- Respektere og omsætte patientens viden, præferencer, ressourcer og behov

Udfordr gerne dine medarbejdere på, hvad der er og IKKE er brugerinddragelse. Det er ikke brugerinddragelse at indhente informeret samtykke, give generel information om sygdom og behandling, eller give undervisning i, hvordan man tager sin medicin eller plejer sin sygdom. Det hører med til kerneydelsen. Og husk – inddragelse er IKKE lig med, at patienten har frit valg! Læs mere i ViBIS' magasin "[Kriterier for inddragelse](#)" (1).

Forskellige former for patient- og pårørendeinddragelse (brugerinddragelse)

Brugerinddragelse kan opdeles i to overordnede dimensioner med forskellige tilgange og sigte (2):



Individuel inddragelse

- Patientens inddragelse i eget forløb, herunder fælles beslutningstagen
- Pårørendes inddragelse i *patientens forløb* – og patienten og familiens behov

Organisatorisk inddragelse

- Patient- og pårørendeinddragelse i kvalitets- og organisationsudvikling
- Patient- og pårørendeinddragelse i forskning og innovation

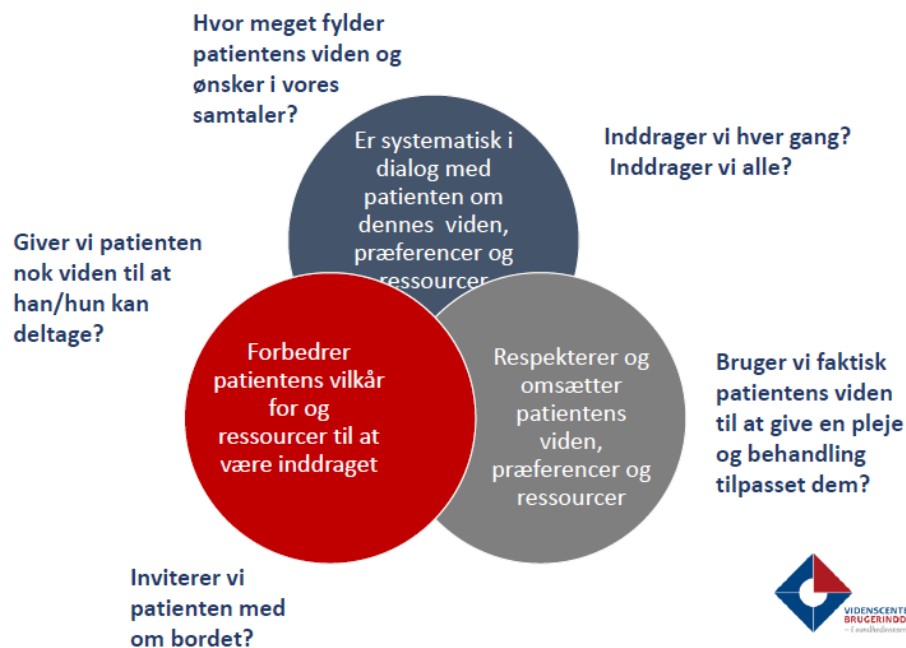
Når I vil arbejde med brugerinddragelse, er det vigtigt at identificere og afgrænse, hvem I vil inddrage – er det alene patienter, eller er det både patienter og pårørende? Det vil have betydning for jeres indsats.

Individuel Inddragelse

” Alle brugere skal ses som eksperter i deres eget liv og klædes på til at være inddraget
Gruppe af brugerrepræsentanter ved udarbejdelse af Manifest for Brugerinddragelse 2017

Brug nedenstående figur som inspiration til at afdække jeres udviklingsbehov og som hjælp til systematisering og prioritering af indsatser.

- Spørg dine medarbejdere: Hvad er jeres oplevelse af, hvor vi er?
- Spørg patienter og pårørende: Hvordan oplever I at blive inddraget på afdelingen?



Organisatorisk inddragelse

Det kan betragtes som en demokratisk ret for patienter og pårørende at blive inddraget og få indflydelse. Det vigtigste argument for inddragelse er dog, at patienter har en helt særlig viden, som I har brug for, hvis I vil skabe den bedst mulige kvalitet på sygehuset og i patientforløbene (Guide til brugerinddragelse i praksis).

Der er to typer af organisatorisk inddragelse, som med fordel kan supplere hinanden:

1. Indhentning af viden fra patienter og pårørende
2. Aktiv inddragelse af patienter og pårørenderepræsentanter (brugerrepræsentation)

Ad 1) På www.patientinddragelsesguiden.dk og [Guide til brugerrepræsentation i praksis](#) – del 1 kan I få mere inspiration til konkrete metoder til indhentning af viden, og hvordan I arbejder med dem i dagligdagen
Ad 2) I [Guide til brugerrepræsentation i praksis](#) – del 2. finder I gode råd/ideer til arbejdet med brugerrepræsentation.

Du kan styrke den organisatoriske inddragelse ved at arbejde ud fra en systematisk tilgang, både i afdelingen, som helhed, og i den enkelte proces. Figuren fra ViBIS illustrerer de tre kriterier, som ideelt set skal være opfyldt, før man kan tale om organisatorisk inddragelse – rammer, proces og anvendelse.



Kilde: VIBIS [Guide til brugerrepræsentation i praksis](#)

Et eksempel: Når I deltager i den internationale dag *Hvad er vigtigt for dig?* arbejder I med en organisatorisk brugerinddragelsesproces. Men for at brugerinddragelsen bidrager til udvikling af kvaliteten i jeres afdeling, skal I efterfølgende anvende patienternes udsagn aktivt til refleksion over og udvikling af jeres praksis.

I kan teste jeres modenhed i brugerinddragelse sammen med personalet ved at se på:

- Har I viden om og er I bevidste om, hvad brugerinddragelse er?
- Er I bevidste om, hvorfor man ønsker at inddrage brugerne?
- Ved I, hvordan man kan inddrage brugerne gennem forskellige metoder til at inddrage brugerne?
- I hvor høj grad praktiserer I brugerinddragelse?

Reel brugerinddragelse kræver åbenhed og nysgerrighed og ikke mindst mod til at lade sig forstyrre. Der er efterhånden mange eksempler på, at afdelinger har haft modet til at invitere sygehusets Patient- og pårørenderåd ind i "maskinrummet", for at få belyst udfordringer ud fra et brugerperspektiv og få ny viden om deres afdeling. Det er vigtigt, at du som leder viser, at du værdsætter mod til at eksperimentere og står bag, når personalet kaster sig ud i at afprøve forskellige former for inddragelse – at alt ikke skal være perfekt, og at det er OK at lære undervejs.

Patient- og pårørenderåd kan inviteres til din afdeling, hvis I har mod på at blive forstyrret og er klar til nye indsigter. Forudsætningen er, at du som leder sikrer, at I også kommer omkring "Anvendelseskriteriet", da rådet kan bede om en tilbagemelding på resultatet af de indsatser, som I har iværksat på baggrund af deres medvirken. Centralt i brugerinddragelse er altid at give en tilbagemelding, for at de får lyst til at deltage igen.

Motivation

Kender I de evidensbaserede effekter ved systematisk inddragelse af patienter og pårørende, såsom øget patientsikkerhed, øget compliance hos patienter, patienterne er mere tilfredse med beslutninger, mere tilfredse pårørende – mindre belastning, bedre fagligt outcome og bedre udnyttelse af ressourcer? (1)

Vær klar på, hvorfor det er vigtigt at arbejde med brugerinddragelse hos jer?

- Hvad er din motivation?
- Hvad brænder medarbejderne for?
- Hvad vil I opnå?

Du kan opleve at inddragelse udfordrer egen forståelse af fagligheden og møde barrierer som

- "Vi gør det allerede"
- "Det har vi ikke tid til"
- Oplevelse af at miste autoritet
- Udfordring på medicinsk viden

Prøv at reflektere over jeres praksis – har I allerede succes historier?

- Har I oplevet gode patientforløb, fordi patienterne blev inviteret med i beslutningerne?
- Har I oplevet, at patienter bidrog til at løse praktiske udfordringer?
- Har I gennem læring ved at lytte til patienter tilpasset arbejdsgange i jeres afdeling?

Organisation

Arbejder I med systematiske metoder til inddragelse i praksis? Anspor dine medarbejdere til at integrere patientinddragelse systematisk i de daglige rutiner. Det øger ligheden, da systematikken sikrer, at ressourcessvage patienter og pårørende også bliver inddraget – hvis de ønsker det. For ikke alle vil inddrages – det er også et valg! Inddragelse bør altid være et aktivt fravalg, ikke et aktivt tilvalg.

En systematisk inddragelse af patienter og pårørende fordrer, at du som leder værdsætter og efterspørger patient- og pårørendeinddragelse på alle niveauer, både når I arbejder med udviklingen af jeres kvalitet generelt i afdelingen og i behandlingen af den enkelte patient og pårørende, som en central del af den sundhedsfaglige kerneydelse.

Overvej hvilke fora, som vil være velegnede til at inkludere et fast punkt om inddragelse.

Spørg f.eks. i ledelsesteamet eller kvalitetsteamet:

- Kunne det være relevant at høre patienternes oplevelse i de udfordringer, vi har her?
- Ved påtænkte udviklingstiltag: Skal vi høre, hvad vores patienter og pårørende ville prioritere her?

Ved organisatorisk inddragelse kan du f.eks. anbefale brugerrepræsentanter, som er personer med

- Erfaringer fra et specifikt sygdomsforløb (patienter)
- Erfaringer fra hverdagen med en syg pårørende (pårørende)
- Generelt kendskab til patientforhold, patientperspektivet, varetagelse af patientinteresser eller særligt kendskab til en gruppe af patienter (ansatte i patientforeninger, forskere, patientrådgivere eller personer, der på anden vis har opnået en særlig indsigt i brugerperspektivet)

Aktiv inddragelse af patienter og pårørende i udvikling af afdelingens kvalitet og patientsikkerhed kan hjælpe jer til at holde fokus – specielt hvis I inddrager dem i opfølgning og feedback, samt involverer dem i synliggørelse af resultater af inddragelsen.

At lede gennem systematisk inddragelse handler om:

- At sætte fokus på "hvordan vi gør det"?
- At være nysgerrig på, om det er det rigtige vi gør
- Hvilke dilemmaer kan brugerinddragelse afføde?
- Hvordan tager patienter og pårørende imod det?
- Hvilke patienter passer til denne praksis?

Søg inspiration til evaluering af jeres indsats i ViBIS miniguider til evaluering (7)

LÆS mere:

1. ViBIS: [Kriterier for inddragelse, Definition af brugerinddragelse, Manifest for brugerinddragelse](#)
2. ViBIS: [Definition af brugerinddragelse](#)
3. Coulter A. 2012: [Patient engagement – what works?](#)
4. [Danske Regioner: Patientinddragelse og undersøgelser af oplevelser og tilfredshed](#)
5. [Hej Sundhedsvæsen – 5 anbefalinger til fremtidens pårørendesamarbejde](#)
6. ViBIS: [Evaluering af organisatorisk brugerinddragelse](#)
7. ViBIS: [Guide til måling af individuel inddragelse](#)

Alle figurer er med tilladelse fra ViBIS.

5.2.2 Guide til fælles beslutningstagning – en introduktion

” *The big why – fordi det er det rigtige at gøre*
– Dorthe Crüger, Lægelig koncern direktør, Region Hovedstaden 2022

Hvorfor inddrage patienter i beslutninger om deres behandling og pleje?

Ligesom du er ekspert i behandling og pleje, er patienten ekspert i eget liv. Patienten ved, hvad der betyder mest for den enkelte og dennes familie? Når du træffer en beslutning, kan det have en lille eller måske større betydning for patientens hverdag, nu og i fremtiden. Det ved patienten bedst. Del det store ansvar, ved at lytte til patientens præferencer, *fordi det er det rigtige at gøre*. Forskning viser, at det giver bedre beslutninger om behandling, øger tryghed og patientsikkerhed, mindsker spild, mindsker ulighed, og øger patientens forståelse af sygdommen og egen omsorg.

” *Mennesker kan spille en væsentlig rolle i at fremme deres eget helbred*
– Angela Coulter, Engelsk forsker, 2012

Hvad er fælles beslutningstagning?




Definition af fælles beslutningstagen (CFFB.dk) *Fælles beslutningstagning foregår, når patient og kliniker i forening træffer beslutning om udredning, behandling, pleje eller opfølgning på en måde og i et omfang, som patienten foretrækker. Der anvendes evidensbaseret viden om valgmuligheder, fordele, ulemper og usikkerheder til professionel rådgivning af patienten. Herved støttes patienten i at udforske egne værdier og præferencer, så den bedste mulighed vælges i forhold til patientens præferencer."*

Forskellige måder at træffe beslutninger på

Hver dag træffer vi som fagprofessionelle mange beslutninger. Det skal gøres under hensyntagen til, at patienter har ret til selvbestemmelse. Det er et grundlæggende princip i sundhedsloven, som kommer til udtryk ved *kravet om informeret samtykke*. Et samtykke til behandling er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling. Styrelsen for patientsikkerhed understreger, at der er tale om en dialog, hvor patient og sundhedsperson udveksler oplysninger, stiller spørgsmål og opnår enighed om, hvilken behandling der skal iværksættes. [Informeret samtykke - Styrelsen for Patientsikkerhed \(stps.dk\)](#).

Hvordan praktiserer du patientens ret til selvbestemmelse? Er informeret samtykke en automat reaktion eller lytter du til patientens præferencer og sikrer dig, at de har forstået informationen? Husk også journalføringen, så de kollega kan se hvad patienten er fortalt.



Metode	Læger, sygeplejersker, terapeuter, jordemødre	Beslutningsproces	Patient, pårørende
Fælles Beslutningstagen (SDM)	Behandler præsenterer viden/evidens og valgmuligheder og lytter		Patient fortæller om værdier og præferencer
Traditionel	Behandler informerer om viden/evidens og eventuelle valg		Patienten samtykker eller siger nej tak
Informeret patient model (egen betaling, second opinion)	Behandler præsenterer viden/evidens og udfører patientens ønske		Patienten lytter og spørger og vælger

Forskellige former for værktøjer

Forberedelse af patienten til at træffe valg

Mange patienter er ikke forberedt på, at de kan blive inddraget i beslutninger omkring udredning og behandling. De har måske også fået besked fra egen læge om, at nu skal de ind og have foretaget en bestemt behandling. Nogle patienter er så syge og trætte, at de helst overlader beslutninger til andre. Patienter tænker ikke altid på, at muligheden for valg er der, og at talen kan falde på, hvilke værdier og præferencer, de har. Derfor indebærer arbejdet med at udvikle metoder til fælles beslutningstagen, også at forberede/klargøre patienten til aktivt at forholde sig til egne ønsker og behov. Det kan være gennem indkaldelsesbreve, særligt udarbejdede skrivelser, hvor information og valgmuligheder er beskrevet, flere samtaler henover et forløb eller ved konsultationsafslutning med aftaler for næste møde.

Arbejder I med indsatser til mere patientinddragelse, så husk at indhente inspiration hos andre, der arbejder med fælles beslutningstagning og test om det virker i samarbejde med patienter.

Den store beslutning – beslutningshjælperen

Har I behandlinger, hvor der skal træffes store beslutninger, eks *medicin versus operation, lokal versus universel anæstesi, aktiv versus palliativ behandling* kan en **beslutningshjælper** være et støttende redskab til dialog om muligheder og fælles beslutning om valg.

FIGUR – Materiale fra Center for fælles beslutningstagen i Region Syddanmark



På figuren ser du et eksempel på en *beslutningshjælper*, hvor du ser, hvordan evidensbaseret viden bliver præsenteret på en måde, så patienten gennem dialog kan blive oplyst om valgmulighederne samtidigt med, at den sundhedsprofessionelle kan indhente patientens overvejelser og ønsker og der kan træffes en fælles beslutning.

VIBIS har udviklet sammen med sundhedsprofessionelle og brugere en række af andre tilgængelige værktøjer – læs mere på [Værktøjer til inddragelse | Danske Patienter](#) og i den nye metode bog fra DSKS.

” Patient: *Hvad ville jeg gøre, hvis jeg vidste alt det du (læge) ved?* - Mark Tonelli 2019



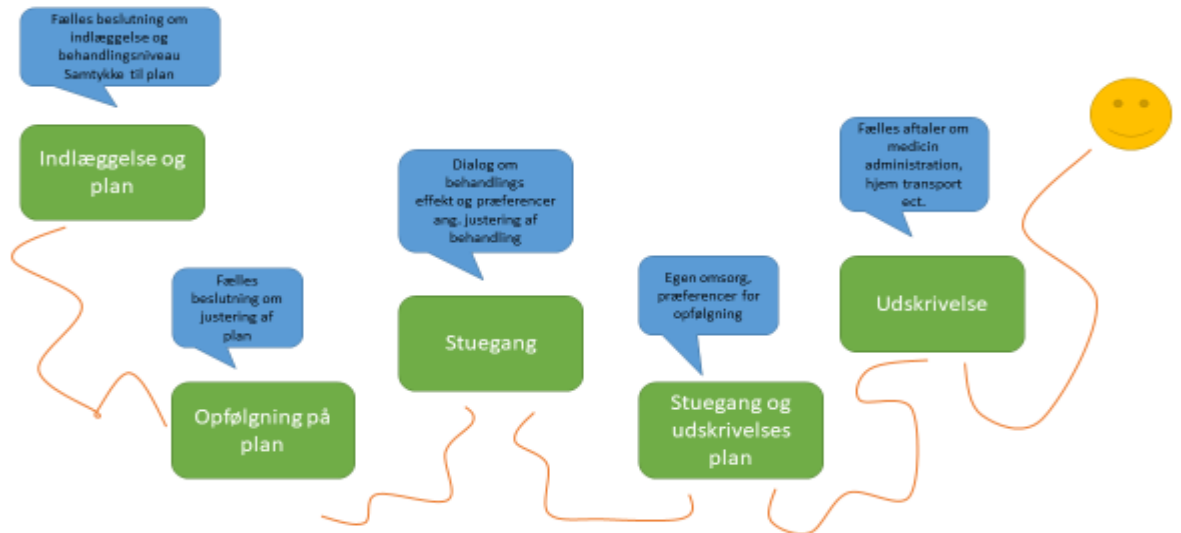
De mange små beslutninger – decisions points

Sundhedsprofessionelle træffer mange beslutninger for og med patienten i det samlede patientforløb fra hjemmet til hjemme igen. Beslutninger kan være forskningsbaserede, men de kan også være erfaringsbaserede, ud fra egne holdninger og skøn, eller ud fra egne eller sygehusets ressourcer og andre samarbejdspartneres muligheder. Sundhedsloven foreskriver, at vi skal indhente informeret samtykke til behandling. Det gør vi, men husker vi også at spørge til, hvad patienten foretrækker? Patient tilfredshedsundersøgelser (LUP) viser i mindre grad.

I arbejdet med *patientforløb* beskrives arbejdsgange og faglige handlinger. Vil I styrke patientinddragelse i beslutninger kan forløbsbeskrivelser kvalificeres ved at identificere og beskrive tydeligt, hvor i forløbet der

ligger vigtige beslutninger, hvor patienten skal inddrages – såkaldte decision points/beslutningspunkter. Aftaler med patienten skal holdes – det forpligter os gensidigt i at være loyale overfor kollegiale beslutninger og følge op på disse. Det har mange positive effekter; større sammenhæng i forløbet, mere klarhed i planen, reduktion af dobbeltarbejde, reduceret indlæggelsestid, øget patienttilfredshed og færre fejl.

Figur Eksempel på patientforløbsbeskrivelse med dialog/decision points



Patient empowerment

Patient empowerment er et vidtfavnende område og har formålet, at give patienter mere kontrol over eget helbred og give mere handlefrihed. Ikke kun i selve situationen med beslutningen om behandling, men også med de forskellige aktiviteter i behandlingen, eks. sårpleje, medicinadministration ect. Forskning tyder på, at patientens handlefrihed kan styrkes gennem fælles beslutningstagning i gennem deres sygdomsforløb, hvor fælles beslutningstagen praktiseres gennem et gensidigt tillidsforhold mellem behandler og patient (USL, 3).

Hvor dokumenterer du patientens værdier, præferencer og særlige behov?

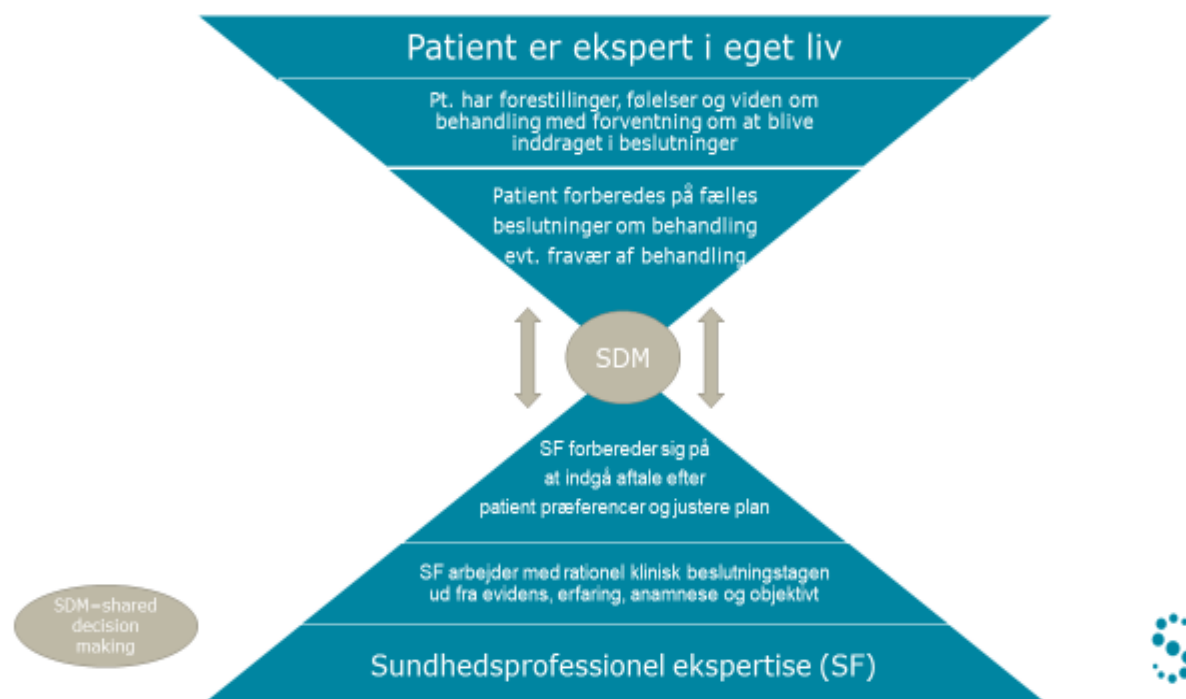
Kilde: Uptodate.com, A patient centered view, juni 2022

Hvordan bringer du din faglighed i spil ved fælles beslutningstagning?

At skulle inddrage patientens præferencer, kan måske udfordre, hvordan du plejer at træffes kliniske beslutninger. Som autoriseret sundhedsprofessionel har du lovens støtte til at vælge, hvilke udrednings og behandlings muligheder, der skal tilbydes ud fra den bedste faglige konsensus. Det er patientens ret og krav at skulle samtykke eller fravælge tilbuddet.

Hvis du skal inddrage patienterne mere i beslutning om behandling – så reflekter over:

- Hvordan arbejder du med kliniske beslutninger, de små og de store?
- Giver du patienten mulighed for at fremkomme med, hvad de foretrækker?
- Er der "hård" evidens for ligeværdige behandlinger?
- Har du selv præferencer for undersøgelser? Erfaring, viden eller "for en sikkerheds skyld"
- Er du klar til at træffe en beslutning, hvis patienten siger "Du ved bedst"



Hvordan kommer I igang med fælles beslutningstagning

E-learning – Du kan lære mere om Patientinddragelse - Fælles beslutningstagning ved at tage E-learning kurset, der ligger i Kompetanceportalen. Kurset omhandler behandlingsvalg og består af en introduktionsvideo, hvor du oplever en god dialog. Efterfølgende kan du træne samtalen med afdækning af patientens præferencer.

Inspiration - Læs om værktøjer på: Region Syddanmarks "*Center for fælles beslutningstagning – CFFB*" har arbejdet med feltet i mange år og udgivet en masse værktøjer og artikler. Gå ind på deres hjemmeside eller kontakt dem. [Center for Fælles Beslutningstagning \(cffb.dk\)](http://Center for Fælles Beslutningstagning (cffb.dk)). Kig også på VIBIS.dk Videnscenter for brugerinddragelse eller Region Hovedstadens aktiviteter, samt den nye Kvalitetsguide fra DSKS (8).

Videnskabelige artikler - Mere end 20 års forskning indenfor området har resulteret i en masse artikler om fælles beslutningstagning – søg i Pub Med /Cochrane/Uptodate på "*Shared decision making*". Søg også den nyeste evidens for de behandlingsmuligheder, hvor I vil arbejde med mere inddragelse.

Kontakt en kollega – Region Sjælland er allerede godt i gang. Kontakt din Kvalitetsafdeling som kan skabe kontakter til eksterne netværk. Der findes også et ambassadør netværk blandt yngre læger i regi af FAYL.

Kursus – Lægeforeningen udbyder kurser for yngre læger for at skabe et ambassadør netværk – kig på FAYLs hjemmeside. Region Sjælland udbyder også kurser.

Forbedringsmetoden – Brug de kendte metoder beskrevet i modellen charter med mål, driver og PDSA. Lav også en interessentanalyse, find data og opsøg data.

Referencer til inspiration

8. Coulter A. 2012: [Patient engagement – what works?](#)
9. Coulter A. 2013: Personalised care planning for adult with chronic or long term health conditions. Cochrane library
10. [Danske Regioner: Patientinddragelse og undersøgelser af oplevelser og tilfredshed](#)
11. Patient empowerment Ugeskr. Læger 2014;176:V05130282
12. Uptodate.com – Søg: Assessment of decision-making capacity in adults
13. Clinical key/PubMed: Natalie Joseph-Williams A descriptive model of shared decision making derived from routine implementation in clinical practice ('Implement-SDM'): Qualitative study (2019)
14. Podcast: Sundhedskommunikation.com – Line Gade: Samtale med værdi
15. DSKS [Kvalitetsguiden | DSKS](#) 2022

5.3 Guide - 4 trin i dataarbejdet og behov for datakompetencer

Denne guide er ikke en metodebeskrivelse i konkret dataanalyse. Hensigten er at vise dig muligheder i dataarbejdet, og synliggøre hvilke kompetencer, der kan være brug for, når I arbejder med data i en bred forståelse.

Definition af data: Data henfører til en samling af **information**, som typisk er resultatet af **erfaring**, **observation**, **eksperimenter** eller en mængde af **præmisser**. Data kan bestå af **tal**, **ord** eller **billeder** – eller især **målingen** af **variabler**.

Data er nøglen til at vide, om en forandring er en forbedring, og dermed grundlæggende for ledelsesarbejdet og arbejdet med systematisk kvalitetsforbedring. Præsentation af data er også et dialogværktøj og sygehusvæsenets vindue til borgerne. Borgerne og samfundet har adgang til, kender og tolker i stigende grad på kvaliteten i sundhedsvæsenet gennem mange platforme i det offentlige rum.

I det kliniske arbejde, er ethvert møde med patienten en situation, der kræver viden, og der indhentes ny viden ved mødet – nye data. Vi skal derfor, som en del af vores kerneydelse, være parate og kompetente til at arbejde med data i patientbehandlingen, og udviklingen af det moderne sygehusvæsen.

- *Kender du jeres kvalitetsdata i afdelingen, også behandlingskvaliteten og patienternes oplevelser?*
- *Ved du, hvordan I arbejder med data, og kan sammenligne jer med jer selv og andre?*
- *Kan du oversætte og synliggøre data, så de kan danne grundlag for beslutning og læring?*
- *Bruger du data til kontrol, motivation, læring eller synlighed?*

4 skridt i dataarbejdet



1. Identifikation af datakilder

- Hvilke databaser indberetter I til? **RKKP? OBS** indberetning i RKKP er lovpligtigt
- Hvilke data opsamler I? I SP, Hvad er vigtigt for dig, audit m.m.
- Hvilke datakilder har I adgang til, og hvordan finder I dem? SP, InControl, LUP, RKKP m.m.
- Hvordan indberettes data? Er det automatisk? Manuelt – eks kodning? Er det patienterne?
- Hvem er ansvarlig for, at I leverer troværdige data?

2. Valg af data til monitorering og forbedring

Valget af data afhænger i høj grad af, hvad data skal bruges til, men også af mulighederne og tilladelser for at få adgang til relevante data.

Der er to spor.

1. Den løbende kvalitets**monitorering** med anvendelse af de datakilder, hvor I løbende opsamler data eller indberetter for jeres ansvarsområde. Data sammenlignes og vurderes efterfølgende i forhold til evidensbaserede nationale standarder, guidelines og målsætninger.
2. Opdager I kvalitetsbrist ved monitorering og/eller planlægger I et **forbedringstiltag** ud fra et behov, indhentes baseline data. Under indsatsen indsamler I fortløbende tidstro data til forbedringsarbejdet. **HUSK** altid en kritisk vurdering af om jeres mål er målbart.

Inden beslutning om handling, vurderer I jeres datakvalitet. Er de kvantitative data troværdige – valide? Er jeres kvalitative data repræsentative, eller så betydningsfulde, at der skal handles? Inden analyse skal ikke-valide kvantitative data, gøres valide.

Vær opmærksom på, at det hæmmer udvikling og skaber barrierer for både udvikling og medvirken, hvis I vedvarende skal bruge tid på at drøfte, om data er korrekte (citat fra datafestival 2021).

Arbejder I med data indsamlet over tid og ønsker at vurdere om, der sker en forbedring, indebærer det en vurdering af datakvaliteten. Hvis I anvender SPC-graf, hedder det, at ustabile data over tid skal gøres stabile. Kun stabile data kan vise, om en forandring er en forbedring (Nolan) (Jacob Anhøj).

3. Analyse af data

Ved selve analysen vurderer I om, I har data nok, eks. har I målt længe nok til at vurdere kvaliteten? Er der blinde vinkler eller fejlkilder? Måler I på det rigtige? Er der data, der falder helt udenfor? Er det en fejl eller en "fare"?

Kompetencer i dataarbejde – eks anvendelse af Excel kan hjælpe til et klargøre data til analyse og beslutning på eks. tabel eller graf. Hav kompetencer i analysemetoder til at vurdere, hvornår en afvigelse er en reel forskel? Arbejder I med kvantitative data over tid, anbefales anvendelse af SPC-grafer. Præsenter og diskuter data i forhold til mål i afdelingen, evt. ved et tavlemøde. Udpeg en kompetent datamanager (se tabellen nedenfor).

Arbejder I med patienttilfredshed eller PRO, så respekter patienternes udsagn. Brug tid på analyse, som patienterne også har brugt tid på at besvare eks. i LUP (se Guide 5.2).

4. Handling på data

Lever i op til standard? Hvis nej – så overvej om det er nødvendigt eller relevant med at igangsætte et forbedringstiltag.

Hvis I er i gang med en indsats - Er I på rette vej? Hvis nej - Bliv ikke ved at måle på processer, hvor der ikke sker en forbedring. Så find på noget nyt eller spørg jer selv, måler vi på det rigtige til at se at en forandring er en forbedring (trin 2 i Nolan)?

Enhver evaluering indebærer, at I forholder jer til følgende (prof. Peter Dahler Larsen, SDU):

- Hvad er formålet med analysen?
- Hvilket mål, nationale standarder eller guidelines skal, der leves op til?
- Forståelse og beskrivelse af systemet/konteksten – hvilken patientgruppe/hvilken organisation etc. foregår målingen i?
- Hvilken analysemetode vælger I?

HUSK at fejre når I er i mål 😊

Alle fire skridt sker bedst i dialog med de klinikere, der kender klinikken. De ved, hvordan de dokumenterer og udfører deres arbejdsgange tæt på patienterne.

Har I kompetencerne i afdelingen til arbejdet med data?

Opgave	System	Faggrupper	Kompetence
Indberetning af data	SP+MinSP	Alle klinikere	Brugerniveau, kodning af forløb Hjælpe patienterne
	RKKP	Dataansvarlig	Kendskab til specifikke indberetningssystemer
	Klinisk målesystem (KMS)	Ledere og sekretærer	Adgang og kendskab
Fremsøgning af data	Patienttilfredshed, PRO m.m.	Leder, patienter, kvalitetsteam	Klinikere skal kunne støtte patienterne i indberetning
	SP-audit inkl. kodeaudit	Kvalitetsteam, kl. udviklingssygeplejerske, læger	Bruger, kende DRG codesystem, trække SP rapporter
	SP-rapporter	Ledere, nøglepersoner	Superbruger
	SP-slizedicer	Læger	Bruger
	MinSP-PRO eller spørgeskema	Klinikere, ledere	Kendskab til og kan anvende PRO
	Incontrol	Ledere, nøglepersoner	Forskellige adgange mht. cpr. og anvende Incontrol
	Targit	Ledere	Adgang og anvende Targit
	LPR3	Stab, sekretærer	Anvende LPR3
	LUP	Ledere, nøglepersoner,	Læsning af LUP rapporters data
Validering og analyse af data	RKKP	Database ansvarlige	Vurdering/validering af automatisk genererede data og deres kilde, inkl. datakomplethed
	Incontrol	Ledere, nøglepersoner	Adgang og anvende Incontrol
	SP rapporter inkl. forbindelse til RKKP	Nøglepersoner og ledere	Adgang og kendskab
	EXCEL	Nøglepersoner	Anvende Excel inkl. figurer, pivot, pareto m.m.
	SPC	Nøglepersoner	SPC funktioner, Excel
	Identifikation af indsatser	Incontrol, RKKP rapporter	Ledere, nøglepersoner
SPC		Nøglepersoner Ledere	SPC program og Excel Tolkning
Formidling af data	Tavler	Tavleledere	Tavleleder kompetencer
	Nyhedsbreve, presse, m.m.	Ledere, nøglepersoner	Formidling i ord og visuelt

LÆS mere:

1. Fra data til dialog – chefens vigtigste opgaver i dataunderstøttet ledelse, Væksthus for ledelse.
2. Jakob Anhøj: Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Munksgaard 2015.
3. Per Jørgensen et al: Forskning, kvalitet og klinisk praksis. Munksgaard 2021.

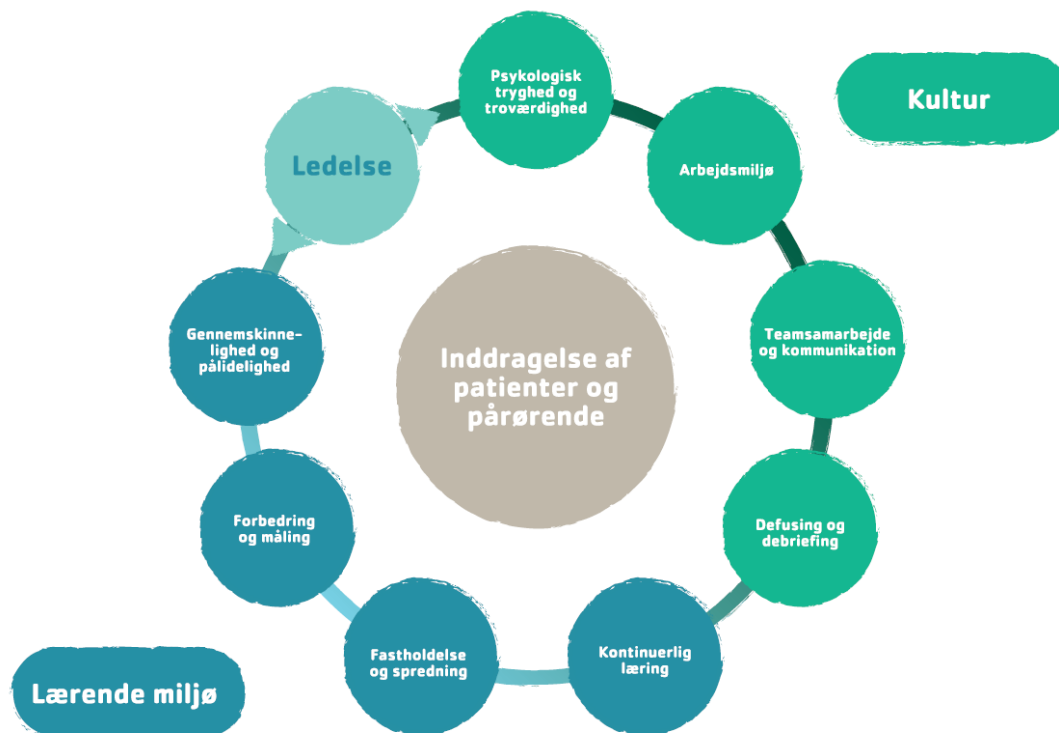
5.4 Guide til læring, debriefing og fastholdelse

” Det vigtigste for mig var, at de lærte noget af det, så andre ikke skulle opleve det, som jeg og min familie var udsat for og de konsekvenser, det havde for os

Sagt af patient, der rapporterede en utilsigtet hændelse

Sikkerhed er ikke noget man har, men noget man arbejder for. Patientsikkerhed har traditionelt været defineret ved fravær af fejl, men patientsikkerhedsarbejdet er også proaktivt at sikre, at enhver aktivitet går godt, give feedback og sprede læring og løbende skabe forbedringer. Vi arbejder sikkert, når vi kan tilpasse vores arbejdsgange og funktioner, så de fungerer under såvel ventede, som uventede, forhold i trygge rammer.

Styrkelse af patientsikkerheden medfører et kontinuerligt fokus på, eksempelvis arbejdsgange, kompetencer, bekymringer, kontrol af teknisk udstyr og fokus på arbejdsmiljø. I kan lære mere om emnet ved brug af Dansk Selskab for Patientsikkerheds metode katalog (Patientsikkerhed.dk) og DSKS (www.DSKS.dk). Når I arbejder med patientsikkerhed og meningskabelse, så integrer arbejdet i de lokale arbejdsgange, udvikling af kompetencer, patient behandling og arbejdsmiljø. Arbejdet skal foregå såvel hos ledelsen, som hos den enkelte medarbejder, og i den fælles arbejdskultur i hverdagen tæt på patienten.



Figur: Figuren illustrerer perspektiver til opbygning af et lærende miljø og patientsikkerhedskultur, baseret på værdier og metoder til fremme af patientsikkerhed og høj faglig kvalitet. (Inspireret af figur fra "A Framework for Safe, Reliable, and Effective Care, IHI - Institute for Healthcare Improvement)

Når fejlen sker

Vi skriver "når", for ingen systemer er fejlfrie. Så når der i din afdeling opstår en utilsigtet hændelse ([Rapporter en UTH](#)), er det vigtigt at I handler. Risiko for fejl kan måske have en alvorlig eller dødelig konsekvens for patienten. Så hvis du opdager en alvorlig risiko for brist på patientsikkerheden, skal du som leder sammen med jeres sagsbehandler og evt. risikomanager foretage jer følgende:

1. Vurdere hvorvidt der umiddelbart skal iværksættes tiltag
Eksempelvis: Ændring af arbejdsgange? skal der udsendes generel information? information til patient og pårørende? overveje politianmeldelse m.m. Dette kan foregå i samarbejde med sygehusledelsen, kvalitetschef eller risikomanager
2. Sikre information og omsorg for den involverede patient, pårørende og personale
3. Hvis skade er sket, planlægge en dyberegående analyse (kerneårsagsanalyse) i henhold til regional og lokal aftale (Inspiration fra Dansk Selskab for Patientsikkerhed)
4. Vurderer I, at en analyse ikke kan belyse forløbet yderligere, skal andre læringstiltag overvejes med henblik på forebyggelse. *Eksempelvis: Feedback til involverede, case gennemgang af forløbet ved Mortality&Morbidity konference, auditering på lignende cases*
5. Have en plan for, hvordan ændringstiltag eller læringspunkterne formidles i din afdeling
6. Sikre opfølgning på de vedtagne indsatser og tiltag. *Eksempelvis: Et opfølgende møde indenfor 1 – 3 måneder efter analysen*
7. Vurdere om der er generel læring for andre og sprede viden

Arbejds miljø, tryghed og patientsikkerhed

Undersøgelser har vist en sammenhæng mellem det gode arbejdsmiljø og høj patientsikkerhed. I et arbejdsmiljø kendetegnet ved psykologisk tryghed, oplever medarbejderne, at de trygt kan udtrykke ideer, bekymringer og uenighed løbende uden at komme i forlegenhed eller blive straffet. De har tillid til, at de kan sige deres mening uden at blive ydmyget, ignoreret eller udsat for bebrejdelser. Bekymringer skal tages alvorligt (Bekymringshenvendelse, D4 Dok.id. 504693). Derfor er det også vigtigt, at afdelingens leder, arbejdsmiljøgruppe og kvalitetsteamet samarbejder.

Når der sker en utilsigtet hændelse, skal leder både have opmærksomhed på den patient, hændelsen har haft konsekvenser for, og støtte til det personale, som har været involveret i hændelsen. Det første er en defusing i umiddelbar nærhed af hændelsen ved teamleder. Det næste er, at lederen skal være opmærksom på, hvorvidt der efterfølgende skal ske en debriefing for det involverede personale (OBS - Arbejds miljø projektet –Kobling – se reference Grundbog i Belastningspsykologi, Rikke Høgsted).

Når en patient har været udsat for en fejl eller utilsigtet hændelse, betyder det meget for patienten og pårørende, at fejlen/hændelsen anerkendes. Patienten skal have en undskyldning og en forklaring evt. suppleret med beskrivelse af jeres tiltag til forebyggelse. (Sig undskyld - Materiale fra Dansk selskab for patientsikkerhed). Samtalen kan være med dig, som leder, eller du kan hjælpe dit personale til at tale med patienten eller pårørende.

Både defusing og debriefing medvirker til det gode arbejdsmiljø, og giver medarbejderne mulighed for at tale oplevelsen igennem og forebygge efterfølgende reaktioner. Det giver også ledere og medarbejdere mulighed for at definere områder, der skal forbedres. Den enkelte medarbejder kan have brug for hjælp til at håndtere de følelsesmæssige reaktioner på hændelsen. Vær opmærksom på, at reaktioner kan komme sent, og kræve tid til forarbejdning. Kig i regional retningslinje [Omsorg til medarbejder, der har været involveret i en utilsigtet hændelse, herunder second victim](#) (D4 Dok.id. 231247) og i bog om Belastningspsykologi (3).



Kontrol, forebyggelse, forbedring og fastholdelse

Kendte standardiserede kontrolprocedure og implementering af retningslinjer, eks. retningslinje til patientidentifikation, er med til at forebygge, at personalet begår fejl. Patienter oplever, at kontrolprocedurer kan give tryghed. Derfor er monitorering og kontrol i hverdagen en vigtig del af patientsikkerheden. Kontrollen skal ske sammen med positiv feedback og dialog om korrigerende tiltag, da kontrol også kan opleves som brud på tillid og være demotiverende. Brug kontrol som en naturlig og integreret del af hverdagen, som passer på patienter og medarbejdere. Snak med jeres egne sagsbehandlere eller den fælles risikomanager, hvis du er i tvivl om, hvordan I griber opgaven an.

Formålet med læring og forbedringsarbejdet er hele tiden, at forhindre, at fejl sker igen og forebygge potentielle fejlkilder. Erfaring med, og læring fra alvorlige hændelser skal følges op og omsættes til handling. En generel erfaring er, at det er vanskeligt at aflære og ændre vaner. Derfor skal ledelsen være åben, have overblik – brug prioriteringsmatrixen i bogen, være situationsbevidst, og kontinuerligt skabe rum for læring gennem at arbejde med klinisk evidens og systematiske forbedringer. Det kan være ved bl.a. at følge op systematisk og metodisk på, om patientforløbene er sikre ved observation, audit, kvalitetsdata m.m.

Spørgsmål til refleksion

- Er du som leder klar over, hvor og hvornår de største risici er i din afdeling?
- Når noget utilsigtet sker, handler I, så det ikke sker igen? Allerede næste dag?
- Har I gensidig tillid og lytter åbent til patienters og kollegaers oplevelser, bekymringer og forslag til forbedringer?
- Inddrager I patienter og pårørende i at identificere risici og i patientsikkerhedsarbejdet generelt?
- Hvordan omsætter I den systematiske sagsbehandling af UTH til læring og forbedringer?

LÆS mere:

1. [The Influence of Nursing Work Environment on Patient safety](#)
2. Den frygtløse organisation. Amy C. Edmundson. DJØF forlag 2020 (Side 20)
3. Rikke Høgsted: Grundbog i belastningspsykologi, Forlaget Ictus, 2019
4. Patientsikkerhed.dk
5. Sst.dk

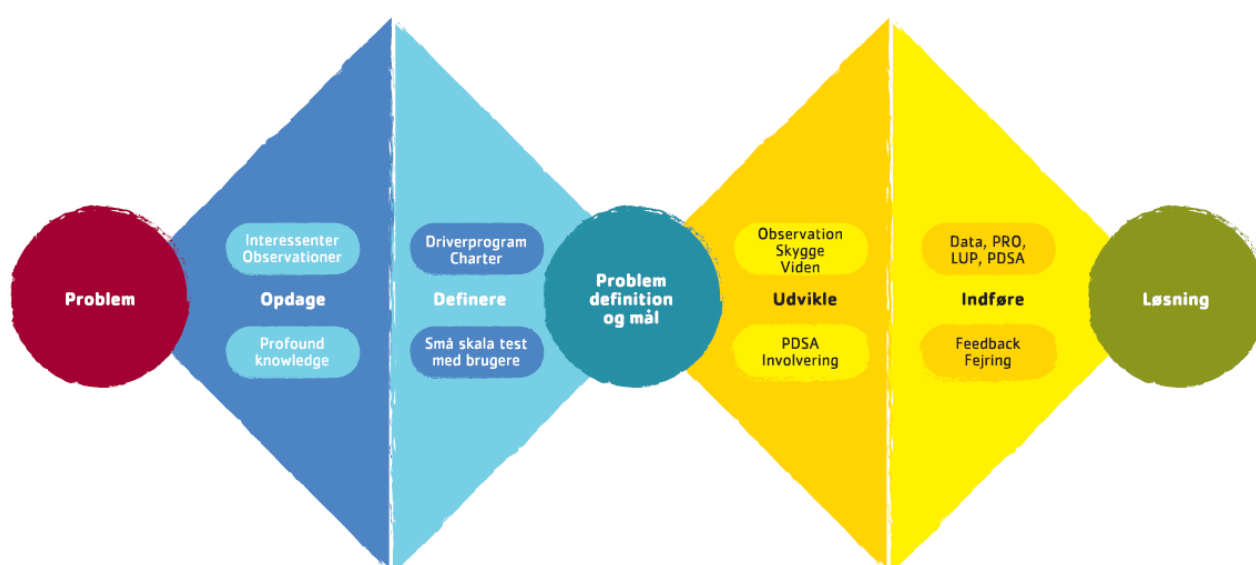
5.5 Guide Dobbeldiamant - kvalitetsudvikling og innovation

Dobbeldiamantmetoden er en metode fra innovationsverdenen. I innovation arbejdes med at finde løsninger på problemer, som er hårdnakkede og kræver radikal nytænkning. Sundhedsvæsenet har, i stigende grad, behov for at knække mange udfordringer og anvende ny viden. Derfor kan metoder fra innovation, herunder at arbejde relationelt med brugerinddragelse, være med til at skabe synergi og byde på nye løsninger.

En innovationsmetode til at åbne sig nysgerrigt mod brugerne og omverdenen er Dobbeldiamantmetoden. Metodens styrke er, at du ikke for hurtigt lægger dig fast på løsninger, men angriber udfordringen fra mange vinkler. Det at træde et skridt tilbage og nysgerrigt se gennem et forstørrelsesglas, kan være med til i den sidste ende til at finde holdbare løsninger.

Metodevejledning – se figuren

1. I har en udfordring – et problem (**rød dot**), men I kender ikke helt omfanget af problemet, og hvilken viden og løsninger, der findes, samt hvilke konsekvenser en mulig løsning vil have.
2. Derfor åbner I op for problemet (**opdage/discover**). I søger viden (profound knowledge – system, viden, data og mennesker), laver observationer/feltstudier af praksis, inviterer interessenter, snakker med patienter m.m.
3. Dernæst analyserer og afgrænser I jeres udfordring, for at præcisere (**definere/define**), hvilket specifikt problem, I vil finde en løsning på. Her kan I anvende systematikken fra Forbedringsmodellen – spørgsmål 1 og 2 (se arbejdsark i bogen).
4. Nedskriv en problembeskrivelse – (hvad ønsker I at opnå) med en målsætning (**gul dot**)
5. I næste diamant åbner I op igen (**udvikle/develop**) – med afsæt i problemformulering, udvikler I på ideer, laver flere observationer, dykker ned i specifik evidens og anden viden, inddrager brugere og små-skala tester – igen med systematikken fra Forbedringsmodellen – spørgsmål 3 med test og tilpasning af forbedringsideer via PDSA.
6. I sidste fase arbejder I med at implementere løsningen og når i mål (**grøn dot**), igen ud fra principperne i Forbedringsmodellen (**indføre/deliver**).



Erfaring

Koblingen af Dobbelddiamanten og værktøjer fra Forbedringsmetoden er testet i forskellige scenarier på Nykøbing F. Sygehus. Erfaringen er, at Dobbelddiamanten kan give overblik over udviklingsprocessen, skabe motivation og synergi samt styrke systematik i udviklingsfaserne. Metoden kan anvendes over 1 dag, evt. som agenda for en workshop eller over et længere projektforløb.

Specifikke erfaringer er, at anvendelse af metoden "*observation af praksis*" suppleret med anvendelse af andre metoder som video, interview, podcast m.m. i Discover fasen, og *involvering af brugere* i Develop fasen rykker på arbejdet på en nytænkende og meningsfuld måde. Så vær kreativ, besøg andre, brug billeder, lyd m.m.

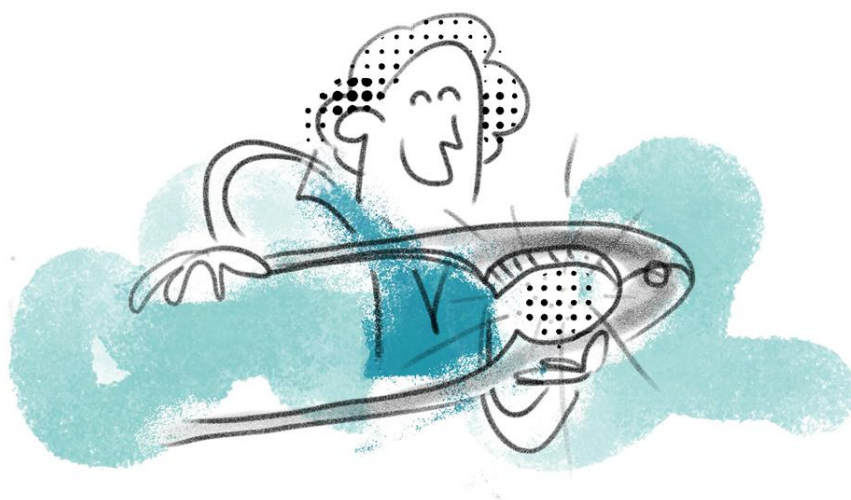
Definitioner:

OECD definerer:

- **Kvalitetsudvikling** som et systematisk arbejde baseret på viden opnået gennem forskning og praktisk erfaring, med det formål at frembringe nye eller væsentligt forbedrede materialer, produkter, processer, systemer eller tjenesteydelser.
- **Innovation** som implementeringen af et nyt eller væsentligt forbedret produkt, proces, organisatorisk metode eller en væsentlig ny markedsføringsmetode. Innovationer kan tage udgangspunkt i ny viden og teknologi, men kan også være kombinationer af – eller nye anvendelsesmuligheder for – eksisterende viden og teknologier.

Læs mere:

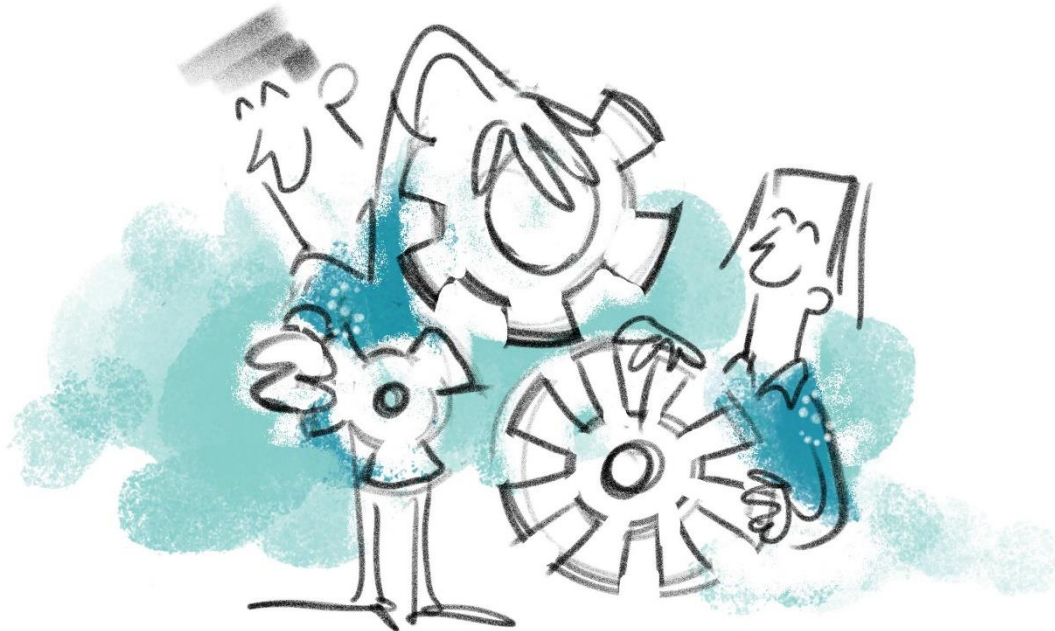
1. Søg masser af inspiration på [Double Diamond – Værktøjskassen til innovation og entreprenørskab i undervisningen \(www.ku.dk\)](http://www.ku.dk)
2. Forskning, kvalitet og klinisk praksis. Redigeret af Per Jørgensen, Mette Kjølby, Jens Winther Jensen, 1. udgave 2021.
3. Samarbejdsdrevet innovation i den offentlige sektor Redigeret af Eva Jørgensen og Jacob Torfing, 1 udgave, 2011.



6.0 Arbejdsark

Arbejdsark er egnede til at holde fokus og sætte struktur på kvalitetsarbejdet samt huske og synliggøre, hvilke test og forbedringsaktiviteter afdelingen har udført og aktuelt arbejder med. Der findes mange skabeloner på internettet – se bl.a. Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Skabeloner til **driver diagram** og **PDSA** kan nemt hentes i **Power point** - se nedenfor. Men inden I går i gang med projektet, så udfyld et minicharter – evt. som nedenstående **Hvad ønsker vi at opnå?**



6.1 Minicharter

Med kursiv hjælpe spørgsmål

Trin	
1 (Mål)	Hvad ønsker vi at opnå? <i>Er det vigtigt?</i> <i>SMART MÅL (Specifikt, Målbart, Accepteret, Realistisk, Tidsafgrænset)</i>
2 (Monitorering)	Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? <i>Hvilke datakilder har vi, der kan sige om vi kommer i mål (resultat, proces)?</i> <i>Hvordan måler vi og analyserer data? Hvordan præsenterer vi dem?</i> <i>Hvem kan?</i>
3 (Indsatser)	Hvilke forandringer kan iværksættes for at skabe forbedringer? <i>Test med PDSA – er vi på rette vej?</i> <i>Har vi de rette interessenter om bord?</i> <i>Patienterne?</i> <i>Tid og økonomi?</i>
4 (Fastholdelse)	Hvordan kan forbedringerne fastholdes på sigt? <i>Hvordan inddrager vi medarbejderne?</i> <i>Hvilket narrativ – hvorfor er det vigtigt?</i> <i>Hvem er ansvarlige, andet skal være med til at fastholde, lommekort, introprogram, mentorer andet?</i>

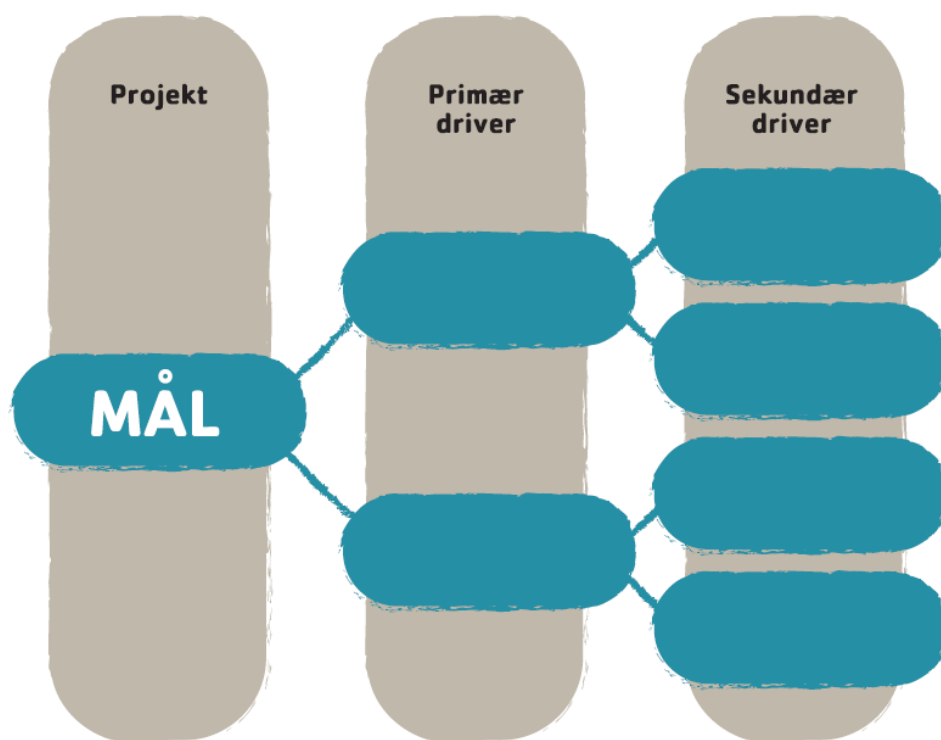
6.2 Driverdiagram i Power Point

Et driverdiagram kan hjælpe med at skabe overblik over et projekt og systematisere hvilke faktorer, der påvirker til, for at nå jeres mål. Først udfyldes projektets mål, dernæst udfyldes hvilke faktorer, der forventes, at skulle til, for at kunne opnå målet. De primære drivere er de faktorer, der mest direkte påvirker målet. Disse forgrener sig i sekundære/del drivere. De sekundære drivere kan omsættes til konkrete indsatser og tests – indsæt evt. en ekstra søjle, hvor du beskriver indsatser og PDSA test.

Inden i skriver driverdiagrammet ind i nedenstående skabelon, anbefales det at arbejde med et driverdiagram med post- It sedler. Erfaringen er, at der skal prioriteres og flyttes rundt indtil I har den version på plads, I vil arbejde med. Når skabelonen er udfyldt er det ofte nødvendigt at markere de indsatser i prioriteter at arbejde med.

Vejledning til at lave et driverdiagram i power point, der passer til dit projekt:

- Åbn Power Point – Opret et tomt slide
- Brug funktionen Indsæt/SmartArt - Klik på Hierarki og find nedenstående "vandret mærket hierarki" og klik "OK". Tilføj selv mål/primær og sekundær driver i de lyseblå felter
- Tilpas antallet af bokse ved at højre-klikke – tilføj figur over/under.



Læs mere:

1. Patientsikkerhed.dk. [Fem tip til driverdiagrammet](#) af S.F. Peitersen (2016)
2. DSKS.dk – Metodehåndbog side 58.

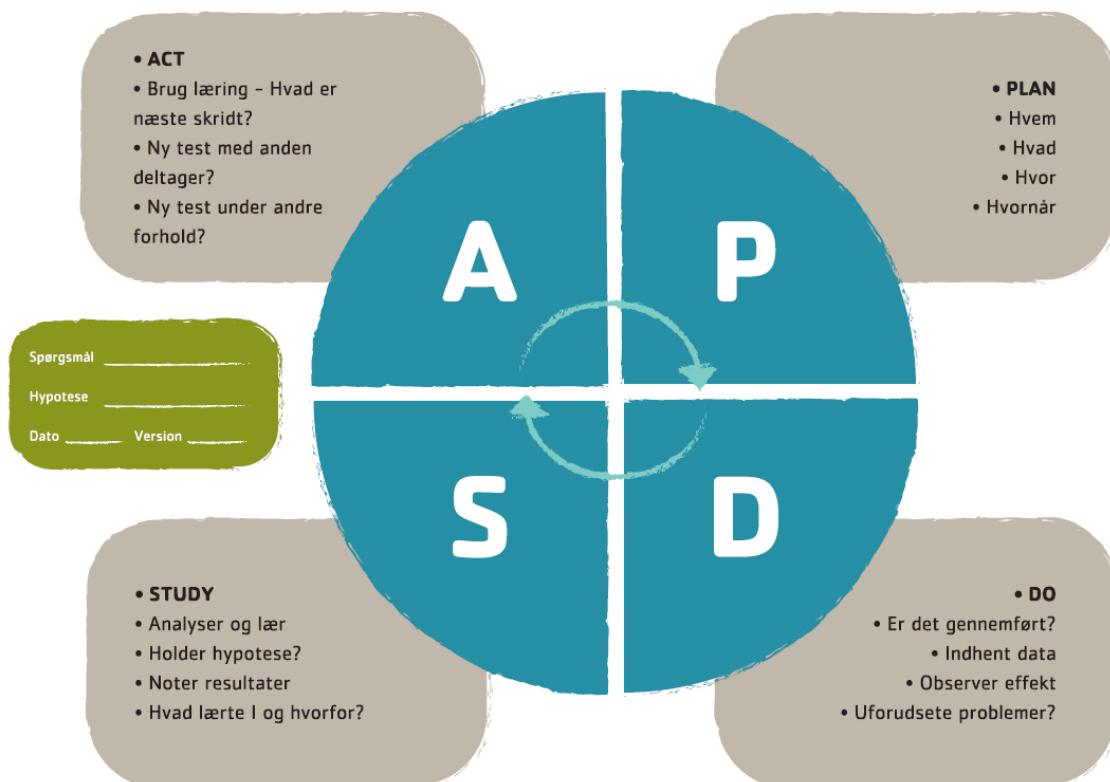
6.3 PDSA-skabelon i Power Point

Inden du går i gang med en PDSA – så formuler dit specifikke spørgsmål og formuler din hypotese. Dit spørgsmål skal være med til at løse dit problem og nå det mål, du har sat for dit projekt.

Husk at PDSA test er småskala test – som gentages ud fra den læring som testen giver til en ny PDSA.

Vejledning til at lave en PDSA skabelon, der passer til dit projekt:

- Åbn Power Point – Opret et tomt slide
- Brug funktionen Indsæt/SmartArt – Klik på Matrix og find nedenstående "Cyklusmatrix"
- Tilføj selv P, D, S, A i de blå felter. Skriv dine testelementer i de hvide felter. Teksten på nedenstående figur er til inspiration.
- Indsæt tekstboks og lav plads til dato, versionsnummer m.m.
- Boksene kan tilpasses i størrelse ved at trække i hjørnerne



Læs mere:

1. DSKS metode bog (www.dsk.dk) s37

6.4 Prioriteringsmatrix 2 for den enkelte standard

Kender i jeres kvalitet af de 14 standarder. Når I har et godt overblik over den forventede kvalitet i jeres afdeling, så vurder de enkelte standarder, hvor I er usikre på kvaliteten eller hvor I ved, at der er et behov for forbedring, vurderet ud fra analyse af tilgængelige data og observationer. Arket kan kopieres til Excel. *Husk at notere dato og version, samt hvem der er ansvarlig for udfyldning.*

Eksempler på anvendelse af prioriterings matrix:

- Ved ledelsesmøde eller kvalitetsteammøde kan I dykke ned i de enkelte standarder.
- Ved mødet ønsker I at lave en handleplan for et emne for det kommende år. I arket krydser I af, hvor I vil sætte ind det næste år. Arket hænges op på jeres tavle efterfølgende, med markering af, hvor I sætter ind, så det bliver synligt i afsnittet.

	Kryds af	Har kendskab til	Implementeret	Udvikler	Samlet vurdering af behov for aktivitet/er
	Standard:	Tilfredsstillende Ukendt Behov for forbedring	Tilfredsstillende Ukendt Behov for forbedring	Tilfredsstillende Ukendt Behov for forbedring	Behov for indsats/i gang/ikke aktuelt behov
1	<i>Ledelse og kvalitetsteam</i>	Aftalt	Faste rutiner	Arbejder med udvikling	
2	<i>Kompetencer</i>	Beskrevet	Vedligeholds træner	Kompetenceudvikler	
3	<i>Samarbejdspartnere</i>	Identificeret	Samarbejder om rutiner	Samarbejder om udvikling	
4	<i>Kvalitetsmonitorering – Indikatorer</i>	Beskrevet	Anvendes til monitorering	Anvendes til udvikling	
5	<i>Datakilder</i>	Identificeret og har adgang	Indberettes og hentes rutinemæssigt	Anvendes til udvikling	
6	<i>Kvalitetsudvikling - Trin 1 – Planlægning</i>	Ved vi hvad vi vil opnå?	Har vi defineret mål?	Har personalet kendskab til mål?	
7	<i>Trin 2 – Monitorering</i>	Har vi data?	Følger vi op på data?	Handler vi på data?	
8	<i>Trin 3 – Udvikling</i>	Har vi en plan?	Følger vi planen?	Lykkes planen?	
9	<i>Trin 4 - Fastholdelse</i>	Har vi en plan for fastholdelse	Følger vi planen?	Lykkes planen?	
10	<i>DA-retningsgivende dokumenter</i>	Har kendskab til	Implementeret i klinisk praksis	Udgår løbende opdatering	
11	<i>Sundhedsplatformen</i>	Har kendskab til	Anvendes rutinemæssigt	Anvendes til forbedring	
12	<i>Lovgivning og patientsikkerhed</i>	Kendes	Følges op	Feedback og læring	

7.0 Definition af begreber og metoder

Term	Definition
<i>Behandling</i>	Undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte patient
<i>Behandlingsansvarlig</i>	Ledere og/eller medarbejdere, der er ansvarlige for patientbehandlingen
<i>Bemyndigelse</i>	En proces, hvor sygehuset for en række kliniske ydelser, der er forbundet med særlig risiko for patienten, fastsætter, hvem der må levere denne ydelse. Dette betyder, at disse ydelser ikke uden videre må leveres af alle de personer, der i kraft af deres uddannelse og autorisation er formelt berettigede til dette.
<i>Debriefing</i>	Struktureret samtale (gruppe) omkring en traumatisk hændelse med målet at forebygge traumatisering
<i>Defusing</i>	Aflastningssamtale med gennemgang af hændelsesforløbet tæt på hændelsen
<i>Evidensbaseret medicin</i>	Medicinsk beslutningsgrundlag baseret på bedste foreliggende, empiriske evidens og patient præferencer, klinisk erfaring – efterfølgende tilpasset kontekst.
<i>Faglig kvalitet</i>	Kvaliteten af de ydelser som fagpersoner udfører i forbindelse med det kliniske arbejde
<i>Forbeholdt sundhedsfaglig virksomhed</i>	Typer af opgaver som forbeholdes autoriserede sundhedspersoner, herunder læger, jordemødre, tandlæger og kiropraktorer. Disse opgaver kan, med få undtagelser, delegeres til en medhjælp.
<i>Indikator</i>	En evaluerbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
<i>Kompetenceudvikling</i>	Alle former for udvikling og læring, herunder intern og ekstern kursusaktivitet, efter- og videreuddannelse samt andre kompetenceudviklingsaktiviteter for alle ledere og medarbejdere
<i>Kvalitet</i>	Kvalitet af en sundhedsydelse kan defineres, som dens evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten.
<i>Kvalitetsbrist</i>	At en given aktivitet ikke lever op til de ønskede eller fastsatte kvalitetsmål/standard
<i>Kvalitetsmål</i>	Mål for den ønskede kvalitet
<i>LKT</i>	Lærings og kvalitetsteam
<i>NLPS</i>	Nationale ledelses program
<i>Organisatorisk kvalitet</i>	Tilrettelæggelse af patientforløb, så det fremstår koordineret samt rationel ressourceudnyttelse
<i>Patientforløb</i>	Summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient eller en defineret gruppe af patienter oplever i forhold til den sundhedsfaglige ydelse
<i>Patientkritisk</i>	Hvor mangler eller fejl kan medføre kritisk tilstand for patienten.
<i>Patientoplevet kvalitet</i>	Den kvalitet en given patient oplever i kontakten med sundhedsvæsenet
<i>Patientsikkerhed</i>	Beskyttelse af patienten mod skade eller risiko for skade som følge af sundhedsvæsenets indsats og ydelser eller mangel på samme.
<i>Personhenførbare data</i>	Data, der på enhver måde kan identificere/henføres direkte til en patient; eksempler er CPR-numre og data, hvor diagnoser er koblet til CPR-numre.

<i>Proces</i>	Forbudne aktiviteter, der har til formål at frembringe et produkt eller en ydelse
<i>Risikostyring</i>	De konkrete tiltag, der gøres for at identificere, vurdere, begrænse og forbygge skade og risiko for skade med henblik på at opnå en øget patientsikkerhed
<i>Risikovurdering</i>	En systematisk måde at identificere og behandle risikofaktorer og usikkerhed på som led i en helhedsbetragtning
<i>Second victim</i>	Sundhedsprofessionelle, der har været involveret i en utilsigtet hændelse i en sådan grad, at det påvirker dem i deres hverdags- og arbejdsliv
<i>Servicemål</i>	Servicemål er politisk fastsatte mål for den service, som borgeren kan forvente i kontakten med sundhedsvæsenet
<i>Standard</i>	En standard er en normativ beskrivelse af et sæt kriterier, der er accepteret som referencer i et fællesskab.
<i>Utilsigtet hændelse (UTH)</i>	En begivenhed, der er følge af behandling eller ophold på et sygehus, og som ikke skyldes patientens sygdom, og som samtidig enten er skadevoldende eller kunne have været skadevoldende, men forinden blev afværget eller på grund af andre omstændigheder ikke indtraf ("nærved hændelse"). Utilsigtede hændelser omfatter både på forhånd kendte og ukendte hændelser og fejl.



8.0 Referencer

Du vil finde mange referencer undervejs i teksten. Her er referencer vi har brugt som et fælles arbejdsgrundlag.

Anhøj, Jakob: Kompendium i kvalitetsudvikling – Rammer og redskaber. Munksgaard 2015.

Center for Kvalitet, Region Syddanmark. (2012). Patientsikkerhed: Tilgange og forståelser – kvalitetsudvikling med patienten i centrum. 1. udgave

Dansk selskab for patientsikkerhed. www.patientsikkerhed.dk

Dansk selskab for kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet. www.dsk.dk

Danske patienter. www.vibis.sk

Fraser, S.W. (2007). *Fremskynde spredning af god praksis – en arbejdsbog*. Århus: Videnscenter Gennembrud, Center for kvalitetsudvikling.

Hollnagel, E. Wears, R.L. & Braithwaite, J. (2017). *Fra Sikkerhed-I til Sikkerhed-II: En Hvidbog*. Center for Kvalitet, Region Syddanmark.

Høgsted, Rikke: Grundbog i belastningspsykologi, Forlaget Ictus, 2019

Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet (2013). *Den Danske Kvalitetsmodel – akkrediteringsstandarder for sygehuse* (2. version, 2. udgave)

Kliniske databaser www.RKKP.dk - se også Sundhed.dk

Jørgensen, Per, Mette Kjølby og Jens Winther Jensen: *Forskning, kvalitet og klinisk praksis*. 1. udgave 2021.

Madsen, M.M., Mainz, J.M. & Jensen, J.W. (2019). Kvalitetsudvikling i det danske sundhedsvæsen. *Ugeskrift for Læger*, 181, 2-5.

Mainz, J. & Bartels, P.D. (2014). Kapitel 14 - Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet anno 2025. I: Pedersen, K.M. & Petersen, N.C. (Red). *Fremtidens Hospital* (203-217). Munksgaard, København.

The Health Foundation (2014). *A Framework for measuring and monitoring safety – A practical guide to using a new framework for measuring and monitoring safety in the NHS*. London: The Health Foundation.

Vestergaard, B. (2018). *Relationel koordinering i praksis*. Danmark: Lead Read

Redaktionens efterskrift

Denne kvalitetsmodel er en arbejdsbog for ledere og alle kvalitetsinteresserede, hvor hensigten er at fremme overblik over den ydede kvalitet, styrke muligheden for at prioritere indsatser og arbejde med systematisk forbedringsarbejde – *at bygge bro mellem teori og praksis*, så der skabes et solidt grundlag for kvalitetsarbejdet.

Ideen til modellen kom fra erfarne kvalitetskonsulenter, auditører og ledere, som oplevede et tab af systematik og overblik i overgangen mellem akkreditering ved DDKM og Det nationale kvalitetsprogram. Modellen i den første version byggede på det store arbejde, der skete i forbindelse med udarbejdelsen og anvendelsen af DDKM akkrediterings standarder og den tilhørende lovgivning, samt redaktørernes praktiske erfaring og teoretiske viden. Modellen er udviklet i Kvalitetsafdelingen på Nykøbing F. Sygehus i en samarbejdsproces – relationel koordinering – med ledere, klinikere og patientrepræsentanter.

Modellen er bygget på principperne i "profound knowledge" med grundigt erfaringsbaseret og ledelsesmæssigt kendskab til vores sygehus, drifts og kvalitetsdata, dialog med sundhedsprofessionelle, patienter og ledere og med forståelse for, hvor mange barrierer der kan være, for at gennemføre systematisk planlægning og udvikling samt vedligeholde forbedringskompetencer.

Denne model - version 2 af kvalitetsmodellen er igen erfaringsbaseret, med fokus på inddragelse af patienter og samarbejdspartnere i kvalitetsplanlægning og forbedringsarbejde. Der er sket en gennemskrivning af version 1 med enkelte nye metoder, nye guides og mange nye illustrationer. Modellen skal fortsat ses som en brobygger mellem teori og praksis, og være en parlør til internationalt anerkendte kvalitetsbegreber og metoder, samt DSKS og Dansk Selskab for Patientsikkerheds metodeguides.

Kvalitetsmodellen 2 er nu mere generisk, hvilket åbner mulighed for, at modellen kan spredes og at standarder og indikatorer med tilhørende datakilder kan omsættes til det lokale kvalitetsarbejde. I det generiske består også, at vi har valgt kun at henvise til regionale og tværregionale retningsgivende dokumenter, som er gældende på tværs af organisationer. Vi håber, at ledelser oplever at have et solidt kendskab til egen kvalitet i deres ledelsesområde og at lokale forbedringsprojekter kan hjælpes på vej, ved at anvende de systematiske redskaber, der er præsenteret i bogen.

Vi drømmer om, at i en fremtidig kvalitetsmodel version 3 er kvalitetsmonitorering præciseret med konkrete specifikke indikatorer, mulighed for at data bliver indsamlet gennem automatiske træk og indhentning af PRO. Dataarbejde, der er relevant for de enkelte kliniske enheder, brugere og på sygehus niveau.

Du er altid velkommen til at skrive til os i Kvalitet, Udvikling og Sundheds IT (KUST), Staben Nykøbing F. Sygehus med ideer, kritik m.m. på NFS-kvalitet@regionsjaelland.dk



Kvalitetsafdelingen (KUST) på Nykøbing F. Sygehus
Ejegodvej 63, stuen
4800 Nykøbing F.
nfs-kvalitet@regionsjaelland.dk