

EL-i ühismeede: Euroopa Liidu ülese üldise koordineerituse saavutamine elundidoonorluse valdkonnas

Tegevuste Pakett 5 – Siirdamiskoordinaatorite ja intensiivravispetsialistide vahelise koostöö tugevdamine

**LÕPPARUANDE kolmas osa
Tulemus 8: Parendussoovitused
ning tööpaketi metoodika:
süsteemsed parendustegevused
surmaeelse ravi praktikates
elundidoonorluse toetamiseks.**

Kiire parendusmeetodi tööpaketi rakendamine

Aprill 2015

Sisukord

Kolmas osa

Tulemus 8: Parendussoovitused ning tegevuste paketi metoodika: süsteemsed parendustegevused surmaeelse ravi praktikates elundidoonorluse toetamiseks.

Kiire parendusmeetodi tööpaketi rakendamine..	3
1. Meetodid.....	3
2. Tulemused.....	4
3 Lahendamata probleemid.....	10
4. Doonorite arvu suurenemine.....	11
5. Näited.....	11
6. Arutelu	20
7. Lisad kolmandale osale.....	22
Lisa 1 PDSA aruande mall.....	22

Kolmas osa

Tulemus 8: Parendussoovitused ning tegevuste paketi meetodika: süsteemsed parendustegevused surmaeelse ravi praktikates elundidoonorluse toetamiseks.

Aruanne kiire parendusmeetodi töopaketi rakendamise kohta.

See aruande osa kirjeldab kogemust, mis saadi PDSA-meetodi ning tegevuste paketi rakendamisel surmajärgse doonorluse protsessi tõhustamiseks.

1. Meetod

PDSA parendusmeetodi ning töopaketi täpsem kirjeldus on toodud 2. osas. Lühidalt: 2013. aasta juunis ja septembris korraldati kolm ühepäevast koolitust, kus osales 66 inimest 15 projektis osalevast EL liikmesriigist; koolitustel kirjeldati PDSA-meetodit ning juhendati, kuidas rakendada selle põhimõtteid seoses TP 1. osas saadud andmetega.

Igal osalejal paluti hinnata 2. osa punktis 2.3 kirjeldatud küsimustiku põhjal oma haigla kohta saadud andmeid ning koostada ja rakendada PDSA-tsükkel. PDSA-plaanid vaadati esmalt iga riigi projektijuhtide ning Ühendkuningriigi projektimeeskonna poolt üle ning vajadusel soovitati neis parandusi teha. Iga haigla vastutas siiski oma plaani eest.

Loodeti, et kõiki plaane saab siduda küsimustiku ühe osaga, nii et plaani edukust saaks mõõta küsimustiku vastava osa teistkordse läbitegemise abil. Siiski oli mitmeid haiglaid, mille plaanid sellesse mudelisse ei mahtunud. Mõnel juhul arvati, et ravipraktika otsustavat sammu ei ole võimalik muuta ilma märkimisväärsete väliste muudatusteta, näiteks muutmata seadusi. Teistel juhtudel ei leitud ajusurmajärgse (AJD) doonorluse valdkonnas erilist parendusruumi ning prioriteedina nähti vereringesurma-järgset doonorlust (VJD). Kõikidel plaanidel oli aga nõutav mingisugune edukuse mõõdik, olgu see siis küsimustikuga seotud või mitte. Kõik projekti selles osas osalevad haiglad esitasid Ühendkuningriigi tervishoiuorganisatsioonile NHS Blood and Transplant (NHSBT) standardse malli (Lisa 1) põhjal koostatud kokkuvõtlikud aruanded, mis võimaldasid plaanide tulemusi teatud määral subjektiivselt analüüsida.

Haiglatel paluti PDSA-tsükli(te) rakendamist alustada 2013. aasta septembrist novembrini ning koguda eelnevalt määratletud andmeid sekkumise mõju hindamiseks. Haiglatel paluti esitada NHSBT-le 2014. aasta 30. aprilliks aruanne, mis võtaks kokku PDSA-tsükli(te) väljatöötamise ja rakendamise kogemuse. Kokkuvõtlikult paluti osalejatel jagada andmeid määratletud probleemi ja sellega tegelemise kohta, kirjeldada väljatöötatud sekkumistegevusi, mõõta protsessi edu, anda plaani mõjule subjektiivne hinnang ning anda aru tekkinud probleemidest. Sekkumise mõju objektiivseks hindamiseks kogutud kvantitatiivsed andmed saadi peamiselt sama küsimustikuga, mida kasutati projekti 1. uuringus. Töö lõpetati 14. juulil 2014. Seega ei kestnud ükski projekt kauem kui 6 kuud. Mitmed haiglad on aga tööga pärast projekti lõpptähtaega jätkanud ning need annavad jätkuvalt positiivseid tulemusi.

Hinnati üldiselt osaleva haigla ravipraktika seda etappi, mida nad PDSA-plaaniga parandada plaanisid, muutuste algatamiseks valitud lähenemisi, igasugust tõendusmaterjali intensiivraviosakondade ja/või muude haigla-osakondade vahelise koostöö paranemisest, kui toetav oli haigla juhtkond, kas PDSA-meetodit peeti kasulikuks, kas protsess oli üldiselt kasuliku mõjuga, kas mõni teema jäi lahendamata ning lõpuks – kas doonorite arv kasvas.

2. Tulemused

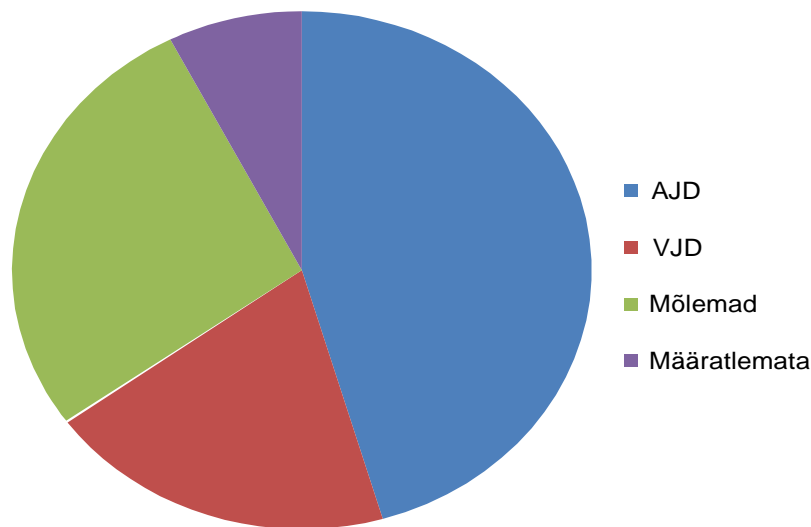
14. juuliks 2014 esitas oma aruande PDSA-tsükli kohta kokku 51 haiglat. Kuna üks haigla esitas kaks PDSA-plaani, tehti analüüs kokku 52 plaani kohta. 27 plaanis kasutati andmeid TP esimeses osas kasutatud patsiendiküsitluse asjakohasest osast, 25 haiglat kasutasid ainult aruande malli. Kõigi esitatud 52 PDSA-plaani kokkuvõtvad aruanded on saadaval Lisas 2. Kokkuvõtvaid aruandeid analüüsis Ühendkuningriigi projektimeeskond. Ülaltoodud põhjustel on tulemused suurel määral subjektiivsed.

2.1 Doonori liik

Iga plaani puhul paluti märkida, kas tehtavad muudatused puudutavad AJD kulgu (nt ajusurmauringute-alane koolitus) või VJD kulgu (nt läbi protokollide, mis parandavad VJD puhul patsienti elus hoidvate vahendite väljalülitamist või vähendamist) või mõlemat (nt nõusoleku saamise protsessile keskendumine). Nelja plaani puhul ei oldud seda täpsustatud. Vt **Tabel 1** ja **Joonis 1**.

Tabel 1: PDSA-plaaniga mõjutatav doonorlusprotsessi liik

AJD	24
VSD	10
Mõlemad	14
Määratlemata	4



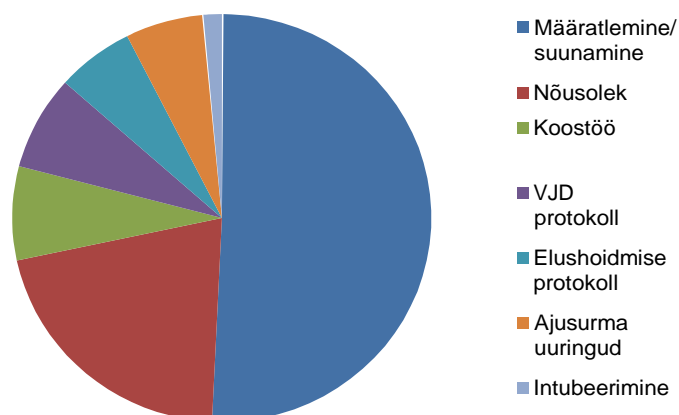
Joonis 1. PDSA-plaaniga mõjutatav doonorlusprotsessi liik

2.2 Raviprotsessi etapid

Plaane üritati klassifitseerida vastavalt patsiendi raviprotsessi etapile (sh reaalse koostöö siirdamiskoordinaatorite ja intensiivravispetsialistide vahel), millega plaanid tegelesid. Etapid varieerusid, esindatud olid esmased protseduurid, patsiendi määratlemine võimaiku doonorina, suunamine/koostöö siirdamiskoordinaatoriga, ajusurmauringud, nõusoleku saamine doonoriks suunamisele, protokollide väljatöötamine patsienti elus hoidvate vahendite väljalülitamiseks või vähendamiseks („elushoidmine“) ja/või vereringesurmajärgse doonorluse protsess. Mitmed plaanid sisaldasid sekkumistegevusi, millega sai mõjutada enam kui üht etappi, näiteks lähenemine, mille eesmärgiks on nii suunamiste kui ka võimalike doonorite ning nõusolekute arvu suurendamine. Seepärast ületab **Tabelis 2** toodud arvude summa plaanide koguarvu. Andmed on toodud ka **Joonisel 2**.

Tabel 2: PDSA-plaaniga mõjutatav raviprotsessi etapp

Doonori määratlemine ja/või suunamine	33
Nõusolek	14
Koostöö	5
VJD protokollid	5
Elushoidmise protokollid	4
Ajusurmauringud	4
Intubeerimine	1



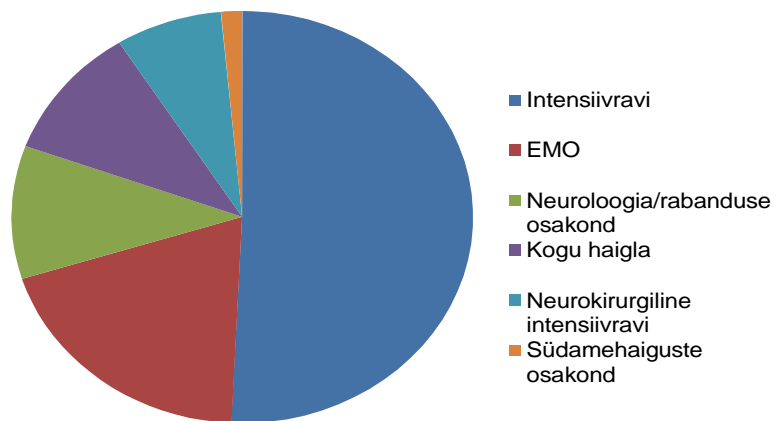
Joonis 2: PDSA-plaaniga mõjutatav raviprotsessi etapp

2.3 Mõjutatav osakond

PDSA-plaane sai klassifitseerida üht või mitut patsientide surmaeelse hooldusega tegelevat haiglaosakonda mõjutavaks. Enamjaolt keskendusid plaanid ühele või mitmele intensiivravivaldkonnale, kuid seitse plaani kaasasid kogu haigla. Sarnaselt lõigule 2.2 ületab **Tabelis 3** toodud arvude kogusumma edastatud plaanide hulga. **Joonis 3** esitab samad andmed graafiliselt.

Tabel 3: PDSA-plaaniga mõjutatav haiglaosakond

Intensiivravi	34
EMO	13
Neuroloogia/rabanduse osakond	9
Kogu haigla	7
Neurokirurgiline intensiiv	5
Südamehaiguste osakond	1



Joonis 3: PDSA-plaaniga mõjutatav haiglaosakond

2.5. Tõendusmaterjal koostööst intensiivraviosakonnaga

Kõik plaanid ei kaasanud intensiivraviosakonda, kuid 42 plaani puhul oli koostöö intensiivraviosakonna klinitsistidega plaani sõnaselge osa.

2.6 Tõendusmaterjal koostöös teiste spetsialistidega

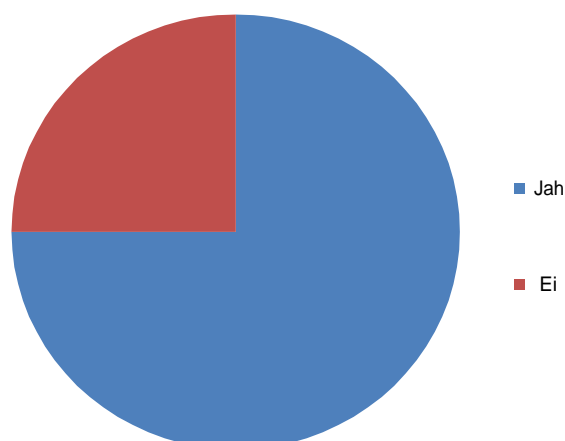
32 plaani sisaldasid aktiivset koostööd muude spetsialistidega peale intensiivraviosakonna klinitsistide, näiteks EMO, neuroloogia või neurokirurgia osakondade töötajatega.

2.7 Juhtkonna toetus

Suurem osa aruannetest ei maininud, mil määral PDSA-plaan haigla juhtidelt toetust sai. 7 aruannet tõid aga juhtkonna toe välja osana plaanist, 2 aga märkis ära juhtkonna toe puudumise kui takistuse.

2.8 Positiivne mõju

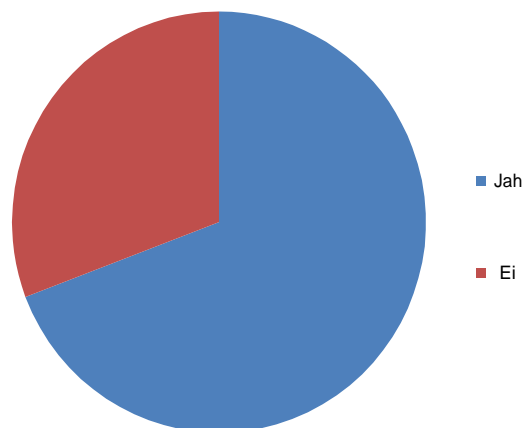
39 plaani puhul raporteeriti üldine positiivne mõju, samas kui 13 plaani puhul ei täheldatud mingit mõju (**Joonis 5**). Positiivne mõju oli mõnel puhul subjektiivne ja mõnel objektiivne ning selle raames raporteeriti näiteks suurem arv siirdamiskoordinaatorile suunatud doonoreid, rohkem koolitusi ja haigla protokollidega kursis olemine.



Joonis 5: PDSA-plaanide positiivne mõju

2.9 PDSA-meetod

36 aruandes oli öeldud, et PDSA-meetod oli arusaadav ning selle rakendamise võimalus kasulik, 16 aruannet aga väitis vastupidist (**Joonis 6**).



Joonis 6: PDSA-meetodi kasulikkus

3. Lahendamata probleemid

Mitu PDSA-plaani aruannet mainis probleeme, mis jäid lahendamata. Need võib grupeerida järgnevate ühiste teemade alla:

- Kliinilised: mõne või kõikide intensiivravi rabanduse/neurokirurgia konsultantide vastupanu muutustele
- Ressursid: intensiivravi voodikohtade ja ressursside (eriti õdede) puudus
- Koolitus: kaadrivoolavus, aeglane värbamisprotsess ning vajadus pidevate koolitusprogrammide järele. Koolitusega kaasnev töökoormus.
- Struktuursed: riikliku või kohaliku tervishoiupoliitika puudumine.

Aruande esimeses osas toodud andmete põhjal oli selge, et ainult mõned määratletud probleemid olid kohalike tegevuste ning PDSA-meetodi abil lahendatavad. Ressursse, laiemaid haigla- või riiklikke poliitikaid või süsteemsemaid muudatusi vajavad piirangud doonorlusele vajavad teistsugust lähenemist. Projekti üks põhilisi õppetunde oli see, et esmalt tuleb analüüsida patsientide ravipraktikaid, seejärel muutusi pidurdavaid takistusi ning siis kasutada võimalusel PDSA tehnikaid. Suuremate probleemidega haiglate jaoks tuleb välja töötada alternatiivsed strateegiad, seda tõenäoliselt koostöös pädeva asutusega.

4. Doonorite arvu suurenemine

Hoolimata lühikesest perioodist ning väikesest uurimisaluste patsientide arvust märgiti 9 plaani aruandes doonorite arvu kasvu ning veel 8 aruannet märkis kasvu protsessi mõjutatavas etapis: nõusolek, suunamine, koostöö või ajusurmauringud. Ideaalis oleks doonorite arvu kohta enne ja pärast PDSA-plaani rakendamist tehtud kogumi hindamine, mis oleks võimaldanud mõju doonorlusele otsesemalt hinnata. See oleks aga olnud võimalik ainult siis, kui kõikidest PDSA-tsüklite käigus uuritud patsientidest oleks kogu tegevuspaketi esimeses osas kasutatud patsiendiküsitluse ulatuses aru antud. Kuna seda ei tehtud, ei ole seesugune kogumi hindamine võimalik.

5. Näited

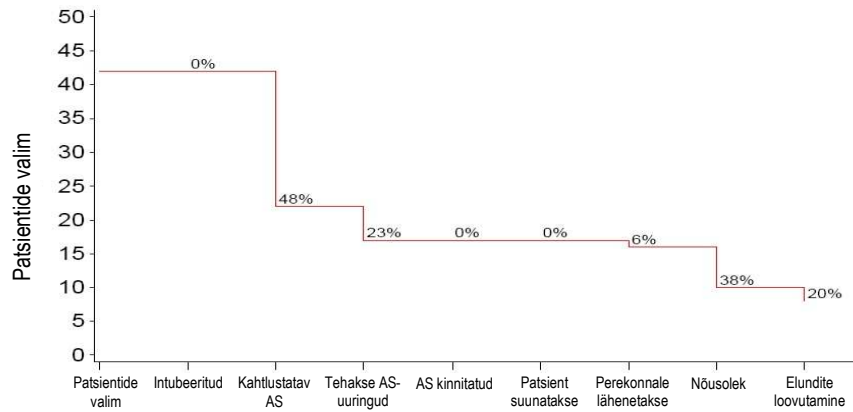
Järgnevalt on toodud näited, mis kirjeldavad lühidalt PDSA-plaane ja nende tulemusi. Viies plaanis kasutati andmete saamiseks patsiendiküsimustikku ning nende kohta on toodud TP esimese ja teise osa astmikdiagrammid. Ülejäänud kasutasid tulemuste raporteerimiseks ainult aruande malli. Näidetes 1–4 toodud PDSA-plaanid olid aruandvate meeskondade sõnul positiivse mõjuga. Näidetes 5–6 toodud plaanide puhul positiivset mõju ei tajutud.

Näide 1

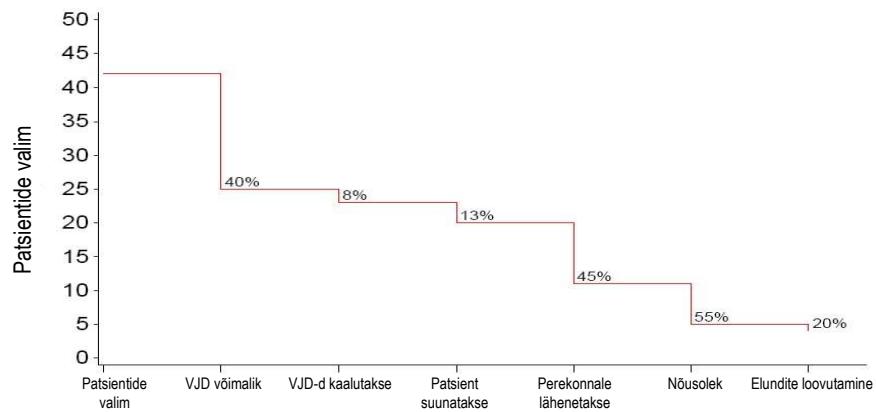
„Esimeses osas tuvastasime doonorluse peamise takistusena nõusoleku saamise. 43 patsiendi kohta 6 kuu jooksul kogutud andmed andsid tulemuseks 48%-lise perekonna keeldumise määra (st 52% nõusoleku määra) ning ainult 46% keeldumiste puhul oli kaasatud siirdamisõed. Parendusmudeli koolituse järel koostasime ja rakendasime strateegiad, mis probleemi lahendamiseks keskendusid siirdamisõdede ja intensiivravimeeskondade vahelise koostöö parandamisele. TP teise osa tulemused näitasid nõusolekute määra 80% kasvu, sh oli SÕ kaasatud 100% lähenemiste puhul.“

Näite 1 AJD ja VJD astmikdiagrammid enne sekkumist

AJD kulg

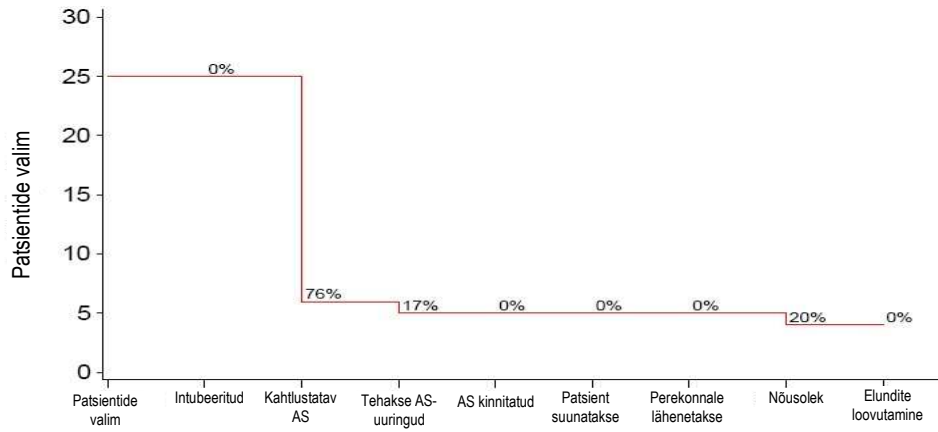


VJD kulg

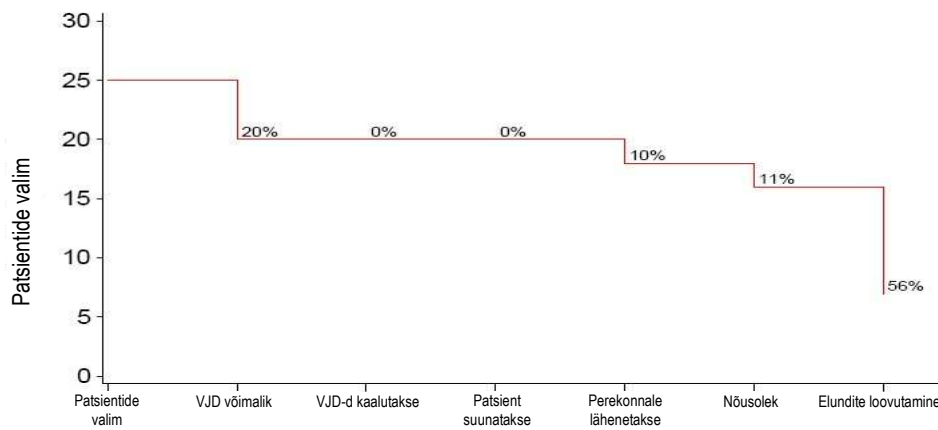


Näite 1 AJD ja VJD astmikdiagrammid pärast sekkumist

AJD kulg



VJD kulg



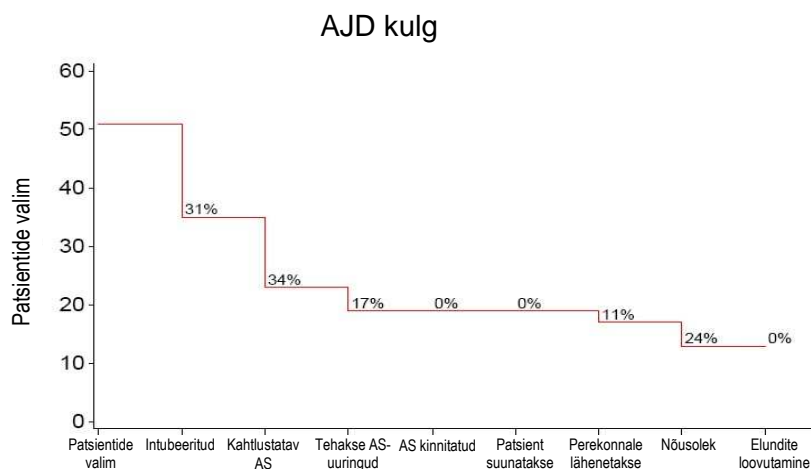
Näide 2

„Sekkumiseelsete andmete analüüs näitas, et võimalike doonorite suunamine siirdamiskoordinaatoritele ei toimu süsteemselt. Doonorite tuvastamise protokollide mittejärgimine oli levinum osakondades, kus oli suur kaadrivoolavus ning surnud doonorid ei olnud kellegi vastutusel.

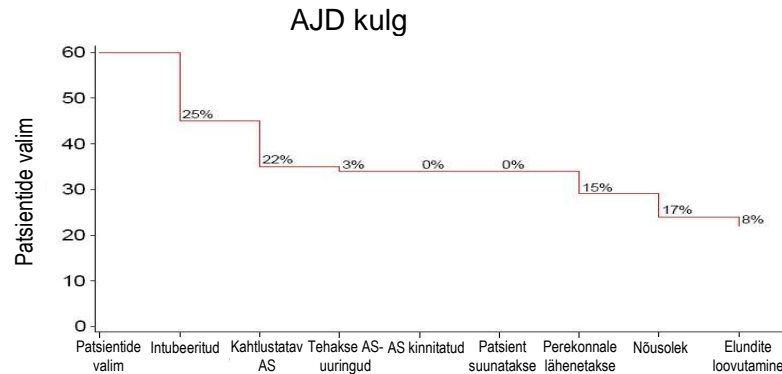
Meie sekkumistegevus hõlmas doonorite tuvastamise protokollide järgimise vaatlemist. Vaatlesime igapäevaselt kõiki haiglas esinevaid surmajuhtumeid, et saada protokollist kõrvalekaldumiste puhul tagasisidet vastutavalt arstidelt. Välja töötati koolituste ja infotundide kava.

Sekkumise järel tõusis võimalike doonorite suunamise määr 78%-lt 91%-le. Paranemismärke tuvastati ka muudes surmajärgse doonorluse protsessi etappides, näiteks nõusolekute määr tõusis 76%-lt 92%-le. Võimalike doonorite reaalseteks doonoriteks saamise määr tõusis 25%-lt 46%-le.“

Näite 2 AJD astmikdiagramm enne sekkumist



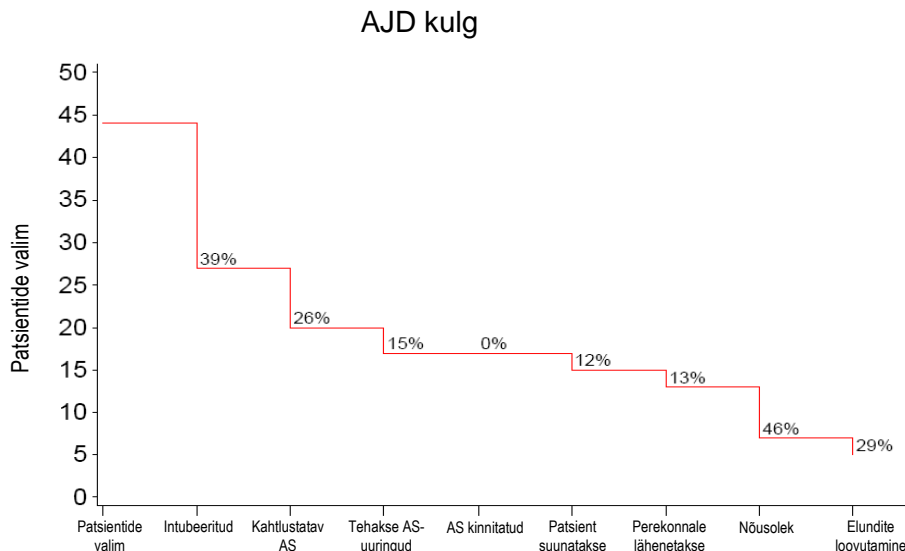
Näite 2 AJD astmikdiagramm pärast sekkumist



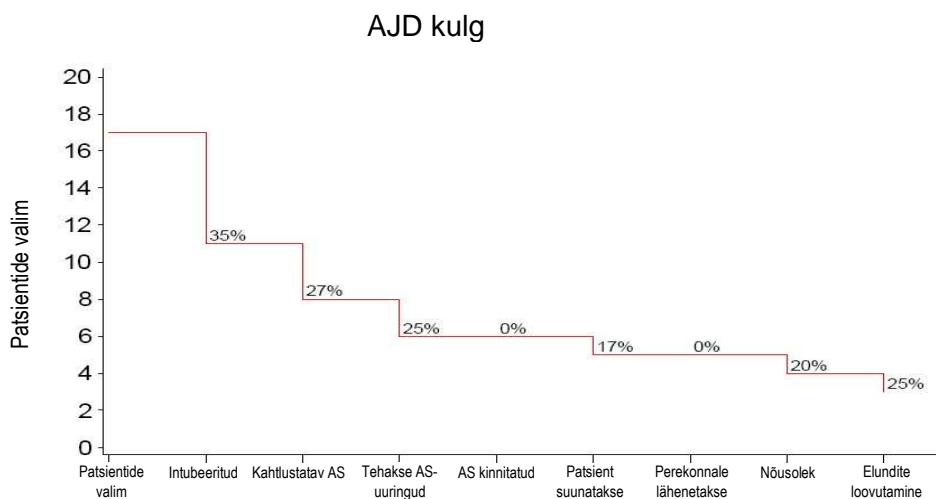
Näide 3

„Parendamist vajava probleemina määratlesime vajaduse parandada perekondade nõusoleku määra. Nõusolekumäära tõstmiseks mõeldud sekkumistegevused hõlmasid intensiivraviarstide suhtlemiskoolitust perekondadele lähenemiseks, halbade uudiste teatamiseks, ajusurma olemuse selgitamiseks ning emakeelt kõneleva inimese abi kasutamiseks ajusurmast ja elundidoonorlusest rääkimisel. Edu mõõdikuteks olid perekonnapoolsete nõusolekute ning reaalsete doonorite arvu suurenemine. Sekkumise järel kasvas nõusolekute arv 54%-lt 71%-le ning reaalsete doonorite arv 9%-lt 18%-le.“

Näite 3 AJD astmikdiagramm enne sekkumist



Näite 3 AJD astmikdiagramm pärast sekkumist

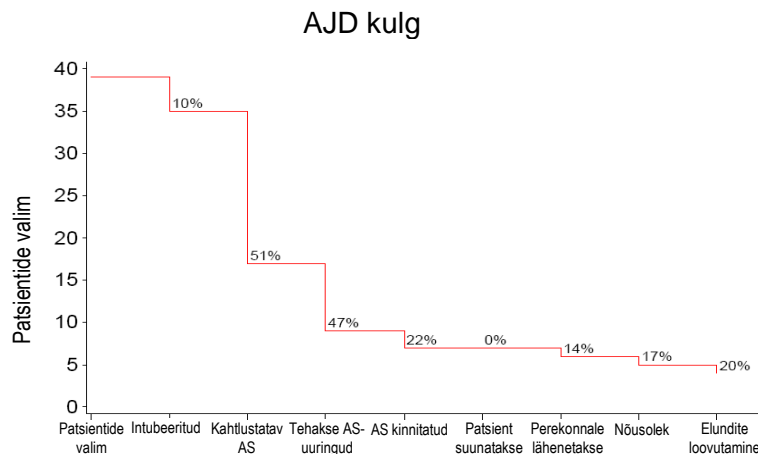


Näide 4

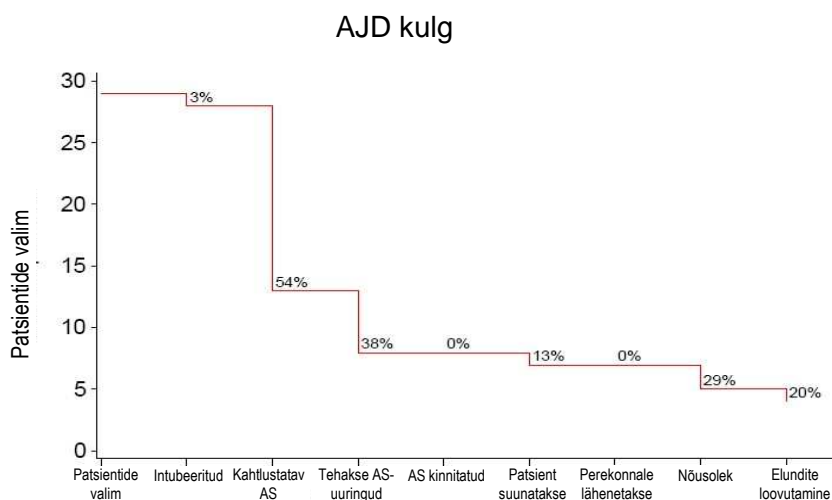
„Esimese uuringu ajal tuvastati kaks suurt probleemi. Ühest küljest raskused sugulastega elundidoonorlusest rääkimisel ning teisest küljest potentsiaalsete doonorite tuvastamine koos ajusurmauuringutega. Planeeritud sekkumistegevused hõlmasid arutelusid arstidega potentsiaalsete doonorite teemal, ajusurma-uuringute alaseid koolitusi, aga ka elundidoonorluse protsessi korraldamist ning arstide toetamist perekonnale lähenemisel. Viimase punkti jaoks korraldati juulis perekonna nõustamise ja toetamise teemaline töötuba.

25 UKB haigla intensiivraviarsti said ajusurma-uuringute alast koolitust. Siirdamiskoordinaatorite toel sooritatud lähenemised perekondadele suurenesid 17,9%-lt 26,3%-le.“

Näite 4 AJD astmikdiagramm enne sekkumist



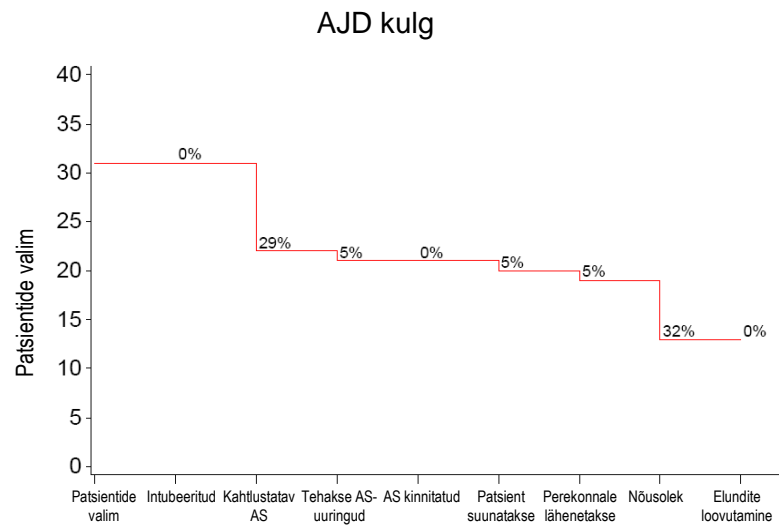
Näite 4 AJD astmikdiagramm pärast sekkumist



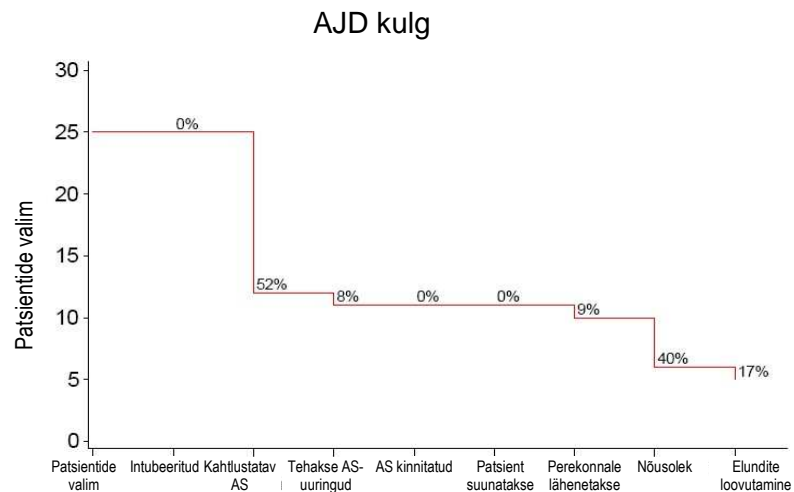
Näide 5

Tuvastatud probleem oli 22% perede keeldumine elundidoonorlusest. Sekkumisena nähti ette eriväljaõppega kliinilise psühholoogi organidoonorlusega seotud tuge peredele, et nõusolekute arvu tõsta. Kuigi kliinilise psühholoogi koostöövalmidus oli suur, ei võtnud pered täiendava toe pakkumist hästi vastu ja seda nähti välise sekkumisena. Sekkumise ajal perede keeldumise määr tegelikult tõusis.

Näite 5 AJD astmikdiagramm enne sekkumist



Näite 5 AJD astmikdiagramm pärast sekkumist



Näide 6

„Küsimustiku põhjal määratleti probleemidena võimalike doonorite tuvastamine, liiga vähese hulga personali kaasamine, doonorite kaotamine siirdamiskoordinaatorile mittesuunamise tõttu ja puudulik informatsioon patsientide kohta, kes surid osakondades ega jõudnud intensiivravisse. Planeeritud sekkumistegevused hõlmasid kõrgeima taseme kohtumist koos haigladirektori, siirdamiskoordinaatori, riikliku siirdamiskoordinaatori ning kõikide intensiivraviosakondade juhtidega. Samuti määrati kõikides intensiivravi-osakondades isikud, kes vastutavad potentsiaalsete elundidoonorite suunamise eest siirdamiskoordinaatoritele. Edu mõõdikuteks olid suunatud elundidoonorite arvu suurenemine ning potentsiaalsete ja reaalselt elundidoonorite üldise arvu kasv.“

Haigla ei lisanud eraldi andmeid sekkumisjärgsesse veebiküsimustikku, kuid nende tulemused on toodud allolevas tabelis.

Meede	Andmed enne PDSA-tsükli rakendamist (kui olemas)	Tulemused/ andmed pärast PDSA-tsükli rakendamist
Potentsiaalsete elundidoonorite suunamise arvu kasv	38	16
Reaalsete elundidoonorite üldise arvu kasv	5	0
Intensiivravi kirurgiaosakonnas eraldi voodi reserveerimine potentsiaalsetele elundidoonoritele	/	Puudub endiselt

Oma sekkumistegevuste mõju kirjeldades ütles haigla esindaja: „*Kuigi esialgu tundus, et võime positiivseid tulemusi saavutada, ei võtnud personal muudatuste tegemise ideed hästi vastu. Arvatavaks põhjuseks oli ülekoormusest tingitud motivatsioonipuudus.*“ Samuti toodi probleemina välja ressursside puudus.

6. Arutelu

On ilmne, et PDSA-meetod sobib palju paremini lokaalsetele ning tihti väga väikese mahuga probleemidele kui kõrge tasandi teemadele, mis vajavad riiklikku sekkumist. Isegi seal, kus PDSA-tsükli rakendamise tulemusel saavutati selgeid lokaalseid muutusi, võis nende mõju elundidoonorlusele eeldada alles pikema aja vältel. Lisaks oli asjassepuutuvate patsientide arv paljudes haiglates väga väike. Seetõttu õnnestus mõnel haiglal näidata selget elundidoonorite arvu kasvu, kuid kõik see ei vähenda mingil viisil TP üldiste oodatud tulemuste määra. Tõestasime põhimõtet, et kiireid ja lihtsaid parendusmeetodeid saab kasutada siirdamiskoordinaatorite ja muude osapoolte vahelise koostöö tugevdamiseks ning oluliste muudatuste elluviimiseks.

Märkimisväärsete muudatuste tegemiseks liikmesriikide üldises elundidoonorluse määras, mis tavaliselt arvutatakse doonorite arvu põhjal miljoni inimese kohta, on vaja süsteemset lähenemist riiklikul, regionaalsel ja kohalikul tasandil. Hispaania mudelit on lisaks Hispaaniale edukalt rakendatud mitmes muus riigis või piirkonnas ning Ühendkuningriigi mudel (mis on oma olemuselt sarnane) on 6 aastaga andnud tulemuseks 60% surnud elundidoonorite arvu kasvu. Antud projekti ei loodud sellistes mõõtmetes tulemuste saavutamiseks. See oli mõeldud näitamiseks, et kasulike andmete kogumine kohalikul tasandil võib aidata määratleda parendamist vajavaid valdkondi ning et standardse parendusmeetodi rakendamine võib olla edukas ka kohalikul tasandil. Projekt põhines eeldusel, et selliste muutuste oluliseks osaks on intensiivravispetsialistide ja siirdamiskoordinaatorite vahelise koostöö tugevdamine. Tunnistati, et mõned parendusvaldkonnad ning olukorra parandamiseks ette võetud sekkumistegevused võivad osutada ebaedukaks, kuid väikeseulatuslikud sekkumistegevused näitaksid siiski teed suurematele muutustele või tooksid esile vajaduse keskenduda muudele valdkondadele või teistsugustele sekkumistegevustele. Seepärast on julgustav, et 75% plaanide puhul märgiti ära positiivne mõju spetsiifilisele valdkonnale ning enam kui 85% plaanide puhul teatati paranenud koostööst siirdamiskoordinaatorite ja kas intensiivravi klinitsistide või muude erakorralise meditsiini klinitsistide vahel (nt EMO, rabanduste üksus või neuroloogia/neurokirurgia) või kõigi nende osapoolte vahel.

Kuigi PDSA-meetod on olemuselt lihtne lähenemine, on selle tehnikate täielikuks omandamiseks ja mõistmiseks vaja piisavat ajavaru koolituste ja läbimõtlemise jaoks. ACCORD TP 5 raames korraldati Londonis kolm ühepäevast töötuba ning tagasisaates võib öelda, et veel vähemalt sama palju koolitusi või rohkem koolitusejärgset tuge oleks aidanud mitmeid plaane selgemini välja töötada ja



seeläbi andnud ka rohkem tulemusi. Nimelt toimib PDSA protsess kõige tõhusamalt siis, kui lisaks käsitletavale probleemile on väga detailselt lahti kirjutatud probleemi komponendid. See võimaldaks korraldada väga väikeseid ja piiratud sekkumistegevusi, mida saab kiirelt rakendada ja testida ning siis kas kõrvale jätta või aja jooksul edasi arendada. Tundub, et mitmed plaanid olid arusaadavatel põhjustel laiahaardelisemad, ambitsioonikad ning hõlmasid mitmeid sekkumistegevusi. Nende kasu on tõenäoliselt näha alles pikema ajaperioodi vältel.

Nimetatud raskuskohtadele vaatamata leidis 68% aruannetest PDSA-meetodi kasutamise abiks olevat ning mitmed seda mitte väitnud osalejad kirjutasid, et said töö käigus õppetunde, pärast mida on meetodist sama protsessi kordamisel tulevikus rohkem abi.

Samas kui ainult kaks raportit nimetasid selgesõnaliselt juhtkonna toe puudumist takistuseks, toodi palju enam esile ressursside ning kas kliiniliste (nt intensiivraviosakonna voodikohtade arv) või organisatoorsete (nt ei anta piisavalt aega personali koolitamiseks elundidoonorluse teemadel ega piisavalt personali koolitamiseks) küsimustega seotud takistusi. Üldiselt oli parendusmeetodite rakendamine edukam haiglates, kus juhtkond toetas aktiivselt elundidoonorlust.

7. Lisad kolmandale osale

Lisa 1

PDSA aruande mall

PDSA-tsükli aruanne

Nimi	
E-posti aadress	
Riik	
Haigla nimi	

1. Palun lisage siia oma PDSA-plaani lühikokkuvõte.

2. Kas tegite algsesse plaani muudatusi? Kui jah, siis miks?

Jah Ei

(Kui te näiteks ei saanud oma algses plaanis määratletud muutust/ sekkumistegevust rakendada, siis selgitage, miks see nii oli.)

3. Milline oli teie poolt käsitletav probleem?

(Patsiendiküsitluse põhjal määratletud, näiteks potentsiaalsete doonorite tuvastamine või suunamine, nõusolekute määr või ajusurmauringud.)

4. Kas teil õnnestus probleemi algpõhjus tuvastada?

(Näiteks ressursipuudus, koolituste puudus jne)

Jah Ei

Kui jah, siis mis see oli.

5. Milliste sekkumistegevustega te probleemile lähenesite?

(Milliseid muutusi/sekkumistegevusi rakendasite? Need peaksid kirjas olema teie algses PDSA-plaanis.)

6. Kuidas te plaani edukust mõõtsite?

(Mõõdikud peaksid olema määratletud teie algses PDSA-plaanis.)

7. PDSA-tsükli algus- ja lõpukuupäev

Alguskuupäev

Lõpukuupäev

8. Mida teie andmed pärast muutuse/sekkumistegevuse rakendamist näitasid? (Täitke viimane kast „tulemus/andmed pärast PDSA-tsükli lõpetamist“ juhul, kui te ei saanud andmeid veebiküsimustiku kaudu.)

Mõõdik		Andmed enne PDSA-tsükli rakendamist (kui olemas)	Tulemus/ andmed pärast PDSA-tsükli rakendamist
NÄIDE	Rabanduse üksusest suunamiste arv	Rabanduse üksusest suunatud patsientide %	Rabanduse üksusest suunatud patsientide %
NÄIDE	Suurem nõusolekute määr	Nõusolekute määra %	Nõusolekute määra %
NÄIDE	Protokolli heakskiit eetikakomisjoni poolt	Andmed puuduvad	Eetikakomisjoni heakskiit 31.01.2014

9. Kas täheldasite oma PDSA-tsükli rakendamisel mingit mõju?

(Kas tuvastasite lisaks kogutud andmetele muid PDSA-plaani mõjusid, näiteks kas muutus suhtumine doonorlusesse või suurenes koolitustel osalevate inimeste arv?)

Jah Ei

10. Palun kirjeldage märgatud mõju.

11. Mis läks hästi?

(Kas parendusmeetme rakendamine oli edukas, kas kolleegid võtsid selle hästi vastu, kas saite võtmeisikute nõusoleku sekkumistegevuse/muudatuse läbiviimiseks?)

12. Mis ei läinud hästi?

(Kas kogesite mingisugust vastupanu sekkumistegevusele/muudatusele, mida püüdsite ellu viia?)

13. Mida õppisite ACCORDi projektis osalemise käigus?

(Kas kasutaksite parendusmudelit ja PDSA-meetodit muudatuste tegemiseks uuesti?)

14. Millised on teie edasised sammud?

(Kas plaanite pärast ACCORDi projekti lõppemist veel sekkumistegevusi rakendada?)

15. Kas teie haiglas oli samal ajal veel mingeid tegevusi/algatusi, mis võisid PDSA-tsükli tulemusi mõjutada?