



Norsk nettverk for helsefremmende sykehus og helsetjenester
Norwegian HPH network

Implementering av helsefremmende
og forebyggende arbeid i sykehus:

Manual og selvevalueringsskjema

Redigert av:
Oliver Groene



**Implementering av helsefremmende og
forebyggende arbeid i sykehus:**

Manual og selv- evalueringsskjema

**Trykket på nytt i september 2010 etter initiativ fra det
Internasjonale nettverket av helsefremmende sykehus og
helsetjenester**

Oversatt til norsk november 2011

Forord til norsk oversettelse:

I denne oversettelsen brukes formuleringen ” helsefremmende og forebyggende” synonymt med det engelske begrepet ”health promotion”. Helsefremmende tiltak og forebyggende tiltak som perspektiver kan sies å utfylle hverandre. På norsk er følgende definisjon formulert;

” - Forebyggende tiltak har som formål å redusere forekomsten av sykdommer, skader, sosiale problemer, død og risiko faktorer.

- Helsefremmende tiltak tar sikte på å bedre livskvalitet, trivsel og mulighetene for å mestre de utfordringer og belastninger man utsettes for i dagliglivet.”¹

Helsefremmende arbeid konsentrerer seg om å arbeide med tilfeller der en tilfører noe som skal bedre helse, livskvaliteten eller øke graden av friskhet i befolkningen (ibid).

En vil enkelte steder i teksten finne kommentarer tilføyd i den norske versjonen i klammer med kursiv tekst. Fotnoter er også forskjøvet noe fra originalen da vi har funnet det nødvendig å legge til fortnote nr 1 og 48.

Sekretariatet for Norsk HPH
Oktober 2013

SAMMENDRAG

Helsefremming og forebygging er en integrert del av omsorgsprosessen og er relatert til kliniske-, undervisnings-, adferds- og organisatoriske spørsmål. Kvalitetsforbedring trenger å omfatte helsefremmende og forebyggende aktiviteter for å sikre at effektive framgangsmåter blir brukt og kontinuerlig kontrollert for å forbedre resultatene. Fordi mange ofte brukte kvalitetsstyringsverktøy som ikke eksplisitt adresserer helsefremming, utviklet vi denne ”Manual for implementering av helsefremming og forebygging i sykehus”. Dens mål er å gjøre ledere og helsefagutdannede i stand til å:

- Vurdere helsefremmende og forebyggende aktiviteter i sykehus
- Forbedre helsetjenesteorganisasjoners kapasitet til å forbedre helsefremmende og forebyggende aktiviteter
- Formulere anbefalinger for forbedringer av helsefremmende og forebyggende aktiviteter i sykehus
- Involvere alle profesjoner og pasienten i å forbedre kvaliteten på omsorgen
- Forbedre samhandling med andre aktører i helse
- Forbedre helse og sikkerhet for ansatte og pasienter

Individuelle sykehus, kvalitetssikringsinstanser og spesielt medlemmer av det Internasjonale Nettverket av Helsefremmende Sykehus og helsetjenester er oppmuntret til å bruke dette verktøyet og å vurdere og forbedre kvaliteten av helsefremmende og forebyggende aktiviteter i helsetjenesten.

Issued in English by the WHO Regional Office for Europe in 2006 under the title
Implementing health promotion in hospitals: Manual and self-assessment forms
©World Health Organization 2006

The translator of this publication is responsible for the accuracy of the translation.
©Norwegian Network of Health Promotion Hospitals and Health services, 2013.

Innholdsfortegnelse

	Side
Acknowledgements (til den engelske versjonen)	5
Oversikt over figurer og tabeller	6
1. Introduksjon	7
2. Ofte stilte spørsmål	9
3. Bakgrunn og metodologiske spørsmål	11
3.1. Sykehusets rolle i forebyggende og helsefremmende arbeid	11
3.2. Begrepsavklaring om hva helsefremming er	12
3.3. Interne og eksterne kvalitetsevalueringer	13
3.4. Standarder for forebygging og helsefremming	15
3.5. Indikatorer for forebygging og helsefremming	19
3.6. Bruk av standarder og indikatorer til å utfylle hverandre	22
4. Implementering	24
4.1. Avklare ansvar	24
4.2. Data innsamling	25
4.3. Tolkning av resultater	26
4.4. Å utvikle en kvalitetsforbedringsplan	27
5. Evalueringsskjemaer	29
Standard 1: Ledelse	33
Standard 2: Vurdering av pasienter	38
Standard 3: Pasientinformasjon og intervensjon	43
Standard 4: Tilrettelegging av en helsefremmende arbeidsplass	47
Standard 5: Kontinuitet og samarbeid	52
6. Veileder for indikatorer	59
7. Ordforklaring	80

Under arbeidet med dette dokumentet har vi nytt godt av innspill fra en rekke personer. Vi vil gjerne takke alle dem som har støttet og veiledet oss i arbeidet innenfor arbeidsgruppene til International Network of Health Promoting Hospitals og som eksterne rådgivere.

En særlig takk til de nasjonale koordinatorene som støttet pilottestingen av dette verktøyet, og til sykehusansatte som tok seg tid til å vurdere overholdelsen av standarder og innsamlede data etter indikatorer for helsefremming.

Til slutt bør dr. Svend Juul Jørgensen nevnes for sin visjon for dette prosjektet, dr. Mila Garcia-Barbero for sin kontinuerlige støtte og dr. Kiki Lomberts for sine ekspertråd angående det endelige dokumentet.

Oversikt over figurer og tabeller

Figur 1:	Strategier for forebyggende og helsefremmende arbeid	side 12
Figur 2:	Klinisk, pasient og ledelses perspektiv	side 16
Figur 3:	De tre nivåene på standardene for forebyggende og helsefremmende arbeid	side 18
Figur 4:	Plan-Do-Check-Act syklusen	side 27
Tabell 1:	Oversikt over indikatorer for forebyggende og helsefremmende arbeid	side 21
Tabell 2:	Veileder for indikator på ansattes bevissthet om policy	side 62
Tabell 3:	Veileder for indikator angående ansattes (og pårørendes) bevissthet	side 63
Tabell 4:	Veileder for indikator angående prosent av budsjett til helsefremming og forebygging	side 64
Tabell 5:	Veileder for indikator angående pasienter vurdert for generiske risikofaktorer	side 65
Tabell 6:	Veileder for indikator angående pasienter vurdert for spesifikke risikofaktorer	side 66
Tabell 7:	Veileder for indikator angående pasient tilfredshet	side 67
Tabell 8:	Veileder for indikator angående pasientopplæring for egen mestring	side 68
Tabell 9:	Veileder for indikator angående pasientopplæring om risikofaktorer	side 69
Tabell 10:	Veileder for indikator angående pasient informasjon/ intervensjon resultat	side 70
Tabell 11:	Veileder for indikator angående ansatte og røykning	side 71
Tabell 12:	Veileder for indikator angående røykeslutt	side 72
Tabell 13:	Veileder for indikator angående opplevelse av arbeidsforhold	side 73
Tabell 14:	Veileder for indikator angående kortidsfravær	side 74
Tabell 15:	Veileder for indikator angående arbeidsrelaterte skader	side 75
Tabell 16:	Veileder for indikator angående skala for utbrenthet	side 76
Tabell 17:	Veileder for indikator angående epikriser	side 77
Tabell 18:	Veileder for indikator angående reinnleggelsesraten	side 78
Tabell 19:	Veileder for indikator angående forberedelse til utskrivelse	side 79

1. Introduksjon

Rollen forebygging og helsefremming har innen sykehus er under endring. Den er ikke lenger begrenset til å gi livsstils relatert tilleggsinformasjon til pasienten etter at de kliniske prosedyrene er ferdige. Forebygging og helsefremming er blitt en integrert del av behandlingsopplegget, og er relatert til klinisk, utdannings, holdnings og organisatoriske forhold¹. For å forbedre behandlingen til pasienter med kroniske eller langtids -sykdommer må helsefremmende og forebyggende aktiviteter på sykehus forankres bedre i rammen av det større helsesystemet. Med det utvidede omfang av helsefremmende aktivitet blir det reist spørsmål angående kvalitets evaluering og forbedring av disse aktiviteter.

Det er liten fokus på forebyggende og helsefremmende resultater i de mye brukte verktøyene som finnes for å forbedre kvalitet innen helse, som profesjonenes godkjente retningslinjer, standarder og innsats indikatorer. Vi har derfor utviklet et selvevaluerings-verktøy for å vurdere forebygging og helsefremming innen sykehus som ser på følgende aspekter:

- sykehusets strategiske ledelsesplan
- pasientvurderingen i forhold til riskfaktorer og behov for helsetiltak
- forebyggende og helsefremmende informasjon og intervensjon for pasientene
- en helsefremmende og forebyggende arbeidsplass
- kontinuitet og samhandling med andre helse-, sosiale- og uformelle omsorgsgivere².

Dette dokumentet gir et selvstendig verktøy for å vurdere, kontrollere og forbedre forebyggende og helsefremmende aktiviteter innen sykehus. Det er basert på to likestilte fremgangsmåter for kvalitetsvurdering. Standarder, som uttrykker profesjonelt godkjente retningslinjer på helsestrukturer eller prosesser som skal være på plass. Indikatorer, som ser på behandlings prosesser og resultater, og gir et kvantitativt redskap for å kunne vurdere forskjell i prestasjon over tid eller mellom institusjoner. Dette dokumentet skal legge til rette for:

- evaluering av forebyggende og helsefremmende aktiviteter i sykehus
- utvikling av helseorganisasjoners kapasitet til å forbedre forebyggende og helsefremmende aktiviteter
- formulering av anbefalinger for forbedring av forebyggende og helsefremmende aktiviteter ved sykehus

1 Groene O, Garcia-Barbero M. eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

2. Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/e82490.pdf>, accessed 08 may 2006).

- involvering av alle profesjoner og pasient grupper i forebyggende og helsefremmende aktiviteter
- forbedring av samhandlingen om helsetjenester med andre omsorgsinstanser
- forbedring av helse og sikkerhet for ansatte og pasienter;
- assistere modernisering og forandring av praksis og tjenesteyting for å gjøre denne mer effektiv og virkningsfull.

Neste del av dokumentet gir ett sett av ofte stilte spørsmål og svar på disse angående oppbyggingen og anvendelsen av dette verktøyet (Del 2).

Deretter er bakgrunn og metodikken som er brukt i utviklingen av dette verktøyet beskrevet (Del 3). Dokumentet adresserer også praktiske områder angående implementering: hvordan foreta selvevalueringen, hvordan identifisere data kilder, tolke resultat og gjøre bruk av dem i en kvalitets forbedrings plan (Del 4). For å støtte data innsamlingen inneholder del 5 og 6 ett sett med evalueringsskjemaer som kan bli brukt til å vurdere etterlevelse av standarden (Del 5) og veiledere for indikatorer for forebygging og helsefremming (Del 6). Den siste delen inneholder en ordliste vedrørende terminologi om kvalitet og forebygging og helsefremming (Del 7).

Forebygging og helsefremming dekker begrepsmessig en bredde av aktiviteter, intervensjoner, metoder og framgangsmåter, noen av disse er for vide til å dekkes i dette dokumentet. I dette selvevalueringsverktøyet ble det bestemt å kun se på de områdene som er lettest å gjenkjenne for profesjonelle som arbeider med pasienter, og hvor det finnes sterk evidensbasert viten. Noen forebyggende og helsefremmende aktiviteter som var inkludert i tidligere veiledende dokumenter for nettverket av Helsefremmende sykehus er derfor ikke fullt ut reflektert i dette dokumentet ^{3,4}. En omfattende ramme for å veilede strategisk implementering av forebygging og helsefremming i sykehus, og for å veilede videre utvikling av forebyggende og helsefremmende standarder, er oppsummert i de Atten Kjerne Strategiene for Helsefremming i sykehus ⁵. Noen av disse standardene (som pasient vurdering eller informasjon og intervensjon) er direkte knyttet til pasient sikkerhets problematikk ⁶. Dette dokumentet gir imidlertid tilleggsverktøy til en utvidet fremgangsmåte for å kunne styrke pasienter og ansatte og for å supplere eksisterende kvalitets og sikkerhets aktiviteter.

2. Ofte stilte spørsmål

S1 Er det obligatorisk for medlemmer av WHO`s nettverk av Helsefremmende Sykehus (HPH) å utføre selvevaluering?

Nei – på dette tidspunktet er selvevalueringen en frivillig evaluering. Verktøyet er et tilbud til medlemmene av HPH. Verktøyet tilrettelegger for identifisering av områder hvor forbedring kan oppnås.

S2 Hva er fordelene for mitt sykehus med å utføre denne

Sykehus kan utføre selvevalueringen for å forbedre pasient behandling, pasienters livskvalitet og helsearbeidernes helse. Dette selvevaluerings-verktøyet hjelper til med å identifisere mangler i det forebyggende og helsefremmende tilbudet. Det støtter også utviklingen av en virksomhetsplan.

S3 Hvordan passer dette sammen med andre kvalitets initiativer?

Proessen med å sette standarder er en integrert del av det kontinuerlige kvalitetsforbedringsarbeidet. De forebyggende og helsefremmende standardene som er utviklet i denne malen har som mål å supplere de eksisterende som ikke har et konkret fokus på forebygging og helsefremming. Utfyllende indikatorer er blitt lagt til for å muliggjøre kvantitative vurderinger av prestasjon over tid. Det er sterkt anbefalt å knytte selvevalueringsstandardene for forebygging og helsefremming opp mot kvalitets strategier som allerede er i bruk ved sykehuset.

S4 Hvordan bidrar dette til pasientsikkerhet?

Informasjon, veiledning og kommunikasjon om helse er kjerneelementer i arbeidet med pasient sikkerhet. Dette gjelder for både helsepersonell og pasienter ved at deres viten, motivasjon og mottagelighet økes.

Informerte pasienter kan for eksempel ha en viktig rolle i å identifisere risiko og tenke ut løsninger i løpet av deres sykehusopphold og etter utskrivning. Informert helsepersonell vil medvirke til å opprettholde en sunn og sikker arbeidsplass.

S5 Hva er en standard?

I dette dokumentet beskriver standarder det påkrevde nivå av prestasjon. Dette dokumentet definerer fem standarder, som hver omhandler en forebyggende og helsefremmende dimensjon. Hver standard er oppdelt i del standarder som igjen er delt opp i en rekke målbare elementer.

S6 Hvordan kan vi måle etterlevelse av standardene?

Etterlevelse av standarder måles som en sum av målbare elementer og del standarder. Målbare elementer må måles som å være fullt, delvis eller ikke oppnådd.

S7 Hvordan skal vi tolke etterlevelse av standardene?

Etterlevelse av standarder identifiserer områder med god forebyggende og helsefremmende praksis som du kanskje ville bruke som et eksempel andre plasser i ditt sykehus. Mangel på etterlevelse gir deg svar på hvor det er rom for forbedring.

3 Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986. (http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf, accessed 08 May 2006).

4 The Vienna Recommendations on Health Promoting Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1997 (http://www.euro.who.int/healthpromohosp/publications/20020227_1, accessed 08 May 2006)

5 Pelikan J, Dietscher C, Krajic K, Nowak P. Eighteen core strategies for Health Promoting Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds: Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 48-67. (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf>, accessed 08 May 2006).

6 Forward Programme 2005. World Alliance for Patient Safety. Geneva, Wold Health Organization, 2004. (http://www.who.int.patientsafety/en/brochure_final.pdf, accessed 08 May 2006)

S8 Hva er indikatorer?

Mens standardene adresserer et påkrevet nivå av oppnåelse vurdert som delvis, fullt eller helt nådd, har vi i dette dokumentet definert indikatorer til å være kvantitative verktøy angående prosess og resultatområder for kvalitet. De er typisk beskrevet som teller og nevner.

S9 Hva er sammenhengen mellom standarder og indikatorer?

Indikatorene som er listet i dette dokumentet er ikke brukt for å vurdere om det er etterlevelse av de fem standardene. De tar heller for seg tilleggs områder som bør bli tatt i betraktning ved kontroll, evaluering og forbedring av det forebyggende og helsefremmende området som blir vurdert. Indikatorer er numeriske uttrykk brukt for å merke eller undersøke forbedringsområder.

S10 Hvordan måler vi indikatorene?

Indikatorene må måles gjentatte ganger over tid for å kunne reflektere en jevn kvalitets forbedring. Manualen spesifiserer rasjonale, beskrivelse av teller og nevner, data kilde og stratifisering for hver indikator.

S11 Hvordan kan vi bygge en handlingsplan?

Handlingsplanen bør være utviklet på bakgrunn av vurderingen av standarder, indikatorer, samt kommentarer og observasjoner fremkommet gjennom selv evalueringsprosessen. Handlingsplanen bør også adressere de største sprikene som er identifisert ved evalueringen og reflektere de organisatoriske prioriteringene.

S12 Hva skjer med vår handlingsplan?

For å sikre implementering og kontroll må handlingsplanen presenteres for sykehusstyret og inkluderes i sykehusets kvalitetssikringssystem.

S13 Vil verktøyet bli brukt til benchmarking i forhold til andre sykehus?

På dette tidspunkt er redskapet kun tenkt brukt til selvevaluering. WHO og HPH nettverkskoordinatorer vurderer bruken av verktøyet til benchmarking i fremtiden.

S14 Får vi et sertifikat?

Nei, WHO vil ikke gi ut sertifikat. Selvevaluering, kontinuerlig kvalitetsforbedring og utvikling av handlingsplaner vil ikke resultere i "bestått" eller "ikke bestått". Hvert sykehus er forskjellig og vil derfor ha ulike sett av spesiallagde handlingsplaner. På den andre side så kan det internasjonale HPH nettverket i fremtiden bestemme seg for å utvikle et system for anerkjennelse av prestasjoner som møter standardene og indikatorene presentert i dette dokumentet.

3. Bakgrunn og metodologiske spørsmål

3.1. Sykehusets rolle i forebygging og helsefremming

Tidlig på 1990 tallet tok WHO et initiativ internasjonalt for å støtte sykehus i å engasjere seg i forebygging og helsefremming. Sykehus som blir medlemmer av det Internasjonale nettverket av Helsefremmende Sykehus og helsetjeneste har som mål å gi behandling med omfattende høy kvalitet medisinsk og sykepleiermessig, ved å introdusere forebyggende og helsefremmende aktiviteter til pasienter, helsepersonell og samfunnet for øvrig i sin bedriftsprofil og praksisrutiner ⁷.

Der er stor motivasjon innen folkehelsefeltet og det er et stort spillerom for å tilføre forebyggende og helsefremmende strategier til helsetjeneste settinger ⁸. Sykehusene forbruker mellom 40% og 70% av det nasjonale helsebudsjettet og sysselsetter rundt 1% til 3% av arbeidspopulasjonen ⁹. Karakteristisk kan en si at sykehus som arbeidsplass kan ha en rekke fysiske, kjemiske biologiske og psykososiale risiko faktorer. Paradoksalt, på sykehus – organisasjoner som arbeider for helse – er anerkjennelse av faktorer som setter deres personale i fare dårlig utviklet, til tross for sterk evidensbasert kunnskap om forholdet mellom personalets helse, produktivitet og kvalitet på behandlingen av pasienter ¹⁰.

I tillegg så kan sykehus ha en varig innflytelse på helseadferd hos pasienter og pårørende, som er mer mottagelig for helseveiledning i en periode med nedsatt helse ¹¹. Terapeutisk helseveiledning har nå blitt et viktig område på grunn av den økte utbredelse av kroniske sykdommer i Europa og resten av verden, og det faktum at det er lav etterlevelse av veiledning i forbindelse med behandling¹². Mange sykehusbehandlinger er ikke helbredende, men har som mål å forbedre livskvaliteten for pasientene. For å opprettholde denne kvaliteten må pasientene og pårørende få en mer intens veiledning og bli mer aktivt forberedt for utskrivelse. Selv om sykehusets hovedansvar for pasient behandlingen slutter ved utskrivning er det viktig å påpeke at det fra et helsesystem perspektiv kan se ut som et høyt antall re-innleggelser og komplikasjoner kunne vært unngått hvis pasientene var bedre forberedt og etterfølgende medisinsk behandler og sosial tjeneste blir involvert.

⁷ Helth Promotion Glossary. Geneva, Wold Health Organization, 1998 (<http://www.who.int/hpr/nph/docs>, accessed 08 May 2006)

⁸ Tonnesen H, Fugleholm AM, Jorgensen SJ. Evidence for health promotion in Hospitals. In: Groene O, Garcia-Barbero M, eds. Health promotion in hospitals. Evidence and quality management. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2005: 22-47 (<http://www.euro.who.int/document/E86220.pdf> accessed 08 May 2006).

⁹ Mckee M, Healy J, eds. Hospitals in a changing Europe. Oxford, Open University Press, 2001

¹⁰ Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. JAMA. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93.

¹¹ Ogden J. Health Psychology: A Textbook. Oxford, Open University Press, 1996.

¹² Sabaté E. Adherence to Long-Term Therapies. Geneva, World Health Organization, 2003. (<http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9241545992.pdf>, accessed 08 May 2006.)

Sykehus bruker en mengde forskjellige produkter og produserer store mengder søppel inkludert risiko avfall. Å introdusere forebyggende og helsefremmende strategier kan være med på å redusere forurensning av miljøet og støtte bruken av lokalt produserte sunne produkter.

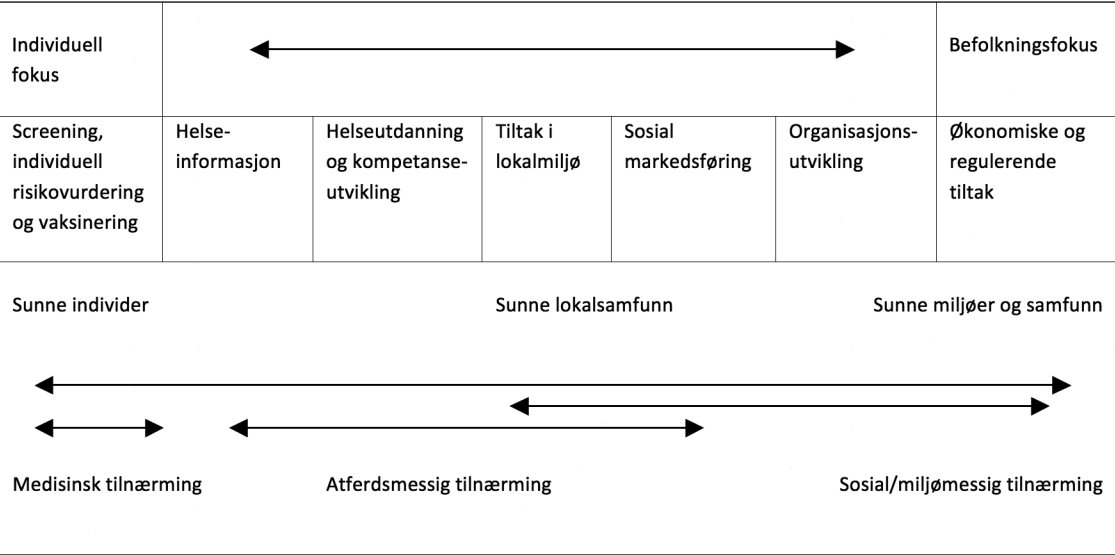
Til slutt, som forsknings og utdannelses institusjon, produserer, samler og distribuerer sykehus en mengde viten og kan ha påvirkningskraft på de lokale helsestrukturene samt påvirke faglig praksis andre plasser.

3.2. Begreps avklaring om hva helsefremming er

Utrykket helsefremming er ofte ikke klart skilt fra andre terminologier som sykdomsforebygging, helseveiledning eller empowerment ¹³. Rekkevidden av sykdomsforebygging har blitt definert i ordforklaringen til dette dokumentet (s 81) som "tiltak for ikke bare å forhindre forekomst av sykdom, som redusering av riskofaktorer, men også for å stoppe progresjon og redusere konsekvensene når de er etablert". Ordforklaringen definerer også rekkevidden av helseveiledning til å omfatte "bevisst konstruerte muligheter for læring som inneholder en eller annen form for kommunikasjon utviklet for å forbedre helseforståelse, inkludert bedre kunnskap og å utvikle helseferdigheter som fører til individuell og samfunns helse". Empowerment og helsefremming refererer til det brede begrepet beskrevet i WHO Ottawa Charter som "prosessen som setter folk i stand til å øke kontroll over og forbedre sin helse" ¹⁴.

Disse uttrykkene er i praksis ofte brukt som positive tilleggs ord eller alternativer, og tiltak for deres implementering kan overlappe, men det er store forskjeller i forståelse når det gjelder fokus og effekt av helsefremmende handlinger (Figur 1):

FIGUR 1: Strategier for forebyggende og helsefremmende arbeid¹⁵



13 For full definitions and further references please see the glossary in Section 7
14 Ottawa Charter for Health Promotion. Geneva, World Health Organization, 1986.
15 Bensher M. What are health promoting emergency departments? Melbourne, Department of Human Services, Victoria State Government, 2000.

Mens den medisinske tilnærming er rettet mot fysiske riskfaktorer (f.eks høyt blodtrykk, vaksine status), retter atferds tilnærming seg mot livsstils faktorer (f.eks røyking og fysisk inaktivitet) og den sosio-økologiske tilnærmingen er rettet mot generelle forhold (som arbeidsledighet, lavt utdannelsesnivå og fattigdom). Helsefremming inkluderer, men går også langt ut over den medisinske tilnærmingen rettet mot å helbrede individer. Selv om vi anerkjenner at ulike teoretiske skoler bruker denne benevnelsen, vil denne manualen kun referere til helsefremmende aktiviteter, forstått å dekke både konkrete handlinger slik som å vurdere en pasient og gi konkret informasjon som støtter anerkjennelse av sykdoms symptomer så vel som komplekse intervensjoner som å støtte pasienten i å ta en aktiv rolle i håndteringen av hans/hennes tilstand. Aktiviteter som vaksinerings og screening er ekskludert fra denne manualen, da det finnes andre kvalitets kriterier for dem.

Vi er klar over at standardene som presenteres her ikke dekker hele spekteret av aktiviteter assosiert med WHO sitt Internasjonale Nettverk av Helsefremmende Sykehus. Standarder for å forbedre samfunns helse og økologiske spørsmål ved sykehus kan kanskje utvikles på et senere tidspunkt. Dessuten er ikke standardene i dette dokumentet tenkt å skulle dekke hele spekteret av kvalitet i helsetjenesten. Kvalitet på behandling, definert som "i hvilken grad helsetjenesten for individer og populasjoner øker sannsynligheten for å oppnå ønskede helsetilstander og er i overensstemmelse med gjellende profesjonelle retningslinjer" ¹⁶, kan bli delt inn i ulike kvalitets dimensjoner, slik som klinisk pleie, pasient fokus, personell orientert, reaksjonær ledelse eller effektivitet. Standardene og indikatorene beskrevet i dette dokumentet omhandler kun den helsefremmende dimensjonen av behandling. Verktøyet for vurdering av utførelse av kvalitets forbedring i sykehus fremmer et flerdimensjonalt perspektiv på kvalitetsvurdering, PATH ¹⁷.

3.3. Interne og eksterne kvalitetsevalueringer

Tilnærming til kvalitets vurdering kan bredt grupperes i interne og eksterne evalueringer. Interne evalueringer refererer til vurderinger basert på dømmekraft eller institusjonell selvvrdering basert på standarder. Ekstern evaluering referer til inspeksjon av eksperter eller akkreditering ¹⁸. Standarder og prestasjons indikatorer kan bli brukt både for internvurdering og kontinuerlig overvåkning over tid eller til ekstern evaluering og sammenlignende analyser av prestasjoner (slik som benchmarking). Selvevaluering og akkreditering er de vanligste formene for intern og ekstern evaluering.

Selvevaluering er en prosess som brukes av helseorganisasjoner for å kunne vurdere deres prestasjon nøyaktig i forhold til etablerte standarder og sette i gang tiltak som fører til kontinuerlige forbedringer. Selvevaluering kan dekke alle sykehusets aktiviteter eller den kan fokusere på bestemte områder, slik som forebygging og helsefremming. Den gjør helsepersonell i stand til å identifisere områder med god praksis og områder som trenger

16 Glossary. European Observatory on Health Systems and Policies. (<http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage>, accessed 08 May 2006)
17 Measuring hospital performance to improve the quality of care in Europe: a need for clarifying the concepts and defining the main dimensions. Report on a WHO Workshop, WHO Regional Office for Europe (<http://www.euro.who.int/document/e78873.pdf>, accessed 09 May 2006).
18 Shaw CD. External quality mechanisms for health care: summary of the EXPERT project. International journal for quality in health care, 2000, 3: 169-175

forbedringer. Sykehuspersonell kan da prioritere og planlegge de tiltak som trengs eller videreføre god praksis ved andre avdelinger innen sykehuset.

Akkreditering er vanligvis også basert på selvevaluering, men er fulgt opp av en ekstern evalueringsprosess fra likeverdige instanser. Den eksterne vurderingen resulterer vanligvis i en generell evaluering av sykehusets kvalitet, identifiserer prioritetsområder for forbedring og gitt at det nødvendige prestasjonsnivå er nådd, blir det gitt en formell erklæring om at sykehuset er akkreditert. I mange land medfører akkreditering viktige juridiske, finansielle og markedsførings resultat.

Evidens peker på at selvevaluering på mange måter bidrar til målene for kvalitetssikring. Det er en lavkostnads metode som driver fram endring i individuell oppførsel for å øke etterlevelse av standarder, avklarer områder for forbedring, gir deltagere et eierforhold og kan forbedre kommunikasjonen mellom ledere og underordnede.¹⁹

Et hovedspørsmål angående selvevaluering er om de som evaluerer seg selv bedømmer seg selv nøyaktig. En erfaring fra selvevalueringssprosesser er at velfungerende sykehus vanligvis er mer selvkritiske enn de sykehus hvor det ikke går så bra. Sykehus som tilegner seg en kultur av kontinuerlig kvalitetsforbedring er mer sensitive for egne forbedringspotensialer enn de institusjonene som mangler en slik kultur.²⁰

I et studie om selvevaluering har det for eksempel vist seg i sammenheng med feil medisinerings og kvalitetsvurdering av team arbeid at velfungerende team registrerer flere feil enn dårligere team. For å undersøke dette videre, ble teamledere intervjuet og de fant at autoritære diktatoriske ledere ledet de dårligste teamene, som ikke overraskende rapporterte færrest feil. Ved selvevalueringssprosesser kan det være tilbøyelighet til å ha en rekke forutinntatte meninger som må tas hensyn til i vurderingen av resultatene.

Der er to hovedting som kan læres ved å bruke selvevalueringssprosessen: Kvalitetsforbedring trenger data angående utførelse og i tillegg en forbedringskultur. Uten data vedrørende utførelse, målt av standarder eller indikatorer, kan ikke en klar retning for kvalitetsforbedring anbefales. Og uten en kultur for deltagelse og støtte, kan ikke forslag til kvalitetsforbedring implementeres selv om data vedrørende kvaliteten på pleien er tilgjengelig. Dessverre er ofte mye data samlet uten at den er nyttig eller blir brukt til kvalitetsforbedringsinitiativer. I så tilfelle stjeler datasamling tid og ressurser fra andre gjøremål og har negativ innvirking på kvaliteten av omsorg.

19 Bose S, Oliveras E, Edson WN. How can self-assessment improve the quality of healthcare? Operations Research Issue Paper 2(4). Published for the U.S. Agency for International Development (USAID) by the Quality Assurance (QA) Project, Bethesda, MD and JHPIEGO Corporation, Baltimore, MD. 2001.

20 Edmondson AC. Learning from mistakes is easier said than done: group and organizational influences on the detection and correction of human error. Journal of Applied Behavioural Science, 1996. 32: 5-28.

Selvevalueringssmetodikken er bygd på oppmuntring og veiledning og skal hjelpe helsetjenesteorganisasjoner mens de utvikler sin kontinuerlige kvalitetsforbedringsprosess. Det er ikke WHO sin hensikt å bruke standardene og indikatorene for formelt å vurdere, akkreditere eller rangere individuelle sykehus som er medlemmer av nettverket for Helsefremmende Sykehus. Hovedhensikten med å utvikle standardene er å gi et verktøy som kan støtte sykehus i å vurdere og forbedre helsefremmende aktiviteter. Når det er sagt så er sykehus, og da spesielt medlemmer i nettverket av Helsefremmende Sykehus, sterkt oppmuntret til å bruke selvevalueringssverktøyet. Siden standardene er allemannseie oppmuntres alle kvalitetsinstitusjoner og akkrediteringsorganisasjoner til å inkludere standardene for forebygging og helsefremming i sykehus i sine eksisterende standarder.

3.4. Standarder for forebygging og helsefremming

I mange land har akkrediterings organisasjoner utviklet standarder for kvaliteten på sykehusbehandlingen. Det finnes fremtredende organisasjoner, som i: Australia, "the Australian Council on Healthcare Standards" (ACHS); Canada, "the Canadian Council on Health Service Accreditation" (CCHSA); Frankrike, "the Haute Autorite de Santé" (HAS); Storbritannia "the Health Quality Services" (HQS); og USA, "the Joint Commission on Accreditation of Health Care Organizations" (JCAHO)²¹.

I tillegg til dette ble internasjonale standarder utviklet av for eksempel "the International Organization for Standardization" og den internasjonale avdelingen av JCAHO, "Joint Commission International" (JCI). Mens de fleste av disse organisasjonene arbeider for å komme frem til ett sett av standarder, er andre kvalitets organisasjoner, slik som "the European Foundation for Quality Management", basert på prinsippet om å strebe etter høyeste gradering²².

En gjennomgang av standardene som er utviklet av store akkrediterings organisasjoner fant at det var lite referanser til forebyggende og helsefremmende aktiviteter²³. WHO sine forebyggende og helsefremmende standarder ble derfor utviklet som et supplement til eksisterende akkrediteringsstandarder på bakgrunn av den generelle filosofien om kontinuerlig kvalitetsforbedring i organisasjoner. Generelt kan man si:

At selv om standarder er brukt bredt i sentrale medisinske enheter (f.eks laboratorier, endoskopi, radiologi, ambulansetjenesten, operasjons stuer), er de ikke universelt akseptert av helsepersonell på grunn av manglende pasient orientering og fokus på kliniske resultat.

Modeller som fokuserer på å nå høyest oppnåelige nivå er gjerne bygget på organisatoriske standarder og når disse blir overført til helse så mangler de

21 Quality and accreditation in health care services. A global review. ISQuA and WHO. Geneva, World Health Organization, 2003. (EIO/OSD/2003) (http://whqlibdoc.who.int/hq/2003/WHO_EIP_OSD_2003.1.pdf, accessed 08 May 2006).

22 Möller J. The EFQM excellence model. German experiences with the EFQM approach in health care. International Journal for Quality in Health Care, 2001, 13 (1): 45-49

23 Developing standards for Health Promotion in Hospitals. Background paper for the 1st Workshop on Standards for Health Promotion in Hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2002 (5038045/5).

standarder på omsorgsprosesser. WHO standarder kan blitt sett på som et nødvendig supplement på bakgrunn av det sterke fokuset på kunde og ansatt antydning i noen modeller.

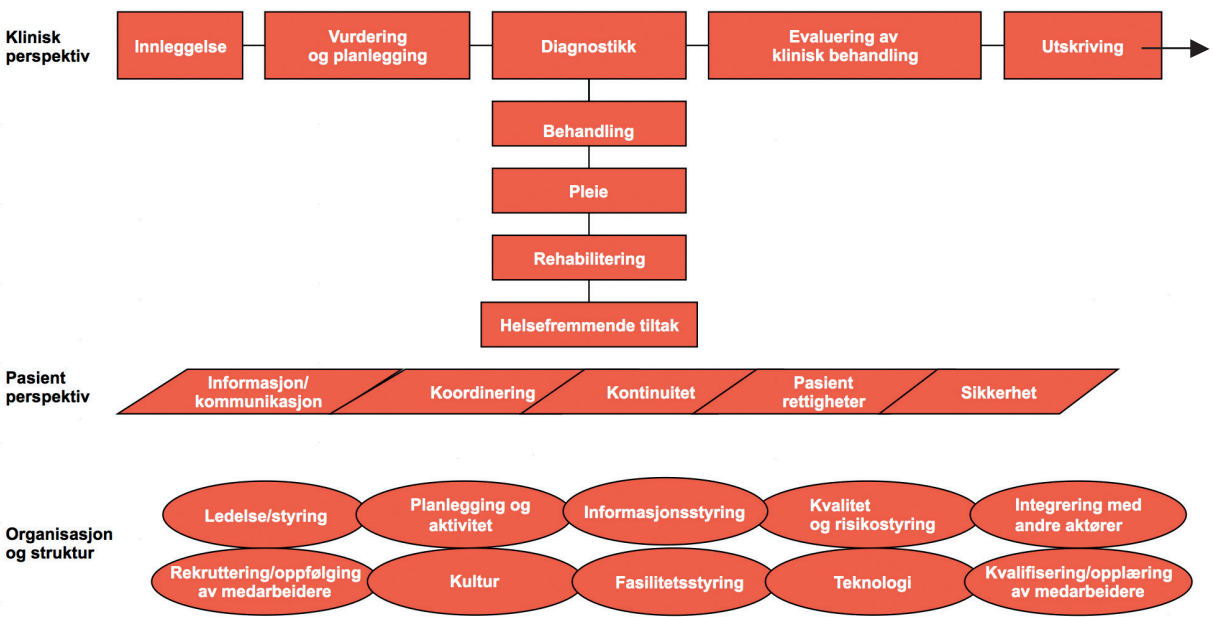
Akkrediteringsstandarder har vært brukt ved sykehus i mange land og dekker delvis komponenter av pasient veiledning, men de mangler orientering mot personells helse. WHO standardene kan komplettere denne tilnærmingen til en sterkere orientering mot pasientens rolle innen behandling av kronisk sykdom, og mot å forbedre ansattes helse.

Innhold i standardene

Standardene tar i betraktning helsepotensialet til det enkelte individ, og poengterer viktigheten av å aktivisere dem gjennom informasjon, motivasjon, veiledning, trening og andre aktiviteter for å realisere den enkeltes helsepotensial. Da informasjon, veiledning og råd kun resulterer i langvarig endring av vaner hvis de er støttet av utbredte normer, regler og kulturer, må helsefremmende intervensjoner i organisasjoner adressere disse underliggende faktorene. Basert på filosofien til nettverket av Helsefremmende Sykehus (HPH) omhandler standardene ikke bare pasient omsorg, men også personells helse, bånd sykehuset har til lokalsamfunnet og organisatorisk utvikling. Innholdet i standardene ble definert ut fra HPH nettverkets filosofi, evidensen for forebyggende og helsefremmende aktiviteter i sykehus og evidens for implementering av kvalitetsstyring i organisasjoner. Standardene gjelder for alle sektorer som har direkte eller indirekte pasientomsorg, som offentlige og private sykehus, rehabiliterings enheter og kan også anvendes ved psykiatriske - eller barnesykehus.

Standardene representerer sykehusorganisasjonens kvalitets mål relatert til tre forskjellige perspektiver: det kliniske perspektivet, pasient perspektivet og organisatorisk/ledelses perspektiv (Figur 2):

Figur 2: Klinisk, pasients og ledelses perspektiv



Utviklingsprosess

Etter forslag fra en arbeidsgruppe i det danske nettverket av helsefremmende sykehus, ble en WHO ekspertgruppe dannet for å utvikle de helsefremmende standardene. De fem standardene beskriver prinsippene og handlingene som skulle ligge til grunn for omsorg i ethvert sykehus²⁴. De ble utviklet i samsvar med de internasjonale krav fra ALPHA programmet, som inkluderer kritisk gjennomgang av litteratur, forslag til standarder, vurdering av standarder, skissering av foreløpige standarder, pilot utprøving, utvikling av "endelige" standarder, implementering og kontinuerlig revisjon og justering etter forandringer innen evidens og omsorgsutøvelse²⁵.

Gjennomgang av litteratur viste at eksisterende standarder kun marginalt omhandler emnet forebygging og helsefremming innen sykehus. Etter at det ble enighet om de fem dimensjonene standardene måtte omhandle ble ett sett av del standarder utviklet for å operasjonalisere det normative innholdet av standardene. Del standardene er basert på beste evidens for helsefremmende praksis. Målbare elementer ble videre utledet for å forbedre validiteten og reliabiliteten av evalueringsprosedyren. De må bli dokumentert mot spesiell evidens for evaluering (f.eks. hvis del standarden for "identifisert ansvar for evaluering og implementering av helsefremming" er evaluert positivt, må dette bli dokumentert med en rapport som spesifiserer dette ansvaret). Hensikten med målbare elementer og bevis er å redusere bias som enkelt individer kan ha med seg inn i evalueringsprosessen.

Målbare elementer blir vurdert som ja, delvis eller nei. Men viktigheten av å tilføye kvalitativ informasjon til denne evalueringen er understreket gjennom en tekstboks under hvert målbare element. Dette tillater dokumentasjon av evidens f.eks. for å utdype hvorfor det målbare elementet kun ble vurdert til delvis eller nei, eller for å tilføre informasjon som er viktig i utviklingen av kvalitetsforbedringsplanen. Mens en ekstern evaluering vanligvis er tilfreds med å møte en satt standard, er det viktigere for intern kvalitetsforbedring å øke kunnskapen om hvordan kvaliteten kan bli ytterligere forbedret. Den kvalitative informasjonen samlet i tekstboksen støtter dette målet.

Standarder, del-standarder og målbare elementer ble utprøvd ved 36 sykehus i ni europeiske land²⁶. Hovedmålet med utprøvingen var å evaluere om de ble sett på som relevante og anvendelige av helsepersonell ved forskjellige typer sykehus i europeiske land. I tillegg ble den nåværende oppfyllelsen av standardene vurdert for å kunne identifisere deres mulige virkning. Samtidig ble de foreløpige standardene sendt til internasjonale akkrediterings byrå og andre organisasjoner som er i involvert i kvalitetsforbedring innen helse og omsorg, for kommentarer og forslag.

24 Developing standards for health promotion in hospitals. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/Document/IHB/hphstandardsfinrpt.pdf>, accessed 08 May 2006).

25 International Standards for Health Care Accreditation Bodies. International Society for Quality in Health Care (<http://www.isqua.org/isquaPages/Accreditation/ISQualAPPrinciplesV2.pdf>, accessed 08 May 2006)

26 Groene O, Jorgensen SJ, Fugleholm AM, Moeller L, Garcia-Barbero M. Results of a pilot test of standards for health promotion in nine European countries. International Journal for Quality Assurance in Health Care, 2005, 18 (4): 300-307 (www.emeraldinsight.com/0952-6862.htm accessed 08 may 2006).

Introduksjon til standardene

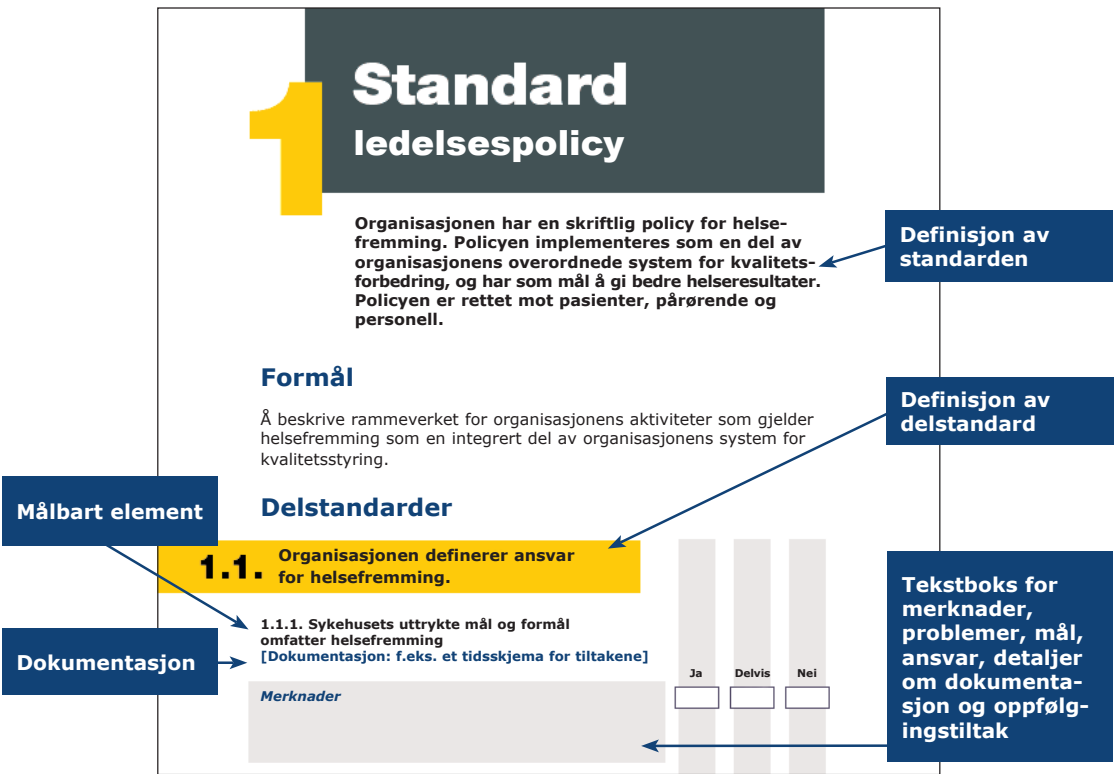
Hver standard har tre nivåer(Figur 3):

Nivå en er nivået på selve standarden. De fem standardene omhandler ledelsespolicy; pasient vurdering, -informasjon og - intervensjon; tilrettelegging av en sunn arbeidsplass, kontinuitet og samarbeid.

Nivå to er nivået med del standardene. Del standardene operasjonaliserer standarden og deler den inn i sine hovedkomponenter. Det er i alt 24 del standarder; antallet av del standarder pr standard varierer fra 4 til 6.

Nivå tre er de målbare elementene. De målbare elementene lister opp hva som er nødvendig for å fullt etterleve standarden. Hensikt med å liste opp de målbare elementene er å gi større klarhet om selve standardene og hjelpe organisasjoner med å utdanne personell vedrørende standardene og forberede for akkrediteringskartleggingen. Målbare elementer er de krav i standarden som vil bli vurdert og fastsatt til å være ikke, delvis eller helt oppnådd. Det er i alt 40 målbare elementer; antallet målbare elementer per standard varierer fra 6 til 10.

Figur 3: De tre struktur nivåene for standarder i forbygging og helsefremming innen sykehus.



3.5. Indikatorer for helsefremming og forebygging

For å komplettere standardene, og for å gi et kvantitativt målingsverktøy for å vurdere kontinuerlig forbedring, ble indikatorer til å måle innsats utviklet. Indikatorenes mål er å utfylle vurderingen av de resultat som kan forventes, hvis strukturen og prosessen som er anbefalt i formuleringen av standarder er på plass. I motsetning til standarder gir indikatorne et kvantitativt grunnlag for evaluering, kontroll og forbedring av omsorgen, og kan assistere helsearbeidere og ledere i å utvikle mål og å vurdere fremskritt innen kvalitetsforbedringsaktivitet.

Definisjon og kjennetegn på indikatorer

Indikatorer kan tjene veldig ulike formål, f.eks. å dokumentere kvalitet på omsorg, å gjøre sammenlikninger mellom plasser over tid, utføre vurdering og sette prioriteringer, støtte ansvarlighet, regulering og/akkreditering, støtte kvalitetsforbedring, støtte pasient valg av helse utøver²⁷. Indikatorer kan altså bli brukt til interne og til eksterne formål. Interne formål henger sammen med de ulike lederfunksjonene innen sykehuset, sett ut fra sykehuset som en serviceutøvende helse organisasjon. Interne formål er f.eks. overvåking, evaluering og forbedring av funksjonene på lang sikt (strategi) eller på kort sikt. Eksterne hensikter henger sammen med ansvarlighet hos støttespillerne, som den finansierende institusjonen (enten forsikring eller stat), pasient/klient og offentligheten.

Indikatorer adresserer for det meste prosess og resultat dimensjonen av omsorg, men de kan også ha med strukturelle kjennetegn å gjøre (som andelen av spesialister i forhold til andre doktorer). De kan beskrives på ulike måter, som en rate (andel av hendelser i en gitt populasjon med en sammenliknbar nevner), andel (prosent av begivenheter i en gitt populasjon), ratio (forhold mellom to), gjennomsnitts verdi (antall poeng fra en undersøkelse) eller et bestemt antall. Indikatorer kan også referere til hendelser som trenger spesiell årvåkenhet, d.v.s. fenomen som i utgangspunktet ikke er ønskelige, hvor hver hendelse ville sette i gang en grundig undersøkelse. Et eksempel på en uønsket hendelse er kirurgi gjennomført på feil side. De kan være generiske (for eksempel andel av uplanlagte returer av pasienter til operasjonsstuen), eller sykdoms spesifikke (f.eks. andel av pasienter med myokardinfarkt som får en beta blokker innen < 24 timer etter innleggelse).

I dette selvevalueringsverktøyet for helsefremming og forebygging i sykehus gir indikatorer et kvantitativt mål for å vurdere fremgang over tid for utvalgte nøkkel prosesser og resultat av utvalgte forebyggende og helsefremmings indikatorer. De er ment å skulle støtte kontinuerlig kvalitetsarbeid internt, ikke for å støtte ansvars avgjørelser. På den andre side så kan de i fremtiden bli brukt til benchmarking av helsefremmende aktiviteter, etter at de har vist seg å være vitenskaplige og nyttige i vurderingen og forbedringen av helsefremmende aktiviteter.

27

Mainz J. Defining and classifying clinical indicators for quality improvement. International Journal for Quality in Health care, 2003, 15 (6): 523-530.

Å forbinde indikatorer med innsats

En indikator gir informasjon om et bestemt resultat, mens et sett av indikatorer kan gi informasjon om et komplekst fenomen (f.eks. kvaliteten på omsorg) som i seg selv ikke er lett å fange opp. Deres validitet ligger i styrken på forholdet mellom det målbare element og det underliggende konseptet. Indikatorer er kun verktøy for måling og ikke bedømmelse. En enkeltstående indikator kan ikke brukes til å bedømme sykehus innsats, men en gruppe samlede indikatorer kan gjøre det. Tilleggsinformasjon som referanse punkt eller forklarende variabler, må tas i betraktning for å kunne trekke en slutning fra en indikator. For eksempel, er en gjennomsnittlig innleggelsestid på 10 dager etter hjerneslag betraktet som god eller dårlig? Svar på dette spørsmålet avhenger av den gjennomsnittlige innleggelsestid i landet, tilgjengelige rehabiliteringssenger, eller alvorlighetsgraden av tilstanden hos hjerneslagspasienter i sykehuset, på helsestatus ved utskrivning, på støtte gitt av sykehuset eller organisert av sykehuset etter hjemkomst, osv.

Bruk av indikatorer for benchmarking

Indikatorer kan bli brukt for å sammenlikne prestasjon mellom sykehus. En stor innsats må bli gjort for å utdype indikatorer, få klare definisjoner (teller og nevner) og justere for faktorer som kan føre til forvirring i sammenlikningen. En sammenlikning av dødelighet ville for eksempel ikke være solid uten at resultatene ble justert med hensyn til alder, alvorlighetsgrad og komorbiditet. Selv etter omfattende risikojusteringer med bruk av flervariable statistiske teknikker kan uforklarlig etterslepene variasjoner eksistere som minsker styrken av sammenlikningen.

En klar forskjell må trekkes mellom enkle sammenlikninger og konseptet benchmarking. Mens sammenlikning som begrep er en mer løselig terminologi for å sammenlikne resultat med hverandre, innebærer benchmarking å sammenligne resultater fra organisasjonsevalueringer med andres resultater, og å sammenligne prosesser mot prosesser hos andre som er anerkjent for å være av høy kvalitet, for å kunne gjøre forbedringer. Benchmarking innebærer altså sammenlikning, identifisering av høy kvalitet og til slutt en undersøkelse av faktorene som fikk en organisasjon til å utmerke seg på de områdene som er vurdert, sammenlignet med andre.

Utvikling av indikatorer for forebygging og helsefremming

Vanlig rammeverk for prestasjonsvurdering som er i bruk på det nåværende tidspunkt for å identifisere forebyggende og helsefremmende relaterte indikatorer, ble gjennomgått og kun noen få indikatorer var relevante for forebygging og helsefremming. De fleste av de 300 indikatorer som ble funnet adresserte området klinisk effektivitet²⁸.

Indikatorer for å supplere selvevalueringsverktøyet for helsefremming og forebygging i sykehus ble derfor utviklet ved bruk av arbeidsgrupper og konsensus metoder. Det ble holdt to internasjonale møter, som brakte

28 Champagne F, Guisset AL. A review of the indicators currently used in performance evaluation systems. Background paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2003 (5038066/9)

sammen eksperter på området med utvikling av indikatorer, kvalitetsforbedring, akkreditering og helsefremming²⁹. Indikatorerne for helsefremming som er identifisert er kanskje ikke så vitenskapelige vanntette som andre som har vært brukt lenge i klinisk praksis. Det må fremheves at prestasjonevaluering av helsefremmende aktiviteter fremdeles er et nytt område og vil ha nytte av videre utvikling. Når det gjelder data innsamling krever mange av indikatorerne for helsefremming ekstra innsats, da informasjonen generelt sett ikke blir fanget opp gjennom rutineinformasjonssystemer. På den andre side så gir dette også en mulighet til å samle mer detaljert data for å få en bedre tilpassning til sammenlikninger eller for å passe bedre med egne organisatoriske prioriteter. De følgende indikatorerne ble utvalgt for å komplettere de fem standardene for helsefremming som er presentert i selvevalueringsverktøyet for forebygging og helsefremming i sykehus (Tabell 1).

Tabell 1: Oversikt over indikatorer for helsefremming

Standard/Område	Indikator
Ledelsespolicy	% av ansatte som er bevisst den helsefremmende og forebyggende strategi % av pasienter (og pårørende) som er klar over standardene for helsefremming og forebygging % av budsjettet avsatt til helsefremmende og forebyggende aktiviteter overfor ansatte
Pasient vurdering	% av pasienter vurdert for generiske riskfaktorer % av pasienter vurdert for sykdoms spesifikke risikofaktorer i følge retningslinjene Resultat på undersøkelse av pasientens tilfredshet med evalueringsprosedyren
Pasient informasjon og intervensjon	% av pasienter som har gått gjennom opplæring i forhold til å mestre sin sykdom % av pasienter opplært om modifikasjon av riskfaktor og behandlingsmuligheter i håndteringen av deres tilstand Resultat på undersøkelse angående pasienters erfaringer med informasjon og intervensjons- prosedyrer
Fremme en helsefremmende arbeidsplass	% av ansatte som røyker Røyke slutt Resultat på spørreskjema angående ansattes opplevelse av arbeidsforhold % av kortidsfravær % av arbeidsrelaterte skader Resultat på skala for utbrenthet
Kontinutet og samhandling	% av epikriser sent til fastlege eller henvisende klinikk innen to uker etter utskrivning eller gitt til pasient ved utskrivning Reinnleggelsesraten for ambulant tjeneste ved sensitive tilstander innen fem dager Resultat fra pasientundersøkelsen angående utskrivelses forberedelsen

29 Standards for health promotion: development of indicators for self-assessment tool. WHO Regional Office for Europe, 2003 (<http://www.euro.who.int/document/E84988.pdf>, accessed 08 May 2006).

Disse indikatorene er beskrevet mer detaljert i seksjon 7. For hver indikator ble det laget et veileder som omhandlet følgende: område, navn, rasjonale og rettferdiggjøring, teller, nevner, data kilde, stratifisering og notater.

3.6. Bruk av standarder og indikatorer til å utfylle hverandre

Standarder fokuserer mest på struktur og prosess, mens indikatorer hovedsakelig referer til prosess og resultat. Indikatorer har forskjellige metriske egenskaper og trenger teller og nevner. Standarder trenger en klar definisjon, men kan ikke nødvendigvis bli uttrykt i numerisk terminologi. Forholdet mellom standarder og indikatorer er kompletterende; de følger ulike filosofier og kan sammen støtte aktiviteter for kvalitetsforbedring i sykehus.

Bruk av standarder og indikatorer for å vurdere kvalitet

Standard-basert evaluering er basert på en vurdering om nødvendige strukturer, systemer og prosesser er på plass og virker for å oppnå konsekvente gunstige resultater. Den underliggende forutsetningen er at hvis standardene er møtt, så er alle elementer på plass for å maksimere sjansen for gode resultat for pasienter, ansatte og offentligheten forøvrig. Standarder måler innsats for å fremme kvalitet.

Spørsmål stilt gjennom vurderingen om standerne blir overholdt lyder: "Gjør organisasjonen det rette" og "Gjør den konsekvent det som er riktig?" Å vurdere standarder gir likevel ikke informasjon om den faktiske innsatsen til en organisasjon.

På den andre side er innsatsvurdering basert på indikatorer et mål på hva som ble gjort og hvor bra det ble gjort. Selv om en innsatsmåling kan være av strukturell karakter eller prosess, så måler den ideelle innsatsvurderingen helseresultat, helsestatus, pasient tilfredsstillelse og ressursbruk i sammenheng med omsorg. Bruken av innsatsvurdering er begrenset av utfordringen det er å samle og analysere komplekse data som har behov for å bli justert for mulige sammenblandede faktorer. Enslige indikatorer er vanskelige å tyde og det er for det meste sammenhengen mellom utvalgte indikatorer som reflekterer potensialet for kvalitetsforbedring.

I følge Donabedian`s typologi kan kvalitet bli vurdert gjennom struktur, prosess og resultat. Selv om det til slutt er resultatet som teller, er det fra kvalitet forbedrings perspektiv viktig å studere sammenhengen mellom struktur, prosess og resultat. Kombinasjonen med komplementære standarder og indikatorer tillater å se på forbindelsen mellom struktur, prosess og resultat.

Uoverensstemmelse med standarder kan gi et hint om strukturer eller prosessforandringer som kanskje trengs for å maksimere sjansene for et positivt resultat. Informasjon om negative resultat, som uønskede hendelser, er det for eksempel viktig å overvåke, men når en hendelse skjer er det for sent å forandre den.

Bruk av standarder og indikatorer i selvevalueringsverktøyet

I WHO selvevalueringsverktøyet er standardene kun vurdert ut fra målbare elementer. Helsefremmende indikatorer er ment å skulle supplere vurderingen av om standarden blir etterlevd og å gjenspeile vedvarende oppfyllelse av standarden. Det er opp til sykehuset å bestemme hvilke av de supplerende indikatorene det skal samles data for, men det bør innsamles data for i alle fall en indikator fra hvert domene. Selvevalueringsverktøyet inneholder også en seksjon med tilleggsindikatorer hvor lokalt viktige eller rutinemessige tilgjengelige indikatorer kan bli rapportert. Hvis et sykehus velger å legge til tilleggs indikatorer, må disse beskrives på samme måte som indikatorene i denne håndboken.

Hovedbruken av indikatorer i selvevalueringsprosedyrer er for å etablere en operasjonell baseline for videre kvalitetsforbedrende handlinger som burde bli tatt i betraktning ved utviklingen av handlingsplanen for kvalitetsforbedring. En slik baseline vil være en sterk støtte ved gjentatte registreringer av prestasjon over tid.

4. Implementering

4.1. Avklare ansvar

Det er viktig å understreke at helsefremming ikke kan bli delegert til en spesiell rolle eller funksjon innen sykehuset, det er alles ansvar innen et sykehus; både pasienter og hver enkelt ansatt kan bidra. For kvalitetssikring bør helsefremming bli vurdert av standarder og indikatorer som annen klinisk kvalitets virksomhet. Det kan, i denne sammenheng, sees å gi tilleggsverdi til eksisterende kvalitets forbedringer. Selvevalueringen av helsefremmende aktiviteter burde derfor bli integrert i det eksisterende kvalitets system for sykehusledelse.

Det er viktig å understreke at hele personalet må være forpliktet til å få til suksess med implementeringen. Graden av forpliktelse vil variere avhengig av interesse og motivasjon, men støtte av implementeringen i hele sykehuset og eierskap er de to hovedpilarene for suksess. For å implementere standardene må et team med klart definerte roller og ansvar etableres.

Partnere:

Sykehusledelse: Det er essensielt at sykehusledelsen, med direktør, styre og klinikkledelse forplikter seg til å sørge for implementering av handlingsplanen og at det finnes ressurser for gjennomføring.

Implementeringsleder: Det er også avgjørende at en implementeringsleder blir oppnevnt på sykehuset for å lede prosessen og trene annet personell i å foreta selvevalueringen. Ideelt sett så er denne personen allerede ansvarlig for kvalitetsevaluering innen sykehuset, da implementeringen må gjøres på samme måte som annen kvalitetsfremmende aktivitet.

Leder for hvert av domeneene av helsefremming og forebygging: Lederen for implementeringen ønsker kanskje å nominere en leder for hver av de fem helsefremmende områdene (men lederne kan være ansvarlige for flere enn en standard). Lederne må ta ansvar for å evaluere nivået av etterlevelse av standardene og del standardene. De er ansvarlige for å samle dokumentasjon som støtter deres evaluering. I samarbeid med andre medlemmer av styringsgruppen er de ansvarlige for å samle data for helsefremmingsindikatorer.

Multidisiplinær styringsgruppe: Implementeringslederen må opprette ei multidisiplinær styringsgruppe som representerer ansatte på alle nivåer. Styringsgruppa må møtes jevnlig for å diskutere fremgang angående selvevalueringen, utvikle tverrfaglige ideer og fremme større eierskap. Hvert sykehus må identifisere medlemmene av styringsgruppa i følge deres organisasjon.

Likevel er det foreslått at følgende personell bør være involvert i den multidisiplinære styringsgruppen:

- en sykepleier med lederansvar
- en overlege og en assistent lege
- en toppleder
- en fra HR,
- en fra de medisinske støtteprofesjonene (for eksempel fysio -, ergoterapi), generelle støttetjenester (som radiologi) og /eller en ansatt fra det generelle ikke kliniske området.

4.2. Datainnsamling

Personell på ulike nivåer innen sykehuset bør være involvert i data innsamling og i å støtte en kollektiv etterlevelse av standarden. Det er viktig å poengtere at det har liten verdi at en enkelt person fyller ut selvevalueringen uten at det relevante personell deltar, da dette kan forhindre at personell føler eierskap og dermed ikke involverer seg i læringsprosessen. Tre hoveddata kilder innen sykehuset kan brukes for å evaluere standarder og indikatorer: rutine informasjons system, kartleggings metoder og revisjons prosedyrer. I tillegg kan noe data bli gitt av eksterne partnere som forsikringsselskap som kan ha data angående livsstils eller fraværs statistikk blant ansatte.

Rutineinformasjonssystemer kan inneholde informasjon om noen av de helsefremmende standardene og indikatorene; spesielt nyttig ville elektroniske pasient journalsystemer vært som tillater at en henter ut informasjon angående vurdering av spesielle helsefremmende og forebyggende behov eller aktiviteter.

Administrative databaser kan til en viss grad inneholde informasjon om indikatorene angående helsefremming på arbeidsplassen. Når data er tilgjengelig fra rutine kilder burde de bli brukt til selvevalueringen for å redusere arbeidsmengden i forhold til datasamling. Imidlertid kan det være at typen informasjon i slike databaser ikke er spesifikk nok for å kunne brukes til å evaluere helsefremmende tiltak. I tillegg kan det være liten fleksibilitet for å kunne tilpasse dem til andre formål.

Det må utføres en **undersøkelse** for en rekke av de helsefremmende indikatorene. Dette kan være en undersøkelse angående pasientenes opplevelse, men også en undersøkelse av de ansattes opplevelse. Da undersøkelser kun skal utføres ved bruk av gyldige og pålitelige metoder, som kan være ressurskrevende, bør bruken av undersøkelser begrenses så mye som mulig. Alternativt bør det vurderes å inkorporere punkter for å vurdere helsefremmende standarder og indikatorer inn i eksisterende pasient- og personalundersøkelser.

Det kreves en revisjon av kliniske journaler for å kunne vurdere noen av standardene angående pasient evaluering, informasjon og intervensjon. Detaljer for revisjonsprosedyrer er oppsummert under.

Standarder

Standardene som dekker ledelsesnivået og de som dekker alle deler av sykehuset, (ledelsespolicy, en helsefremmende arbeidsplass, kontinuitet og samhandling), burde bli evaluert av sykehusledelsen eller av kvalitetskomité, hvis den finnes.

Standardene for klinisk aktivitet (pasient vurdering, informasjon og intervensjon) burde bli evaluert på klinikk nivå. Det er anbefalt å evaluere journalen til 50 utskrevne pasienter som er randomisert valgt innen en innlegningsperiode på 3 måneder. Revisjonsgruppen bør være en interdisiplinær gruppe av profesjonelle med godt kjennskap til dokumentasjonsrutinene på avdelingen. Termen "pasientjournaler" dekker all slags dokumentasjon (medisinskjournal, sykepleie -, fysioterapi-, og dietetiker notater osv.) som må tas i betraktning ved evalueringen av sykehusets etterlevelse av standardene.

Indikatorer

Indikatorer må rapporteres i selvevalueringen. Prosessen med å samle data for å konstruere indikatorene må gjøres separat. Det er opp til sykehuset å bestemme hvilke indikatorer de vil velge, men det bør samles data på minst en indikator for å komplementere hver av de fem standardene.

Indikatorene må bli rapportert i selvevalueringen for å utvikle en handlingsplan som er basert på både etterlevelse av standardene og nivået på prestasjon i følge indikatorene. Gjentatte målinger av indikatorene over tid er nødvendig for å reflektere forandring i indikatorene. Det er foreslått at data om indikatorene skal bli samlet inn hver sjette måned.

4.3. Tolkning av resultater

Kvalitets målinger krever oppsummerte data angående behandling og omsorg ytt til pasienter, uttrykt i rate, ratio, hyppighet, distribuering, eller poeng for gjennomsnittlig prestasjon.

Mål er ofte sammensatt av et nummer og en måleenhet, der nummeret gir mengden og måleenheten gir sammenhengen for tolkning av nummeret. Det er vanskelig å tolke resultatet av en kvalitetsmåling som god eller dårlig hvis det ikke finnes en standard å sammenligne med. De ulike typene av sammenlikning er ekstern sammenlikning med like leverandører på et gitt tidspunkt, ekstern sammenlikning med like leverandører over tid, intern sammenlikning over tid (sammenlikning av poeng før og etter kvalitetsforbedringsinnsats), og foreskrevet standard(f. eks. mål bestemt av den regionale helseplanen).

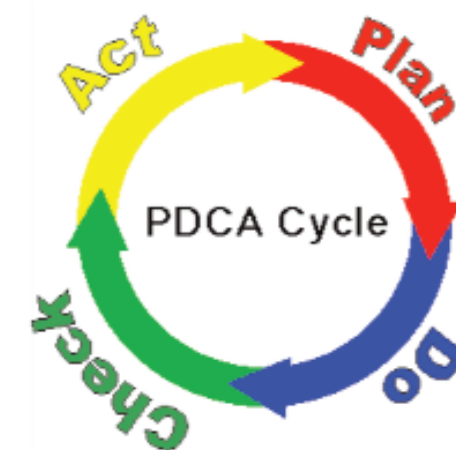
Innen enkelte behandlingsområder og tjenester finnes det veletablerte standarder. I disse tilfellene er det mulig å konkludere om det eksisterer et kvalitetsproblem eller ikke. Der det ikke finnes noen standard for omsorg, kan resultatene bli meningsfulle hvis de er sammenlignet med bestemte mål, som er satt av den implementerende organisasjonen eller av nasjonale mål. Det er foreslått å diskutere resultatene av selv

- evalueringen både innen sykehuset og med andre sykehus som har gjennomgått selv
- evaluering av helsefremmende aktiviteter.

4.4. Å utvikle en kvalitetsforbedringsplan

Ved implementering er det anbefalt og følge planlegg - utfør - kontroller - handle (PDCA) syklusen. Denne PDCA syklusen var opprinnelig oppfunnet av Walter Shewhart in 1930 årene og senere tatt i bruk av W. Edwards Deming. Modellen gir ett rammeverk for forbedring av en prosess eller et system. Den kan bli brukt for å veilede hele forbedringen eller for å utvikle bestemte prosjekt etter at mål for forbedrings områder er blitt identifisert. PDCA syklusen er konstruert for å bli brukt som en dynamisk modell (Figur 4). Fullføringen av en runde av syklusen flyter inn i begynnelsen på neste. I tråd med den kontinuerlige kvalitetsforbedringsånd kan prosessen alltid bli analysert på ny og ett nytt forsøk på forandring kan begynne.

Figur 4: Planlegg – Utfør – Kontroller – Handle (PDCA)



Planlegg (Plan): planlegg en aktivitet, prosjekt eller prosedyre som har forbedring som mål. Dette medfører å analysere hva du planlegger å forbedre, å søke etter områder som har mulighet for forbedring og bestemme hvor det finnes mulighet for at størst utbytte kan bli realisert.

Utfør (Do): utfør forandringen eller undersøkelsen (fortrinnsvis i liten målestokk) og implementer forandringen du bestemte deg for i planleggingsfasen.

Kontroller (Check): gå gjennom resultater og analyser fiaskoer og suksesser. Dette er et avgjørende trinn i PDCA syklusen. Etter at du har

implementert forandring i en kort tid, må du ta stilling til hvor bra den virker. Fører den virkelig til forbedring på den måten du hadde håpet på? Du må bestemme deg for flere målemetoder som kan kontrollere nivået av forbedring.

Handle (Act): innføre forandringen, skrinlegg den, eller gå gjennom syklusen en gang til.

Hver seksjon av selvevalueringsverktøyet har et tekstfelt hvor handlingene for kvalitetsforbedring må dokumenteres. (Disse handlingene er identifisert ved evaluering av standarder og indikatorer). Det må også identifiseres hvem som har ansvar for den enkelte handling. I tillegg er det påkrevd å dokumentere tidsrammen for handlingen og dens forventede resultat. Den siste delen av selvevalueringsverktøyet inneholder et annet tekst felt hvor de totale kvalitetsforbedringsaktiviteter og handlinger relatert til bestemte standarder kan bli rapportert.

Det er implementeringslederens ansvar, sammen med den multidisiplinære styringsgruppe, å fylle inn data så nøyaktig som mulig og samtidig være realistisk angående mulige kvalitetsforbedringshandlinger for å kunne få støtte fra topp ledelsen for implementeringen av forslaget. Når selvevalueringen er ferdig vil styringsgruppen være i stand til å identifisere områder med god praksis og områder som trenger videreutvikling, hvor sykehuset ikke oppnår standardene eller del standardene. En handlingsplan kan da utvikles for å adressere de områdene. Det er viktig at handlingene i planen er relaterte til lokale og nasjonale prioriteringer eller mål og sykehusets egne tilgjengelige ressurser. Handlingsplanen bør også bli integrert i sykehusets eksisterende ledelsessystem for overvåking av utviklingen.

Etter en suksessfull identifisering av kvalitetsforbedringspotensialer, planlegging og implementering av aktiviteter, må en påfølgende selvevaluering utføres for å fortsette kvalitetsforbedringssyklusen. Når hver hele PDCA syklus blir fullført, kan en ny noe mer komplisert oppgave settes i gang for kontinuerlig å forbedre tjenesten.

5. Evalueringsskjemaer

Ansvar for selvevaluering

Ansvar for selvevalueringen bør bli dokumentert i denne seksjonen. En person må ta det overordnede ansvaret (implementeringsleder). Ytterligere ansvar kan delegeres for de enkelte standardene, etter sykehusets oppbygging og tilgang på personell (for eksempel kan ansvaret for standard 1 og 5 ligge hos et medlem av toppledelsen, mens ansvaret for andre standarder kan ligge hos noen i klinikken). Hvert medlem bør signere på en avtale om at de vil gjøre datainnsamlingen eller veilede denne innsamlingen.

Handlingsplanen bør diskuteres og planlegges av hele styringsgruppen. Prosjektlederen godkjenner handlingsplanen og fasiliteter dens implementering. Handlingsplanen må legges fram for ledelsen.

Implementeringsleder

(tar ansvar for å ha tilsyn med hele selvevalueringsprosessen og for resultatet som presenteres).

Navn:	
Funksjon:	
Dato:	/ /

Signatur

Medlemmer av styringsgruppen

Navn	Avdeling	Tittel/ Funksjon	Profesjon/ Disiplin

Implementeringsleder standard 1: Ledelses policy

Navn:		
Funksjon:		
Dato:	/	/

Signatur

Implementeringsleder for standard 2: Vurdering av pasienter

Navn:		
Funksjon:		
Dato:	/	/

Signatur

Implementeringsleder for standard 3: Pasient informasjon og intervensjon

Navn:		
Funksjon:		
Dato:	/	/

Signatur

Implementeringsleder for standard 4: Tilrettelegging av en helsefremmende arbeidsplass

Navn:		
Funksjon:		
Dato:	/	/

Signatur

Implementeringsleder for standard 5: Kontinuitet og samhandling

Navn:		
Funksjon:		
Dato:	/	/

Signatur

1 Standard Ledelse

Organisasjon har overordnede skriftlige retningslinjer for forebyggende og helsefremmende arbeid. Retningslinjene inngår i den overordnede strategi for kvalitetsutvikling. Målet er å oppnå økt helsegevinst. Retningslinjene gjelder for pasienter, pårørende og ansatte.

Formål

Formålet med denne standarden er å beskrive rammene for organisasjonens aktiviteter innen forebyggende og helsefremmende arbeid som en integrert del av organisasjonens kvalitetssystem.

Del standarder

1.1. Organisasjonen har identifisert sitt ansvar for forebyggende og helsefremmende arbeid.

1.1.1. Forebyggende og helsefremmende arbeid er inkludert i sykehusets overordnede strategi og mål.
Indikasjon: f.eks. tidsplan for gjennomføring.

Kommenarer

1.1.2. Referater bekrefter at sykehusledelsen i løpet av siste året har tatt stilling til fortsatt medlemskap i WHO-nettverket Norsk nettverk for helsefremmende arbeid.
Indikasjon: f.eks. det finnes en dato for vedtak eller for innbetaling av medlemsavgift.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

1.1.3. Sykehusets kvalitetssystem og strategiplan inkluderer forebyggende og helsefremmende arbeid for pasienter, ansatte og lokalsamfunnet.
Indikasjon: f.eks. forebyggende og helsefremmende arbeid er et uttrykt mål i handlingsplan.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.1.4. Sykehuset har ansatte og funksjoner for å koordinere forebyggende og helsefremmende arbeid.
Indikasjon: f.eks. en ansatt er utpekt som koordinator for forebyggende og helsefremmende arbeid.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.2. Organisasjonen har avsatt ressurser for å implementere forebyggende og helsefremmende arbeid.

1.2.1. Det finnes et budsjett for forebyggende og helsefremmende arbeid og materiale til dette
Indikasjon: f.eks. budsjett eller ansatte ressurser.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.2.2. Operasjonelle prosedyrer som kliniske retningslinjer eller pasientforløp, hvor forebyggende og helsefremmende tiltak er inkorporert, er tilgjengelig i klinikkene.
Indikasjon: f.eks. Sjekk retningslinjene.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.2.3. Spesifikke strukturer og fasiliteter som forutsettes for å drive forebyggende og helsefremmende arbeid (som ressurser, plass, utstyr) kan identifiseres.
Identifikasjon: f.eks. at utstyr for å løfte pasient er tilgjengelig.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.3. Organisasjonen sikrer tilgjengeligheten av prosedyrer for innsamling og evaluering av data for å overvåke kvaliteten på de forebyggende og helsefremmende tiltakene.

1.3.1. Data på forebyggende og helsefremmende tiltak registreres rutinemessig og er tilgjengelig for ansatte for evaluering.
Indikasjon: f.eks. er tilgjengelighet evaluert i ansatte undersøkelse.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

1.3.2. Det er etablert et program for kvalitetsevaluering av de forebyggende og helsefremmende tiltakene.
Indikasjon: f.eks. er tidsplan for undersøkelser tilgjengelig.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐

Standard 1: Ledelse

Tilleggsindikatorer

- _____ % av de ansatte er oppmerksomme på sykehuset strategi med henblikk på forebyggende og helsefremmende arbeid
- _____ % av pasientene (og pårørende) er klar over standardene for forebyggende og helsefremmende tiltak
- _____ % av budsjettet er avsatt til forebyggende og helsefremmende arbeid for ansatte

Egne tilleggsindikatorer
(lokale indikatorer som er ønskelige å ha med i handlingsplanen)

Standard 1: Ledelse

Handlingsplan

	Tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat
Generelle kommentarer				
1.1.				
1.2.				
1.3.				

2 Standard Vurdering av pasienter

Organisasjonen sørger for at helsepersonell i samarbeid med pasienten foretar en systematisk vurdering av behovet for forebyggende og helsefremmende tiltak.

Formål

Formålet med denne standarden er å støtte opp om pasientbehandlingen, bedre prognosen og fremme pasientenes helse og velvære.

Delstandarder

2.1. Organisasjonen sikrer tilgjengelighet av prosedyrer for å kunne vurdere behov for forebyggende og helsefremmende tiltak for alle pasienter.

2.1.1. Det eksisterer retningslinjer for registrering av røyking, alkohol inntak, ernæring og psyko-sosial-økonomisk status

Indikasjoner: f.eks. tilgjengelighet av retningslinjer.

Kommentarer

2.1.2. Retningslinjene/prosedyrene er blitt revidert i løpet av det siste året.

Indikasjon: f.eks. revisjonsdato, ansvarlig person for revisjon.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

2.1.3. Det eksisterer retningslinjer om hvordan en identifiserer behov for forebyggende og helsefremmende tiltak tilpasset den enkelte diagnosegruppe (f.eks. astma pasienter, diabetes pasienter, KOLS pasienter, pasienter med kirurgiske inngrep og rehabiliterings pasienter).

Indikasjoner: f.eks. for gruppen pasienter som behandles ved avdelingen.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

2.2. Vurderingen av en pasients behov for forebyggende og helsefremmende arbeid skjer første gang pasienten kommer i kontakt med sykehuset. Vurderingen revideres og endres ved endringer i pasientens tilstand eller etter anmodning fra pasienten.

2.2.1. Vurderingen er registrert i pasientens journal ved innleggelse

Indikasjon: Gjennomgang av inntakstnotat..

Kommentarer

2.2.2. Det finnes retningslinjer for revurdering av behov ved utskrivelse eller på slutten av en gitt intervensjon.

Indikasjon: f.eks. retningslinjene.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

2.3. Vurdering av pasientens behov speiler informasjonen gitt av andre og skjer med respekt for pasientens sosiale og kulturelle bakgrunn.

2.3.1. Informasjon fra henvisende lege eller andre relevante kilder er tilgjengelig i pasientens journal.

Kommentarer

2.3.2. Sosial og kulturell bakgrunn dokumenteres i journalen når dette er relevant.
Indikasjon: f.eks. er religion som krever spesiell diett eller annen tilrettelegging er registrert. Sosiale forhold som kan tyde på særlig risiko.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Standard 2 Pasientvurdering:

Tilleggsindikatorer

- _____ % av pasientene er vurdert i forhold til arvelige risikofaktorer
- _____ % av pasientene er vurdert i forhold til sykdomsspesifikke risikofaktorer i samsvar med retningslinjer.
- _____ Resultat på pasienttilfredshet i forhold til vurderingsprosedyrer

Egne tilleggsindikatorer

(lokale indikatorer som er ønskelige å ha med i handlingsplanen)

Standard 2: Vurdering av pasienter

Handlingsplan

	Tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat
Generelle kommentarer				
2.1.				
2.2.				
2.3.				

3 Standard Pasientinformasjon og intervensjon

Organisasjonen sørger for at pasienten informeres om faktorer som har betydning for sykdom eller helsetilstand, og forebyggende og helsefremmende tiltak integreres i alle behandlingslinjer.

Formål

Formålet er å sikre at pasienten er informert om planlagte aktiviteter samtidig som pasienten settes i stand til å være en aktiv medspiller. Forholdene legges til rette for at forebyggende og helsefremmende tiltak integreres i alle behandlingslinjer.

Delstandarder

3.1. Basert på vurderingen av behovet for forebyggende og helsefremmende tiltak informeres pasienten om faktorer som har innvirkning på deres helse. I samarbeid med pasienten utarbeides en plan for relevante forebyggende og helsefremmende tiltak.

3.1.1. Informasjon gitt til pasienten dokumenteres i pasientjournalen
Indikasjon: f.eks. stikkprøver av pasientjournaler.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei

3.1.2. Forebyggende og helsefremmende tiltak og forventede resultater er dokumentert og evaluert i journalen.
Indikasjon: f.eks. gjennomgang av pasientjournal.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei

3.1.3. Undersøkelse av pasienters tilfredshet i forhold til informasjonen som er gitt gjennomføres og resultatene integreres i kvalitetssystemet.
Indikasjon: f.eks. ulike typer undersøkelser: Kartlegging, spørreskjema, gruppeintervjuer, etc. Tidsplan.

Kommentarer

3.2. Organisasjonen sikrer at alle pasienter, ansatte og besøkende har tilgang til generell informasjon om faktorer som påvirker helse.

3.2.1. Generell helse informasjon er tilgjengelig
Indikasjon: f.eks. tilgjengelighet av skriftlig eller nettbasert informasjon, eller egen informasjonsskranke.

Kommentarer

3.2.2. Detaljert informasjon om høy/risiko sykdommer er tilgjengelig
Indikasjon: f.eks. tilgjengelighet av skriftlig eller nettbasert informasjon eller egen informasjonsskranke.

Kommentarer

3.2.3. Informasjon er tilgjengelig om pasient organisasjoner.
Indikasjon: f.eks. kontakt informasjon finnes.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Standard 3 Pasientinformasjon og intervensjon

Tilleggsindikatorer

- _____ % av pasientene er undervist om spesielle tiltak i egen mestring av sin helsetilstand
- _____ % av pasientene er undervist om reduksjon av risikofaktorer og ulike behandlingsalternativer for mestring av egen helsetilstand
- _____ Resultat på kartlegging av pasienters opplevelse av prosedyrer for informasjon og intervensjon.

Egne tilleggsindikatorer

(lokale indikatorer som er ønskelige å ha med i handlingsplanen)

Standard 3: Pasientinformasjon og intervensjon

Handlingsplan

	Tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat
Generelle kommentarer				
3.1.				
3.2.				

4 Standard
Tilrettelegging av en helsefremmende arbeidsplass

Ledelsen legger til rette for utvikling av sykehuset som en helsefremmende arbeidsplass.

Formål

Formålet med denne standarden er å støtte tiltak som gjør arbeidsplassen sunn og sikker og støtter ansattes forebyggende og helsefremmende aktiviteter.

Delstandarder

4.1. Organisasjonen sørger for utvikling og implementering av et sunt og trygt arbeidsmiljø.

4.1.1. Arbeidsmiljøet er i tråd med nasjonale/regionale direktiver og indikatorer
Indikasjon: f.eks. nasjonale og internasjonale (EU) forskrifter er anerkjent.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei

4.1.2. Ansatte overholder organisasjonens HMS reglement og alle arbeidsmiljø risikoer er identifisert.
Indikasjon: f.eks. sjekk data på yrkes skader.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei

4.2.

Organisasjonen sikrer utviklingen og implementeringen av en omfattende HR strategi som inkluderer opplæring i og utvikling av forebyggende og helsefremmende ferdigheter for ansatte.

4.2.1. Nyansatte får en innførende opplæring og trening som også omfatter sykehusets policy på forebygging og helsefremming.
Indikasjon: f.eks. intervju av nyansatte.

Kommentarer

4.2.2. Ansatte i alle avdelinger kjenner til innholdet i organisasjonens forebyggende og helsefremmende policy.
Indikasjon: f.eks. årlig prestasjons evaluering eller ansattes deltagelse i forebyggende og helsefremmende arbeid.

Kommentarer

4.2.3. Det eksiterer et prestasjonsvurderingssystem og en kontinuerlig faglig utvikling som inkluderer forebygging og helsefremming.
Indikasjon: f.eks. dokumentasjon ved gjennomgang av personal mapper eller intervju.

Kommentarer

4.2.4. Arbeidspraksis (prosedyrer og retningslinjer) er utviklet av tverrfaglige team.
Indikasjon: f.eks. sjekk prosedyrer, sjekk med personalet.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

4.2.5. Ansatte er involvert i sykehusets utvikling, revidering og evaluering av policy.
Indikasjon: f.eks. sjekk med personalet, sjekk referater fra arbeidsgrupper.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

4.3.

Organisasjonen sikrer tilgjengelighet av prosedyrer for å utvikle og opprettholde ansattes kunnskap om helserelaterte spørsmål.

4.3.1. Retningslinjer for kunnskap om helse spørsmål er tilgjengelig for ansatte
Indikasjon: f.eks. sjekk retningslinjer om røyking, alkohol, stoff misbruk og fysisk aktivitet.

Kommentarer

4.3.2. Røykestopp kurs er tilbudt
Indikasjoner: f.eks. dokumentasjon av tilgjengelige kurs.

Kommentarer

4.3.3. Årlig kartlegging som inkluderer vurdering av ansattes helse adferd, kunnskap om støttetilbud/ strategier og bruk av opplæringsprogram er utført.
Indikasjon: f.eks. sjekk hvilke spørsmål som er brukt og resultatene fra undersøkelsen.

Kommentarer

Standard 4 En helsefremmende arbeidsplass

Tilleggsindikatorer

% av personalet røyker

Røykeslutt

Resultat på kartlegging av personalets opplevelse av arbeidsforhold

% korttidsfravær

% yrkesrelaterte skader

Resultat på skala for utbrenthet

Egne tillegggsindikatorer

(lokale indikatorer som er ønskelige å ha med i handlingsplanen)

Standard 4: En helsefremmende arbeidsplass

Tiltaksplan

	Tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat
Generelle kommentarer				
4.1.				
4.2.				
4.3.				

5 Standard

Kontinuitet og samhandling

Organisasjonen har en strategi for samhandling med andre nivåer i helsevesenet, andre institusjoner og sektorer.

Formål

Formålet med denne standarden er å sikre samarbeid med relevante partnere og å initiere partnerskap for å optimalisere integrering av forebyggende og helsefremmende arbeid i alle pasientforløp.

Delstandarder

5.1. Organisasjonen sikrer at tilbud innen forebyggende og helsefremmende tiltak er i samsvar med aktuelle bestemmelser og helseplaner.

5.1.1. Sykehusets styre tar den regionale helse planen i betraktning.
Indikasjon: f.eks. reguleringene og bestemmelsene er identifiserte og kommenterte i referat fra styret.

Kommentarer

5.1.2. Sykehusets styre kan vise til en liste av helse- og sosialtjenesteytere som sykehuset samhandler med.
Indikasjon: f.eks. sjekk etter oppdatert liste.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

5.1.3. Den intra- og intersektorielle samhandlingen med andre har sitt grunnlag i iverksettelse av den regionale helse planen
Indikasjon: f.eks. sjekk overensstemmelsen.

Kommentarer

5.1.4. Det finnes en skriftlig plan for samhandling for å bedre kontinuiteten i omsorgen av pasientene.
Indikasjon: f.eks. kriterier for innleggelse, utskrivnings plan.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐
☐	☐	☐

5.2. Organisasjonen sikrer tilgjengeligheten og implementeringen av forebyggende og helsefremmende tiltak og prosedyrer ved polikliniske besøk og etter utskrivelse.

5.2.1. Pasientene (og deres familie der det er relevant) blir gitt forståelig oppfølgingsveiledning ved polikliniske konsultasjoner, henvisning eller utskrivning.
Indikasjon: f.eks. pasient evaluering er sett på i pasient undersøkelser.

Kommentarer

5.2.2. Det foreligger en avtale om prosedyrer når det gjelder informasjonsutveksling mellom organisasjoner angående all relevant pasient informasjon.
Indikasjon: f.eks. sjekk tilgjengelighet av prosedyre.

Kommentarer

5.2.3. Mottaker organisasjonen er i tide gitt en skriftlig oppsummering av pasientens tilstand og behov, og tiltak gitt av den henvisende organisasjon.
Indikasjon: f.eks. tilgjengelighet av notat.

Kommentarer

5.2.4. Hvis det er relevant er en plan for rehabilitering som beskriver rollen til organisasjonen og samhandlingspartene dokumentert i pasientens journal.
Indikasjon: f.eks. gjennomgang av journalen.

Kommentarer

Ja	Delvis	Nei
☐	☐	☐
☐	☐	☐

Standard 5 Kontinuitet og samhandling

Tilleggsindikatorer

- _____ % av epikriser er sendt innen 2 uker til fastleger/henvisende instans eller gitt til pasienten ved utskrivelsen
- _____ Reinnleggesrate innen 5 dager for diagnoser som kan behandles ambulant/poliklinisk
- _____ Resultat på pasient utskrivelser undersøkelse

Egne tilleggsindikatorer

(lokale indikatorer som er ønskelige å ha med i handlingsplanen)

Standard 5: Kontinuitet og samhandling

Handlingsplan

	Tiltak	Ansvarlig	Tidsramme	Forventet resultat
5.1.	Generelle kommentarer			
5.2.				

Samlet vurdering av etterlevelse etter standarder

1	Ledelses policy	Totalt:	Ja	Delvis	Nei
			9	9	9
2	Vurdering av pasienter	Totalt:	Ja	Delvis	Nei
			7	7	7
3	Pasientinformasjon og intervensjon	Totalt:	Ja	Delvis	Nei
			6	6	6
4	En helsefremmende arbeidsplass	Totalt:	Ja	Delvis	Nei
			10	10	10
5	Kontinuitet og samhandling	Totalt:	Ja	Delvis	Nei
			8	8	8
		Sammenlagt:	Ja	Delvis	Nei
			40	40	40

Overordnet handlingsplan
(legg ved flere sider hvis nødvendig for fullstendig rapport)

Generelle tiltak

Tiltak relatert til vurdering av spesielle standarder og indikatorer

Veiledere for indikatorer



6. Veiledere for indikatorer

Det ble laget en veileder til hver foreslått indikator³⁰. Veilederen inneholder funksjons beskrivelse, rasjonale og rettferdiggjøring av bruken (byrden, viktighet, forekomst, potensial for forbedring), datakilder og inndeling i grupperinger, validitet og tolkningsveiledning.

Det må fremheves at noen av de foreslåtte indikatorene ikke kan beskrives som kliniske indikatorer ut i fra International Classification of Diseases (ICD) koder og med klare inklusjon og eksklusjons kriterier, men de er heller avhengige av målinger fra undersøkelser og tilsynsprosedyrer. Validiteten og reliabilitet til noen av indikatorene er fortsatt begrenset sammenlignet med veletablerte kliniske indikatorer fordi indikatorer på helsefremmende aktiviteter innen sykehus i stor grad fortsatt er under utvikling. Veilederne på de følgende sidene trenger å bli oppdatert periodisk for å reflektere ny evidens og vurdering av validitet for disse indikatorene. En omfattende oversikt over kvalitetsrelaterte indikatorer for klinisk behandling og annen omsorg er tilgjengelig online.³¹

Del 1: Rasjonale og beskrivelse

Denne seksjonen gir en kort rettferdiggjørelse av hvorfor indikatoren bør bli brukt. Det er viktig å tydeliggjøre hva indikatoren er tenkt å måle, dens styrke og begrensninger. Det er ekstremt verdifullt at brukerne forstår hvorfor det er viktig å samle data i forhold til indikatoren, for å motivere dem til å akseptere indikatoren, gjennomgå påkjenningen av datainnsamling og sikre kvaliteten på dataene.

Del 2: Funksjons beskrivelse

Målet med denne delen er å snakke samme språk. Funksjonsbeskrivelser er gitt for å støtte lik datainnsamling longitudinelt og på tvers av sykehus og land. Hvis indikatorer skal brukes til sammenligning, må funksjonsbeskrivelsen (og de underliggende dataene) i stor utstrekning være standardisert.

Del 3: datakilder og inndeling i grupperinger

I denne delen gir vi noe informasjon om datainnsamling. Fordi hovedmålet ikke er å utføre sammenlignende analyser mellom organisasjoner, er klare definisjoner og homogene datainnsamlingsprosedyrer kun viktige for å forbedre reliabiliteten og validiteten av indikatorer for longitudinelle analyser. For noen av indikatorene gir vi informasjon om hvilke data en skal innhente, hvor de er tilgjengelig, hvem som har samlet dem inn og hva som er kvalitetskontrollmekanismene på dataene.

Den siste delen gir informasjon om hvordan man bruker indikator resultatet. Målet er å oppmuntre til refleksjon på nåværende praksis og ta initiativ til kvalitetsforbedringsaktiviteter basert på resultatet av selvevalueringen. Ergo bør ikke indikatorene bli brukt kun som et uttrykk for god eller dårlig utførelse. Indikatorer bør heller ikke tolkes isolert.

³⁰ Some of the indicators chosen are congruent with those selected in the WHO Performance Assessment Tool for Quality Improvement in Hospitals (PATH). For those indicators we used the same definition. For further information on the PATH project, please see www.euro.who.int/ihb

³¹ National quality measures clearinghouse (www.qualitymeasures.ahrq.gov, accessed 08 May 2006).

Tabell 2: Veileder for indikator angående ansattes bevissthet om policy

Område	Ledelsespolicy
Indikator 1	% av ansatte som er bevisst den helsefremmende og forebyggende policyen.
Rasjonale og beskrivelse:	Hovedmålet med den korresponderende standarden er at ledelsen utvikler en helsefremmende strategi rettet mot personell, pasienter og pårørende. Hovedkomponenter i denne prosessen er definisjonen av ansvar, kompetanseutvikling og identifisering av infrastruktur. Hovedmålet er å evaluere bærekraftig implementering av standarder og del standarder. Det er ikke å direkte måle etterlevelse av disse. Det kan derfor vurderes om ansattes bevissthet om strategien og dens innhold er en indirekte og reflektert, men høyst assosiert, måling av utførelse. Målingen er konkluderende i å ha vektlagt demokratiske og åpne arbeidsprosesser hvis ansatte er kjent med policyen, selv om de ikke er tilfreds med den.
Teller:	Antall ansatte som kan benevne hovedkomponentene av den helsefremmende policyen.
Nevner:	Alt personell
Datakilde:	Tilsyn eller undersøkelses metoder. Mange sykehus utfører jevnlige undersøkelser vedrørende ansattes helse og tilfredshet, der spørsmål som måler bevissthet om ledelsens helsefremmende policy kan inkluderes. Alternativt kan en ad hoc undersøkelse basert på et passende utvalg bli vurdert som en akseptabel måling for å skaffe data til denne indikatoren.
Stratifikasjon:	Etter avdelinger, etter profesjoner.
Bemerkninger/ tolkning:	Denne indikatoren har ikke blitt validert systematisk. Imidlertid er lignende indikatorer som evaluerer personells bevissthet om organisasjonens ledende visjoner tilgjengelig og har vist seg å være konkluderende³², og det finnes mengder av litteratur innen organisasjonsteori som beskriver hvordan involvering av personell påvirker organisasjonens effektivitet³³. En høy bevissthet hos de ansatte om ledelsens policy reflekterer god kommunikasjon mellom ledelse og personell. Dette i seg selv er viktig og kan potensielt utløse støtte til ledelsesavgjørelser, bygging av felles identitet og en organisatorisk lærings prosess. På den andre siden sikrer ikke bevissthet alene helsefremmende aktivitet hos helsepersonell, spesielt hvis personellet ikke har resurser til å implementere strategien. Indikatoren er dermed nyttig for å overvåke hvordan ledelsespolicy er kommunisert til ansatte, det måler ikke den faktiske helsefremmende utøvelse. Etter den innledende fremdrift gjennom PDCA sirkelen, kan etterfølgende målinger adressere kunnskapen hos ansatte på spesifikt innhold i policyen, og evaluering av ansattes potensial og ressurser for å kunne implementere policyen.

Tabell 3: Veileder for indikator angående pasienters (og pårørendes) bevissthet

Område	Ledelsespolicy
Indikator 2	% av pasienter (og pårørende) som er klar over standardene for helsefremming og forebygging
Rasjonale og beskrivelse:	I likhet med indikator 1 trenger pasienter å vite om policyen på helsefremming for å kunne ha maksimalt utbytte av den. Det er mer sannsynlig at pasienter som er klar over at det finnes en policy krever videre informasjon om sin tilstand, om livsstil og om andre institusjoner, foreninger eller selvhjelpsgrupper. Den underliggende antakelsen er at pasienten vil kreve mer informasjon om sin tilstand, omsorgsprosessen og implikasjoner for oppfølging dess mer myndiggjort pasienten er. Det er sterk evidence som støtter at jo mer myndiggjort pasienten er, jo bedre er helse resultatet ³⁴ . Informasjonen skal også være tilgjengelig for pårørende, men det kan kreve mer å samle inn data på dette fordi det ikke er noe systematisk registrering av pårørende som besøker sykehuset.
Teller:	Antall pasienter som kjenner til den helsefremmende policyen
Nevner:	Alle pasienter
Datakilde:	Revisjon eller spørreundersøkelsesmetoder. I mange land sender sykehus ut en spørreundersøkelse om tilfredshet etter utskrivelse for å få pasientens meninger og erfaringer om omsorgen som ble gitt. En slik undersøkelse kan inneholde spørsmål om de kjenner til sykehusets policy på helsefremming. Utskrivningssamtalen kan også bli brukt i et tilgjengelig utvalg av pasienter til å vurdere i hvilken grad de kjenner til policyen.
Stratifikasjon:	For sykehuset: etter avdeling. For pasienten: etter alder, kjønn og utdanning.
Bemerkninger/ tolkning:	Denne indikatoren har ikke blitt systematisk validert, men det er sterk evidence for sammenhengen mellom empowerment og helse. Indikatoren er nyttig for å overvåke hvordan helsepersonell kommuniserer med pasienten, og om de er i stand til å forklare hva sykehuset gjør i forhold til helsefremming. Etter første gjennomgang av PDCA syklusen kan påfølgende målinger adressere pasientens kunnskap om spesifikke helsefremmende intervensjoner som de enten har vært gjennom eller som de opplever er viktige. Denne informasjonen kan være viktig for å igangsette videre helsefremmende aktiviteter.

32 Roberts KH. Managing high reliability organizations. Calif Manage Rev 1990, 32: 101-113
33 Dierkes M, Antal AB, Child J, Nonaka I. Handbook of organizational learning and knowledge. Open University Press, 2001.

34 McKee M. In: The evidence for health promotion effectiveness. Report for the European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Brussels, 2000.

Tabell 4: Veileder for indikator angående prosent av budsjett til helsefremming og forebygging

Område	Ledelsespolicy
Indikator 3	% av budsjettet avsatt til helsefremmende og forebyggende aktiviteter overfor ansatte.
Rasjonale og beskrivelse:	Denne indikatoren ser direkte på økonomiske ressurser som er tilgjengelige for opplæring, møter og infrastruktur relatert til helsefremming og forebygging. Det finnes lite data om utstrekningen av helsefremmende og forebyggende aktivitet i sykehus. En undersøkelse i et utvalg av mer en 1400 selskaper i sju europeiske land indikerer at "aktiviteter som kan bli oppfattet som å komme fra den helsefremmende og forebyggende arena (f.eks. spising, alkohol eller tobakks policyer) har en tendens til å forekomme sjeldent" ³⁵ .
Illustrasjoner:	Områder av helsefremming og forebygging kan grupperes på følgende måte: 1) helse screening, 2) å fremme helseadferd, 3) organisasjons intervensjoner, 4) sikkerhet/fysisk miljø, 5) sosial og velferd. Røykeslutt kurs på arbeidsplassen, stress veilednings tilbud, barnehage tilknyttet arbeidsplassen, influensa vaksine, alkohol avhengighets screening, etc. Graden av frihet til å sette av midler innen sykehuset varierer veldig mellom ulike land, og er avhengig av offentlig/privat status og det tilgjengelige totale budsjettet. Det avhenger også av nasjonale policyer og lovgivning om helsefremming og forebygging på arbeidsplassen. En potensiell uheldig effekt er at sykehus blir evaluert bare på budsjettet for helsefremmende og forebyggende aktiviteter, og ikke på volumet og kvaliteten på de helsefremmende og forebyggende aktivitetene; de kan like gjerne bare definere et budsjett uten å være overbevist om dets nytte eller uten å noen gang virkelig bruke det.
Teller:	Budsjettet som er satt av til helsefremming overfor ansatte
Nevner:	Gjennomsnittstall på ansatte i perioden (Alternativt: gjennomsnittstall på fulltidsansatte)
Datakilde:	Finansielle data
Stratifikasjon:	Etter område av helsefremming og forebygging (se definisjoner over)
Bemerkninger/ tolkning:	Denne indikatoren har ikke blitt systematisk evaluert. Det finnes ikke evidence på at det å definere et budsjett til helsefremming og forebygging har en påvirkning på utstrekning og kvalitet på helse aktiviteter. Likevel kan implementeringen av aktivitetene, selv om de ikke har ønsket utfall, bli sett på som en interesse for ansattes helse og dermed fokus på ansatte.

Tabell 5: Veileder på indikator angående pasienter vurdert for generiske risikofaktorer

Område	Pasientvurdering
Indikator 4	% av pasienter vurdert for generiske risikofaktorer
Rasjonale og beskrivelse:	Denne indikatoren måler om pasienter er blitt vurdert for generiske risikofaktorer. Generiske risikofaktorer spiller en rolle i utviklingen av mange sykdommer, men blir likevel ikke hyppig vurdert eller journalført i medisinsk- eller sykepleierjournal. Målet med denne indikatoren er å støtte en systematisk vurdering av alle pasienter for generiske risikofaktorer, og dokumentasjon av disse for at de skal være tilgjengelige for annet helsepersonell enn de som utfører vurderingen.
Teller:	Totalt antall pasienter med dokumentasjon i sin journal om at de ble vurdert for risiko faktorer, inkludert røyking, ernæring, alkohol.
Nevner:	Antall pasienter (i et tilfeldig utvalg).
Datakilde:	Klinisk revisjon av medisinsk- eller sykepleierjournaler (utvalg)
Stratifikasjon: Bemerkninger/ tolkning:	Etter alder -

35 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions (EFILWC) Workplace Health Promotion in Europe – Programme summary. Luxembourg, Office for Official Publications of the European Communities, ed., 1997: 40.

Tabell 6: Veileder for indikator angående pasienter vurdert for spesifikke risiko faktorer

Område	Pasientvurdering
Indikator 5	% av pasienter vurdert for sykdomsspesifikke risikofaktorer i tråd med retningslinjer
Rasjonale og beskrivelse:	Indikatoren måler om pasienter ble vurdert for risiko faktorer i forhold til retningslinjene. Mange innleggelser for kroniske tilstander kan være relaterte til noen få risiko faktorer som er sterkt involvert i utviklingen av tilstanden, f.eks. røykevaner, overdrevet alkoholforbruk, dårlig ernæring og mangel på fysisk aktivitet. Sykehus gir stadig behandling for å forbedre symptomene av den kroniske sykdommen uten å ta tak i de underliggende risikofaktorer. Det er kanskje ikke sykehusets oppgave å sørge for f.eks. intensive røykeslutt programmer, men det bør a) sørge for at pasienten får informasjon om hvor det finnes slike tilbud og b) gi fastlegen informasjon om risikofaktorens tilstedeværelse og dens sammenheng med tilstanden pasienten var innlagt for.
Teller:	Det totale antall pasienter med dokumentasjon i sin journal om at de ble vurdert for risikofaktorer opp mot retningslinjer, inkludert røyking, ernæring og alkohol.
Nevner:	Antall pasienter (i et randomisert utvalg)
Datakilde:	Klinisk revisjon av medisinsk- eller sykepleierjournal (utvalg)
Stratifikasjon:	Etter alder
Bemerkninger/ tolkning:	Forskjellen fra indikator 4 ligger i at dens fokus er på spesifikk sykdom og bruken av retningslinjer i vurderingsprosessen. Rasjonale er at for spesifikke tilstander/sykdommer finnes det konkrete risikofaktorer ut over de generiske risikofaktorene, som røyking og mangel på fysisk aktivitet.

Tabell 7: Veileder for indikator angående pasient tilfredshet

Område	Pasientvurdering
Indikator 6	Resultat på undersøkelse av pasientens tilfredshet med evalueringsprosedyren
Rasjonale og beskrivelse:	Pasientspørreundersøkelser er et akseptert verktøy for å vurdere samlet kvalitet på pleie. Vurderingen blir ofte gjort ved utskrivning eller innen en kort tid (f.eks. to uker) etter utskrivning. Pasientspørreundersøkelser er et nyttig verktøy for å vurdere den totale kvaliteten på pleie. Pasienter kan kanskje ikke vurdere de tekniske komponentene av intervensjonen de ble innlagt for, men de er best utrustet til å vurdere spørsmål om pleie som er viktige for pasienten. Det kan være spørsmål som respekt for privatliv, kontinuitet i behandlingen, konfidensialitet og opplevelsen av at alle deres behov er møtt, inkludert følelsesmessige behov. Undersøkelser om pasientens tilfredshet og pasientens erfaringer er et hovedverktøy for å vurdere disse aspektene av pleie, som HPH nettverket sikter på å fostre. Poeng på spørreundersøkelse (f.eks. antall pasienter som er fornøyd med pleien – avhenger av bruken av evalueringsverktøyet; sykehus kan velge sitt eget cut-off point i forhold til hvilket mål de vil rette seg mot).
Teller:	
Nevner:	Alle pasienter
Datakilde:	Spørreundersøkelse
Stratifikasjon:	Etter sykehusavdeling og etter pasientens alder, kjønn og utdanning.
Bemerkninger:	Ofte bruker sykehus undersøkelser som er laget internt og som kan trekke en bias konklusjon i vurderingen av pasientens tilfredshet eller erfaring, selv om et stort antall undersøkelser er tilgjengelig på nett på forskjellige språk. Vi anbefaler sterkt å bruke et standardisert vurderingsverktøy som har gjennomgått omfattende psykometrisk validering. Eksempler er Picker Questionnaire, ServQual eller Consumer Health Plan Assessment.

Tabell 8: Veileder for indikator angående pasientopplæring for egen mestring

Område	Pasient informasjon og intervensjon
Indikator 7	% av pasienter som har gått gjennom opplæring i forhold til å mestre sin sykdom
Rasjonale og beskrivelse:	En stor del av pleie som blir gitt er til pasienter med kroniske sykdommer. Men sykehusoppholdet er bare en liten komponent i den helsetjenesten som kreves for kroniske pasienter. Andre hovedkomponenter blir gitt utenfor sykehuset i ambulant sektor, eller er håndtert av pasienten eller pårørende selv. Myndiggjøringen av pasienten for å få den til å ta en aktiv del i sin pleie er et hovedbidrag for å forbedre kvaliteten på pleien og å redusere forbruket innen helsetjenesten. Det er en forutsetning for å øke pasientens involvering i pleie prosessen at en gir dem informasjon om sin tilstand og om mulige tiltak relatert til bedring av tilstanden. Bedre opplærte pasienter har vist seg å ha færre komplikasjoner og reinnleggelser og det bidrar til både bedret livskvalitet og kostnadskontroll. ^{36, 37}
Teller:	Pasienter som kan nevne tiltak som støtter egen mestring av deres tilstand
Nevner:	Alle pasienter (utvalg)
Datakilde:	Spørreundersøkelse, intervjuer
Stratifikasjon:	Avdelig, alder og kjønn
Bemerkninger/ tolkning:	Spørreundersøkelsens metode bør spesifisere hovedtiltak for egen mestring som pasienten må være i stand til å nevne.

Tabell 9: Veileder for indikator angående pasient opplæring om risikofaktorer

Område	Pasient informasjon og intervensjon
Indikator 8	% av pasienter opplært om endring av risikofaktor og behandlingsmuligheter angående egenmestring av deres tilstand
Rasjonale og beskrivelse:	Som indikator 7. Forskjellen er fokus på spesifikk tilstand
Teller:	Pasienter som kan nevne tiltak som støtter egen mestring av deres tilstand.
Nevner:	Pasienter som er diagnostisert med en spesifikk tilstand (f.eks. slag, kronisk obstruktiv lunge sykdom, myokardinfarkt, diabetes mellitus)
Datakilde:	Spørreundersøkelse, intervjuer
Stratifikasjon:	Avdeling, alder, kjønn og tilstand
Bemerkninger:	Spørreundersøkelsen må spesifisere de viktigste tiltakene som pasienten må kunne nevne angående endring av risikofaktorer og behandlingsmuligheter for hver tilstand. Denne indikatoren er veldig lik indikator nr 7 og begge kan innhentes samtidig etterfulgt av stratifikasjon etter sykdom.

36 Tattersall RL. The expert patient: a new approach to chronic disease management for the twenty-first century. Clinical Medicine, 2002, 2(3): 227-9.
37 Lorig K. et al. Evidence suggesting that chronic disease self-management program can improve health status while reducing hospitalization: a randomized trial. Medical Care 1999, 37(1): 5-14.

Tabell 10: Veileder for indikator angående pasient informasjon/ intervensjons resultat

Område	Pasient informasjon og intervensjon
Indikator 9	Resultat på undersøkelse angående pasienters erfaringer med informasjons- og intervensjons- prosedyrer
Rasjonale og beskrivelse:	Som nr 6. Spørreundersøkelser om pasienters erfaringer av pleie er et akseptert verktøy for å vurdere den samlede kvaliteten på pleien fra pasientens ståsted. I tillegg til indikator 6 som vurderer den helhetlige kvaliteten av pleie, vurderer denne indikatoren erfaringen med informasjons- og intervensjonsprosessen. F.eks. ga legen informasjon om sykdommen på en måte som pasienten ikke forstod?
Teller:	Poeng på undersøkelse (f.eks. antall pasienter som er fornøyd med pleien – avhenger av bruken av evalueringsverktøyet; sykehus kan velge sitt eget cut-off point i forhold til hvilket mål de vil rette seg mot).
Nevner:	Alle pasienter
Datakilde:	Spørreundersøkelse
Stratifikasjon:	Etter sykehus avdeling og etter pasientens alder, kjønn og utdanning
Bemerkninger:	Selv om et stort antall undersøkelser er tilgjengelig på nett på forskjellige språk bruker sykehus ofte spørreundersøkelser som er laget internt og som kan trekke en bias konklusjon i vurderingen av pasientens tilfredshet eller erfaring. Vi anbefaler sterkt å bruke et standardisert vurderings verktøy som har gjennomgått omfattende psykometrisk validering. Eksempler er Picker Questionnaire ³⁸ , ServQual ³⁹ eller Consumer Health Plan Assessment ⁴⁰ .

Tabell 11: Veileder for indikator angående ansatte og røykning

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 10	% av ansatte som røyker
Rasjonale og beskrivelse:	Helsefremmende helseorganisasjoner har forpliktet seg til å skape et røykfritt miljø. Derfor er antallet ansatte som røyker en enkel indikator som reflekterer den generelle suksessen med å implementere helsefremming i sykehus. Røyking har udiskuterbart en negativ helseeffekt. Til tross for dette røyker fremdeles et høyt antall helsearbeidere ^{41,42} . Ansattes adferd angående røykning er igjen relatert til pasientens etterlevelse når det kommer til livsstilsveiledning: pasienter som er innlagt på sykehus med en tilstand relatert til deres røyking er mer mottakelig for livsstilsveiledning. Men å motta råd fra en helsearbeider som selv røyker begrenser muligheten for suksess i å begrense røykeadferd blant pasienter.
Teller:	Antall helsearbeidere som røyker
Nevner:	Alt personell
Datakilde:	Spørreskjema
Stratifikasjon:	Etter avdeling, disipliner, alder og kjønn
Bemerkning/tolkning:	Det Europeiske Nettverk av Røykfrie Sykehus (ENSH) ⁴³ har utviklet et spørreskjema med 10 standard spørsmål som gjør det mulig å sammenligne arbeidet for et røykfritt miljø mellom sykehusene i de ulike europeiske landene. (I 2009 ble ENSH utvidet til et globalt nettverk).

38 Jenkinson C, Coulter, A, Bruster S. The Picker patient experience questionnaire: development and validation using data from in-patient surveys in five countries. International journal for Quality in Health Care, 2002, 14: 353-358.
39 Buttle F. SERVQUAL: review, critique, research agenda. European Journal of Marketing, 1996, 30 (1): 8-32
40 Hibbard JH, Slovik P, Jewett JJ. Informing consumer decisions in health care: implications from decision-making research. The Milbank Quarterly, 1997, 75(3): 395-414.

41 Fichenberg CM, GLantz SA. Effect of smoke-free workplaces on smoking behaviour: systematic review. British Medical Journal, 2002, 325: 188
42 Moller AM, Villebo N, Pedersen T, Tonnesen H. Effect of preoperative smoking intervention on postoperative complications: a randomized clinical trial. Lancet 2002, 359: 114-117
43 European Network of Smoke-free hospitals (<http://ensh.free.fr>, accessed 08 May 2006) Nytt nettsted fra 2011: www.ensh.eu eller ensh.iconcologia.net

Tabell 12: Veileder for indikator angående røykeslutt

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 11	Røykeslutt: % av ansatte som enten er røykere eller som nylig har sluttet å røyke og som har fått råd om å slutte.
Rasjonale og beskrivelse:	Røyking har en signifikant innvirkning på dødeligheten av røykrelaterte sykdommer. Røykestopp reduserer risikoen for fortidlig død. Et høyt antall røykere er interessert i å slutte helt med å røyke. Denne målingen vurderer om røykere og nylig sluttete røykere, som ble møtt av en helseveileder (under HMS) i løpet av målingsåret, fikk råd om å slutte å røyke. Det har vist seg at klinisk råd om røykestopp har forbedret andelen av røykeslutt med 30 %. ⁴⁴ Denne målingen vurderer prosenten av ansatte 18 år og eldre, røykere og nylig sluttete røykere som var inne til HMS helseundersøkelse i løpet av målingsåret og da ble møtt av en helseveileder og som fikk råd om å slutte å røyke.
Teller:	Antall ansatte av de i nevnergruppen som svarte på spørreskjemaet og indikerte at de har mottatt råd om å slutte å røyke fra helseveileder i løpet av målingsåret.
Nevner:	Antall ansatte som svarte på spørreundersøkelsen og indikerte at de var røykere eller nylig sluttete røykere og at de hadde vært inne til et eller flere besøk hos HMS helseveileder i løpet av undersøkelsesåret.
Datakilde:	Administrative data og HMS data
Stratifikasjon:	Etter avdeling, disipliner, alder og kjønn.
Bemerkning/tolkning:	Dette er en standard indikator i HEDIS systemet. For å få detaljerte spesifikasjoner angående "the National Committee on Quality Assurance (NCQA) mål referer til "HEDIS" Volum 2: "Technical Specifications", tilgjengelig fra NCQA Web site på www.ncqa.org .

Tabell 13: Veileder for indikator angående ansattes opplevelse av arbeidsforhold

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 12	Resultat på spørreskjema angående ansattes opplevelse av arbeidsforhold
Rasjonale og beskrivelse:	Det eksisterer en rekke instrumenter for å vurdere personells opplevelse av arbeidsforhold. Resultater fra arbeidstilfredshetsspørreskjema (måler psykologisk krav, selvbestemmelses nivå innen arbeidet og sosial støtte på arbeidsplassen) er linket til både medisinsk sertifisert og ikke sertifisert sykdomsfravær hos sykepleiere. ⁴⁵ Denne indikatoren er sterkt linket til indikator nr 13 (Tilfredshet korrelerer motsatt med fravær).
Teller:	Resultat fra spørreundersøkelse (f.eks. personells tilfredshet med arbeidsforhold – avhenger av bruken av vurderingsverktøyet: Sykehus kan velge sitt eget cut-off-point i forhold til hvilket mål de vil rette seg mot).
Nevner:	Alle ansatte
Datakilde:	Spørreundersøkelse
Stratifikasjon:	Etter sykehusavdeling og etter pasientens alder, kjønn og utdanningsnivå.
Bemerkning:	Spørreskjemaet kan bli valgt av sykehuset, f.eks. "Karasek" arbeidstilfredshetsskjema. ⁴⁶ Informasjon kan også være tilgjengelig fra eksisterende helsespørsmålsundersøkelser av ansatte. Men det er anbefalt kun å bruke undersøkelser eller punkt i undersøkelsen som har vist sin validitet og reliabilitet etter psykometrisk validering. ⁴⁷

44 National Quality Measures Clearinghouse (<http://qualitymeasures.ahrq.gov>, accessed 08 May 2006).

45 Bourbonnais R, Mondor M. Job strain and sickness absence among nurses in the Providence of Québec. American Journal of Industrial Medicine, 2001, 39: 194-202.
46 Karasek R, Brisson C, Kawakami N et al. The job content questionnaire: an instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. Journal of Occupational Health Psychology, 1998, 3(4): 322-5.
47 Et verktøy det er mulig å bruke i forhold til denne indikatoren er; Guide to Promoting Healthy Workplaces in Healthcare Institutions. Publication Montreal, Quebec' 2011. Presenter på HPH konferansen i Turku 2011. Nedlastbar fra www.agence.santemontreal.qc.ca

Tabell 14: Veileder for indikator angående korttidsfravær

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 13	% av korttidsfravær
Rasjonale og beskrivelse:	Fravær har en høy byrde på sykehuset aktivitet: kostnaden for å kompensere for tapt arbeidstimer, økt arbeidsbyrde for de gjenværende ansatte, tapt produksjon, lavere kvalitet hvis høykompetent personell som yter essensielle tjenester ikke kan bli erstattet. Korttidsfravær er mest forstyrrende på grunn av dets uforutsigbare natur og at det gir mindre tid til å justere turnusen, til å ta grep for å erstatte fraværende personell, etc. Men fravær kan også ha positive følger: korttidsfravær kan være en effektiv mestringsstrategi i møte med stressende situasjoner. Å arbeide med sykdom: Tilfeller hvor ansatte er på jobb selv om de er syke er økende i CIS land (dvs SUS land, allianse av tidligere sovjet stater), hovedsakelig på grunn av frykt for avskjed eller finansiell motivasjon (tap av inntekt) ⁴⁸ . I Europa varierer fraværstatistikken (inkludert midlertidig fravær og permanent uførhet) fra 3,5% i Danmark til 8% i Portugal ⁴⁹ . Ulike intervensjoner kan redusere fravær på sykehusnivå: støtte programmer for ansatte, målsetning og utviklingsprogram, policy endringer for å øke ansattes ansvarlighet for sitt fravær, sette inn forandringer som flexitid og konkurranser eller symbolsk økonomisk belønning. Situasjonsbestemte faktorer for fravær som organisasjonens ettergivenhet, rolle uklarhet, betaling, og stillingsbeskrivelse er delvis under sykehusets påvirkningsområde ⁵⁰ .
Teller:	Antall dager av medisinsk eller ikke medisinsk berettiget fravær, i sju dager eller mindre på rad (korttidsfravær) eller 30 dager eller mer (langtidsfravær), ikke inklusive feriedager, hos sykepleiere og helsearbeidere.
Nevner:	Totalen som tilsvarer fulltids sykepleier og helsearbeider * krontaktmessig antall dager per år for en fulltidsansatt (f.eks. 250dager).
Datakilde:	Rutine informasjonssystemet på sykehuset eller avdelingsnivå eller data fra helse forsikrings selskaper.
Stratifikasjon:	Samle data etter alder, kjønn og kvalifikasjoner (sykepleier eller helsearbeider)
Bemerkninger/tolkning:	Denne indikatoren er bare målt for sykepleiere og helsearbeidere. Administrative og merkantile og leger er ikke inkludert. Langtidsfravær, fødselspermisjon, inkludert forebyggende fravær er ekskludert. Sykefravær under svangerskap er derimot inkludert.

Tabell 15: Veileder for indikator angående arbeidsrelaterte skader

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 14	% av arbeidsrelaterte skader
Rasjonale og beskrivelse:	Det er store helserisikoer for sykehuspersonale som eksponering for HIV og andre blodoverførbare virus (f.eks. hepatitt B og C). Risikoen for overføring av Hepatitt C virus ved et nålestikk er kalkulert til 1,8%-3%. Tidlig antiviral behandling av akutt Hepatitt C infeksjon har en høy grad vellykket behandlingsresultat. Skader har en langvarig effekt på ansattes bekymring og uro ⁵¹ og direkte kostnader av medisinsk oppfølging i forhold til eksponering for risiko. I en meta-analyse av litteratur, var gjennomsnittsraten av stikk og kutt skader per 10.000 helsearbeidere til blodoverførte patogen lik 4 %, med kirurger som mest utsatte ⁵² . Kun 35 % av leger overholdt de universale forhåndsreglene, og ikke etterlevelse av de universale forhåndsregler var assosiert med betraktelig økt risiko for både smitte ved stikk og blodsøl på skadet hud eller slimhinner (PCE og MCE), spesielt i ikke kirurgiske spesialiteter. Bemerk: Det er vanskelig å sammenligne antall på grunn av varierende definisjoner og metoder. US General Accounting Office (GAO) estimerte at 75% nålestikk skader kunne vært forebygget ved å eliminere unødvendig bruk (25%), ved å bruke nåler med sikkerhetsutstyr (29%), ved å bruke tryggere arbeidspraksis (21%). Skader er signifikant assosiert med arbeidsmiljø karakteristikk (tidspress). I Laiken et al. (1997), karakteriseres arbeid i sykehus av profesjonelle sykepleierpraksis modeller og det å ta forhåndsregler for å unngå blodkontakt var signifikant assosiert med færre skader blant sykepleierne.
Teller:	Antall perforeringsskader på hud i løpet av et år (inkludert nålestikk skader og skader fra skarpe redskap)
Nevner:	gjennomsnittstall tilsvarende fulltids eksponert personale (leger, sykepleiere)
Datakilde:	Spørreundersøkelse blant ansatte angående selvrapporterte skader, andre data; forsikrings krav, HR spesifikke registre.
Stratifikasjon:	Etter profesjon, område (overvåkning, operasjonsstuer, akutten, kirurgisk og medisinsk avdeling), tid på dagen (eller ukedager vs helger), arbeidserfaring.
Bemerkninger:	Alternativt kan indikatoren adressere alle arbeidsrelaterte skader og så bli inndelt etter type skade.

48 Arford CW. Failing health systems: Failing health workers in Eastern Europe. Report on the Basic Security Survey for International Labour Office and Public Services International Affiliate in the Health Sector in Central and Eastern Europe. Geneva, International Labour Office, 2001 (Available on www.ilo.org/ses, accessed 08 May 2006)

49 European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions – European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 1997.

50 Dalton DR, William DT. Turnover, transfer, absenteeism: an independent perspective. Journal of Management, 1993, 19(2): 193-219.

51 Fisman DN, Mittelman MA, Sorock GS, Harris AD. Willingness to pay to avoid sharp-related injuries: a study in injured health care workers. AJIC: American Journal of Infection Control, 2002, 30(5): 283-287.

52 Trim JC, Elliott TS. A revied of sharp injkuries and preventive strategies. Journal of Hospital Infections 2003, 53(4): 237-242

Tabell 16: Veileder for indikator angående skala for utbrenthet

Område	Helsefremmende arbeidsplass
Indikator 15	Resultat på skala for utbrenthet
Rasjonale og beskrivelse:	Utbrenthet er en fysisk, mental og emosjonell respons på konstant høyt stress nivå. De fleste tilfellene er arbeidsrelaterte. Utbrenthet resulterer som oftest i fysisk og mental tretthet, og kan inkludere følelsen av håpløshet, maktesløshet og av å misslykkes. Utbrenthet kommer ofte av for høye krav som enten er selvpåført (slik som å ha store forventninger til seg selv) eller eksternt fra (av familie, arbeid eller samfunnet) og er ofte assosiert med arbeidssituasjoner hvor personen føler seg overarbeidet, ikke verdsatt, forvirret av forventninger og prioriteringer, gitt ansvar som ikke er i samsvar med lønn, usikkerhet om oppsigelse, og/eller overforpliktet med hjem og arbeidsansvar⁵³. Mens stress er en "travelhets sykdom" representerer utbrenthet et "utmattelses syndrom". Disse er veldig distinkte konsepter. Utbrenthet er ikke kun for høyt stressnivå. Det er heller en kompleks menneskelig reaksjon på stress, og den er relatert til en følelse av at dine indre ressurser er utilstrekkelige for å klare de oppgaver og situasjoner du møter.⁵⁴ Utbrenthet er forårsaket av (blant annet): endringer i organisasjonen, jobbens krav, industrien eller din leder. Endringer i dine interesser eller verdier angående arbeid, underbruk av dine evner og ferdigheter, en følelse av å være fanget i en situasjon som gir liten anerkjennelse og belønning for godt utført arbeid, å bli tildelt flere oppgaver en du har mulighet til å håndtere, ingen påvirkningsmulighet til å regulere dine oppgaver eller arbeidsforhold eller å streve med oppgaver som er over dine evner. Resultater av ansattes utbrenthet kan være psykosomatisk sykdom (psykologiske/emosjonelle problemer som manifesterer seg fysisk), fordøyelses problemer, hodepine, høyt blodtrykk, hjerteinfarkt, å skjære tenner og utmattelse. Bedre sykehusorganisasjon, arbeidsmiljø og ledelsesstil kan redusere utbrenthet hos ansatte.⁵⁵
Teller:	Resultatet på utbrenthets vurderingsverktøy
Nevner:	Resultatet på utbrenthets vurderingsverktøy
Datakilde:	Spørreundersøkelse
Stratifikasjon:	Etter avdeling, kjønn, profesjon og alder
Bemerkninger/ tolkning:	Et kontroversielt spørsmål i litteraturen er hvorvidt alvorlighetsgraden korrelerer positivt med utbrenthet eller arbeids utilfredshet. Ved å sammenligne forskjellige avdelinger (indremedisin, onkologi) kan alvorlighetsgrad bli kontrollert, eller i alle fall, effekten av ulike pasientgrupper og arbeids forhold burde bli vurdert.

Tabell 17: Veileder for indikator angående epikriser

Område	Kontinuitet og samhandling
Indikator 16	% av epikiser sendt til fastlegen eller henvisende klinikk innen to uker eller gitt til pasienten ved utskrivning
Rasjonale og beskrivelse:	Indikator for kontinuitet. Kronisk syke pasienter trenger kontinuerlig oppfølgende omsorg, men det er ofte for lite kommunikasjon mellom giverne av helse og sosiale tjenester. Fragmentert omsorg resulterer i forsinkelse av oppdagelse av komplikasjoner, eller nedgang i helsestatus på grunn av uregelmessige eller ufullstendige vurderinger, eller utilstrekkelige oppfølginger; svikt i selv håndtering av sykdommen eller risiko faktorer som et resultat av pasientens passivitet eller uvitenhet, som stammer fra utilstrekkelig eller inkonsekvent pasient vurdering, opplæring, motivasjon, og feedback; redusert kvalitet på grunn av utelatelse av effektive intervensjoner eller bruken av ineffektive intervensjon; uoppdaget eller for dårlig håndtert psykososial lidelse. Denne indikatoren dekker ikke hele spekteret av kontinuitet i behandlingen⁵⁶, men byrden av datainnsamling er ikke så høy, og den viser en viktig komponent i kontinuitet: informasjonsflyten mellom spesialist og primær heletjenesten. Denne indikatoren må bli stratifisert etter sykdomstilstand: betydningen av epikrisen varierer med tilstanden pasienten ble lagt inn med. Videre arbeid kan se på hvor epikrisen inneholder informasjon om laboratoriske prøveresultater som ble gjort på sykehuset og som krever oppfølging av fastlegen.
Teller:	Epikriser sendt til fastlegen eller gitt til pasienten innen to uker etter utskrivning.
Nevner:	Alle epikriser
Datakilde:	Administrativ revisjon eller undersøkelse
Stratifikasjon:	Etter avdeling eller etter profesjon
Bemerkninger/ tolkning:	Denne indikatoren kan utgjøre en stor arbeids byrde avhengig av om data er tilgjengelig i rutine informasjonssystemet. I noen land blir kanskje ikke epikrisen sendt til førstelinjetjenesten, men blir gitt til pasienten ved utskrivelse. Mens punktlighet av epikrise er viktig, blir ikke fullstendighet eller forståelighet for mottaker vurdert i denne indikatoren. Påfølgende kvalitetsforbedrings sykluser kan inkludere en vurdering av disse spørsmålene.

53 Cordes C., Dougherty TW. A review and integration of research on job burnout. Academy of Management Review, 1993, 18 (4): 621-656.
54 Collins MA. The relation of work stress, hardiness, and burnout among full-time hospital staff nurses. Journal for nurses in Staff Development. 1996, 12(2): 81-5
55 Schulz R, Greenley JR, Brown R. Organization, management, and client effect on staff burnout. Journal of Health and Social Behavior, 1995, 36(4): 333-45

56 For a review of measures of continuity of care see: Groene O. Approaches towards measuring the integration and continuity in the provision of health care services. In: Kyriopoulos, J, ed. Health systems in the world: From evidence to policy. Athens, Papazisis, 2005.

Tabell 18: Veileder for indikator angående reinnleggesesraten

Område	Kontinuitet og samhandling
Indikator 17	Reinnleggesesraten for ambulant tjeneste ved sensitive tilstander innen 5 dager
Rasjonale og beskrivelse:	Reinnleggelser viser påvirkningen sykehus behandling har på pasientens tilstand etter utskrivelse ⁵⁷ . Den underliggende oppfatningen er at noe tjenesteyterne gjorde eller ikke gjorde ved siste opphold førte til behovet for reinnleggelse. Det kan være på grunn av for lav standard på omsorg under innleggelse, dårlig forberedelse til utskrivning eller oppfølging. For å bli oppfattet som reinnleggelse må fire krav bli møtt: 1) det må gjelde spesielle diagnoser eller prosedyrer, 2) påfølgende frembrudd av symptomer eller akutt innleggelse (ikke elektiv), 3) tiden mellom utskrivelse etter den første episoden og påfølgende innleggelse, 4) den første innleggelsen endte ikke med at pasienten skrev seg ut selv mot medisinske råd (eller døde). Andre potensielle eksklusjons kriterier: pasient som allerede får behandling på en primærhelse klinikk, kjemoterapi eller strålebehandling; som bor på eller planlegger å flytte til sykehjem; innlagt bare for å gjennomgå en prosedyre. Astma og diabetes er to ambulant behandlings sensitive sykdommer. Evidence antyder at innleggelse kan unngås for ambulant behandlings sensitive sykdommer, i alle fall delvis, gjennom bedre poliklinisk behandling. Fra 9 % til 48 % av alle reinnleggelser har blitt vurdert å kunne unngås gjennom bedre pasient opplæring, før-utskrivnings vurdering og behandling hjemme ⁵⁸ . Sykehusets påvirkningsmulighet er begrenset da reinnleggelser etter medisinsk opphold ofte indikerer sykdommens utvikling mer enn utfall av adskilt behandling. Ved å fokusere på tidlig reinnleggelse og å innføre stringent tidsramme for reinnleggelse, er påvirkningen på naturlig utvikling av sykdommen og omsorg etter utskrivelse mindre.
Teller:	Totalt antall pasienter innlagt gjennom akuttmottaket etter utskrivelse – innen en viss oppfølgingsperiode – fra samme sykehus og med en reinnleggeses diagnose som er relevant for den første behandlingen.
Nevner:	Totalt antall pasienter lagt inn for den utvalgte diagnosen brukt i søket (f.eks. astma, diabetes, lungebetennelse)
Datakilde:	Rutine informasjonssystemet og sykehusets kliniske journaler. Tilbakebetalingskrav fra betalende institusjon.
Stratifikasjon:	Alder, kjønn og alvorlighetsgrad. Siden det ikke er målet med pilot implementeringen å legge til rette for benchmarking mellom sykehus er ikke videre justeringer nødvendig på dette tidspunktet.
Bemerkninger:	Eksklusjon: Pasienter som døde under sykehusoppholdet eller som ble skrevet ut til et annet akutt sykehus.

Tabell 19: Veileder for indikator angående forberedelse til utskrivelse

Område	Kontinuitet og samhandling
Indikator 18	Resultat på pasient undersøkelse angående utskrivelses forberedelsen
Rasjonale og beskrivelse:	Forberedelse til utskrivning er spesielt viktig for pasienter som lider av kroniske sykdommer og som trenger oppfølgende behandling. Pasienter trenger å være i stand til å forstå sin tilstand, være klar over risiko faktorer og symptomer for bedring, de trenger å forstå behandlingsalternativer og medisin regimer og planen for oppfølgende behandling. Mange pasienter er ikke klar over disse spørsmålene og har dermed stor påvirkning på langtidskvaliteten på behandlingen og som muligens resulterer i komplikasjoner, reinnleggelse og redusert livskvalitet. Denne indikatoren er et målingsverktøy for hvor godt en organisasjon forbereder sine pasienter for utskrivning. Diverse verktøy finnes som er utviklet spesielt for dette, og noen spørreundersøkelser om pasientens tilfredshet og erfaringer inkluderer punkter om utskrivningsforberedelse. Det er anbefalt å bruke eksisterende verktøy der det finnes, eller å bruke standardiserte og validerte verktøy hvor det ikke finnes. I tilfeller hvor en tilpasser eksisterende verktøy er punkter som en bør inkludere de følgende: "Kan du navngi tilstanden/sykdommen du ble lagt inn for?", "Kan du beskrive symptomene for sykdommen din", "Føler du deg sikker på at du har forstått hvordan du skal ta medisin", "Vet du hvem du skal kontakte hvis tilstanden din forverrer seg?"
Teller:	- for denne indikatoren må et tallresultat bli laget som bygger på en spørreundersøkelses måling -
Nevner:	- for denne indikatoren må et tallresultat bli laget som bygger på en spørreundersøkelses måling -
Datakilde:	Spørreundersøkelse
Stratifikasjon:	Etter avdeling og pasient karakteristika(kjønn, alder, tilstand/sykdom)
Bemerkninger/ tolkning:	Justering etter avdeling og pasient karakteristika kan være viktig fordi opplevd utskrivelses forberedelse er påvirket av en rekke faktorer.

57 Westert GP, Lagoe RJ, Keskimäki I, Leyland A, Murphy M. An international study of hospital readmissions and related utilization in Europe and the USA. Health Policy, 2002, 61: 262-278.

58 Benbassat J, Taragin M. Hospital readmission as a measure of quality of health care. Archives of Internal Medicine, 2000, 160: 1074-1081.

Ordforklaring

7. Ordforklaring

Denne listen gir oversikt over hovedterminologi brukt av arbeidsgruppen om sentrale tema, slik som;

Underliggende konsepter
Kvalitetsdimensjoner
Aktører med innflytelse og ansvar
Vurderings prosedyrer/ data innsamling
Forståelse av målinger
Tolkning av resultater
Helsefremmende og forebyggende aktiviteter
Kvalitetsforbedrende tiltak

Termer ble samlet fra ordlister som omhandler standarder slik som International Society for Quality in Health Care (ISQuA) ⁵⁹, Joint Commission International (JCI)⁶⁰ og European Observatory on Health Systems and Policies⁶¹, etc.

Underliggende konsepter

Ansvar

Ansvar for og krav om å svare for oppgaver eller aktiviteter. Ansvaret kan ikke delegeres og bør være tydelig.

Risiko

Sjanse eller mulighet for fare, tap eller skade. Dette kan relateres til ansatte eller publikums helse og velvære, eiendom, rykte, miljø, organisasjonens funksjonalitet, finansiell stabilitet, markedssandel og andre ting av verdi.

Helse

Helse er definert i WHO sin grunnlov av 1948 som: Helse er ikke bare frihet fra sykdom og lyte, men fullstendig legemlig, psykisk og sosialt velvære. Innen helsefremmende arbeid har helse blitt oppfattet mindre som en abstrakt tilstand og mer som et middel for å nå et mål, som kan bli uttrykt i funksjonelle termer som en ressurs som tillater mennesker å leve et individuelt, sosialt og økonomisk produktivt liv. Helse er en ressurs for hverdagslivet, ikke et mål ved å leve. Det er et positivt konsept som vektlegger sosiale og personlige ressurser så vel som fysiske evner.

Kultur

Et delt system av verdier, overbevisninger og handlinger.

Etikk

Moralsk korrekte standarder for handling.

⁵⁹ International Society for Quality in Health Care: <http://www.isqua.org.au/isquaPages/Links.html> (accessed 08 May 2006)

⁶⁰ Joint Commission International <http://www.jointcommission.org/> (accessed 08 May 2006)

⁶¹ European Observatory on Health Systems and Policies: <http://www.euro.who.int/observatory/glossary/toppage> (accessed 08 May 2006).

Rettigheter

Noe som en kan rettferdig, ærlig, rettslig eller moralsk kalle sitt eget. En formell beskrivelse av tjenestene som klienten kan forvente og kreve fra en organisasjon.

Verdier

Prinsipper, overbevisninger eller filosofi som styrer handling og som kanskje omfatter sosiale og etiske spørsmål.

Visjon

Beskrivelse av hva organisasjonen ønsker å være.

Helseutvikling

Helseutvikling er prosessen av kontinuerlig progressiv forbedring av helsetilstanden til individer og grupper i en populasjon.

Referanse: Terminology Information System. WHO, Geneva, 1997

Jakarta Deklarasjonen beskriver helsefremming og forebygging som et essensielt element av utvikling av helsetilstand.

Misjon

En vid skriftlig erklæring hvor organisasjonen bekjentgjør hva den gjør og hvorfor den eksisterer. Misjonen skiller en organisasjon fra en annen.

Behov

Fysisk, mentalt, emosjonelt, sosialt eller åndelig behov for velvære. Behovet er eller er ikke opplevd eller uttalt av de det gjelder. De må ikke sammenblandes med krav, som er ytrede ønsker, ikke nødvendigvis behov.

Filosofi (organisasjons filosofi)

Erklæring av prinsipper og holdninger som organisasjonen er ledet og leverer tjenester ut fra.

Kvalitets dimensjoner

Kvalitet

Graden av måloppnåelse, i hvilken grad en organisasjon tilfredsstiller klientens behov og overgår deres forventninger.

Tilgang

Klienters eller potensielle klienters mulighet til å få nødvendige eller tilgjengelige tjenester når det trengs innen rimelig tid.

Riktig tilpassning

I hvilken grad tjenesten er sammenfallende med en klinets uttalte behov og er gitt i samsvar med nåværende best practice.

Kontinuitet

Ytelsen over tid av koordinerte tjenester innen og mellom programmer og organisasjoner.

Kultur sensitivitet

Utforming og utførelse av tjenesten er sammenfallende med klientens kulturelle verdier.

Effektivitet

I hvilken grad tjenester, intervensjoner eller tiltak er gitt i samsvar med nåværende best practice for å møte mål og oppnå optimale resultater.

Rasjonell

I hvilken grad ressurser blir samlet for å oppnå resultater med bruk av minimal sløsing, omarbeidelse eller innsats.

Sikkerhet

I hvilken grad potensiell risiko og utilsiktede resultater er unngått eller minimalisert.

Aktører med innflytelse og ansvar

Akkrediterings organ

Organisasjonen som er ansvarlig for akkrediteringsprogrammet og som tildeler akkrediteringsstatus.

Kunder

En organisasjons pasient/klient. Interne kunder/ansatte i organisasjonen.

(lokal)Samfunn

En samling av individer, familier, grupper og organisasjoner som samhandler med hverandre, samarbeider i felles aktiviteter, løser felles utfordringer, vanligvis i et geografisk område eller miljø.

Samfunn

En spesifikk gruppe mennesker, som ofte lever i et definert geografisk område, som deler en felles kultur, verdier og normer, er inndelt i en sosial struktur i henhold til relasjoner som samfunnet har utviklet over tid. Medlemmer av samfunnet får sin personlige og sosiale identitet ved at de deler felles tro, verdier og normer som har blitt utviklet av samfunnet tidligere og kan bli endret i fremtiden. De viser noe bevissthet om sin identitet som gruppe og deler felles behov og har forpliktet seg til å møte dem.

Ledelse/styring

Funksjonen for å bestemme organisasjonens retning, sette mål og utvikle policy for å styre organisasjonen til å oppnå dens misjon og overvåke oppfyllelsen av målene og implementeringen av policyen.

Ledelse

Individer, grupper eller organer med øverste myndighet og ansvarlighet for den overordnede strategiske retningen og organisasjonens handlingsmetoder. Også kjent som råd, styrer, kommisjoner etc.

Helseprofesjoner

Medisinsk, sykepleier eller medisinsk støtte profesjoner som gir klinisk behandling og omsorg til klienter, er medlem i det nødvendige profesjonelle organer og, der det kreves, har fullført og opprettholdt registrering eller sertifisering fra en autoriserende myndighet.

Organisasjon

Består av alle lokasjoner/steder under ledelse av og som er rapporteringspliktige til ledelsen/eier(e)

Partnere

Organisasjoner som organisasjonen samarbeider med for å gi utfyllende tjeneste.

Partnerskap

Formelle eller uformelle arbeids relasjoner mellom organisasjoner hvor tjenester kan bli utviklet eller gitt i felleskap eller delt.

Personale

Organisasjonens ansatte

Aktører med innflytelse og ansvar

Individer, organisasjoner eller grupper (f.eks. styret) som har en interesse i tjenesten.

Vurderings prosedyrer/ Data innsamling

Dokument arkiv

Et system som kontrollerer frigivningen, endringen og bruk av viktige dokumenter innen organisasjonen, særlig policy og prosedyrer. Systemet krever at hvert dokument har en særegen identitet, som viser dato og utstedelse, oppdateringer og autorisasjon. Utstedelser av dokumenter innen organisasjonen er kontrollert, og kopier av alle dokumenter er lett å søke på og å få tak i.

Akkreditering

En selvvrderings prosess og ekstern vurderingsprosess av fagfeller brukt av helsetjenesteorganisasjoner for å vurdere nøyaktig sitt nivå av utøvelse i forhold til etablerte standarder og for å implementere måter for kontinuerlig forbedring.

Vurdering

Prosess hvor karakteristikkene og behovene for klienter, grupper eller situasjoner er evaluert eller bestemt, slik at de kan bli adressert. Vurderingen former grunnlaget for en plan for tjenester eller tiltak.

Tilsyn

En systematisk uavhengig eksaminering og gjennomgang for å bestemme om aktiviteter og resultater er i overensstemmelse med de planlagte ordninger.

Kompetanse

Garanti for at et individ sin kunnskap og ferdigheter er egnet for tjenesten som blir gitt og forsikring om at kunnskap og ferdighetsnivået er jevnlig evaluert.

Klage

At det uttrykkes at noe er et problem, en sak eller utilfredshet med tjenesten som kan være verbal eller skriftlig.

Komplementær

Tjenester eller komponenter som passer sammen eller supplerer hverandre for å utgjøre en mer helhetlig tjeneste.

Konfidensialitet

Garantert begrensning på bruk og distribusjon av informasjon samlet fra individer eller organisasjoner.

Samtykke

Frivillig avtale eller godkjenning gitt av en klient.

Data

Uorganiserte fakta hvorfra informasjon kan bli generert.

Evaluering

Vurdering av graden av suksess i å møte organisasjonens, tjenestens, programmets eller klientens mål og forventede resultater (utfall).

Evidens

Data og informasjon benyttet for å ta avgjørelser. Evidens kan bli hentet fra forskning, eksperimentell læring, indikator data og evalueringer. Evidens blir brukt systematisk for å evaluere muligheter og ta avgjørelser.

Helse effekt

Endring i helse statusen til et individ, en gruppe eller populasjon som kan tilskrives en planlagt intervensjon eller serie av intervensjoner, uavhengig av om en slik intervensjon var ment å endre helse status.

Foreløpig helse resultat

Helsefremmende og forebyggende resultat

Informasjon

Data som er organisert, tolket og brukt. Informasjonen kan være skriftlig, audio, video eller i fotografert form.

Informasjonssystem

Systemer til planlegging, organisering, analysering og kontrollering av data og informasjon, som inkluderer både data-basert og manuelt system.

Prestasjon

Den kontinuerlige prosess hvor en leder og en ansatt gjennomgår den ansattes prestasjon, setter mål for prestasjon og evaluerer framgang mot disse målene.

Kvalitativ

Data og informasjon uttrykt med beskrivelser og narrativer, en metode som undersøker brukerens erfaring gjennom observasjon og intervjuer.

Kvantitativ

Data og informasjon uttrykt i tall og statistikk, en metode som undersøker fenomener med målinger.

Reliabilitet

I hvilken grad resultater er konsekvente gjennom gjentatte målinger, ved ulike målinger eller ved forskjellige tidspunkter med samme måling, når det som er målt ikke har endret seg i intervallet mellom måletidspunktene.

Forskning

Bidrag til en eksisterende kunnskapsbase gjennom undersøkelse, som er rettet mot oppdagelse og tolkning av fakta.

Validitet

I hvilken grad en måling måler det den er tiltenkt å måle.

Resultater (utfall)

Konsekvensene av en tjeneste.

Kvalitets vurdering

Planlagt og systematisk samling og analysering av data om en tjeneste, vanligvis fokusert på tjenestens innhold og leveringsspesifikasjoner og klient resultat.

Spørreundersøkelse

Ekstern fagfelle vurdering som måler organisasjonens prestasjon mot et avtalt sett av standarder.

Inspektør

Ekstern fagfelle som vurderer organisasjons prestasjon mot avtalte standarder.

Godkjenning

En prosess hvor en offentlig myndighet gir tillatelse til en individuell organisasjon eller helsetjenesteorganisasjon for å utøve sin virksomhet, eller til en individuell utøver for å utøve et yrke eller en profesjon.

Fagfelle vurdering

En prosess hvor en organisasjons, et individs eller en gruppes prestasjon er evaluert av medlemmer av lignende organisasjoner, samme profesjon, disiplin eller status som de som yter tjenesten.

Personal mappe

Samling av informasjon om en ansatt som dekker personlige spørsmål som fravær, referanser, medarbeidersamtaler, kvalifikasjoner, registreringer og ansettelses forhold.

Å forstå målinger

Ramme

Rekkevidden på og typen av tjenester som er tilbudt av organisasjonen og betingelse eller begrensning på dekning av tjenester.

Tjenester

Produkter organisasjonen leverer til klienter eller at det er avdelinger innen organisasjonen som leverer produkter til klienter.

Standard

Et ønsket og oppnåelig nivå av utøvelse som faktisk prestasjon blir målt mot.

Kriterier

Spesifikke steg en må ta, eller aktiviteter en må gjøre, for ta en avgjørelse eller nå en standard

Prosedyrer

Et sett med skriftlige instruksjoner som uttrykker de godkjente og anbefalte steg for en bestemt handling eller en serie handlinger.

Policy

Skriftlige uttalelser som fungerer som retningslinjer og som reflekterer posisjonen og verdien organisasjonen har på et bestemt emne.

Målbare elementer

Målbare elementer av en standard er de standard kravene og formålserklæring som vil bli revidert og tiltenkt en gradering gjennom akkreditasjonsundersøkellesprosessen. De målbare elementene ramser opp hva som kreves for å ha full etterlevelse etter standarden. Hvert element er allerede reflektert i standarden eller i intensjonserklæringen. Å liste opp de målbare elementene har til hensikt å gi større klarhet til standardene og hjelpe organisasjoner til å gi ansatte opplæring om standardene og forberede for akkreditasjonsundersøkelsen (JCI International Standards, 2003).

Indikator

Prestasjonsmålingsinstrument som blir brukt som en veileder for å overvåke, evaluere og forbedre kvaliteten av tjenester. Indikatorene er relatert til struktur, prosess og resultat.

Å tolke resultater

Benchmarking

Sammenligning av resultatene fra organisasjonsevalueringer med resultatene fra andre intervensjoner, programmer eller organisasjoner. Samt å undersøke prosessen mot de som av andre er anerkjent som gode, som en strategi for å gjøre forbedringer.

Best practice

En tilnærming som har vist seg å produsere gode resultater, utvalgt gjennom en systematisk prosess, og vurdert som forbilledlig, eller som er bevist å være vellykket. Den blir så tilpasset en bestemt organisasjon.

Helsefremmende og forebyggende arbeid

Sykdomsforebygging

Sykdomsforebygging dekker tiltak ikke bare for å forebygge forekomst av sykdom, som reduksjon av risikofaktorer, men også for å stoppe sykdomsutvikling og redusere konsekvensene etter at sykdom har oppstått. Referanse: tilpasset etter Glossary of terms brukt i Health for All series. WHO, Genève 1984.

Primærforebygging er rettet mot å hindre den første forekomsten av en sykdom. Sekundær- og tertiærforebygging prøver å stoppe eller forsinke eksisterende sykdom og dens konsekvens gjennom tidlig oppdagelse og passende behandling; eller å redusere forekomsten av tilbakefall og etablering av kroniske tilstander gjennom for eksempel effektiv rehabilitering. Sykdomsforebygging er noen ganger brukt som kompletterende uttrykk sammen med helsefremming. Selv om det er hyppig overlappl mellom innhold og strategier, er sykdomsforebygging definert separat. Sykdomsforebygging i denne konteksten er oppfattet å være handlingen som vanligvis kommer fra helsesektoren, som har å gjøre med individer og populasjoner hvor en har identifisert identifiserbare risikofaktorer, ofte assosiert med forskjellig risiko adferd.

Utdanning

Systematisk instruksjon og læringsaktiviteter for å utvikle eller skape endring i kunnskap, holdninger, verdier eller ferdigheter.

Empowerment for helse

I helsefremming og forebygging er empowerment en prosess hvor mennesker får større kontroll over avgjørelser eller handlinger som påvirker deres helse. Empowerment kan være en sosial, kulturell, psykologisk eller politisk prosess hvor individer og sosiale grupper har mulighet for å uttrykke sitt behov, fremlegge sine bekymringer, utvikle strategier for involvering i beslutningstaking og oppnår politiske, sosiale og kulturelle handlinger for å møte disse behovene.

Muliggjøring

I helsefremming og forebygging betyr muliggjøring å handle i partnerskap med individuelle eller grupper for å myndiggjøre dem, gjennom mobilisering av menneskelig og materielle resurser for å fremme og beskytte deres helse.

Helse adferd

Enhver aktivitet foretatt av et individ, uavhengig av den faktiske eller opplevde helse status, med hensikt å fremme, beskytte eller opprettholde helse, uavhengig av om slike handlinger objektivt sett er effektive for formålet.

Helse kommunikasjon

Helse kommunikasjon er en hovedstrategi for å informere offentligheten om helse utfordringer, og for å opprettholde viktige helsespørsmål på offentlighetens helse agenda. Bruken av masse- og multimedia og andre teknologiske oppfinnelser for å spre nyttig helseinformasjon til allmennheten, øke bevissthet om spesielle aspekter av individuell eller kollektiv helse så vel som viktigheten av helse i utviklingsarbeid. Referanse: tilpasset fra Communication, Education and Participation: A Framework and Guide to Action (AMRO/PAHO), Washington, 1996.

Helseopplæring

Helseopplæring er sammensatt av bevisste strukturerte muligheter for læring som inkluderer noen form for kommunikasjon designet for å forbedre helseferdigheter, inkludert å forbedre kunnskap og å utvikle livskunnskap som bidrar til individuell og samfunnshelse. Helseopplæring er ikke bare opptatt av kommunikasjon av informasjon, men også med å fostre motivasjonen, ferdigheter og selvtillitt (formålstjenelig for selvet) nødvendig for å handle for å bedre helse. Helseopplæring innebærer kommunikasjon av informasjon om de underliggende sosiale, økonomiske og miljømessige forhold som påvirker helse, så vel som individuelle risiko faktorer og risiko adferd, og bruk av helsetjenesten. Helseopplæring kan derfor omfatte kommunikasjonen av informasjon, og utviklingen av ferdigheter som demonstrerer den politiske gjennomførbarheten og organisasjoners muligheter til forskjellige handlinger for å adressere sosiale, økonomiske og miljømessige helse determinanter.

Helseferdighet

Helseferdighet representerer de kognitive og sosiale ferdigheter som avgjør motivasjonen og individets evne til å få tilgang til, forstå og bruke informasjon på måter som fremmer og opprettholder god helse. Helseferdighet innebærer oppnåelsen av et nivå av kunnskap, personlige ferdigheter og selvtillit for å handle for å bedre personlig- og samfunnshelse ved å forandre personlig livsstil og bo forhold. Derfor betyr helseferdighet mer enn å være i stand til å lese brosjyrer og å bestille avtaler. Ved å forbedre menneskers tilgang til helseinformasjon og deres kapasitet til å bruke den effektivt, er helseferdighet avgjørende for empowerment. Helseferdighet er i seg selv avhengig av det mer generelle nivået på leseferdighet. Dårlig leseferdighet kan påvirke folks helse direkte ved å begrense deres personlige, sosiale og kulturelle utvikling, så vel som å hindre utviklingen av helseferdighet.

Helsefremmende sykehus

Helsefremmende sykehus yter ikke bare omfattende medisinsk og sykepleie tjenester av høy kvalitet, men utvikler også en bedriftsprofil som favner målene av helsefremming, utvikler en helsefremmende organisasjonsstruktur og kultur, inkludert aktive, deltagende roller for pasienter og alle ansatte, utvikler seg selv til et helsefremmende fysisk miljø og samarbeider aktivt med sitt lokalmiljø. Referanse: basert på Budapest Deklarasjonen om helsefremmende sykehus. WHO, Regionalt kontor for Europa, København 1991.

Helsefremming

Helsefremming er den prosess som setter mennesker i stand til å øke kontroll over og forbedre sin helsetilstand. Referanse: Ottawa Charter om helsefremming, WHO, Geneva, 1986. Helsefremming representerer en omfattende sosial og politisk prosess, den favner ikke bare handlinger rettet mot å styrke individers ferdigheter og evner, men også handlinger rettet mot å endre sosiale, miljømessige og økonomiske forhold for å lette deres påvirkning på individuell og folkehelse. Medvirkning er essensielt for å opprettholde helsefremmende arbeid.

Intersektorielt samarbeid

Et anerkjent forhold mellom del eller deler av forskjellige sektorer av samfunnet som har blitt sammensatt for å handle i forhold til en sak for å oppnå helse resultat, eller foreløpige helse resultat, på en måte som er mer effektiv, formålstjenelig eller holdbar enn som kunne oppnås av helsesektoren alene.

Livsferdigheter

Livsferdigheter er evner for tilpassning og positiv adferd som setter individet i stand til å effektivt håndtere krav og utfordringer i hverdagen.

Livsstil (livsstil som bidrar til helse)

Livsstil er en måte å leve på basert på identifiserbare mønster av adferd som blir avgjort av samspillet mellom et individs personlige karaktertrekk, sosial samspill, sosio-økonomisk og miljømessige levestandard.

Å reorientere helsetjenesten

Helsetjeneste reorientering er særpreget av en mer eksplisitt bekymring for måloppnåelsen på folkehelse ved måten helsesystemet er organisert og finansiert. Dette må lede til endring av holdning og organisering av helsetjenesten, til å fokusere på individets behov som et helt menneske, sett opp mot populasjonens behov som en gruppe.

Kvalitet forbedring

Oppfølging

Prosess og handlinger gjort etter at en tjeneste har blitt utført.

Mål

Vide uttalelser som beskriver det utfallet en organisasjon søker og som veileder den daglige avgjørelser og aktiviteter. Målene støtter organisasjonens visjon.

Retningslinjer

Prinsipper som veileder eller instruerer handling.

Kapasitet

Muligheter, resurser, fortrinn og styrker grupper eller individer har for å håndtere situasjoner og møte sine behov.

Kontrakt

Formell avtale som stipulerer vilkårene for tjenester som er skaffet fra eller gitt til en annen organisasjon. Kontrakten og den kontrakterte tjenesten er overvåket og koordinert av organisasjonen og overholder standardene fra staten og organisasjonen.

Koordinering

Proessen av å arbeide effektivt sammen, med samarbeid mellom ytere, organisasjoner og tjenester i og utenfor organisasjonen for å forhindre duplisering, hull eller brudd.

Lederskap

Evnen til å gi retning og å håndtere endring. Det involverer etableringen av en visjon, utviklingen av strategier for å skape endringene som trengs for å implementere visjonen; plassering av folk; og motivere og inspirere folk til å overkomme hindringer.

Ledelse

Å sette mål for framtiden gjennom planlegging og budsjettering, å etablere prosesser for å oppnå målene og allokere ressurser for å oppnå disse planene. Å sikre at planene blir gjennomført ved organisering, personal forvaltning, kontroll og problemløsning.

Mål

Et delmål som må oppnås hvis organisasjonen skal oppnå sine mål. Det er omformuleringen av målene til spesifikke, konkrete termer som resultatene kan bli målt mot.

Driftsplan

Utformingen av strategier som inkluderer prosessene, handlingene og ressursene for å oppnå organisasjonens mål.

Kvalitetsaktiviter

Aktiviteter som måler prestasjonen, identifiserer muligheter for forbedring i leveringen av tjenester, og inkluderer handling og oppfølging.

Kvalitetskontroll

Overvåkingen av resultat for å kontrollere om det er i overensstemmelse med spesifikasjoner eller kravene og handlinger gjort for å korrigere utfallet. Den sørger for sikkerhet, overføring av nøyaktig informasjon, nøyaktighet i prosedyrer og reproduserbarhet.

Kvalitetsforbedring

Fortløpende respons på kvalitetsvurderingsdata om en tjeneste på måter som forbedrer prosessen av tjenesteytelse til klienter.

Kvalitetsplan

Den nåværende handlingsplanen for å kunne møte kvalitetskravene til tjenesten.

Kvalitetsprosjekt

En tidsavgrenset kvalitetsforbedringsplan for en identifisert tjeneste eller område.

Risikohåndtering

En systematisk prosess for å identifisere, vurdere og handle for å forebygge eller håndtere kliniske, administrative, eiendom og arbeids helse og sikkerhetsrisiko i organisasjonen.

Strategisk plan

En formalisert plan som stadfester organisasjonens overordnede mål og som søker å posisjonere organisasjonen i forhold til dens miljø.

**Norsk nettverk for
helsefremmende sykehus
og helsetjenester**

Kontaktinfo:
Else Karin Kogstad,
leder av sekretariatet
tlf. 905 29 611
ekog@ahus.no
norskhph@ahus.no