

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

Tegevuste Pakett 5 – Siirdamiskoordinaatorite ja intensiivravispetsialistide vahelise koostöö tugevdamine

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

Kiire parendusmeetodi tööpakett

Aprill 2015

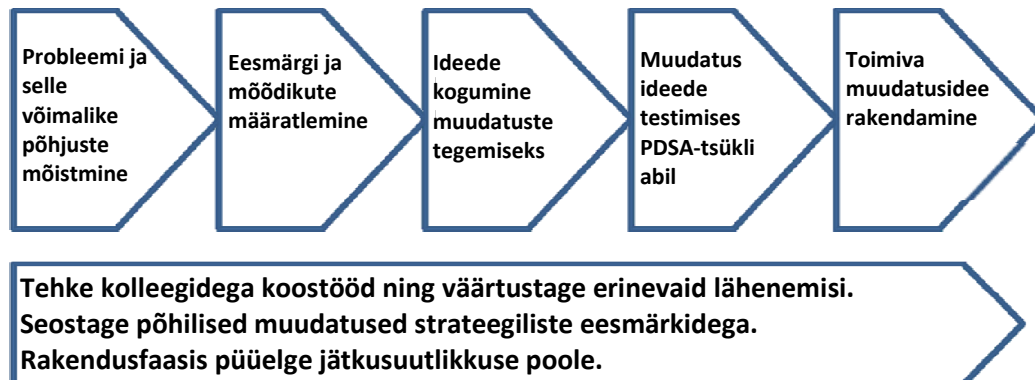
Sisukord

1.	Parendusmeetodite tutvustus.....	3
2.	Probleemi ja selle võimalike põhjuste mõistmine.....	5
2.1	Sidusrühmade analüüs	5
2.2	Probleemi mõistmine: protsessi kaardistamine	7
2.3	Probleemi põhjused: algpõhjuste analüüs.....	10
2.4	Põhjus-tagajärje analüüs (kalaluudiagrammid)	11
3.	Teenuste parendamise mudelid	14
3.1	Mida me püüame saavutada?	15
3.2	Kuidas me teame, et muudatus olukorda parandab?.....	15
3.3	Milliseid muudatusi saame soovitud tulemuste saavutamiseks teha?.....	17
3.4	PDSA-tsüklid muudatusideede testimiseks.....	17
4.	Oluliste muudatuste sidumine strateegiliste eesmärkidega: protsessidiagrammid	20
5.	Rakendamine, jätkusuutlikkus ja meeskonnatöö	24
6.	Lisad.....	27
	Lisa 1 Praktiline näide teenuste parendamise meetodi kasutamisest ACCORDi projektis osalenud haiglas	27
	Lisa 2 Ingliskeelseid materjale teenuste parendamise kohta.....	40
	Lisa 3. Tänu sõnad	41

1 Parendusmeetodite tutvustus

Elundidoonorlus on keerukas mitme-etapiline kliiniline protsess, mis sõltub õigeaegselt ja tõhusast koostööst haiglapersonali, siirdamiskoordinaatorite ning elundite eemaldamise meeskonna vahel. Elundidoonoreid võib kaotsi minna protsessi igas etapis, kõige sagedamini ebaõnnestub doonorite tuvastamine ja suunamine, perekonnale lähenemine ja nõusoleku saamine. Avaldatud on mitmeid riiklikke suuniseid, näiteks nagu Ühendkuningriigi elundidoonorluse rakkerühma raport¹ ning ONT (Organización Nacional de Trasplantes) heade praktikate ja võrdlusuuringute suunised², mis annavad kõrgetasemelisi soovitusi elundidoonorluse valdkonna parendamiseks. Väga keerukates süsteemides (näiteks surnud doonorite kasutamises) tulemusi parandada üritaval haiglapersonalil võib olla kasu töömeetoditest, mis võimaldavad määratleda takistusi ning töötada välja ja testida sekkumistegevusi. Selliseid töömeetodeid nimetatakse mõnikord teenuste parendamise meetoditeks ning need kujutavad endast lähenemisi, mis võimaldavad probleeme turvalisel ja jätkusuutlikul viisil määratleda, mõista ja lahendada. Sellise lähenemise etapid on kokku võetud **Joonisel 1**.

Joonis 1. Teenuse parendamise etapid



Meditsiinasutuste personal on mõnikord selliste meetodite kasulikkuse suhtes skeptiline, kuid seda tavaliselt seetõttu, kuidas on meetodeid neile varem tutvustatud ning milliste probleemide lahendamisel rakendatud.

¹ Organs for Transplants. A Report from the Organ Donation Taskforce. London: Department of Health 2008. Saadaval aadressil:

<http://www.nhsbt.nhs.uk/to2020/resources/OrgansfortransplantsTheOrganDonorTaskForce1streport.pdf>

² Good Practice Guidelines in the Process of Organ Donation. Organización Nacional de Trasplantes 2011.

Saadaval aadressil:

http://www.ont.es/publicaciones/Documents/VERSI%C3%93N%20INGLESA%20MAQUETADA_2.pdf



Kuigi kahtlemata tuleb mõnele surnud doonorite kasutamist piiravale takistusele (näiteks Maastrichti III kategooria VJD eetiliste ja seaduslike takistuste lahendamine) läheneda riiklikult, saab paljusid surnud doonorite kasutamisprotsessi aspekte nende meetoditega parandada lokaalsel tasandil. Tegelikult on parendusmeetoditel teaduslike meetoditega palju ühist – määratletakse probleem, koostatakse hüpotees ning testitakse seda. Kui meetodit kasutatakse avatud meelega ja rakendatakse elulistele, olulistele ja asjakohastele probleemidele, võivad need osutada tõhusateks teenuste parendamise vahenditeks.

2 Probleemi ja selle võimalike põhjuste mõistmine

„Kui mul oleks maailma päästmiseks aega üks tund, kulutaksin 59 minutit probleemi määratlemisele ning ühe minuti lahenduse leidmisele.“

Albert Einstein

Hästikorraldatud kvantitatiivseid andmeid andev audit võimaldab hinnata probleemi/võimaluse suurust ja olulisust ning paljud teenuse parendamise projektid just sellistest andmetest lähtuvadki. Andmetega peab aga alati kaasnema kvalitatiivne analüüs, mis korraldatakse laiaulatuslikes ja struktureeritud aruteludes haiglakolleegeedega, et saada ülevaade nende kogemustest, frustratsioonist ja muredest. See võimaldab probleeme ning nende algpõhjuseid paremini mõista.

Kvalitatiivse analüüsi tegemiseks on vaja ülevaadet käsitletavasse protsessi kaasatud inimeste arvamustest ja kogemustest. Selliseid andmeid on kõige parem koguda grupitööna, kus on esindatud võimalikult palju erinevaid arvamusi. Analüüsi tulemus on vaid nii hea kui selle koostamisel osalevad inimesed ning võtmeisikute/spetsialistide puudumine tekitab analüüsis lünki. Kuigi protsessis osalevad isikud võivad olla ilmselged, võib õigete sidusrühmade kohe alguses määratlemata jätmine tähendada projekti läbikukkumist või muidu välditavaid viivitusi. Elundidoonorlus ja doonorluse protsess on eriti keerukad ning väga tihti ristuvad protsessi kaasatud valdkonnad, erialad ja institutsioonid. Kaasatavate osapoolte ja kaasamise viisi hoolikas ning struktureeritud määratlemine võib säästa paljudest hilisematest lisapingutustest.

Analüüs algab tavaliselt tegevusega, mille käigus töörühm kaardistab protsessi mitmest vaatepunktist, pidades samal ajal silmas, et kõik vaatepunktid on olulised ja adekvaatsed. Kui probleemi täpne asukoht ja olemus on määratletud, palutakse rühmal mõelda selle põhjustele. Sealjuures esitatakse küsimust „Miks?“ senikaua, kuni on jõutud probleemi algpõhjuseni. Kui võimalikke põhjuseid on algpõhjuse tuvastamiseks ja alampõhjuste liigitamiseks ja olemuse kirjeldamiseks liiga palju, on kasu sellistest töövahenditest, nagu kalaluudiagrammid (vt osa 2.4). Oluline on austada kõikide osalejate arvamusi ning panna kirja kõik muudatusettepanekud, mis arutelu käigus tehakse. Arutelu on sama oluline kui mistahes lõpptulemus ning kedagi ei tohiks probleemide ja nende algpõhjuste määratlemise ajal süüdistada.

2.1 Sidusrühmade analüüs

Muudatusprojekti planeerimisel on üheks esimeseks sammuks sidusrühmade analüüs. Oluline on määratleda võimalikult palju sidusrühmi ning mõista nende rolli või huvi antud protsessi vastu. Erinevad sidusrühmad on protsessidesse kaasatud eri määral ja viisidel ning

selle põhjal tuleks määratleda, kuidas peaks neid probleemi analüüsimisel ning muudatusettepanekute tegemisel kaasata. Sidusrühmi eristatakse tihti selle põhjal, kui suur võim või mõju neil teatud projekti üle on ning millisel määral protsessis tehtavad muudatused neid mõjutavad. Sidusrühmade maatrikseid saab kasutada erinevuste mõistmiseks ning tagamiseks, et olulised sidusrühmad ei jää kahe silma vahele ja ressursid saavad kõige tõhusamal viisil kasutatud – mida olulisem sidusrühm, seda rohkem aega tuleb projekti käigus sellele pühendada. Lihtne sidusrühmade maatriks on toodud **Joonisel 2**.

Joonis 2. Sidusrühmade maatriks. See on kõige lihtsam võimalik sidusrühmade maatriks, kus sidusrühmad on kategoriseeritud kahe näitaja alusel – kui suur on nende võim või mõju protsesside üle ning mil määral on nad protsessist huvitatud või selles tehtavate muudatuste poolt mõjutatud.

Võim muudatuste üle ↑	Palju	Taga rahulolu Arvamusliidrid, kes peaksid toimuvaga rahul olema	Kaasa hoolikalt Olulised sidusrühmad, kes peaksid olema täielikult kaasatud.
	Vähe	Jälgi See rühm jääb tihti ressursside nappuses tähelepanuta.	Informeeri Võivad end muudatuste ohvritena tunda. Tuleb pidevalt teavitada, et nad ei töötaks muudatustele vastu.
		Palju	Vähe
		→ Muudatustest mõjutatud	

Sidusrühmade analüüsi etapid

1. Koostage ekspertide rühm ning paluge neil ajurünnakuga määratleda need rühmad ja isikud, kes on muudatuste tegemise protsessi mingil viisil kaasatud või selle poolt mõjutatud. Keerukate protsesside puhul võib tulemuseks olla väga pikk nimekiri.

2. Liigitage kõik sidusrühmad vastavalt sellele, kui suurel määral protsess neid mõjutab või kui palju mõju on neil tehtava muutuse üle. Vältige kiusatust liigitada kõik sidusrühmad olulistena ning olge tegevuse jätkudes valmis paigutust üle vaatama.

3. Kaalutlege, millised grupid on tõenäoliselt muutuste poolt ja millised vastu.

4. Määratlege saadud teabe põhjal, kuidas rühme kaasata/informeerida. Eriti pöörake tähelepanu olulistele sidusrühmadele, kes on tõenäolisemalt muutuste vastu ning töötage välja plaanid nende positsiooni muutmiseks või selle vältimiseks. **Joonisel 3** on toodud elundidoonorluse valdkonna ühe protsessi kohta koostatud sidusrühmade näidisanalüüs.

Joonis 3: Sidusrühmade näidisanalüüs ajusurma diagnoosimise protsessi kohta

Võim muutatuse üle	Palju	Taga rahulolu Meditsiini- spetsialistide ühingud	Kaasa hoolikalt Intensiivraviklinitsistid Neuroloogid Neurokirurgid
	Vähe	Jälgi Haiglajuhid	Informeeri Radioloogid Siirdamiskoordinaatorid Elundidoonorlus- organisatsioonid
		Palju	Vähe
		Muudatustest mõjutatud	

2.2 Probleemi mõistmine: protsessi kaardistamine

Üksik tervishoiutöötaja omab harva täielikku ülevaadet kogu kliinilisest protsessist, eriti on see nii elundidoonorluse puhul, kus intensiivravi ja siirdamise valdkonnad seisavad teineteisest selgelt lahus. Protsessi kaardistamine aitab kirjeldada teekonda läbi keeruka süsteemi, võimaldab määratleda protsessi üksikuid samme ning igasse etappi kaasatud isikuid. Sellised kaardid on protsessi visuaalsed kujutised, mis peaksid kirjeldama reaalselt, mitte ideaalselt olukorda. Teekonna läbijale viidatakse tihti kui kasutajale ning selleks võib olla patsient, vereproov, suunamiskiri jne. Kaardistamise käigus tuleks välja tuua probleemsed etapid, näiteks viivitusi põhjustavad või ebavajalikud sammud, või kohad, kus juhtimine puudub või seda eiratakse. Protsessi kaardistamiseks on saadaval erinevaid malle. Võib kasutada blokk skeemi, väärtusahela kaardistamist, nn „spagetidiagrammi“ või protsessi läbimist patsiendina.

Ettevalmistused

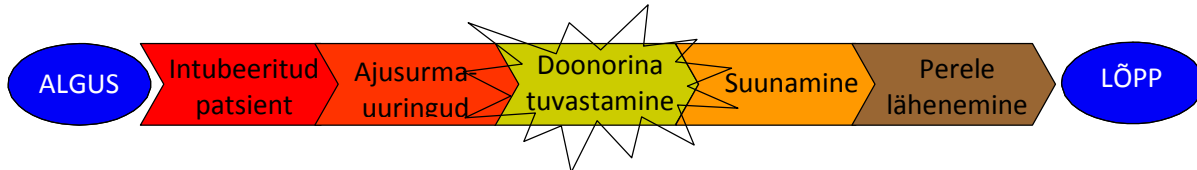
Tegevusele aitab kaasa ideede ja mõtete tabamiseks sobivate töövahendite olemasolu. Sellised töövahendid, nagu paberiplokiga märkmetahvel (või veelgi parem – tavaline tapeedirull, kuna protsessikaart võib tulla väga pikk), markerid, kleebitavad märkmepaberid ning sobivad kleevahendid, aitavad ideid kirja saada ning neid kogu rühmaga jagada.

Etapid

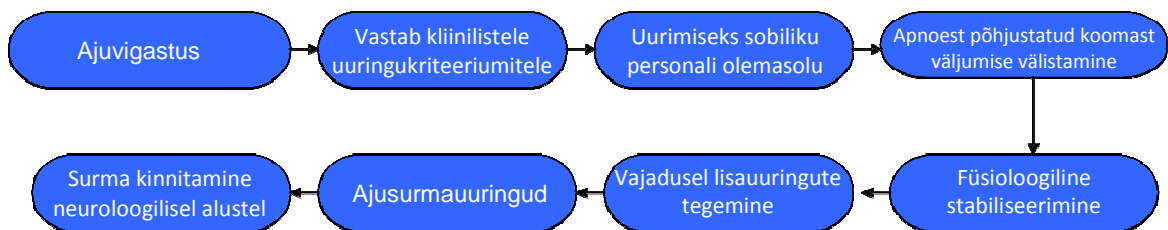
1. Määratlege protsess ning eriti selgesõnaliselt selle esimene ja viimane samm.
2. Kutsuge kokku rühm, kellel on selle protsessiga kogemusi. Need peavad olema inimesed, kes tunnevad protsessi hästi – kaart tuleb ainult nii hea kui asjalikud on seda kirja pannud inimesed.
3. Võimaldage ja isegi julgustage kaarti koostades osakonna piires väljapoole mõtlemist – teie eesmärk on põhjalik protsessikirjeldus algusest lõpuni, mitte ainult ühest vaatepunktist nähtu.
3. Protsessi kaardistamist alustage üldisemalt tasandilt mitte enam kui 10 etapiga ning ajapiiriks seadke maksimaalselt 20 minutit. See aitab protsessi ulatust määratleda (protsessi algus ja lõpp) ning rühmal põhiprobleemide osas kokku leppida.
4. Kaardistage täpsemalt probleemne etapp.
5. Paluge rühmal kogu protsessikaarti tähelepanelikult vaadata ning küsige:
 - Kus asuvad probleemid protsessi kaasatud inimeste jaoks? Näiteks: kas probleemiks on ressursid, teadmiste või informatsiooni puudus jne.
 - Mitu etappi protsessis on?
 - Kui pikk ajavahemik jääb etappide vahele?
6. Siis vaadeldage iga etappi eraldi ja küsige:
 - Kui kaua see aega võtab?
 - Kas selle võib vahele jätta?
 - Kas seda saaks teisiti korraldada?
 - Kas etappe saaks läbida teises järjekorras?
 - Kas etappe saaks läbida paralleelselt?
 - Kas seda teostab kõige pädevam isik?

Allpool on toodud kaks lihtsalt kaarti elundidoonorluse protsessi eri osade kohta, milleks on ajusurmauringud ning doonori tuvastamine ja EMOst edasisuunamine.

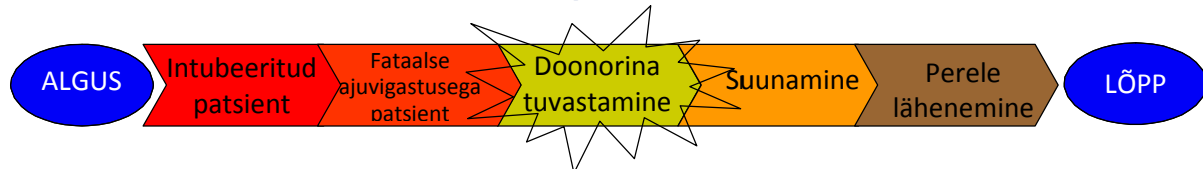
Joonis 4: AJD-protsessi üldine protsessikaart



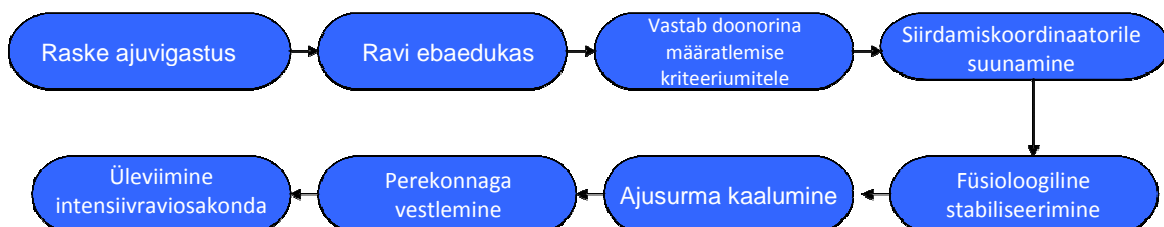
Joonis 5: Ajusurmauringute detailne protsessikaart



Joonis 6: EMO üldine elundidoonorluse protsessi kaart



Joonis 7: EMO detailne doonorina määratlemise protsessi kaart



Märkus: Arutelul rääkige reaalsest protsessist, mitte sellest, kuidas asjad peaksid tegelikult või kellegi arvates olema. Rohkem informatsiooni protsessi kaardistamise kohta on saadaval aadressil

http://www.scottishhealthcouncil.org/patient_public_participation/participation_toolkit/process_mapping.aspx

2.3 Probleemi põhjused: algpõhjuste analüüs

Algpõhjus on selline põhjus, mille kõrvaldamisega saab ennetada soovimatute olukordade kordumist. Algpõhjuseid eristatakse põhjuslikest asjaoludest. Viimased on sellised asjaolud, mis mõjutavad olukorra lõpptulemust, kuid ei pruugi olla algpõhjused ning nende kõrvaldamine ei paranda alati lõpptulemust. Soovimatu lõpptulemuse (näiteks potentsiaalsete doonorite suunamise ebaõnnestumise) algpõhjuste määratlemine võimaldab välja töötada sekkumistegevused, mis ennetaksid kõige tõenäolisemalt selle kordumist.

Algpõhjuste ning soovimatute lõpptulemuste määratlemiseks on mitmeid viise.

Viis korda „Miks?“

Kui küsida mitu korda järjest, miks midagi juhtus, jõuab lõpuks probleemi tuumani. Kuigi tihti soovitatakse enne algpõhjuseni miks-küsimust esitada viis korda, on tegemist lihtsalt üldise soovitusel. Esmatähtsaks on vältida oletusi ja loogikalõkse ning julgustada meeskonda küsima „Miks?“ senikaua, kuni nad on algpõhjuseni jõudmise osas ühel meelel.

Näide

Tõsise ajuvigastusega ning riiklikele uurimiskriteeriumitele vastavale patsiendile ei tehtud ajusurmauringuid. **Miks?**

Raviarst ütles, et see on ebavajalik ning ta lõpetab ventileerimise elumärkide puudumise tõttu. **Miks?**

Arst arvas, et patsient ei sobi elundidoonoriks. **Miks?**

Intensiivraviosakonnal ei olnud reeglit, et elundidoonorluse võimaluste osas peab alati siirdamiskoordinaatoriga konsulteerima. **Miks?**

Algpõhjusteks olid korraldamata suhted haigla intensiivraviteenuste ja siirdamisorganisatsiooni vahel võimalike doonorite automaatseks suunamiseks, mis võimaldaks siirdamismeeskonnal hinnata doonorina kasutamise võimalust.

Kokkuleppeliste suunamis- ja hindamiskriteeriumite sisseseadmine on tõhusate doonorlusprogrammide oluliseks osaks, kuna selle kaudu saavad kõik surevad patsiendid võimaluse doonoriks saada. Üksnes arsti teavitamine tema veast võib ennetada sellise juhtumi kordumist tema praktikas, kuid ei ennetata probleemi kordumist teise vastutava arstiga.

Rohkem teavet viie miks-küsimuse kohta on saadaval aadressil http://www.institute.nhs.uk/quality_and_service_improvement_tools/quality_and_service_improvement_tools/identifying_problems_-_root_cause_analysis_using5_whys.html

2.4 Põhjus-tagajärje analüüs (kalaluudiagrammid)

Põhjus-tagajärje analüüs aitab probleemi põhjuseid lahata detailselt ning eristada algpõhjused põhjuslikest teguritest. Kalaluudiagramme kasutatakse tihti põhjus-tagajärje analüüsi toetamiseks ning need on eriti kasulikud keerukate probleemide puhul, kus esineb mitut eri liiki algpõhjuseid, nii et iga lüüsi esindab üht kategooriat. Tavalised kategooriad on inimesed, koht, töökorraldus ja toimingud.

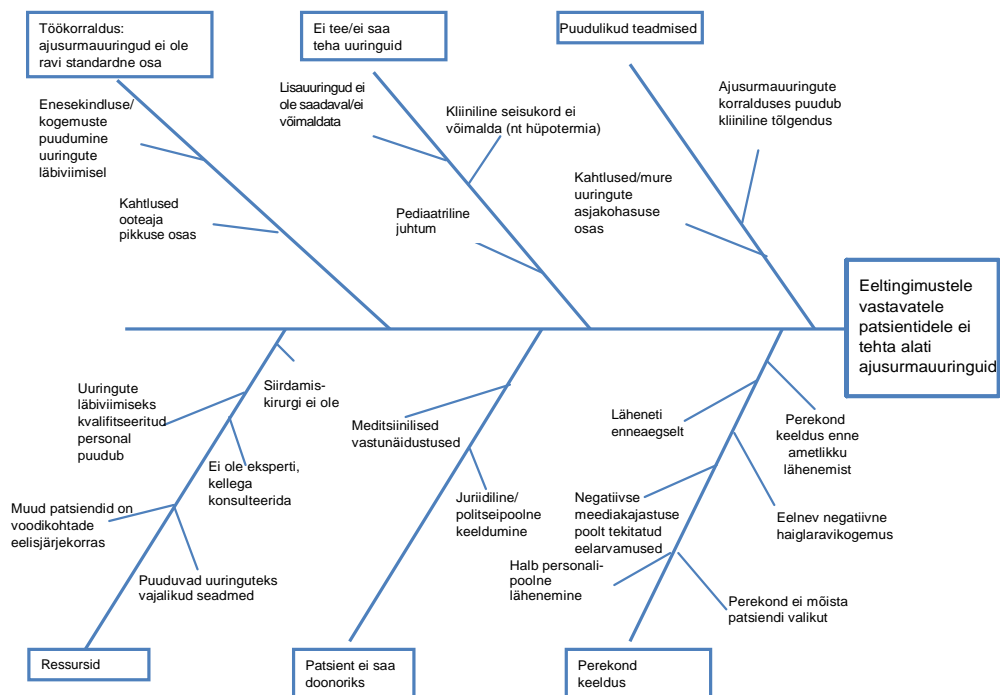
Ettevalmistus: Märkmepaber, kirjutusvahendid, märkmepaberid, kalaluudiagrammi pöhi

Etapid: Iga probleemi puhul

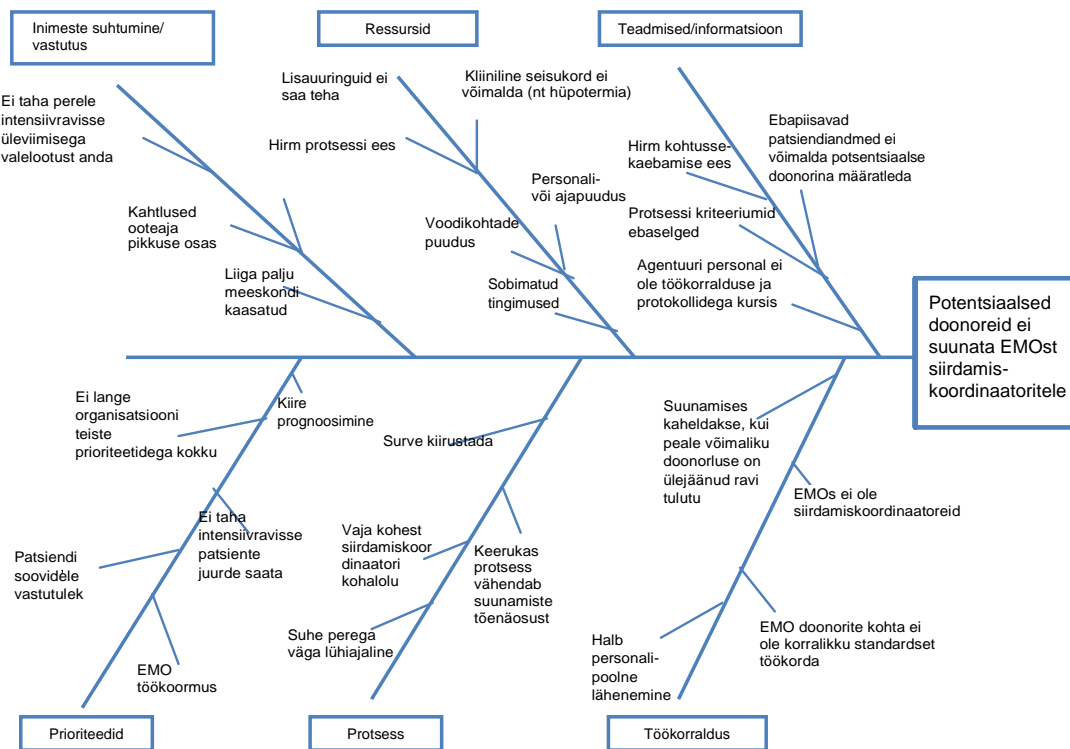
1. Määratlege vaatluse all olev probleem või tulemus ning paigutage see kalaluudiagrammi pea kohale.
2. Moodustage tööühik nendest inimestest, keda probleem mõjutab. Vältige ühe eriala esindajatest koosneva grupi moodustamist.
3. Koguge kokku kõik välja pakutud probleemi põhjused ning kirjutage need eraldi märkmepaberitele üles.
4. Rühmitage põhjused või probleemi tegurid kategooriatesse, näiteks inimesed, ressursid, organisatsioon, haridus ja koolitus, töötingimused, töökorraldus. Lisage kategooriad, mida tööühik välja toob. Iga kategooria alla saab lisada esmaseid elemente või tegureid ning nende alla joonistada teise astme tegureid või elemente. Nii toimige iga kategooria puhul.
5. Leppige grupiga kokku, mis on probleemide peapõhjused ning millised põhjused on grupi kontrolli all. Grupi mõttekäikude kinnituseks võib olla vajalik arutelult puuduvate inimeste arvamus.

Joonistel 8 ja 9 on toodud kaks kalaluudiagrammi näidist levinud elundidoonorluse-
alaste probleemide kohta.

Joonis 8: Kalaluudiagramm, milles vaadeldakse ajusurmauringute tegematajätmise põhjusi



Joonis 9: Kalaluudiagramm, milles vaadeldakse potentsiaalsete doonorite mittersuunamist EMOst.



Lisateave kalaluudiagrammide kasutamise kohta algpõhjuste analüüsis on saadaval siin: http://www.ehow.com/how_5201452_draw-fishbone-diagram.html

3 Teenuste parendamise mudelid

Meditsiinisüsteemi muutmise ideid rakendatakse liigagi tihti piisava planeerimiseta ja seepärast võivad need ka läbi kukkuda. Viga võib peituda idees endas, kuid samuti võib olla, et see oli esimese sammu kohta liiga ambitsioonikas, protsessi ei jälgitud piisavalt või seda ei eeltestitud kontrollitud keskkonnas, et tegevuse mõju enne selle laialdasemat rakendamist adekvaatselt hinnata. Kõik see põhjustab personalis frustratsiooni ning teenuste jäikust.

Paremini korraldatud ja edukama teenuste parendamise protsessi toetamiseks on välja mõeldud mitmeid parendusmudeleid, neist kõige tuntum on planeeri-tee-uuri-tegutse (PDSA) mudel. PDSA-meetod on rajatud järgnevatele põhimõtetele:

- Muudatusideed peaksid olema hästi läbi mõeldud.
- Muudatusideid tuleks testida väikestes/kontrollitud keskkondades.
- Enne muudatusidee rakendamist kogu organisatsioonile tuleks selle mõju hinnata.
- Doonorlus- ja siirdamisvaldkonna-suguse keeruka süsteemi parendamiseks võib vaja minna mitut PDSA-tsükli.

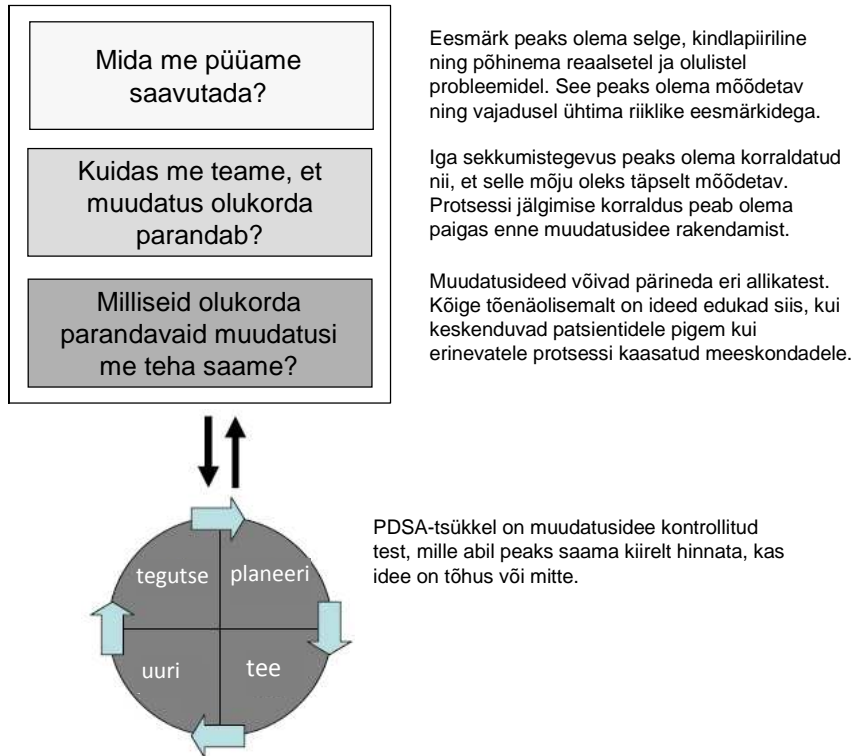
Meie parendusmudel on lihtne ja tõhus PDSA-meetodil põhinev tööriist olukorra paranemise kiirendamiseks³. See on raamistik olukorda parandavate muudatusideede väljatöötamiseks, testimiseks ja rakendamiseks ning seda on tervishoiuprotsesside parendamiseks maailma eri paigus edukalt kasutatud. Mudel on atraktiivne mitmel põhjusel – see on lihtne, väikeste ja hästijuhitavate pilootetappide kasutamine vähendab riske, selle abil saab muudatusideid kiiresti hinnata ning see võimaldab muudatusidee rakendamisel kõige tõenäolisemalt mõjutatavad osapooled varases etapis kaasata.

Mudelil on kaks põhietappi (**Joonis 10**)

- Kolme põhiküsimuse esitamine
- PDSA-tsükli rakendamine muudatusidee testimiseks

³ Langley G, Moen R, Nolan K, Nolan T, Norman C, Provost L, (2009), The improvement guide: a practical approach to enhancing organizational performance 2nd ed, Jossey Bass Publishers, San Francisco

Joonis 10: Parendusmudel



3.1 Mida me püüame saavutada?

Sekkumistegevuse eesmärk peaks olema võimalikult selge ja hästi määratletud. Kuigi personal ei peaks kartma tõsiseid probleeme – probleem peaks olema projekti tähelepanu pälvimiseks piisavalt tõsine – peaks projekti eesmärk vastama SMART-kriteeriumitele (spetsiifiline, mõõdetav, saavutatav, realistlik ja ajaraamistikku mahtuv). Lisaks võib abi olla sellest, kui piloottegevus puudutab riikliku tähtsusega probleemi. Selge peaks olema, kus muudatusidee piloottegevus korraldatakse ning millisele patsiendirühmale seda rakendatakse.

3.2 Kuidas me teame, et muudatus olukorda parandab?

Olukorra paranemine on alati muudatus, kuid iga muudatus olukorda ei paranda.

E Goldratt⁴

⁴ Goldratt, E. (1990) Theory of Constraints, North River Press, Massachusetts

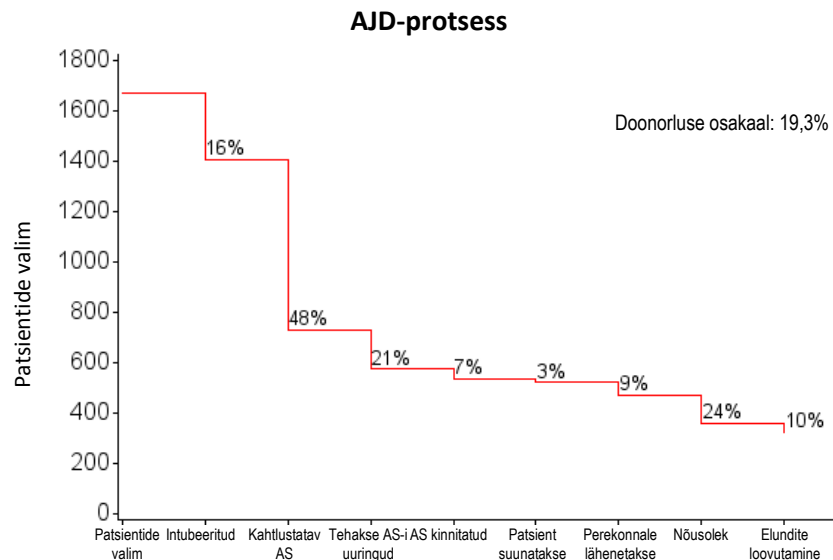
Paljud elundidoonorluse valdkonna probleemid on keerukad ning mitmete vastuoluliste tegurite mõjuväljas. Mõned muudatuste tegemise projektid edenevad kehvasti, kuna võimatu on kindlalt öelda, kas olukord paranes või kas paranemine toimus ikka antud sekkumistegevuse tulemusel. Nii ei pruugita muudatusideed laiemalt rakendada ning selle potentsiaal läheb raisku. On äärmiselt oluline, et olukorra paranemise määra mõõdikud töötatakse välja ning lepatakse kokku piloottegevuse eesmärgi määratlemisega samaaegselt, sealjuures tuleb koguda algandmeid, mis on aluseks muudatusidee tulemuste hindamisele.

Etapid

1. Määratlege selgelt mõned olulised mõõdikud, mis on parendustegevuse eesmärgiga seotud.
2. Leppige kokku, kuidas, kelle poolt ja millal andmeid kogutakse. Jälgige, et olemas oleksid algandmed, mida saab kasutada võrdlusalusena muudatusidee edukuse (või ebaedu) hindamiseks.
3. Leppige kokku, kuidas andmeid esitatakse ja analüüsitakse (Joonis 11).
4. Analüüsige andmeid ning vaadake mõõdikud üle.
5. Korrake protsessi: koguge, analüüsige ja vaadake üle; koguge, analüüsige ja vaadake üle, kuni olete veendunud, et saavutatud on olukorra jätkusuutlik paranemine.

⁴ Goldratt E (1990) *Theory of Constraints*, North River Press, Massachusetts

Joonis 11: Kvantitatiivne kirjeldus doonorlusprotsessi läbimisest AJD-võimalusega patsientide poolt. (Selline ACCORDi projekti Tegevuste Paketi 5 raames kogutud auditeerimisandmete kujutamine lepiti meetodina kokku.)



3.3 Milliseid muudatusi saame soovitud tulemuste saavutamiseks teha?

Kui probleem on välja selgitatud ning parenduseesmärgid ja mõõdikud välja töötatud, tuleb pakkuda ja koguda parendusideid. Need on ideed selliste muudatuste tegemiseks, mis annaksid tulemuseks olukorra paranemise soovitud viisil. Koguge kokku ja arutage läbi ideed oma kolleegidelt ning teistest muudatuste allikatest, näiteks erialakaaslastelt, muudelt organisatsioonidelt või avaldatud uurimistööde andmetest. Pidage alati silmas seda, et antud etapis on ikka veel tegemist üksnes ideedega – enne tuleb neid personali, patsientide ja asutuse kontekstis testida.

Elundidoonorlus on kompleksne protsess, millesse on kaasatud erinevaid erialasid ning mitmeid tervishoiuorganisatsioone. Raviprotsess killustub sellistel tingimustel kergesti, mistõttu eri meeskonnad näevad asju ainult oma (tihti väga erinevatest) vaatepunktidest, mitte aga alati kasutaja lähtepunktist. Mida lähedasemalt järgib muudatusidee seda teekonda, mida läbib patsient, seda tõenäolisemalt parandab see olukorda.

3.4 PDSA-tsükli muudatusideede testimiseks

PDSA-tsükli abil saab muudatusideed väikeses ja kontrollitud keskkonnas enne selle täielikku rakendamist testida, et näha, kas tegevus ikka **parandab** olukorda ning õppida asjadest, mis ei toimi.

Idee testimine väikesemõdulises keskkonnas minimeerib võimalikke häireid teenusepakkumises juhul, kui asjad ei toimi ning samuti võimaldab muudatusideed kohalikele tingimustele vastavaks kohendada ja hinnata ootamatuid tagajärgi. PDSA-tsüklid annavad kiiresti vastuse ning soodustavad seeläbi personali kaasamist ja õppimist. Parendusidee laialdasemat rakendamist tuleks kaaluda alles siis, kui seda on piisaval määral testitud ja hinnatud.

PDSA keel

- P (*plan – planeeri*)** ▶ Me plaanime..... (**nimetage peaeesmärk**)
 - ▶ et..... (**seostage uuesti eesmärgiga**)

- D (*do – tee*)** ▶ Me tegime järgmist..... (**tegevuste lühikirjeldus**)

- S (*study – uuri*)** ▶ Tulemustest õppisime, et..... (**saadud õppetunnid**)

- A (*act – tegutse*)** ▶ Järgnevalt plaanime..... (**nimetage järgmine plaan**)

Ettevalmistused: Mõelge välja muudatusideid, mida testida eesmärgi ja paranemise määra suhtes. Leppige kokku, milliseid ideid testite.

Etapid: Iga muudatusidee puhul

- 1. Planeeri:** Määratlege selgelt testitav muudatusidee, vastamist vajavad küsimused ning see, mis täpselt juhtuma hakkab. Planeerige tsükli läbiviimine, määrake muudatusidee testija, testimise koht ja aeg, täpsed tegevused ning oodatavad tulemused.
- 2. Tee:** Viige test vastavalt plaanile läbi ning protokollige hoolikalt kokku lepitud mõõdikud ning tulemused. Jälgige, et tekkinud probleemid või muud ootamatud juhtumid oleksid samuti põhjalikult dokumenteeritud.

3. Uuri: Võrrelge mõõdetavaid tulemusi algandmete ning oodatud kasuga. Uurige osalejaid küsitledes, mis täpselt toimus ning märkige üles probleemid ja muud ootamatud juhtumid. Tehke piloottegevuse tulemustest kokkuvõte.

4. Tegutse: Otsustage meeskonnaga, mida järgmiseks teha. Kas jätkata sama muudatusideega ning laiendada testi, teha muudatusidees parandusi ning testida seda uuesti või testida muud ideed. Otsusta testimistsüklist õpitu põhjal.

On võimalik, et üksainus PDSA-tsükkel tõestab idee tõhusust piisaval määral, et seda laialdasemalt rakendada või isegi tavapraktikas kasutusele võtta. Siiski on targem eeldada, et enne tulemusi andva muudatusidee osas kokku leppimist ning selle tavapraktikas rakendamist tuleb läbida mitu tsüklit.

Märkused: PDSA-tsüklit läbi tehes:

- Ärge mõelge liiga suurelt. Rakendage väike ja lihtne muudatus ning selle edu on tõenäolisem.
- Ärge olge liiga üldised ega ka detailsed – mõnetine detailsus on vajalik ja praktiline, kuid see ei tohi muutuda kinnisideeks.
- Tagage, et testide põhjal **tegutsetakse**.
- Praktikas saab samaaegselt läbi teha mitut PDSA-tsüklit korraga kui need on väikesemahulised ja lihtsad.

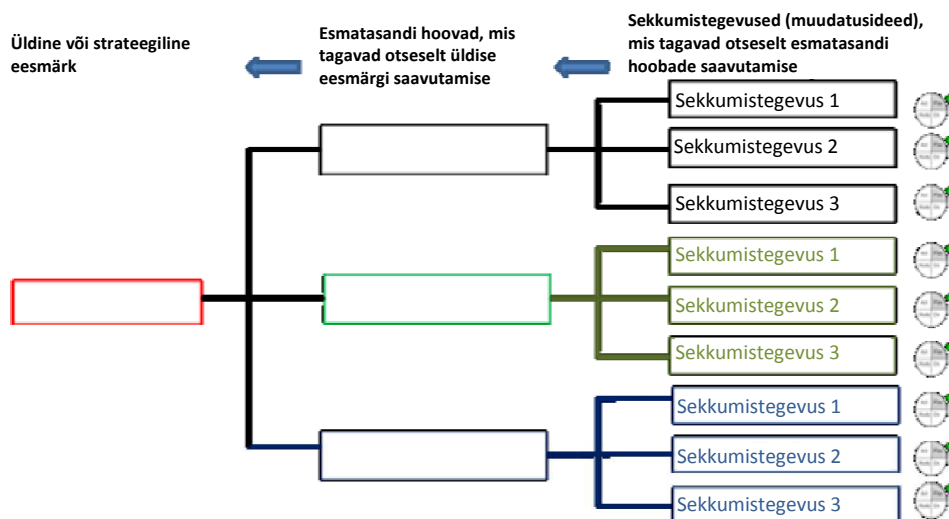
4 Oluliste muudatuste sidumine strateegiliste eesmärkidega: protsessidiagrammid

Protsessidiagramm võimaldab kirjeldada programmi eesmärki (näiteks sõltumatu saavutamine elundite siirdamise valdkonnas) alam-eesmärkide ning spetsiifiliste projektide kaudu. Sellise diagrammi abil saab kirjeldada kogu tööprogrammi loogilises raamistikus, mis annab programmis osalejatele selguse, aga ka kindla suuna. Diagrammis saab esile tuua üksikute sekkumistegevuste ning muudatusideede testide vastastikuse sõltuvuse ning samuti anda alus mõõtmistulemustele.

Protsessidiagrammil on vähemalt kolm tasandit (**Joonis 12**):

- strateegiline tulemus (või eesmärk, visioon või strateegiline eesmärk),
- üldise tasandi tegurid või projektid, mida on vaja strateegilise eesmärgi saavutamiseks (esmatasandi hoovad) ning
- täpsemad sekkumistegevused või testitavad muudatusideed, mis on vajalikud iga esmatasandi hoova saavutamiseks.

Joonis 12: Protsessidiagramm

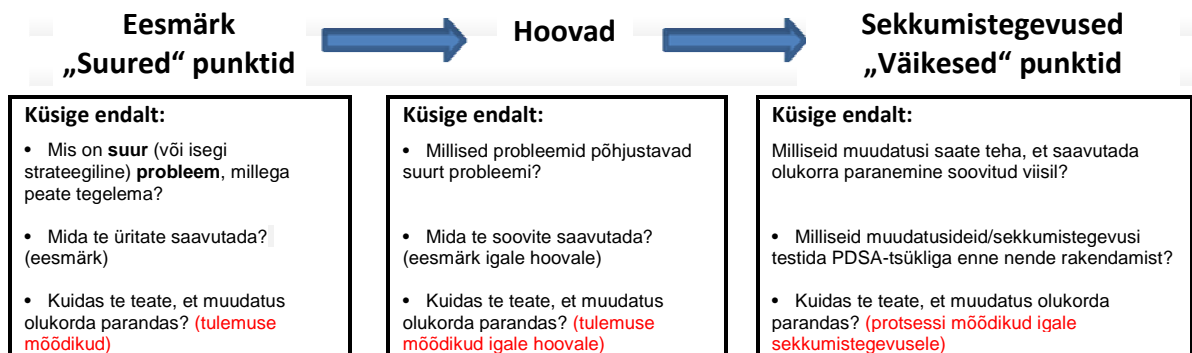


Etapid

1. Määratlege strateegiline eesmärk
2. Kutsuge kokku teemaga kursis olevate inimeste rühm.

3. Koguge ideid nende võtmetegurite määratlemiseks, mida peab tulemuse saavutamiseks parendama.
4. Grupeerige ideed, et näha, kas rühmadest moodustuvad ühised esmatasandi hoovad.
5. Iga hoova kohta mõelge välja sekkumistegevused (muudatusideed). (**Joonis 13**)

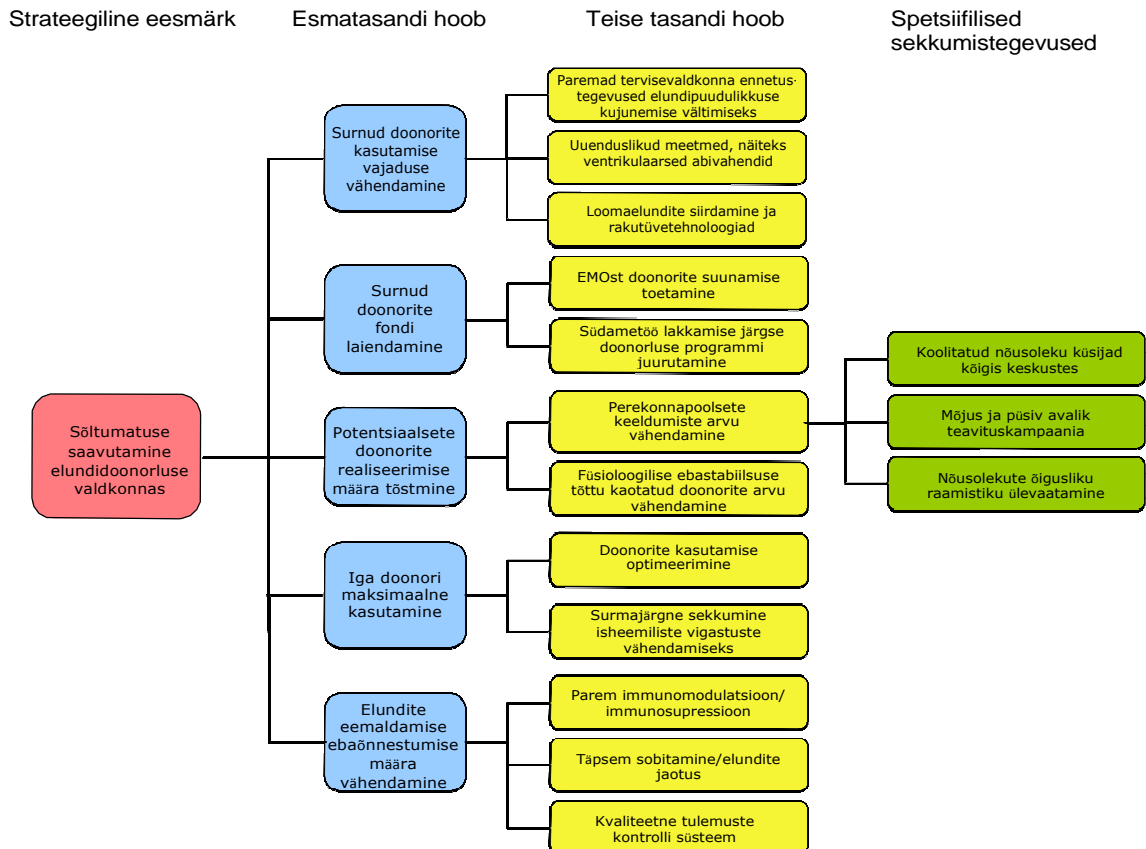
Joonis 13: Sekkumistegevuste sidumine strateegiliste eesmärkidega



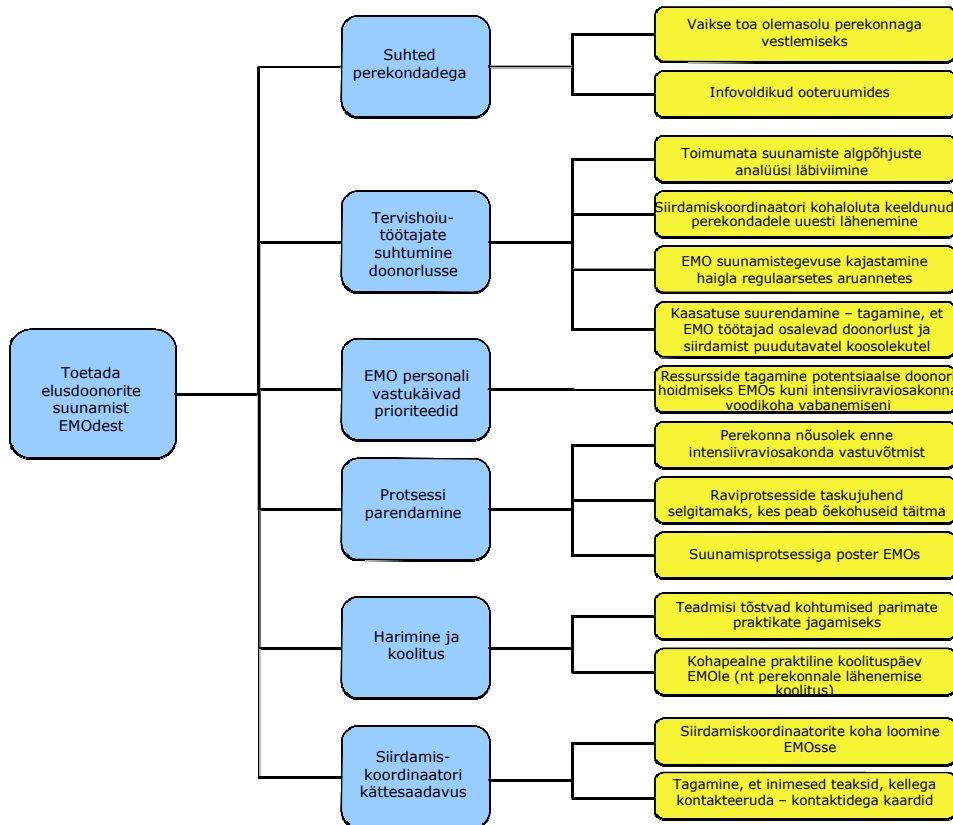
Märkus: Osa projektiga otseselt seotud personalist leiab, et neil on lihtsam töötada tagantpoolt ettepoole ning alustada spetsiifilistest sekkumistegevustest, et testida protsessiga otseselt seotud ideid, mis omakorda aitab anda positiivseid tulemusi esmatasandi hoobade osas ning aitab seeläbi kaasa üldise strateegilise eesmärgi saavutamisele. Protsessidiagrammid aitavad siduda iga sekkumistegevuse teenuse või organisatsiooni strateegilise eesmärgiga. Diagrammid võivad olla väga keerukad, näiteks kui arutatakse riiklikke strateegiaid, mida rakendatakse elundisiirdamistalolisele kliinilisele tervikprotsessile. Näiteks võtab **Joonis 14** kõige üldisemal tasandil kokku 2013. aastal avaldatud Ühendkuningriigi elundidoonorluse ja siirdamise strateegia⁵. Sellised diagrammid võivad muutuda nii keerukaks, et strateegia individuaalsetele elementidele keskendumiseks on vaja lisadiagramme. Seda piltlikustab **Joonis 15**, kus **Joonise 14** sekundaarne hoob saab detailsema analüüsi keskpunktiks.

⁵ Taking Organ Transplantation to 2020: A detailed strategy (2013). Saadaval aadressil www.nhsbt.nhs.uk/to2020

Joonis 14. Osaline protsessidiagramm, mis kirjeldab pikaajalist riiklikku strateegiat eesmärgiga saavutada sõltumatus elundisiirdamise valdkonnas. Selles diagrammis toetab esmatasandi hoobasid hulk teise tasandi hoobasid, mida omakorda peavad toetama rohked spetsiifilised muudatusideede testid ning sekkumistegevused.



Joonis 15. Detailne protsessidiagramm elundidoonorite erakorralise meditsiini osakondadest suunamise kohta



5 Rakendamine, jätkusuutlikkus ja meeskonnatöö

„Kvaliteedi parandamine õnnestub tihtipeale alles pärast pikka proovimist ning veelgi kauem läheb selle laialdaseks ja kindlaks rakendamiseks kogu organisatsioonis.“

Chris Ham

Jätkusuutlikkus ei ole pelgalt see, kui uued töötamisviisid ja paranenud tulemused saavad normiks, vaid see, kui nende taga peituv mõtlemine ja suhtumine muutub olemuslikult ning neid ümbritsevad toetussüsteemid muutuvad samuti.⁶

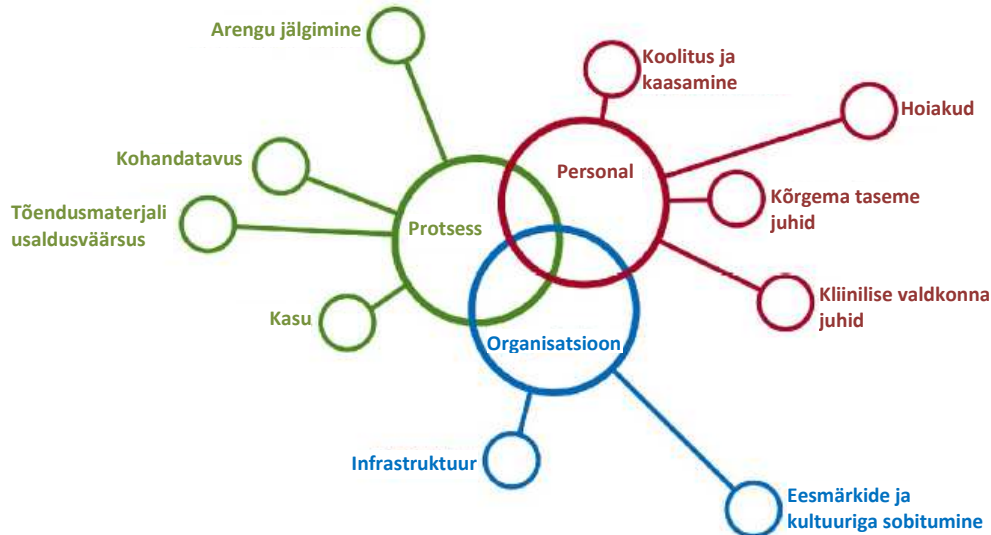
5.1 Rakendamine ja jätkusuutlikkus

Kui muudatusidee on testitud ning selle positiivne mõju kinnitust saanud, tuleks kaaluda selle praktikas rakendamist. Oluline on, et osa rakendusplaanist oleks pühendatud sellele, kuidas muutus pärast rakendusperioodi jätkusuutlikult edasi kehtaks. See aitab ennetada pettumist ning energia raiskamist, aga ka tagada, et võimalust parandada patsiendihooldust ei lasta raisku.

Jätkusuutlikkus sõltub mitmetest teguritest, kõige olulisemalt personali kaasatusest ning tõhusast juhtimisest. Nendele teguritele tähelepanu pöörates ning planeerides edukate muudatusideede rakendamist, on jätkusuutlik tulemus tõenäolisem. Inglismaa riiklik terviseteenistus NHS on välja töötanud jätkusuutlikkuse mudeli, mis peaks aitama meeskondadel tagada tehtud muudatuste püsivuse pikema perioodi vältel ka personali vahetumise jms puhul. Mudel kirjeldab kümmet jätkusuutlikkust mõjutavat tegurit (**Joonis 16**) ning see on mõeldud lokaalsete sekkumistegevuste toetamiseks nii enne rakendusperioodi kui ka selle ajal.

⁶ Lynne Maher, David Gustafson, Alyson Evans (2006). Sustainability Model. NHS Institute for Innovation and Improvement

Joonis 16: Kümme muudatuste jätkusuutlikkust mõjutavat tegurit



Jätkusuutlikkuse mudel võimaldab meeskondadel hinnata rakendatud muudatuste jätkusuutlikkuse tõenäosust ning vajadust selle saavutamiseks lisapingutusi teha. Selleks hinnatakse muudatuse iseloomu kõigi kümne mudelis ära toodud teguri suhtes ning selle põhjal arvutatakse välja jätkusuutliku rakendamise tõenäosuse näitaja. Lisateave tervishoiuteenistuse jätkusuutlikkuse mudeli kohta on saadaval aadressil http://www.qihub.scot.nhs.uk/media/162236/sustainability_model.pdf

Ettevalmistused:

Etapid

1. Koostage põhimeeskond. See peaks koosnema muudatuse tegemisse kaasatud inimestest.
2. Andke igale meeskonnaliikmele jätkusuutlikkuse mudeli koopia ning paluge neil hinnata parendustegevust kõigi kümne mudelis toodud teguri suhtes.
3. Jagage individuaalseid hinnanguid kogu rühmaga. Kas kõik olid ühel meelel, ja kui ei olnud, siis miks? (Pea meeles, et inimesed näevad asju vastavalt oma kogemustele ja rollile erinevalt ning väga oluline on aru saada, miks nad asju erinevalt näevad.)
4. Leppige meeskonnaga üheskoos kokku üldine hinne iga teguri kohta.

- a. Kui tulemuseks on 55 või sellest suurem punktisumma, on „põhjušt loota“, et parendustegevus on jätkusuutlik. Sellise tulemuse juures võib alustada rakendusetapiga.

- b. Kui tulemus jääb alla 55, on jätkusuutliku rakendamise toetamiseks tõenäoliselt vaja lisameetmeid ning vajalikuks võib osutuda rakendusetapi edasilükkamine kuni vastavate meetmete kasutuselevõtmiseni. Määrake kaks madalaima puntiarvuga tegurit ning leppige kokku meetmed, mida saab nende tõstmiseks rakendada. Korra ke protsessi uuesti 6–8 nädala pärast, et näha, kas probleemsete tegurite punktisummad on tõusnud.

5.2 Meeskonnatöö

Parendustegevused vajavad kohe algusest peale meeskonnatööd. Üsikindiviid näeb probleemi ainult oma vaatevinklist, nii et olgu see isik kui tahes oluline, läheb siiski vaja teisi vaatenurki. Lisaks aktsepteeritakse muudatust tõenäolisemalt meeskonna poolt, kes on muudatusideega seotud selle algusjärgust peale.

Meeskondade ja indiviidide väärtuste ja erinevuste mõistmiseks on loodud mitmeid mudeleid ja raamistikke, näiteks <http://www.myersbriggs.org/my-mbti-personality-type/mbti-basics> (Myers Briggsi tüübi määraja), Belbini meeskonna rollid <http://www.belbin.com> Merrilli ja Reidi isiksuste stiilid http://www.ehow.com/info_8556293_merrill-reid-social-styles.html

6 Lisad

Lisa 1

Praktiline näide teenuste parendamise meetodi kasutamisest ACCORDi projektis osalenud haiglas

Parendusmudel

San Camillo haigla, Rooma, Itaalia

- K1. Millisele probleemi/teemale te lähenete?** (*Kasutage patsiendiküsitluse, protsessi kaardistamise ja kalaluudiagrammi andmeid, et määratleda probleemid/teemad; esitluse slaidid 14–25*)

Põhjendus:

Meie haigla doonorlusprotsessi kaardistamine näitas, et potentsiaalsete doonorite edasisuunamine toimub praegu mitmete kanalite vahendusel:

- EMOs (vastuvõtu- ja väljakirjutamise (VV) osakonnas) töötav intensiivraviarst
- Patsiendi eest vastutav osakond
- Intensiivraviosakonna arst
- Siirdamiskoordinaatori e-posti aadress, kuhu saadetakse viimase 24 tunni jooksul VV osakonda tulnud ajuvigastuse diagnoosiga patsientide raviandmed
- Juhuslikud suunamised muudest osakondadest ning rabanduse üksusest

Suunamised erinevatest kanalitest tekitavad viivitusi potentsiaalsete doonorite hindamises kohaliku siirdamiskoordinaatori poolt. See mõjutab kogu doonorlusprotsessi efektiivsust. Lisaks ei suuda mitmed osakonnad potentsiaalseid doonoreid tuvastada.

- K2. Mida te püüate saavutada või loodate parendada?** (*Mis on üldine eesmärk? Esitluse slaidid 30, 31 ja 36–39*)

Tagada kõikide fataalse ajuvigastusega ning potentsiaalse doonori ettekirjutatud tingimustele vastavate haiglasse võetud patsientide suunamine siirdamiskoordinaatorile pidevalt ja õigeaegselt kolme tunni jooksul juhtumist (või haiglasse vastuvõtmisest).

Soovime viia patsientide personalipoolse tuvastamise ja siirdamiskoordinaatorile suunamise määra **100%-ni**.

K3. Millise patsiendiküsitluse osa ja küsimusega teie küsimus/probleem seostub?

K8: Kas patsient suunati siirdamiskoordinaatorile?

Põhjendus:

28st fataalse ajuvigastuse diagnoosiga patsiendist suunati ainult 15 (42%) siirdamiskoordinaatorile.

K4. Kellega olete arutanud, kuidas oma probleemi/küsimust lahendada? (haiglakolleeegid jne)

Siirdamisosakonna õed ja intensiivraviarstid, intensiivravi- ja VV osakonna arstid, VV osakonna meditsiinidirektor, VV osakonna peaõde ja meditsiinidirektor.

K5. Milliseid olukorda parandavaid tegevusi läbi viia kavatsete? Kirjeldage võimalikult täpselt.

Minimaalsete teavituskriteeriumite sisseseadmine fataalse ajuvigastusega patsientide tuvastamiseks ja siirdamiskoordinaatorile suunamiseks (G.I.V.E.) vastuvõtuosakonnas, ehk kliinilised tingimused:

- kriteeriumite loomine potentsiaalsete doonorite tuvastamiseks VV osakonna töötajate poolt.
- Kriteeriumidele vastavad järgnevas seisukorras patsiendid.
 - GCS <8
 - Intubeeritud
 - Ventileeritud
 - Vanus: kõik patsiendid
 - Kaalutakse surmaeelset ravi

Meetod:

- a. Kui kliinilistele tingimustele vastavus on tuvastatud, suunab intensiivraviarst või VV osakonna meditsiinilise meeskonna juht patsiendi siirdamiskoordinaatorile.
- b. Suunamine toimub pärast kliiniliste tingimuste nimekirja üle kontrollimist töötaja poolt. Nn GIVE-juhend asub VV osakonnas õe töökohal.
- c. Juhendil on kirjas kliinilised tingimused, kellega kontakteeruda, telefoninumber ning tööajad.
- d. Potentsiaalse doonori suunamine VV osakonna töötaja poolt toimub kolme tunni jooksul patsiendi sissevõtmisest VV osakonda.

- e. Siirdamiskoordinaatorile suunamise ajal tuleb töötajal edastada patsiendi ees- ja perekonnanimi, tuvastatud kliinilised tingimused, diagnoos ja patsiendi vastutava raviarsti nimi.

K6. Kuidas mõõdate tegevuse edukust? Palun kirjeldage võimalikult täpselt. (*Mida saate mõõta, et näidata, kas teie poolt tehtud muudatus parandas olukorda?*)

- 1) Kõik fataalse ajuvigastusega patsiendid, kes võetakse haigla VV osakonda sisse testi toimumise ajal, tuvastatakse personali poolt ning suunatakse siirdamiskoordinaatorile.
- 2) Kõik VV osakonna poolt suunatud patsiendid vastavad kliinilistele tingimustele.
- 3) Siirdamiskoordinaatorile suunamine toimus 3 tunni jooksul VV osakonda sissevõtmisest.
- 4) GIVE-juhendit kasutanud töötajate tagasiside.

K7. Kuidas te mõõdate tehtud muudatuse mõju? (*esitluse slaidid 47–52*)

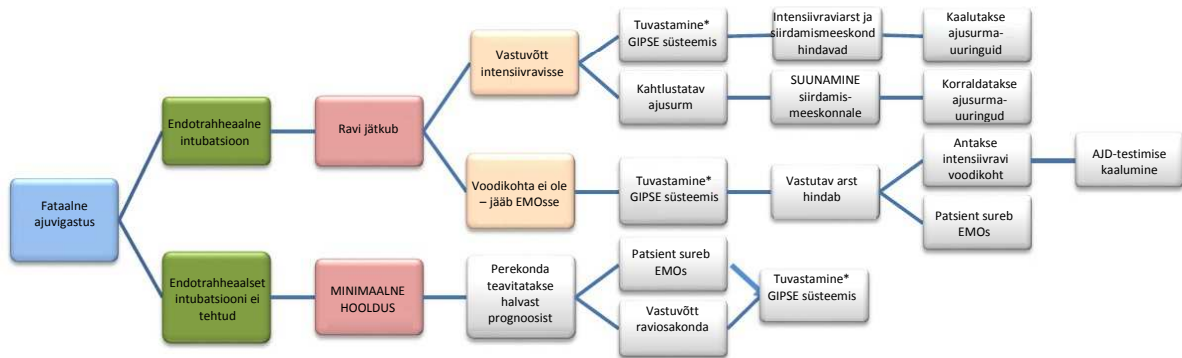
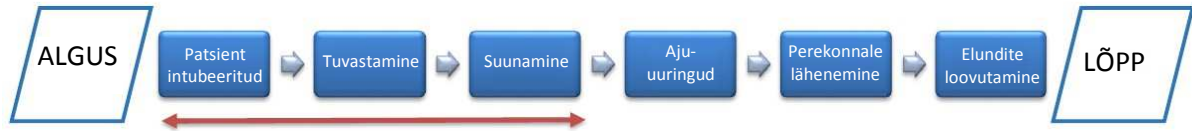
- 1) Kõikide fataalse ajuvigastusega VV osakonda vastu võetud patsientide tuvastamist mõõdame VV patsientide raviandmete (GIPSE süsteem) kaudu, kust saab kontrollida testimispäevadel vastava diagnoosiga vastu võetud patsientide arvu ning võrrelda seda siirdamiskoordinaatorile suunatud arvuga (tulemuse mõõdik).
- 2) Et hinnata siirdamiskoordinaatorile tehtud kõne vastavust nõuetele: kasutame mõõdikuna kliiniliste tingimuste nimekirja, mida personal peab kasutama (protsessi mõõdik).
- 3) Ajalimiidist kinnipidamise mõõtmiseks: jälgime patsiendi VV osakonda saabumise aega ning siirdamiskoordinaatorile tehtud kõne aega (protsessi mõõdik).
- 4) Kirjalik tagasiside G.I.V.E.-juhendi kasutamise kohta (kvalitatiivne mõõdik).

K8. Kes kaasatake muudatuse läbiviimisesse; kas see on läbi arutatud ja kokku lepitud? (*Siirdamiskoordinaator, intensiivravi või EMO personal, arstid või õed*) Siirdamiskoordinaator ning VV osakonna arstid ja õed

K9. Millise ajaraamistiku olete muudatuse läbiviimisele seadnud?

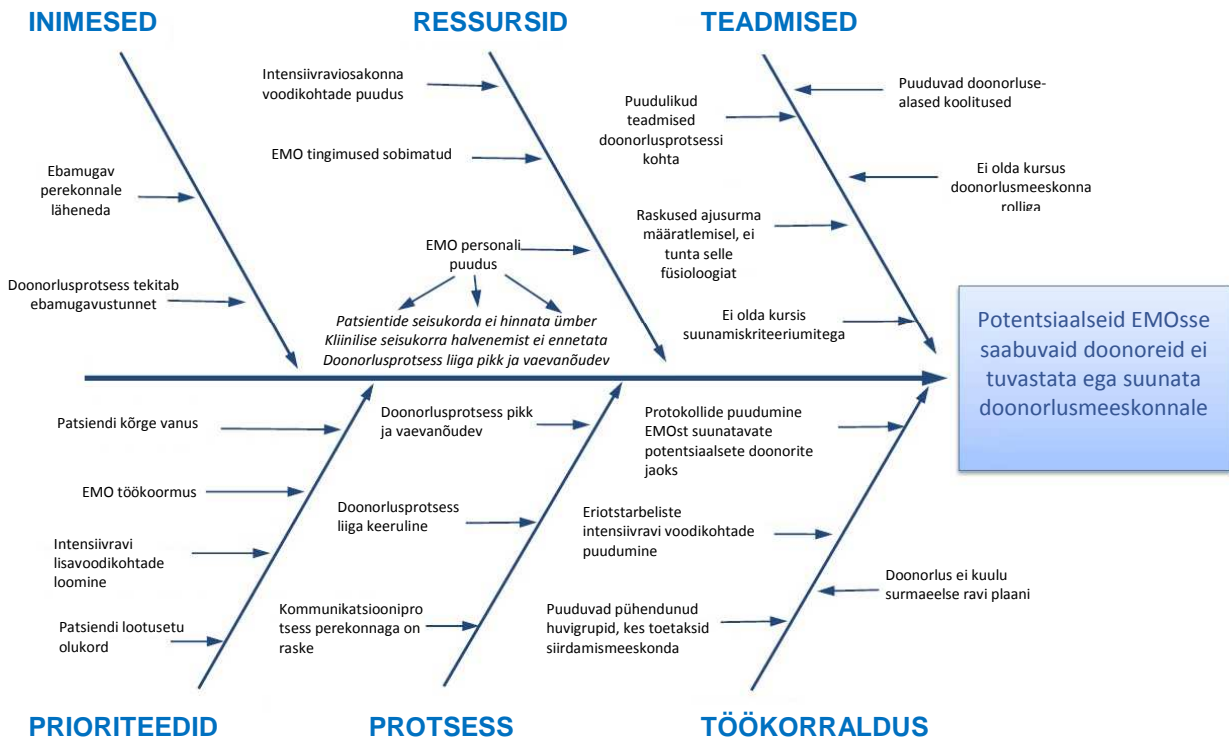
Soovime testi läbi viia ajavahemikul 1. veebruar – 30. aprill 2014. Iga 2 nädala tagant teeme vaheauditi.

ÜLDINE PROTSSESIKAART DOONORITE TUVASTAMISE JA SUUNAMISE KOHTA EMOS San Camillo Haigla, Rooma (Itaalia)



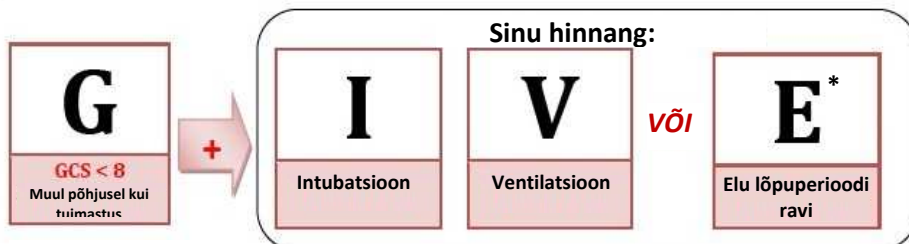
*Potentsiaalse doonori tuvastab siirdamismeeskond haiglassevõtmise-järgsel päeval EMO patsientide andmebaasis (GIPSE).

POTENTSIAALSETE DOONORITE DIAGRAMM San Camillo Haigla, Rooma (Itaalia)

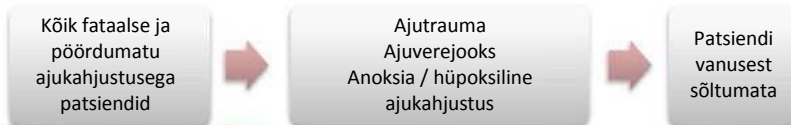


Minimaalsed teavitamiskriteeriumid fataalse ajuvigastusega patsiendi tuvastamisel ja suunamisel

Kas olete andnud oma patsiendile võimaluse elu anda?



**GIVE – ing. k. „andma“*



Helistage kohaliku siirdamiskeskusesse 3 tunni jooksul pärast patsiendi saabumist EMOSse:

Siseliin: 3426

Mobiil: 346 2355951

E–R 8:00–20:00

L 8:00–14:00

Õöd ja pühad: võtke ühendust valves oleva siirdamiskoordinaatoriga, nagu allpool viidatud.



PDSA Cycle Report

Name	Eartha Feller
E-mail address	eartha69@gmail.com
Country	Rome - Italy
Name of hospital	A.O. San Camillo - Forlanini

1. Could you provide a brief summary of your PDSA Plan.

PLAN	The Change:
	What change are we testing? To test the use of a minimum notification criteria (GIVE Poster ^{*A}) that establishes clinical triggers to help identify and refer all potential donors in Accident & Emergency (A&E) Department to the CLT.
	^{*A} : see Appendix A
	On whom are we testing the change? Clinical staff working in the A&E Department.
	When are we testing? February 1th 2014 - April 30th 2014
	Where are we testing? A&E Department Hospital: A.O. San Camillo - Forlanini – Rome, Italy
	Predictions:
	What do we expect to happen? The use of clinical triggers delivered by the GIVE Poster algorithm will result in a 100% referral rate from the A&E Department.
	Details of the Data Collection Plan:
	Who will collect the data? CLT staff
What data do we need to collect? <ul style="list-style-type: none"> To measure the identification of all patients with brain injury admitted in the A&E Department : we will refer to the database of the A&E Department patients records (GIPSE) to check the number of patients admitted during the period of testing meeting the GIVE criteria and compare them with the number of patients referred to the CLT (<i>outcome measure</i>) To measure the "suitability"/appropriateness of the call: we will use the clinical triggers applied by the staff. (<i>process measure</i>) To measure the Time trigger: we will evaluate the difference between the arrival time (admission) of the patient in the A&E Department and the time of the call to the CLT. (<i>process measure</i>) Written feedback by the A&E staff concerning the use of the GIVE tool (<i>qualitative measure</i>) 	

How and Where will we collect data?

- Every time a CLT staff member receives a referral call, they will fill out the proper "PDSA Measurement Sheet" with the received information. The compiled sheets will be then collected in a dedicated file-holder for GIVE in the office of the CLT.
- Four members of the CLT will be committed to perform the review of the GIPSE database on a daily basis. The information obtained from GIPSE will then be displayed and summarized on a chart in Word.
- Subsequently the PDSA Measurement Sheets and GIPSE data will be assessed and transformed in excel and run charts.
- Written audit biweekly of the results.

2. Did you amend the original plan? If 'yes', state reason?

YES:

- We did not implement nor collected any written feedback concerning the use of the GIVE tool (*qualitative measure*). We struggled to find validated instruments in literature to measure it. We choose to have only verbal feedback of the staff involved in the use of the GIVE tool.
- We converted the biweekly audit in monthly for organisational reasons

3. What was the problem you were addressing?

Problem addressed:

The lack of a systematic identification and timely referral of potential donors by clinical staff working in the A&E department.

Rationale:

- The mapping of the donation process in our hospital pointed out that the referral of the potential donor is currently managed through various channels.
- The diversified referral leads to a delay of the assessment of the potential donor by the Local Coordination for Organ and Tissue Procurement (CLT) having consequences on the efficiency of the entire donation process. In addition, the potential donor is sometimes not even identified as such by the staff.
- Data from the ACCORD study patient questionnaire indicated that of the 28 patients diagnosed with devastating brain injury only n=15 were referred to the CLT. Furthermore brain injury took place in the first 24 hours of admission in 75% (n=21) of the cases, while in 17.9% (n= 5) death was confirmed in the Emergency Department.

Q8. Was the patient referred to a Key Donation Person		
	N	%
No	3	16.7
Yes	15	83.3
Total	18	100.0

Days from admission to brain injury		
	N	%
0	21	75.0
1	1	3.6
2	4	14.3
3	-	-
4-6	-	-
7-9	1	3.6
10+	1	3.6
Total	28	100.0

Unit/Ward where death was confirmed		
	N	%
Adult Intensive Care	13	46.4
Specialised Neurosurgical Intensive Care	4	14.3
Emergency Department	5	17.9
Medical Ward	4	14.3
Stroke Unit	1	3.6
Other	1	3.6
Total	28	100.0

4. Were you able to identify a root cause for the problem

Yes :

- Lack of training in organ donation
- Lack of a mindset to recognize the potential for donation

5. What interventions did you make to address the problem?

The G.I.V.E. Poster

The introduction of a minimum notification criteria (G.I.V.E.) for the identification and referral of all patients with devastating brain injury admitted in the Accident & Emergency (A&E) Department to the CLT using clinical triggers. The clinical triggers employed in a systematic and sequential manner, regardless the age of the patient were :

1. Patient with a devastating brain injury
2. GCS <8
3. Intubated & Ventilated
4. Or where End of life care is considered

To address the timely referral of the potential donor (Time trigger) all patients were referred within 3 hours from their admission in A&E Department.

The Method:

1. Clinical staff of the A&E Department identified the patient with a devastating brain injury that could meet the GIVE criteria.
2. Referral to the CLT occurred after consulting the minimum notification criteria checklist by the staff (GIVE Poster^{AA}), posted near the telephone in "the nurse station" of the A&E Department.
3. The poster notes the clinical triggers, the time trigger, who to contact and telephone number.
4. The referral of a potential donor by the staff of the A&E occurs within three hours from the admission of the patient in the A&E Department.
5. When referring to the CLT the staff had to communicate the following information:
 - Name, surname and age of the patient
 - Time of the call
 - the clinical triggers detected
 - the medical diagnosis
 - the name of the doctor who had the patient charge
 - Time trigger within 3 hours is met ?
 - Any specific details / noteworthy

Seeking Consensus

All stakeholders (members from A&E, ICU and the National * & Regional Donation and Transplant Organisation) were invited to a consensus meeting about the PDSA cycle supported by a powerpoint presentation of the project.

* Representatives for ACCORD in Italy

Clinical staff of the A&E Department in addition received an email compounding the goals of ACCORD and GIVE, a description of the use of the GIVE Poster decision tree and an attachment of the poster, invoking their participation & cooperation.

6. What were your measures of success?

Improvement Measures	Outcome & Process measure	Current Performance	Goals
Ensure every Potential Donor in the A&E is identified and referred	Referral Rate	Unknown	100%
All patients referred satisfied the clinical triggers criteria.	Compliance to Clinical Triggers criteria: (Devastating Brain Injury, GCS<8, Intubation & Ventilation, or End of Life Care)	Unknown	100%
The referral of patients occurred within three hours from their admission in the A&E	Timely Referral	Unknown	Within 3 hours
Feedback from the staff using the GIVE tool	Written feedback concerning the use of the GIVE tool (<i>qualitative measure</i>)	Was not preformed	

7. Dates PDSA cycle commenced and finished

Start date: February 1st 2014

Finish date: April 30th 2014

8. What did your data demonstrate after you implemented your change /intervention? (Please consult Figures attached in Appendix B)

Measure	Data before PDSA Cycle implemented	Outcome/Data after PDSA Cycle implemented
Number of Referrals from the A&E Department (See Figure 1, 2 & 3)	unknown	85.15% (Media) of patients referred from the A&E Department
Compliance to clinical trigger criteria (See Figure 4, 5 & 6)	unknown	See for further details appendix B
Timely Referral within three hours (See Figure 7)	unknown	83.33% of the patients was referred within three hours

9. Did you see any impact as a result of your PDSA cycle?

Yes: A change of attitude towards organ donation by intensivists

10. Please describe the impact that you saw.

Intensivists in the A&E department showed an increased awareness towards donation referral of patients with devastating brain injury. This result may be explained by the fact that intensivists are the only professionals that decide and perform endotracheal intubation in critical patients.

11. What went well?

- The Give tool is being used
- The POD referral increased
- 94.44 % of the referrals were made by Intensivists

12. What didn't go well?

Problems encountered:

- We had problems to engaged ED physicians and ED nurses in testing the change, resulting in only one referral by an ED physicians.
- Lack of Communication and motivation of staff and some stake holders
- In April we had a low admission rate of patients with devastating brain injury in the A&E department.

Actions:

- We set up a meeting in the latter end of February to refresh ED nurses teamleaders of each working shift about Accord and the GIVE tool to gain consensus/cooperation.
- Individual motivational encounters were held with ED personnel during working shifts.
- We started in April an education and training course in Organ and Tissue Donation for nurses and physicians working in critical care units, giving priority to ED staff to participate. The education program includes 5 courses for this year with a duration over a 3 year period.

Major lessons learned from GIVE:

- ED staff needs further education and training in Organ Donation to not only promote the donation culture but also to believe, as a healthcare professional, that Donation is part of End of Life care decisions.
- The definition devastating brain injury needs more objective and measurable criteria. Currently it is identified by the patients 'clinical status, CT scan and specialist (neurosurgical /stroke /neurological) referral.
- Communication and motivation is an ongoing process that needs to be fostered constantly to gain consensus.

13. What have you learnt through your participation in ACCORD?

- The Improvement Model and PDSA methodology confirms to be a valid , systematic and simple instrument giving you the opportunity to build knowledge and learning about your own process and how to translate that learning into actions/changes.
- You need to measure if you want to implement changes in order to explain the impact of the change or improvement.
- To improve you need to understand your process and you need to know your own system
- Consider Benchmarking as a tool to wider your vision.
- Although Quality improvement in organ donation could depend on the vision and mission of hospital stakeholders, don't be afraid to approach them and continue to seek partners
- Share results: not only the positive ones, but also the adversities

14. What are your next steps?

Further research should be done to investigate how to gain consensus and cooperation from ED physicians and ED nurses regarding organ donation referral.

15. Was there any other activity/initiatives underway in your hospital that might have impacted on the results from the PDSA cycle.

- Change of key stakeholders in our hospital during testing
- Extreme overcrowding in the A&E Department during the PDSA testing and subsequent lack of resources.
- Lack of additional intensive care beds.

Lisa 2

Ingliseelseid materjale teenuste parendamise kohta

http://www.health.org.uk	<p>Tervisefond on sõltumatu heategevuslik organisatsioon, mis tegutseb Ühendkuningriigis tervishoiukvaliteedi tõstmise nimel. Organisatsioon toetab tervishoiu praktilistes ja koordineerivates valdkondades töötavaid inimesi, et parendada jätkusuutlikul viisil tervishoiusüsteemi. Tervisefond tegeleb uurimistööga ning poliitikate süva-analüüsiga, juhivad parendusprogramme ideede praktiliseks rakendamiseks riiklikus tervishoiuteenistuses NHS-is, toetab ja arendab juhtivtöötajaid ning jagab tõendusmaterjali laiematele muudatustele kaasaaitamiseks.</p>
http://www.scottishhealthcouncil.org/patient_public_participation_toolkit/the_participation_toolkit.aspx	<p>Šotimaa tervishoiuteenistus (The Scottish Health Council) rajati Šoti täitevorgani poolt 2005. aastal eesmärgiga edendada patsiendikeskset lähenemist ning avalikkuse kaasamist NHS-i Šotimaa harus. Materjalikogu osalejatele koostati NHS-i personali toetamiseks patsiendikeskseks lähenemiseks ja avalikkuse teavitamiseks. Seal pakutakse mitmeid läbiproovitud lahendusi ning samuti värskemaid lähenemisi.</p>
http://www.ihl.org/Pages/default.aspx http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/default.aspx	<p>Tervishoiu parendamise instituut (The Institute for Healthcare Improvement, IHI) on sõltumatu mittetulundusorganisatsioon, mis aitab juhtida tervishoiuvaldkonna parendustegevusi kogu maailmas. 1991. aastal rajatud organisatsiooni peakorter asub Cambridge'is, Massachusettsi osariigis USA-s. IHI eesmärgiks on tervishoiuteenuste kvaliteedi paranemise kiirendamine, mis saavutatakse läbi motivatsiooni suurendamise, paljulubavate patsiendihoolduse parendamise kontseptsioonide väljatöötamise ja tervishoiusüsteemide toetamise kaudu nende ideede rakendamisel.</p>
http://www.directedcreativity.com	<p>Paul Plsek: autor, konsultant ning läbimurdelise kontseptsiooni väljatöötaja; ekspert loovuse, innovatsiooni, juhtimise, keerukate süsteemide ning ulatuslike muutuste alal.</p>
http://www.institute.nhs.uk/building_capability/building_improvement_leaders%27_guides%3a_introduction.html http://www.institute.nhs.uk/option.com_quality_and_service_improvement_tools/Itemid,5015.html	<p>Üldised parenduslähenedused ja tehnikad NHS-i innovatsiooni instituudilt, nõuanded parendustegevusteks, töövahendid ja tehnikad. Kõigile, kes soovivad oma teenuseid patsiendihoiduse, kogemuse või tulemuste osas parandada.</p>

Märkus: dokumendis toodud veebilingid toimusid 2014. aasta septembris.

Lisa 3.

Tänu sõnad Teenuste parendamise juhendi koostamisel andsid oma panuse järgmised meditsiinitöötajad ning spetsialistid:

Professor Jean Penny	Parendustegevuste spetsialist	
Dr Paul Murphy	Elundidoonorluse riiklik kliiniline juht	Riikliku tervishoiuameti (NHS) vere- ja organidoonorluse osakond
Mark Roberts	Ärivaldkonna juht, Tegevuste Pakett 5, ACCORDi projekt	NHS-i vere- ja organidoonorluse osakond
Claire Williment	Projektijuht, Tegevuste Pakett 5, ACCORDi projekt	NHS-i vere- ja organidoonorluse osakond
Angela Himsworth	Intensiivravi võrgustiku juht	Midlandsi Kiirabi- ja traumavõrgustik
Liz Armstrong	Midlandsi meeskonnajuht	NHS-i vere- ja organidoonorluse osakond
Dr Sid Khan	Intensiivravivaldkonna konsultant	Queen Elizabethi haigla, Birmingham
Dr Rob Low	Elundidoonorluse kliiniline juht ning anesteesia ja intensiivravi konsultant	Shrewsbury ja Telfordi haigla
Rebecca Timmins	Eriõde - elundidoonorlus	NHS-i vere- ja organidoonorluse osakond
Shelagh Bickerton	Vanemõde - intensiivravi	Kuninglik Wolverhamptoni haigla
Katie Fox	Eriõde - elundidoonorlus	NHS-i vere- ja organidoonorluse osakond