

Aktiv Overvåkning

Et forbedringsarbeid for pasienter med prostatakreft

BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

- Gir legene lik informasjon til pasientene ved diagnosetidspunktet
- Er det variasjon i når pasienter får time til 1-års kontroll

MÅL FOR PROSJEKTET

Mål 1) Sikre at pasientene får tilstrekkelig og lik informasjon når de blir inkludert i Aktiv Overvåkning.

Mål 2) Pasienten får 1-års kontrollen som avtalt.

HVA ER AKTIV OVERVÅKNING

Prostatakreft påvises i noen tilfeller ved et tidlig stadium pga PSA-måling som er en blodprøve som ofte tas hos fastlegen. Ved prostatakreft med lav risiko er det en fare for overbehandling. Bivirkninger ved kirurgi er ereksjonsproblemer og/eller inkontinens. Aktiv Overvåkning er et alternativ til umiddelbar kurativ behandling. INTENSJON: fange opp de pasientene som kan ha en negativ utvikling av prostatakreften, slik at de får tilbud om riktig behandlingstiltak.

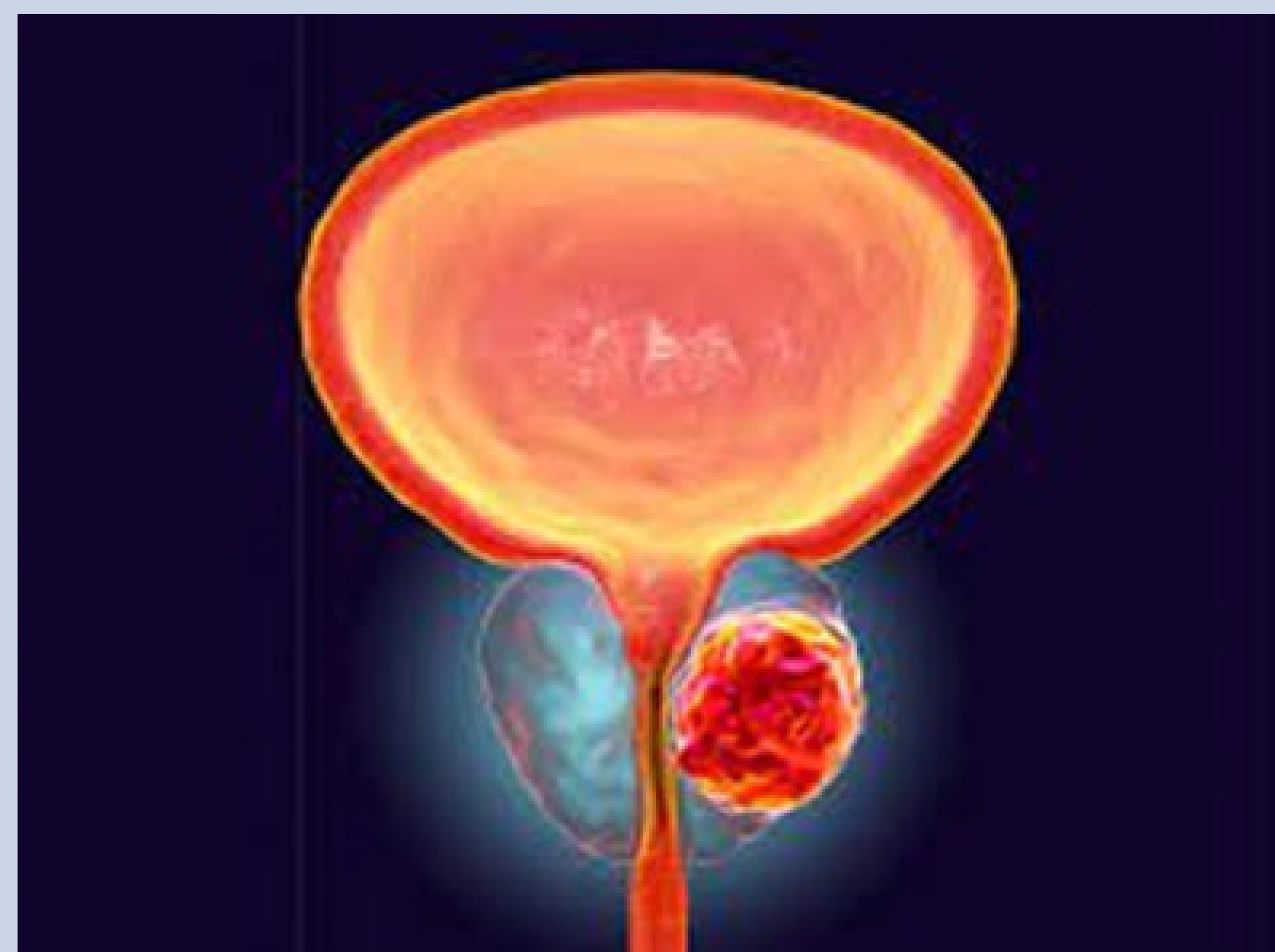
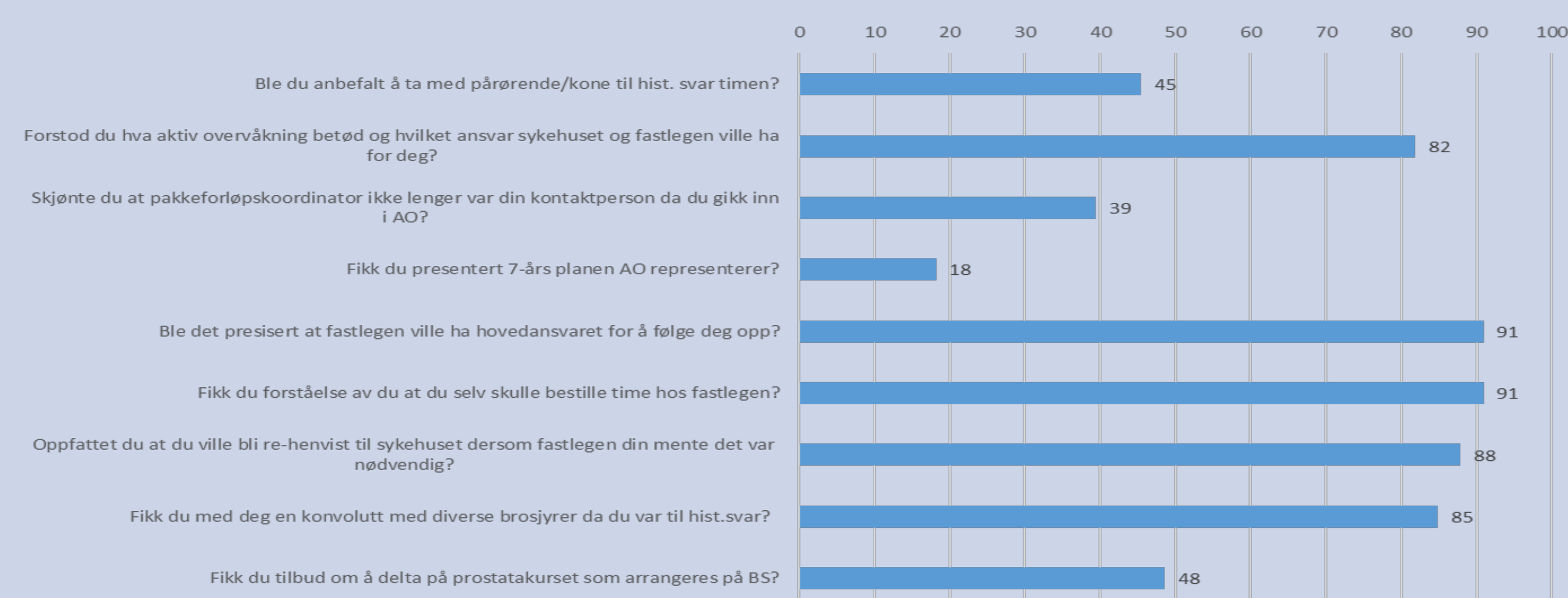
PASIENTFORLØPET det første året

- Blodprøver ved 3. mnd., 6. mnd., 9. mnd. og 12 mnd.
 - Rektalundersøkelse 6. mnd. og 12 mnd.
 - MR og biopsi av prostata ved 1-års kontroll.
- Overvåkingen strekker seg normalt over et 7 års periode, med overnevnte undersøkelser. Sykdomsutvikling følges forløpende og tiltak igangsettes i samhandling med pasienten, dersom sykdommen forverrer seg.

METODE

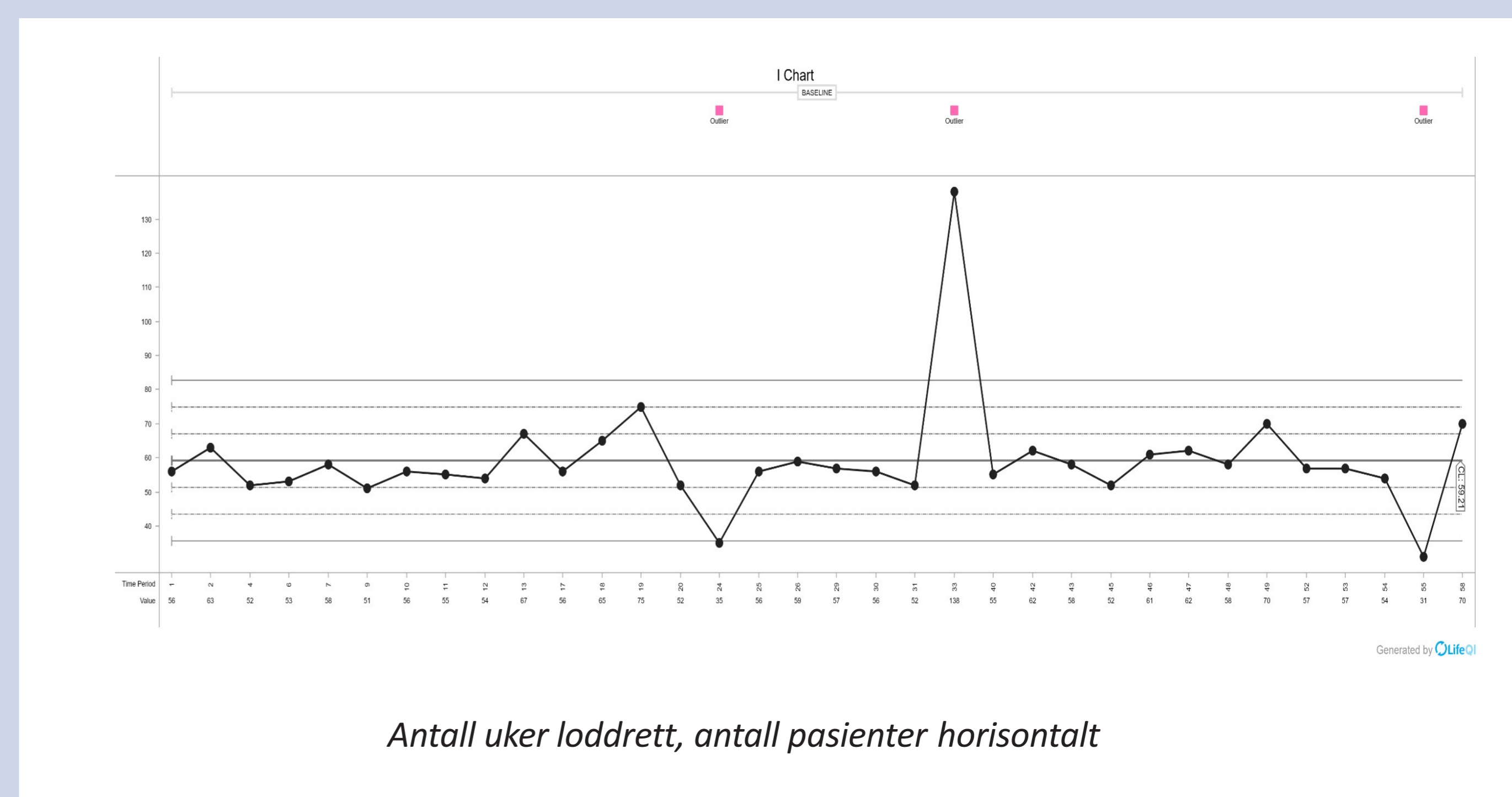
- Journalgjennomgang for å finne de aktuelle pasientene.
- Intervju pr. telefon.

Mål 1) 33 av 34 pasienter deltok i intervju



Mål 2) 58 pasienter ble innlemmet i AO i 2019

- 34 av 58 pasienter kom til 1-års kontroll etter planen
- 13 pasienter avstod fra biopsitagning etter MR svar
- 11 pasienter gikk til annen institusjon, fikk annen sykdom eller ble kun fulgt videre av fastlege og avsluttet AO



TILTAK

- Utarbeide mal for poliklinisk notat som sikrer at pasientene får lik informasjon.
- Oppdatere konvolutt med informasjonsmaterieill som pasienten får ved diagnosetidspunktet.

KONKLUSJON

Mål 1) Det var variasjon i hvilken informasjon pasienten fikk, særlig ift diagnosen og videre kontrollopplegg. Dette skal sikres i fremtiden ved at legen benytter en standard mal for samtalen. Pasienten kan hente denne informasjonen fra Helsenorge.no.

Mål 2) Det var liten variasjon i når pasienten møtte til 1 års-kontroll, etter MR og biopsisvar forelå. Et avvik som er vist i diagrammet, er en registreringsfeil som ikke fikk konsekvens for pasientens behandling.

Elektronisk anestesitilsyn med videosamtale pilotprosjekt

Bakgrunn

Mange pasienter som skal opereres elektivt ved vårt sykehus har, av ulike grunner, ikke hatt mulighet til en samtale med anestesipersonellet før bedøvelse. Vi har undersøkt om en videosamtale med pasienten kan løse dette problemet.



HSØ har allerede innført et elektronisk egenmeldingsskjema, som fylles ut av pasienten og legges automatisk inn i DIPS. Dette mener vi at vi kan videreutvikle med linker til korte informasjonsvideoer og liknende.

Til dette pilotprosjektet sender vi en innkalling via DIPS på helsenorge.no, som vi ber pasienten bekrefte mottatt på sms. Brevet inneholder informasjon om prosjektet, hva videosamtalen er ment for, tidspunkt for videosamtalen og linken til det virtuelle rommet samtalen skal foregå i.

Videosamtalen

At pasienten ikke behøver å møte på sykehuset, oppleves som positivt. Vi får avklart spørsmål som gjør det tryggere for pasienten å møte på sykehuset. Anestesipersonellet kan se og kommunisere med pasienten, og dette gir viktig informasjon om luftveier, gapeevne, nakkebevegelse, smerter og smerteopplevelse etc. Vi gir også informasjon om operasjonsforløpet og gir pasienten mulighet til å stille spørsmål. I den grad det er mulig legger vi til rette for konkrete muligheter til samvalg.



Resultat:

Piloten har til nå inkludert 15 pas av 50. Det har vært noe oppstartsproblemer med linken og den digitale overføringen, men oppleves nå som enkelt og smidig. Kun 1 pas. så langt har takket nei til tilbudet om samtale. Samtaleobjektene føler seg mer ivaretatt og er bedre forberedt, og synes en digital versjon er å foretrekke.

Endre og forbedre prosessen induksjon av fødsel

Avdeling for gynekologi og fødselshjelp, Bærum sykehus

Mål:

Ved induksjon/igangsetting av fødsel:

15% reduksjon i tid fra start medikamentell induksjon til fødsel.
Prosjektperiode frem til juni 2020.

Bakgrunn:

- Kraftig økning av induksjoner de siste 20 år i Norge
- I 2020 induserte vi 28 % av fødslene på Bærum sykehus
- Inntrykk av lang og krevende innledning til fødsel for pasientene
- Ressurskrevende prosess for avdelingen

Hvorfor induksjon?

Ved medisinsk indikasjon for å avslutte svangerskapet for eksempel overtid.

Hvordan?

Noen ganger må fødselen settes i gang kunstig. Vi starter oftest med kateter i livmorhalsen, deretter hormontabletter/vaginalinnlegg

Hvem er vi?

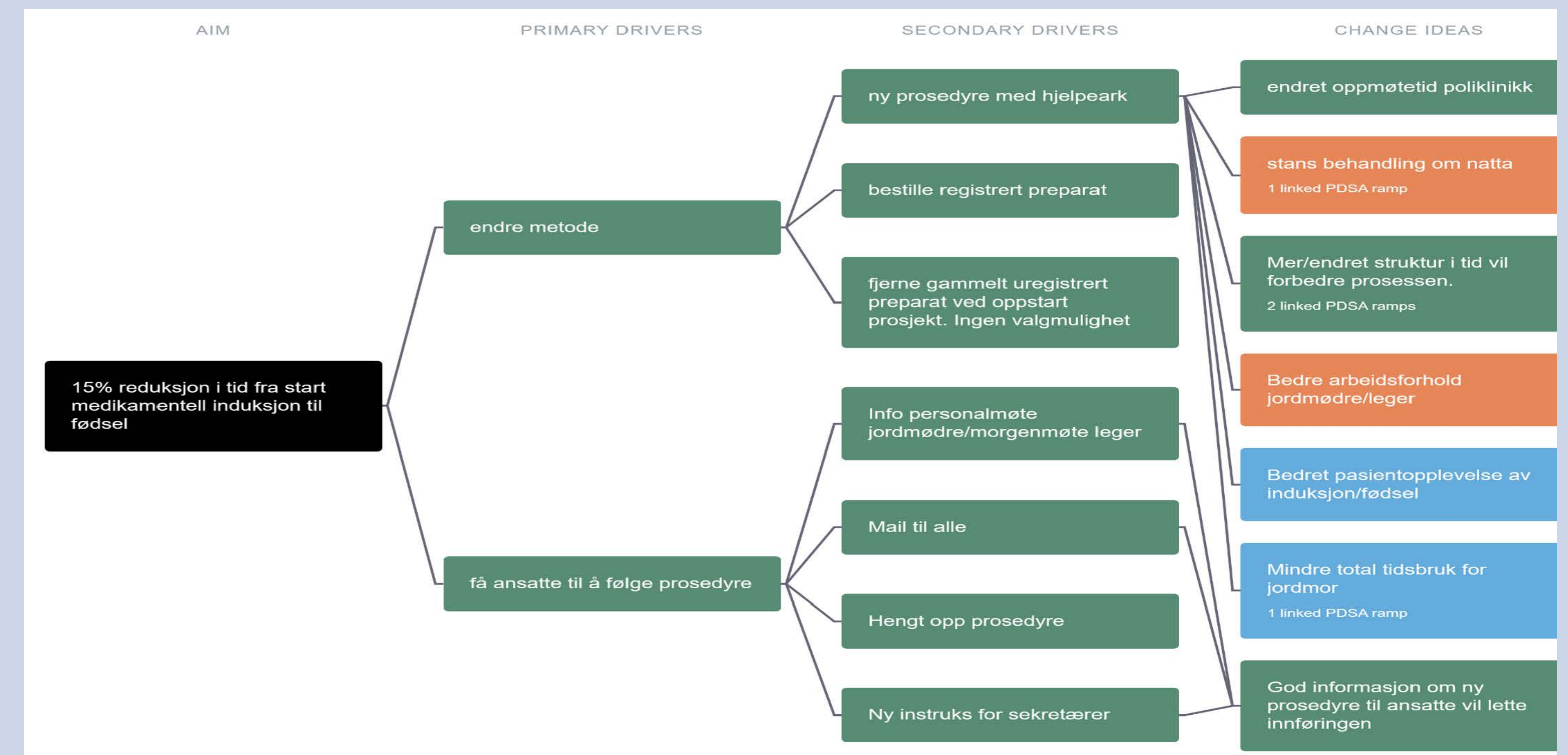
Føden Bærum sykehus, ca. 1700 fødsler pr. år
 Stor sammensatt personalgruppe
 60 jordmødre
 18 leger i vakt
 Normale fødsler, kompliserte fødsler som for eksempel tvillinger

Metode:

- Utarbeidet i forbindelse med opplæringsprogram av forbedringsagenter i VV med metode kontinuerlig forbedring
- Statistisk prosesskontroll

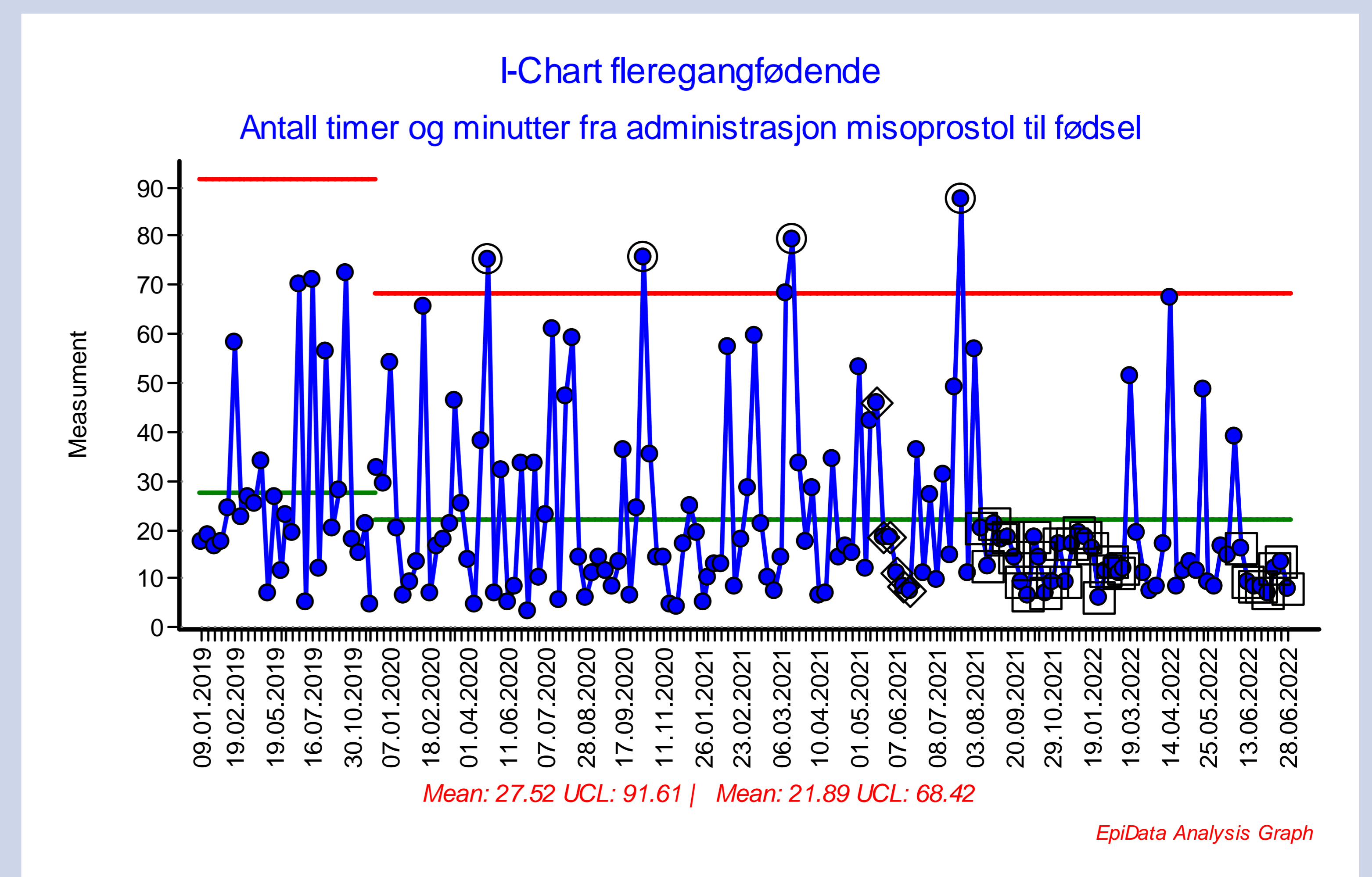
Fremgangsmåte:

- Bruk av Partus elektronisk fødejournal. Allerede registrert informasjon.
- Baseline
- Endret prosedyre
- Videreføring av samme data som i baseline
- PDSA/SPC
- SPC



Driverdiagram

Resultater:



- Klart nivåskifte og færre sporadiske avvik

Refleksjoner og veien videre:

- Stort, viktig og gjennomgripende tema
- Prosjektet må kontinuieres
- Måle flere risikofaktorer: blødning/forløsningsmetode



Første pasient inne på stue til kl 08

Stine Glad Stokland, AIO- Operasjonsavdelingen Bærum sykehus

Mål

- 80 % av operasjonspasientene skal være inne på stue innen kl 08
- Identifisere årsaker til forsinkelser ved morgenstart på operasjonsstuene
- Formidle og etablere tiltak på tvers av profesjoner og avdelinger i sykehuset

Bakgrunn

Forsinket oppstart av operasjonsprogrammet fører til redusert utnyttelse av planlagt operasjonskapasitet. Det blir lengre ventetid for pasientene og påvirker flyten gjennom arbeidsdagen til operasjonsteamet. Basismålingene som ble brukt som sammenligning, viste at 52% a pasientene var inne etter kl 0805.

- Hvorfor er ikke pasientene inne på stue til kl 0800?
- Hvor er forsinkelsene underveis?
- Hva skyldes forsinkelsene?
- Hva kan gjøres noe med?

Hvilke årsaker til forsinkelser identifiserte teamet?

- Det var lite fokus i operasjonsteamet rundt at pasienter kommer for sent inn på stue
- Mangelfull kommunikasjon i teamene rundt felles mål; *første pasient inne på stue til kl 08*
- For sen venefloninnleggelse
- For mye å gjøre på morgenen for de som skal klargjøre på SDI
- Ikke utfylt premedikasjon
- For liten tid for anestesipersonell til å klargjøre stuene
- Mangelfull utfylt operasjonsmelding
- Kirurger møter for sent til samtale pre operativt
- Pulverisert ansvar for blodprøver
- Oppmøtetidspunkt for anestesileger på operasjon

Team og metode

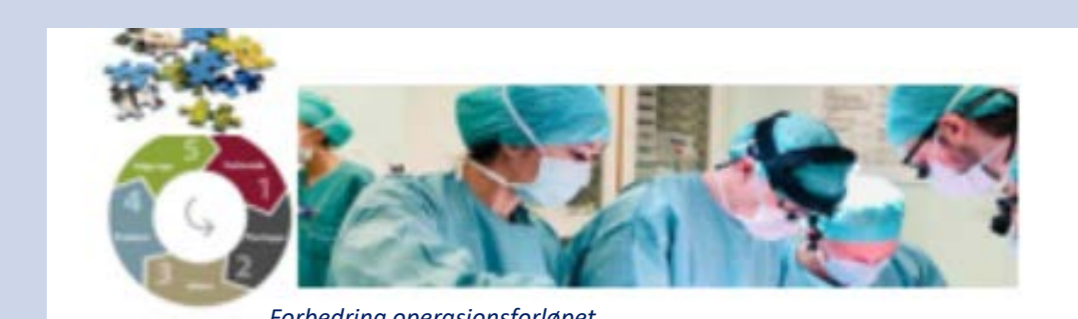
Forbedringsarbeidet er en del av et større forbedringsprosjekt, *Forbedring operasjonsforløpet* på Bærum sykehus. Prosjektet bygger på forbedringsmodellen fra Pasientsikkerhetsprogrammet til HelseDirektoratet. Prosjektteamet definerte mål, gjennomførte målinger og benyttet PDSA syklus i uttesting og implementering av tiltak.

Det er flere årsaker til forsinkelser og teamet brukte prioriteringsmatrise som verktøy for å komme frem til forbedringsområder.



Team:

Ingvild Sæby, drift operasjon
Kjersti Edvardsen, drift anestesi
Charlotte Clock Lystad, drift SDI
Stine Glad Stokland, seksjonsoverlege anestesi

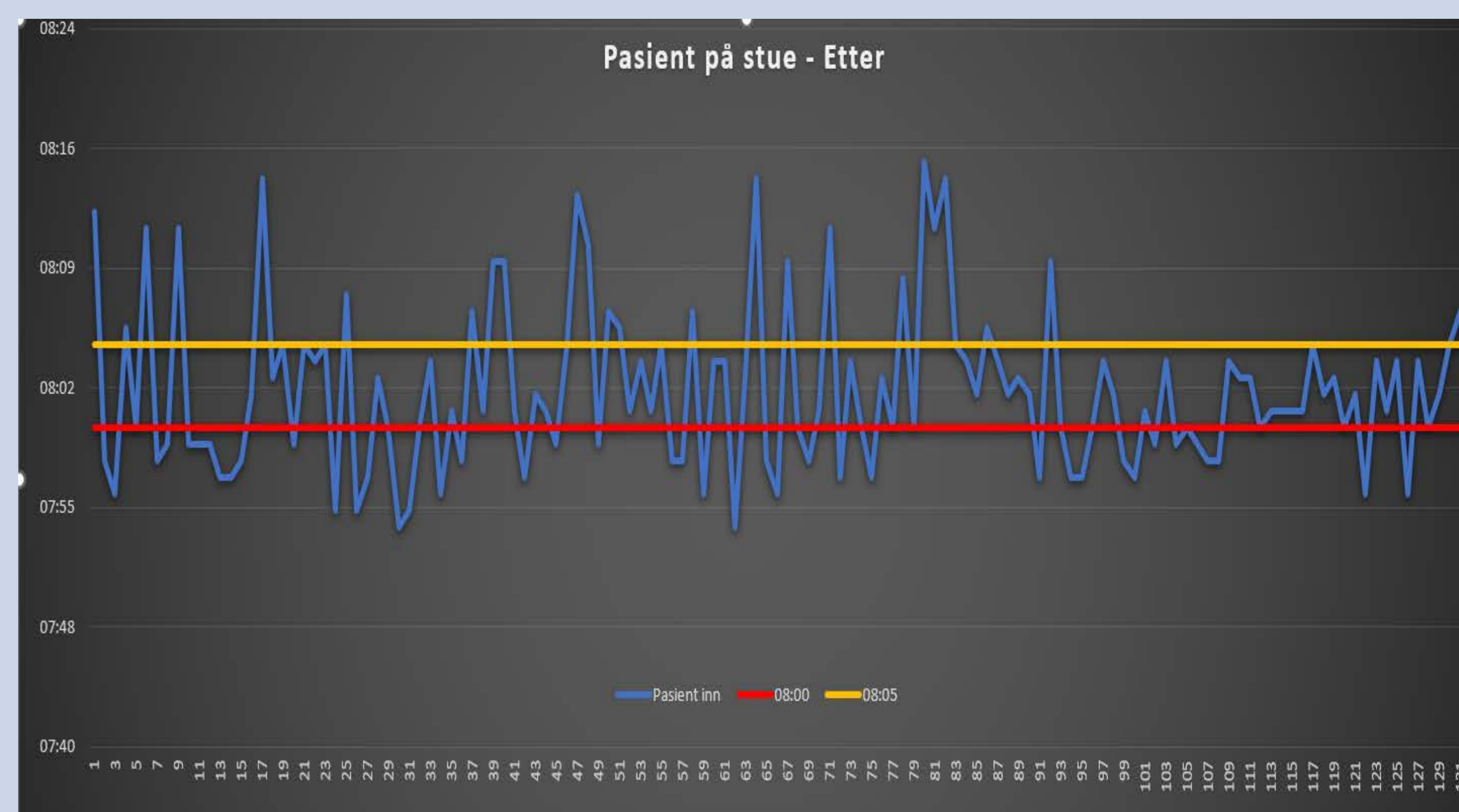
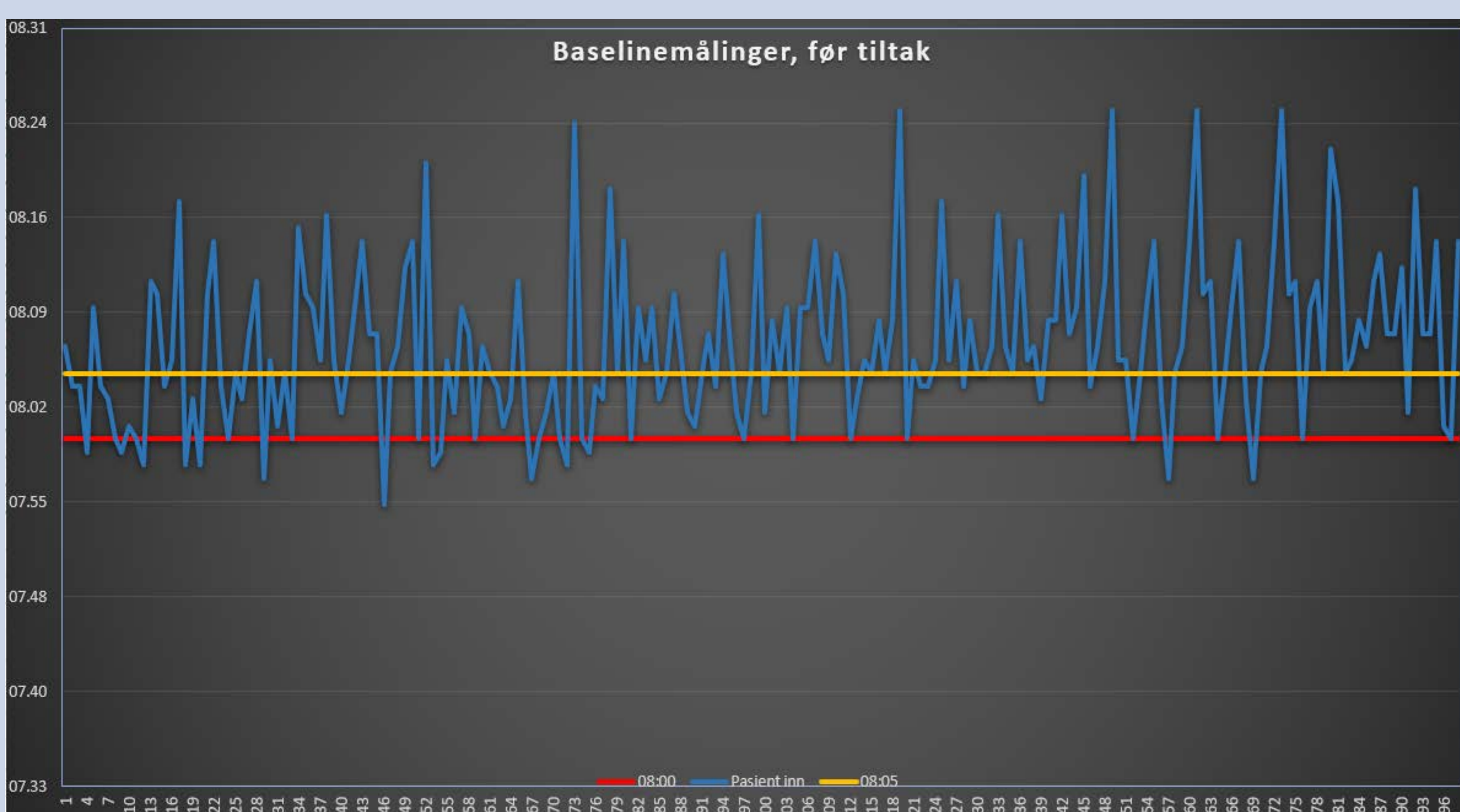


Iverksette tiltak basert på teamets identifikasjoner:

- Planleggingsmøte operasjon hver torsdag
- Definert tydelig ansvar for rekvirering, gjennomføring og oppfølging av blodprøver
- Anestesileger møter tidligere inne på operasjon, kl 0755

Resultater:

77% av pasientene som kommer via SDI er nå inne på stue før kl 0804. Sammenlignet med baselinemålingene er det økning på antall pasienter som nå er inne på stue innen kl 0805 og kun 23% av pasientene, via SDI er inne etter kl 0805.



Hva testet vi ut?

- Effekten av informasjon til de involverte i operasjonsteamet
- Tidlig bistand ved vanskelige veneflon innleggelser på SDI
- Revidere prosedyre for å rekvirere premedisinering

Hva betyr det for pasienten?

- Økt sjans for at planlagt program gjennomføres- færre strykninger
- Mindre venting for pasienten- kortere fastetid
- Personalet står gjennom hele operasjonen
- Lunsjavvikling/pauser planlegges bedre, opplagt operasjonsteam

Forbedring av visitt på K2

Visitt ferdig avklart med sykepleier kl.12

Bakgrunn:

- Visitten var en prosess som ikke fungerte optimalt og ikke ga ønsket resultat.
- Lege og Sykepleier opplevde mangel på struktur, effektivitet og kompetanse under visitten.
- Vi hadde et ønske om en mer strukturert og effektiv visitt for både Lege og Sykepleier.
- Resultatet en ønsket å oppnå var en bedre hverdag for de ansatte og en tryggere pasientbehandling.

Hovedmål:

Mer strukturert og effektiv visitt.

Målet skulle være et **SMART- MÅL**.

Spesifikk- Målbart- Attraktivt-Realistisk-Tidsbestemt

Delmål:

Visitt ferdig avklart med sykepleier innen kl.12.00.

Metode:

- Vi etablerte et Forbedringsteam med Leger og Sykepleiere som fikk ulike roller i arbeidet med å forbedre visitten og hadde jevnlig gruppemøter.
- I starten av prosjektet utførte vi Baseline målinger for å ha et utgangspunkt.
- Vi snakket med de ansatte og med pasientene om hvordan de opplevde visitten.
- Deretter brukte vi verktøyene Idemyldring, Nominell gruppeteknikk, Fiskediagram og Driverdiagram for å sette arbeidet i system.
- Vi satte i gang 3 ulike Tiltak for å forbedre visitten.
- En tid etter at tiltakene var satt i gang, utførte vi systematisk testing og utførte målinger for å samle informasjon om mulig effekt av tiltak.

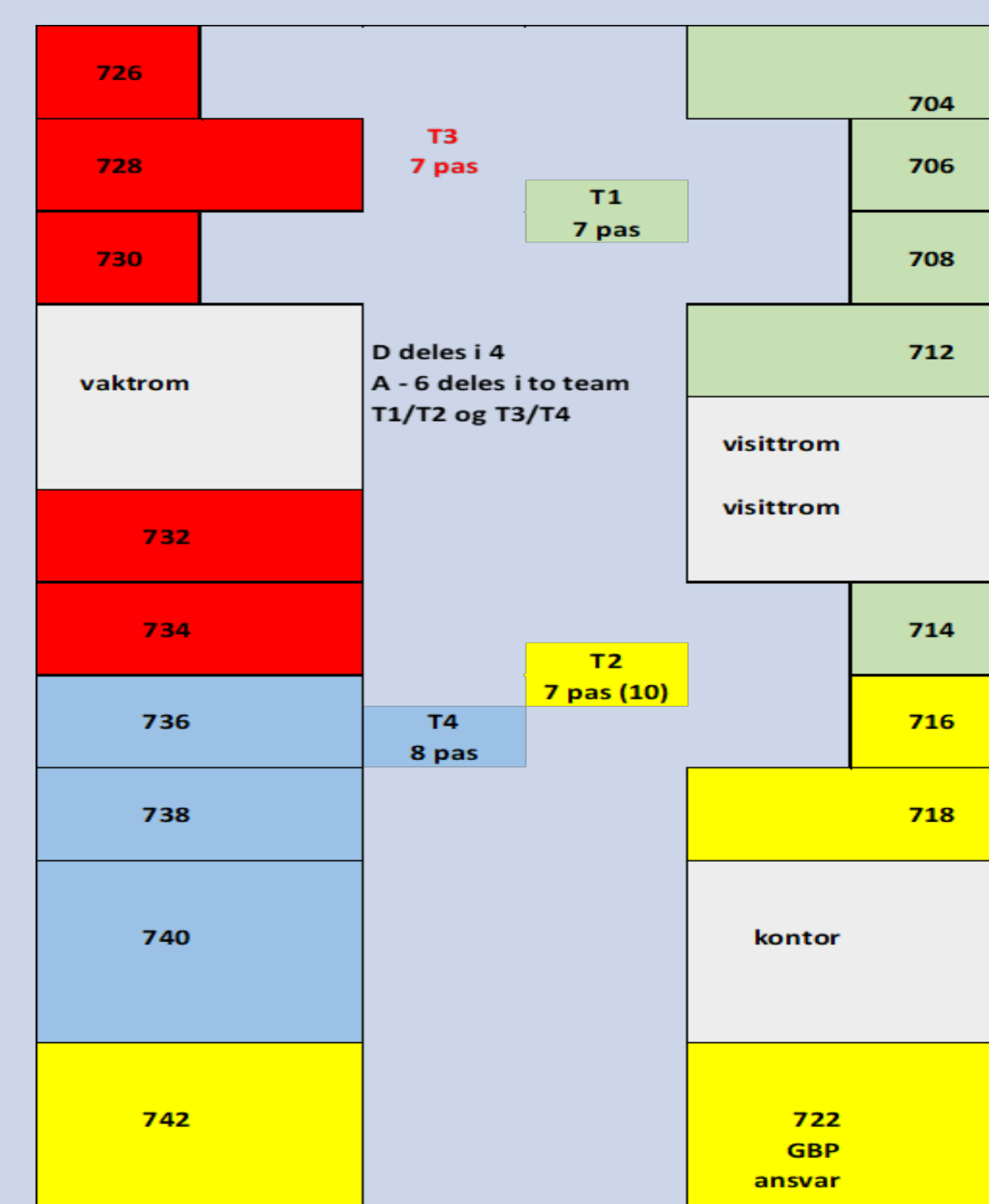
Tiltak lege/sykepleier

➤ Ettermiddagsvisitt:

- Ettermiddagsvisitt kl.17 alle dager i uken.

➤ Etablere Team:

- Faste rom på faste team, i alt 4 team.
- 1 Sykepleier fra hvert team går visitt.
- Lege går visitt på hvert sitt team eller går ferdig visitt på ett team før han går videre på neste.



➤ Lommekort Visitt:

- Til bruk ved visitt- basert på funksjonsområdene i Dips.
- Skal sikre god kvalitet og struktur på visitten.
- Aktuell for både Lege og Sykepleier.

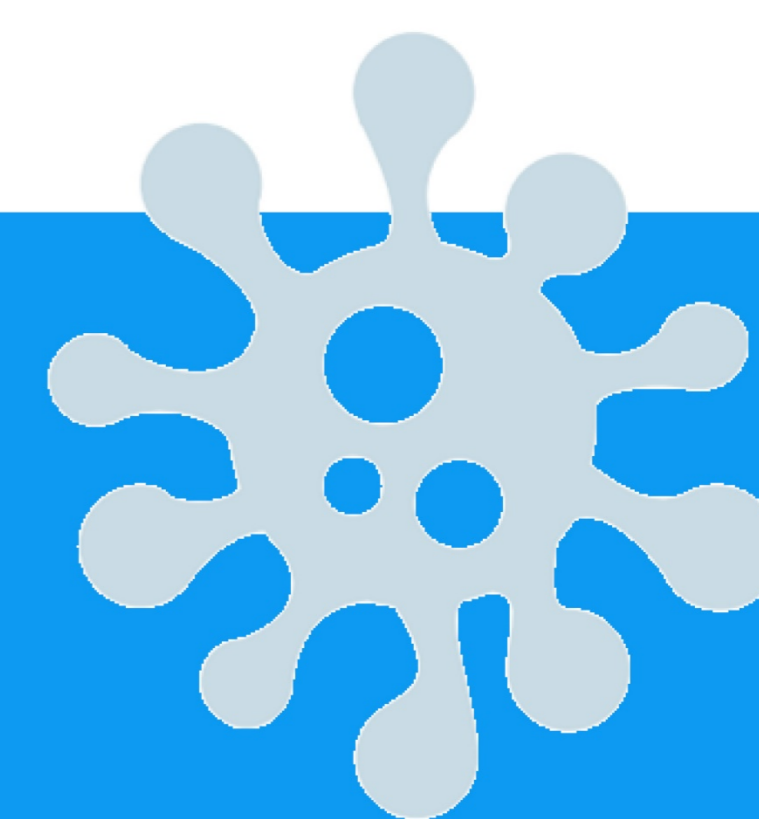
RESULTAT FØR OG ETTER TILTAK VED VISITTEN PÅ K2

Visitt på K2 ferdig avklart med sykepleier	Før tiltak Høst 2021	Etter tiltak Vår 2022	Endring
GJENNOMSNIITT KLOKKELETT	KL 13.30	KL. 12.30	1 time



Konklusjon: Etter å ha satt i gang 3 ulike tiltak i forhold til visittgang på K2 har målinger vist at visitten i gjennomsnitt er ferdig avklart med sykepleier 1 time før enn tidligere. Altså en forbedring.

SKRØPELIGHET REDUSERER NEWS2 SIN EVNE TIL Å PREDIKERE ALVORLIG SYKDOMSFORLØP



DATA FRA COBRA-STUDIEN

BAKGRUNN

- NEWS2 er et mye brukt skåringsverktøy i sykehus
- Eldre pasienter med skrøpeligheit har økt risiko for alvorlig sykdomsforløp ved sykehusinnleggelse grunnet COVID-19
- De har ofte atypiske symptomer, men det er ikke utforsket om NEWS2 sine prognostiske egenskaper også gjelder i denne pasientgruppen

FORMÅL

- Å undersøke om skrøpeligheit påvirker NEWS2 sine prognostiske egenskaper hos pasienter innlagt grunnet COVID-19

METODE

- COBRA er en kvalitetsstudie der alle pasienter innlagt med COVID-19 på Bærum sykehus er blitt inkludert
- Denne analysen inkluderte alle som ble innlagt mellom 9. mars 2020 til 31. desember 2021
- Skrøpeligheit ble definert ved **Clinical Frailty Scale** skår ≥ 5
- NEWS2 skåret i akuttmottaket sine prognostiske egenskaper ved skår ≥ 5 ble vurdert
- Alvorlig sykdomsforløp ble definert som død i løpet av sykehusoppholdet eller behandling på intensiv- eller intermediæravdeling



Clinical Frailty Scale er et skåringsverktøy som er enkelt og raskt i bruk.

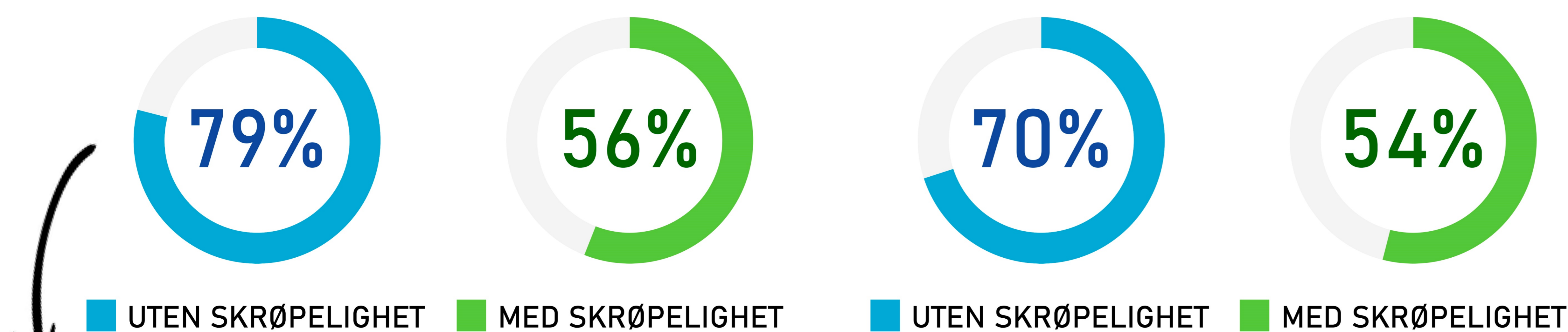
RESULTATER

- Av 416 inkluderte pasienter hadde 42 skrøpeligheit. Median NEWS2 skår var lik hos de med og uten skrøpeligheit
- Pasienter med skrøpeligheit hadde oftere atypiske symptomer
- NEWS2 hadde dårligere prognostiske egenskaper hos de med skrøpeligheit enn hos de uten skrøpeligheit

PREDIKTIVE EGENSKAPER FOR ALVORLIG SYKDOMSFORLØP VED NEWS2-SKÅR ≥ 5 HOS GRUPPER AV PASIENTER MED OG UTEN SKRØPELIGHET

SENSITIVITET

SPESIFISITET



8/10
PASIENTER

pasienter uten skrøpeligheit som utviklet alvorlig sykdomsforløp ble fanget opp av NEWS2

Hos pasienter med skrøpeligheit fanget NEWS 2 opp alvorlig sykdomsforløp hos kun

6/10
PASIENTER

TAKE HOME MESSAGE

- ✓ NEWS2 hadde betydelig dårligere evne til å predikere alvorlig sykdomsforløp hos pasienter med skrøpeligheit
- ✓ Vær oppmerksom på atypisk sykdomspresentasjon og bruk NEWS2 med varsomhet hos eldre med skrøpeligheit

Recurrent AA amyloid after kidney transplantation

Data from the Norwegian Renal Registry

Authors: Wien TN¹, Vasstrand HJ¹, Raki M², Hartmann A², Reisæter A², Gudmundsdottir H², Leh S³, Skrunes R³ and Åsberg A².

Background

End stage kidney disease due to amyloid deposition in the kidney is a critical complication of systemic AA amyloidosis (AAMY). Kidney transplantation (KTX) in patients with amyloidosis has been controversial, mainly due to a concern for poor allograft and patient outcome with recurrent amyloid deposition and extra renal amyloid deposits.

Methods

We report outcomes from the Norwegian Renal Registry of all patients with AA amyloidosis in Norway receiving a first kidney (only) transplant from 1988 through 2017 (AAMY, n=109) with follow-up until January 2022. Data for AAMY patients were supplemented with manual review of patient records.

KTX recipients in Norwegian Renal Registry in the same time period with diabetic nephropathy (DIA, n=509) and autosomal dominant polycystic kidney disease (ADPKD, n=759) served as controls. We calculated patient-, graft- and death-censored graft survival using the Kaplan-Meier method.

Results

The 109 transplanted AAMY patients comprised 31 % of all AAMY patients in renal replacement therapy in the study period. Inflammatory rheumatic and inflammatory bowel diseases were dominating causes of AA amyloidosis in AAMY recipients. Mean age (SD) at KTX was 50.0 (13.9) years for AAMY, 55.1 (12.5) years for DIA and 55.2 (11.0) years for ADPKD.

Patient-, graft- and death-censored graft survival curves are shown in Figures 1-3. The 1-5-10 year patient survival after KTX was 92%-73%-44% in AAMY, 94%-74%-47% in DIA and 97%-89%-74% in ADKPD; whereas death-censored graft survival was 97%-90%-71% in AAMY, 95%-90%-79% in DIA and 96%-93%-88% in ADKPD.

Death-censored graft survival was similar between groups the first six years after KTX, but significantly different over the entire study period.

37/109 AAMY patients lost their graft in life. Recurrent amyloid was the cause of graft loss in 18/37 AAMY graft losses after a median of 10.8 (IQR 7.2-15.1) years post transplantation. In the DIA group 5/509 recipients lost their graft to recurrent diabetes. Rejection was cause of graft loss in 17/109 AAMY, 82/509 DIA and 105/759 ADPKD recipients.

Conclusion

AAMY recipients are at increased risk of death compared with ADPKD and comparable to DIA recipients. However, renal transplantation appears an acceptable treatment option in selected AAMY patients, given that more than 70% are alive after five years, which is superior to dialysis treatment for this patient group.

Recurrent AA amyloidosis in kidney graft is a major cause of graft loss in AAMY that needs attention in care of these patients.

Figure 1: Patient survival, first kidney (only) transplant
By diagnosis, Norway 1988–2017

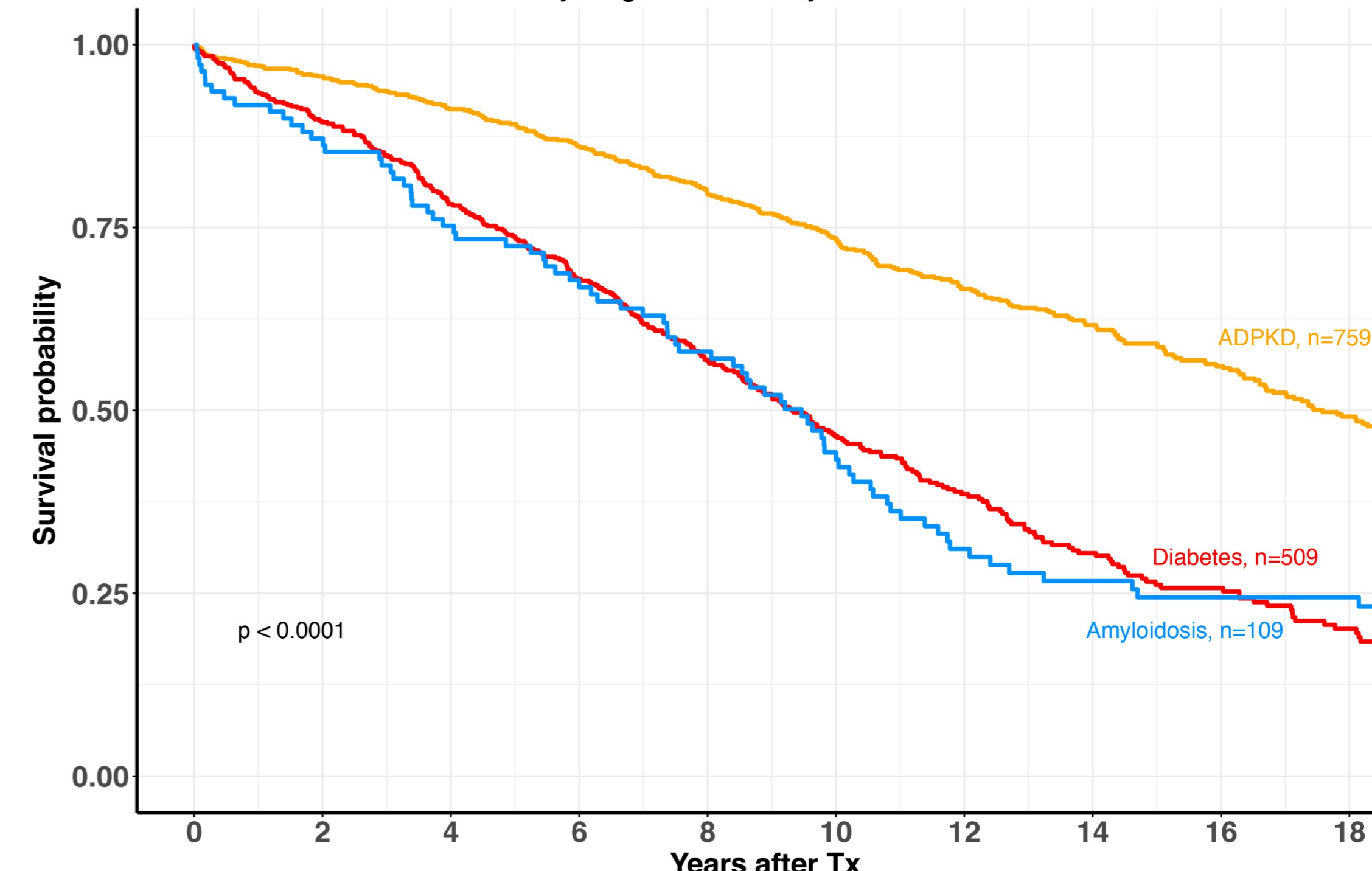


Figure 2: Graft survival, first kidney (only) transplant
By diagnosis, Norway 1988–2017

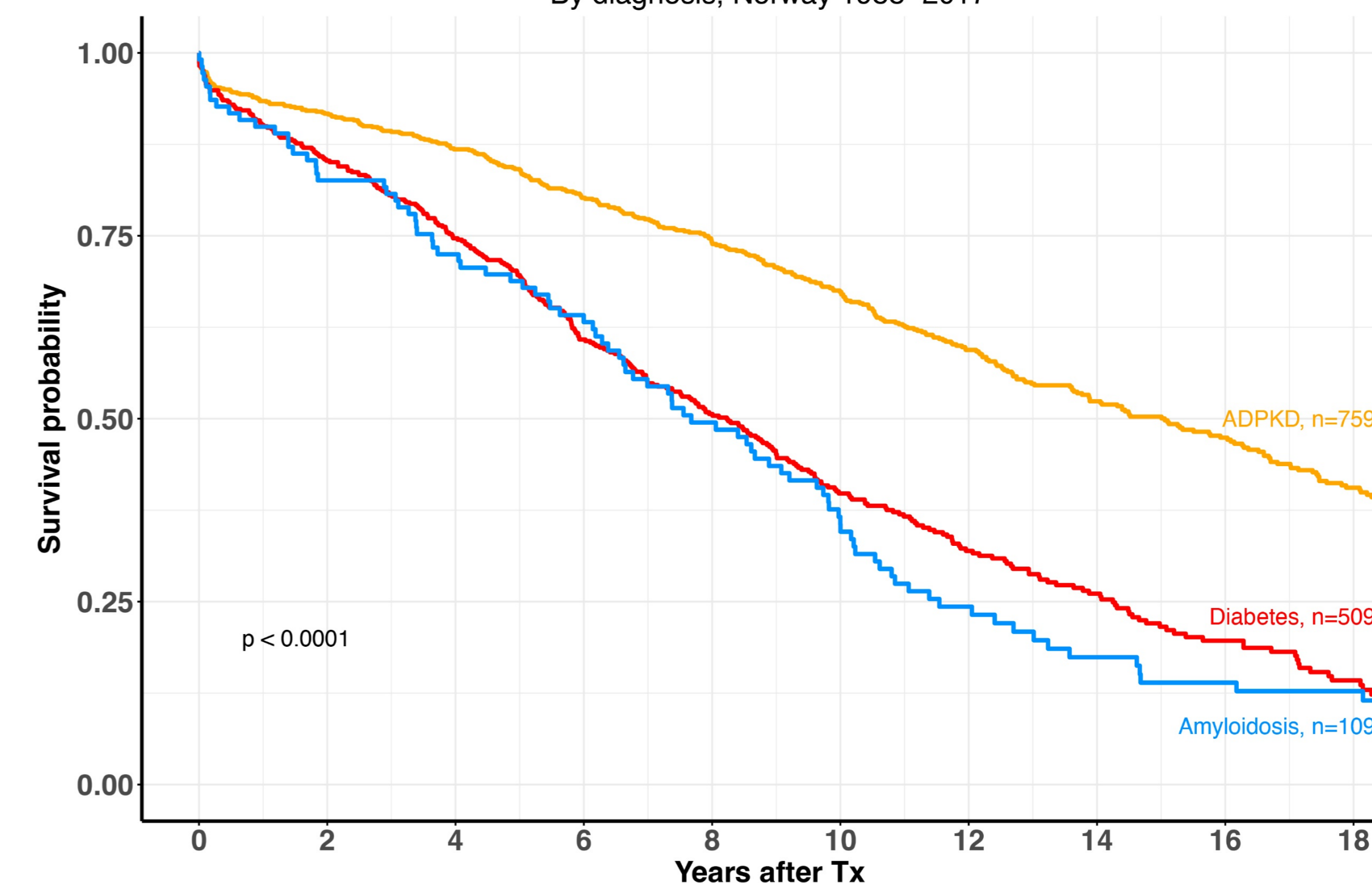
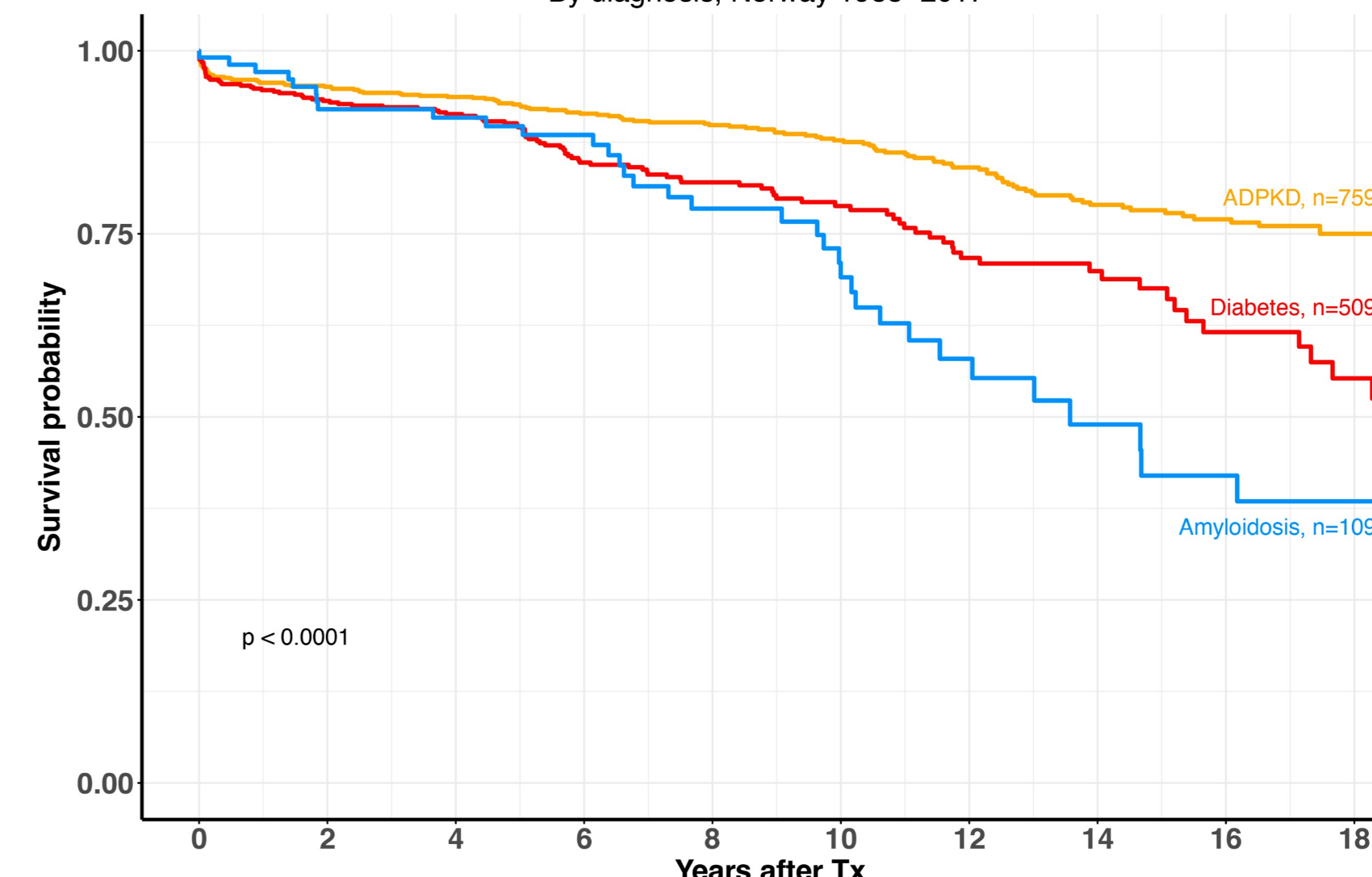


Figure 3: Death-censored graft survival, first kidney (only) transplant
By diagnosis, Norway 1988–2017



Tvang i barneanestesi – hvor går grensen

Bakgrunn

- Anestesisykepleiere kan møte barn som motsetter seg hele eller deler av anestesi innledningen. Strategi og tilnærming må raskt tilpasses. I hovedsak er det to ting som gjør at barnet motsetter seg:
 - Innleggelse av perifer venekanyle.
 - Bruk av maske for å administrere oksygen eller gass innledning.

Hensikt

- Å innhente kunnskap og erfaringer om tvang fra anestesi sykepleiere som bedøver barn mellom 3-6 år hver dag.
- Å øke bevissthet om bruk av tvang.

«Et barn kan være rolig ... plutselig så vil det ikke samarbeide. Skal vi legge på maske? Legge inn en kanyle? Skulle hatt klare prosedyrer på hvordan vi skal håndtere disse barna».

«Jeg tenker du ofte ender opp der. Det er uakseptabelt å starte der uten å ha forsøkt alle andre måter å komme i mål på».

«Tvang blir brukt for å hindre unødig skade, men også i situasjoner som ikke haster. Da må vi tenke oss om».

Forskningsspørsmål

- Hvordan forstår anestesisykepleiere fenomenet tvang?
- Hvordan oppstår tvang og hvilke refleksjoner gjør anestesi sykepleieren når tvang oppstår ?

Metode

Kvalitativt design med semi-strukturert dybdeintervju

Resultater

Resultatene er presentert som tema og subtema som uttrykt av anestesisykepleierne.

Forståelse av fenomenet tvang:

-«Mot barnets vilje»

Fra mild til brutal tvang:

-«Barnets mulighet til å bestemme noe selv»
-«Til barnets beste»

Point of no return:

-«Barnets tidligere erfaringer»
-«Barnets uforutsigbare natur»
-«Når barnet fortsatt ikke vil»

Konklusjon

- Bruk av tvang er en vanlig situasjon vi kan komme opp i under innledning av anestesi til barn.
- Bruken av tvang er enten mild eller brutal.
- Innledning blir ofte utført uten premedikasjon. Enkle metoder blir brukt for å unngå tvang så lenge som mulig.
- Vurdering av tvang i forhold til hastegrad bør være en forutsetning.
- Barnets tidligere erfaringer leder ikke nødvendigvis til en individuell plan.
- Foreldre og barn bør på forhånd være forberedt på og informert om det faktum at tvang kan oppstå på operasjonsstuen.
- Avgjørelsen om prosedyren skal fortsette med tvang eller utsettes, er etisk utfordrende.
- Muligheten til å evaluere premedikasjon er ofte utilstrekkelig. Det er vanligvis ingen videre plan dersom premedikasjon ikke virker som forventet.

Implikasjoner

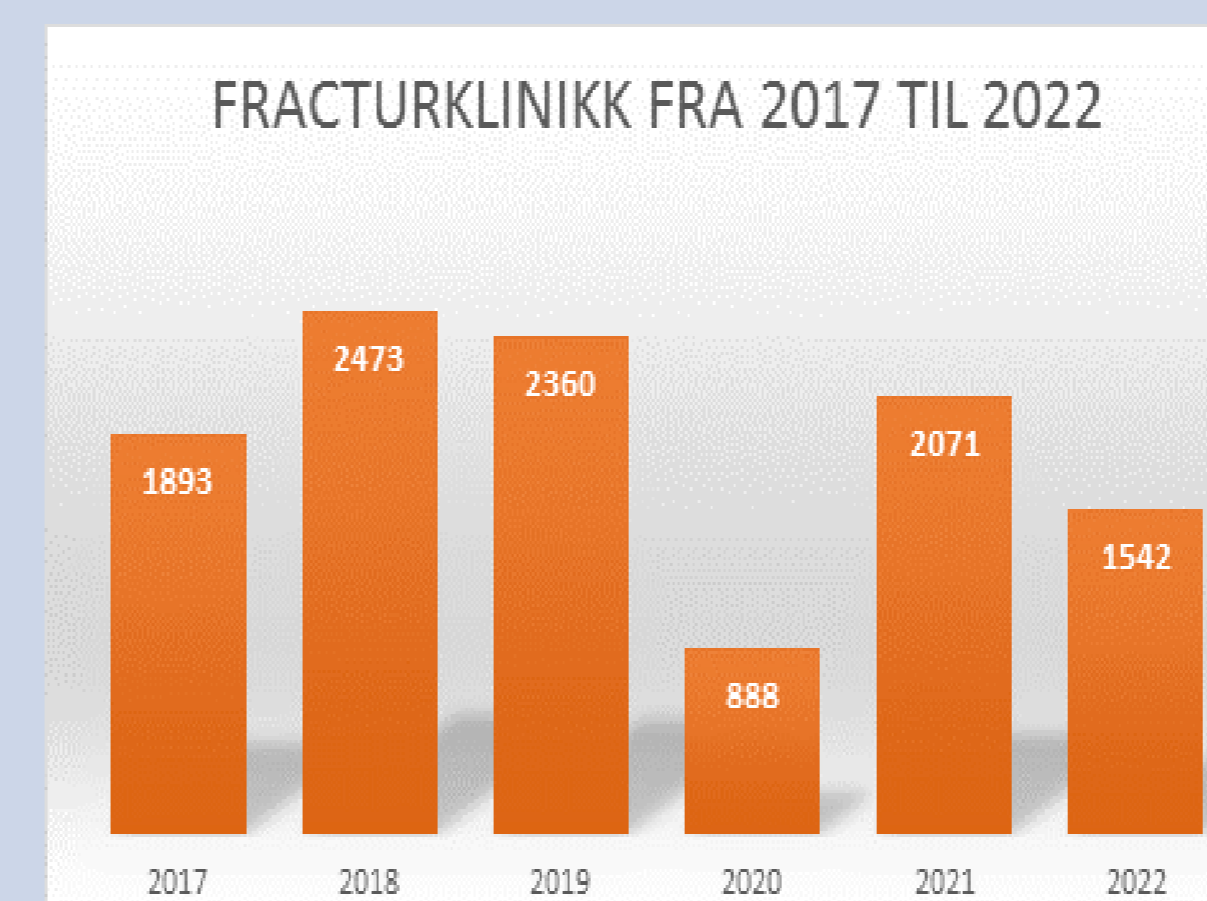
Barnets beste bør være gjeldende.

- Øke bevisstgjøring og refleksjon rundt konsekvensene av tvang.
- Det er behov for kunnskaper om grader av tvang og begrensninger for bruk av tvang.
- Individuelle planer er nødvendig når «gjengangere» kommer tilbake for prosedyrer.
- Beslutningsverktøy for å løse etiske utfordringer og behov for å vurdere effekt av premedikasjon.

Frakturklinikk

Akuttmottaket DS

- Inspirert av Glasgow Royal Infirmary, UK
- Sykepleiere reiste til Glasgow for observasjonsstudier
- Ny modell for behandling av pasienter med ortopediske skader
- Oppstart høsten 2015
- Stabile frakturer og skader som ikke trenger spesialist
- Standardiserte og oppdaterte retningslinjer
- Skriftlig informasjon til pasienten



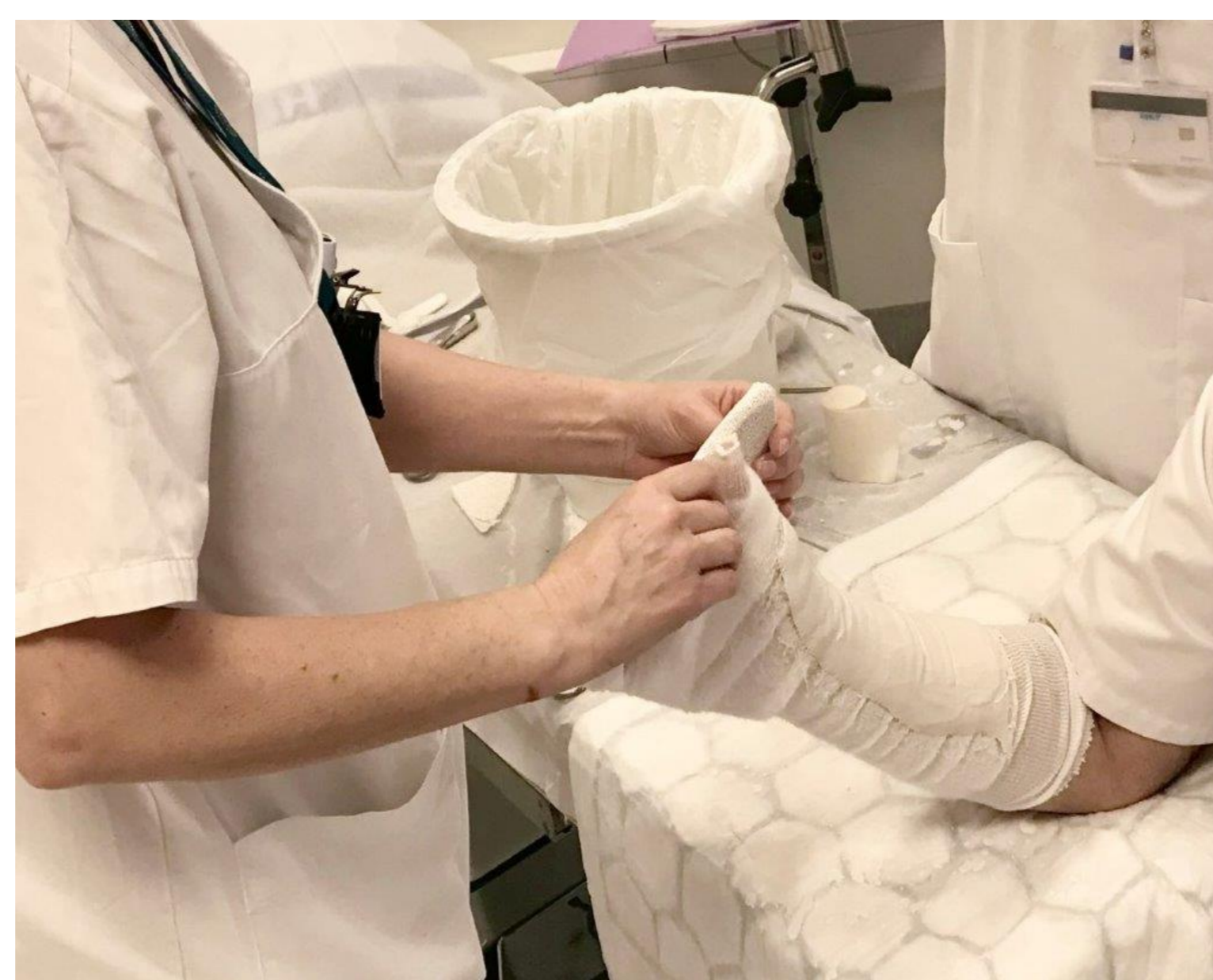
Statistikk

2022 tallene er til og med juli i år. Covid påvirket tallene – 2020 spesielt.

Antall pasienter behandlet av fraktursykepleier per år

Opplæring

- Intern opplæring i undersøkelse og behandling
- Lav terskel for å konferere med ortoped
- Egen gipsteknikker som gjennomfører interne gipsekurs
- Eksterne gipsekurs
- Sykepleiere med gipsteknikker utdanning



Fraktursykepleier

- Jobber ved frakturklinikken på sykehusets akuttmottak.
- Konsulterer og behandler bløtvevsskader og stabile brudd.
- Gir akutt smertelindring.
- Triagerer alvorlighetsgraden av skaden i henhold til Manchester Triage Group Manual.
- Røntgentolkninger.

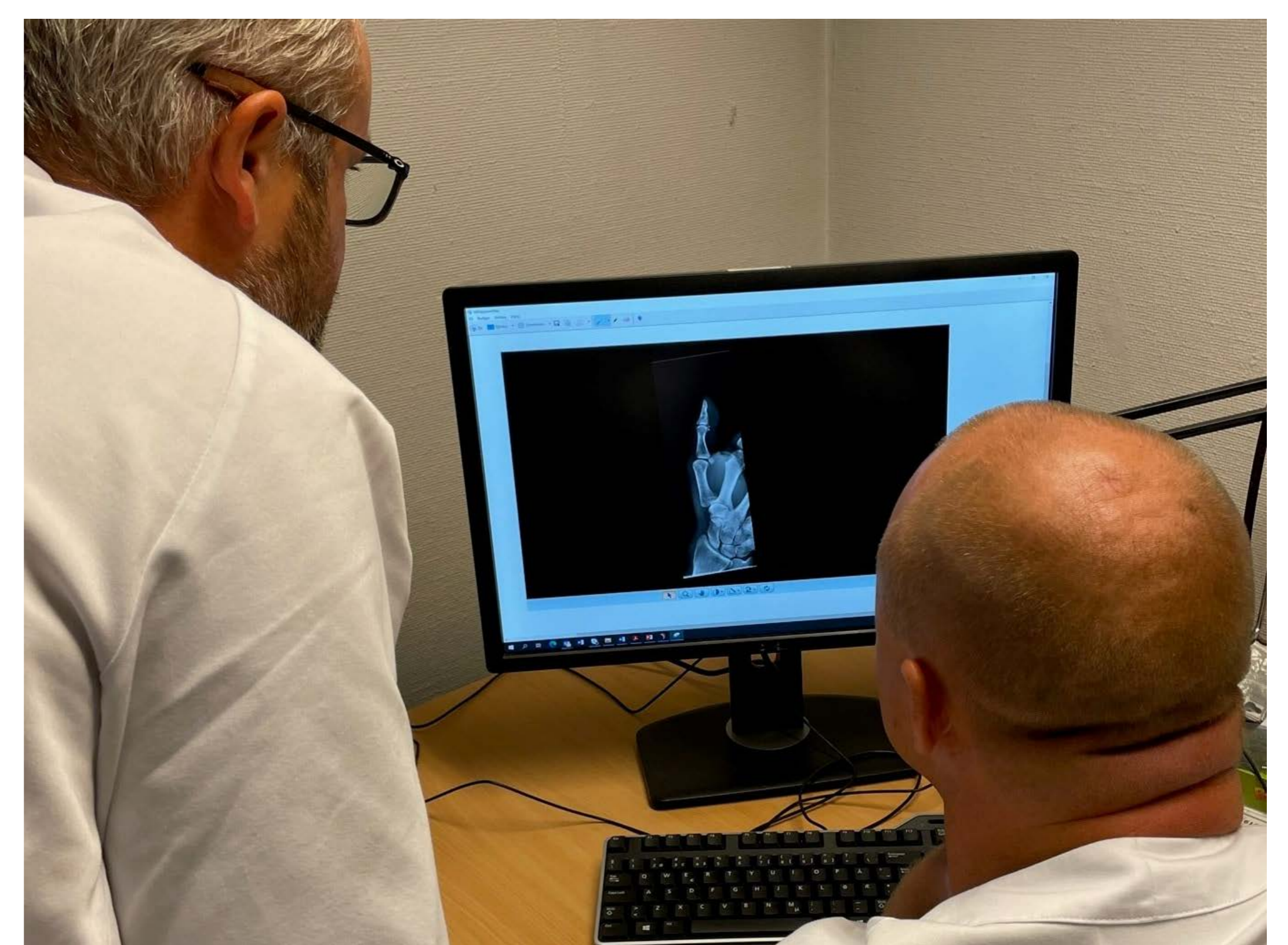
Oppgaveglidning

- Ved å utdanne sykepleiere i rollen som fraktursykepleiere ønsker vi å inspirere, utdanne og gi sykepleierne mer eierskap til sitt arbeid.
- Vi sparer også tid for LIS 1 og ortopediske leger, slik at de kan fokusere på behandling av pasient med mer alvorlige skader
- Fraktursykepleieren har mulighet til å konferere direkte eller telefonisk med ortopedisk lege dersom det er evt. spørsmål angående behandlingen eller røntgentolkning
- Etter behandling av fraktursykepleier gis pasientene skriftlig informasjon om brudd- og gipsbehandling
- Forskning utført i avdelingen har vist at fraktursykepleierne gjorde like god behandling som legene. «Implementation of advanced practice nursing for minor orthopedic injuries in the emergency care context: A non-inferiority study»

Virtuell

frakturklinikk

Pasienter som behandles i akuttpoliklinikken får en gjennomgang av bildediagnostikk og behandling av en overlege dagen etter

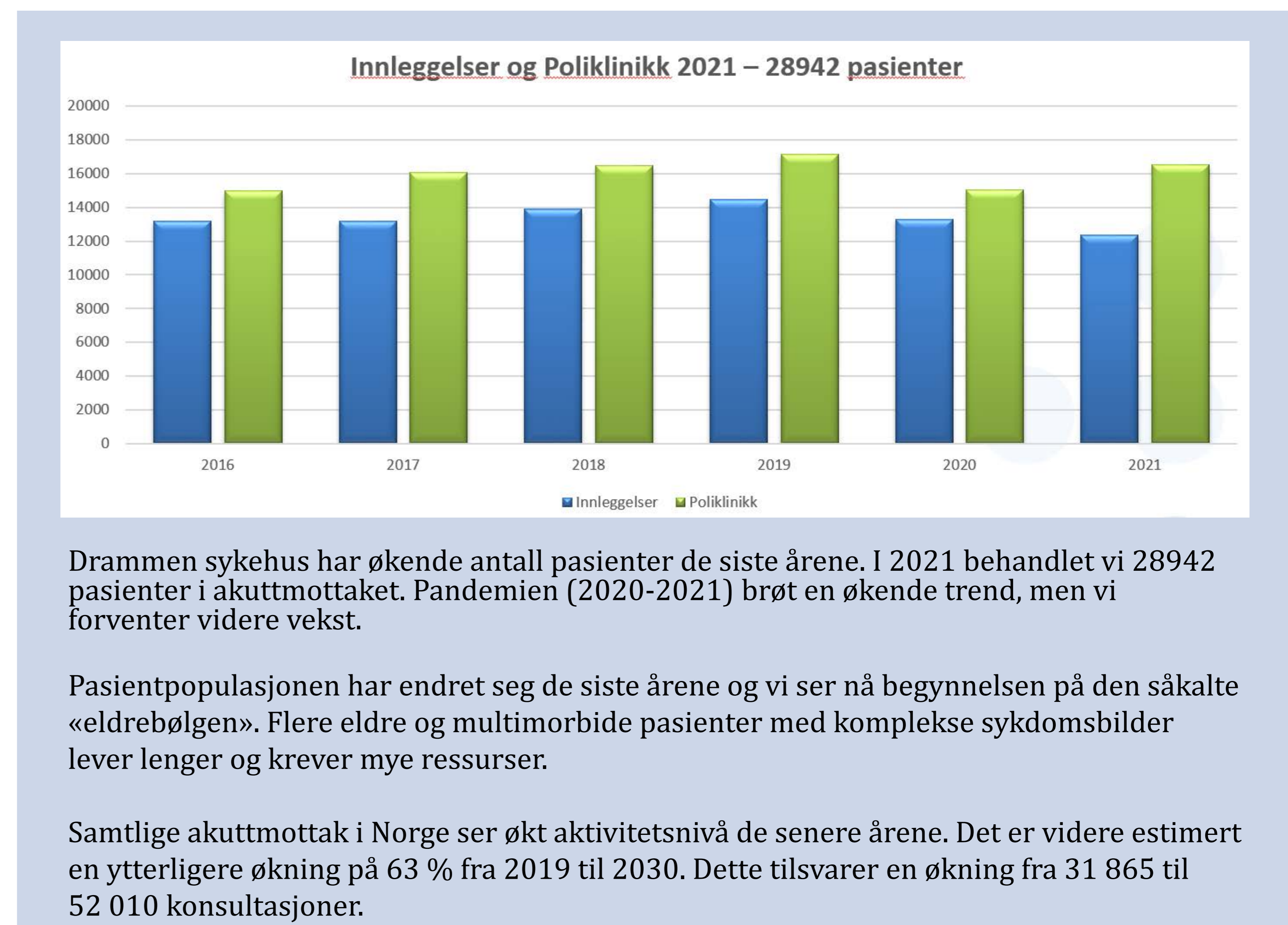


AMM - Akutt- og Mottaksmedisin

Ny spesialitet i akuttmottaket ved Drammen sykehus

Hva er AMM?

- AMM står for «Akutt- og Mottaksmedisin» og ble godkjent spesialitet i 2019. Jørn Einar Rasmussen ved Drammen sykehus ble Norges første spesialist samme år.
- Spesialiteten har som hensikt å øke kompetansen i akuttmottakene ved å sørge for kontinuerlig tilstedeværelse av erfaren lege med kompetanse innenfor alle fagfelt i et akuttmottak.
- Utdannelsen har en varighet på minimum 6,5 år inkl LIS1-tjeneste. Videre LIS-løp gjennomføres ved kontinuerlig arbeid i akuttmottaket med rotasjon til øvrige avdelinger. Rotasjonene er tilpasset mhp læringsmål og antall pasienter i akuttmottak. På denne måten speiler utdannelsen sykehusets akuttbehov samtidig som den tilfredsstiller nasjonale krav for utdannelsen.



Brukermedvirkning

Ved at erfaren og beslutningskompetent lege og sykepleier «møter pasienten i døren» initieres gode og sikre pasientforløp som vil komme både pasienten og sykehuset til gode.

Økt kompetanse vil med større sannsynlighet gi bedret pasientopplevelse og økt grad av brukermedvirkning.



Hvorfor ble AMM opprettet?

Akuttmottak i Norge er tradisjonelt sykepleiedrevne transittsteder hvor pasienten får en seng og blir innskrevet av en LIS1. LIS1 har som regel svært begrenset erfaring. Dette medfører blant annet lang liggetid i akuttmottaket, manglende beslutningsevne og unødvendige innleggelser, som igjen går utover pasientsikkerheten.

Ved å opprette AMM anerkjennes behovet for spesialistbehandling i norske akuttmottak. I dag er mange mottak spesialiserte enheter der det drives avansert diagnostikk, behandling og utredning.

Resultater/Prosesser

- Planlagt døgkontinuerlig tilstedeværelse av erfaren og beslutningskompetent lege.
- Kortere tid til pasient blir tilsett av beslutningskompetent lege.
- Bedret grunnlag for veiledning og supervisjon av LIS.
- Økt medisinsk faglig kompetanse og spesialisert behandling i akuttmottak.
- Opprettelsen av spesialiserte team for å sikre behandling av sårbare pasientgrupper, blant annet «Silver Team».
- Raskere omdirigering av pasienter som havner i feil sløyfe og sømløs tilnærming til pasienter med problemstillinger på tvers av fagsøyler.
- Økt medisinsk faglig kompetanse i alle akutte team på sykehuset.

Veien videre

AMM som spesialitet har begynt å finne sin rolle ved akuttmottaket, Drammen sykehus.

Det jobbes mot å få døgkontinuerlig tilstedeværelse og videre styrke samarbeide på tvers av spesialiteter for å øke pasientsikkerheten.

Sammen skal vi sørge for kompetanse i front og «lik behandling til alle – alltid» i tråd med Vestre Vikens visjon.



Trygg utskrivning

Et forbedringsarbeid for å sette fokus på gode rutiner ved utskrivning

Bakgrunn for forbedringsarbeidet

- Sjekklister for trygg utskrivning ble utarbeidet og implementert i papirform i 2017/2018, men blitt lite brukt etter innføring av MetaVision februar 2020 og avvikling av pasientpermer
- Sjekklisten består av 15 punkter som utfylles i samarbeid mellom lege og pleiepersonell og skal bidra til å sikre gode rutiner for utskrivning
- Gode rutiner er viktig for å kvalitetssikre at pasient og pårørendes behov er sikret ved utreise. Seksjonen har utfordringer med mange henvendelser i etterkant av innleggelse vedrørende feks resepter, manglende informasjon om videre oppfølging, manglende pleiepenge og bekreftelser på innleggelse, som viser behovet for å sette mer fokus på rutinene ved utreise.

	Utført av spl (sign)	Utført av lege (sign)	Ikke aktuelt (sign)
Vurdert behov for talk - SPL			
PLO - Melding om innlagt pasient eller helseopplysninger - SPL			
Fått aktuelle brosjyrer/informasjonskriv knyttet til diagnosen - SPL/LEGE			
Informert om plan for oppfølging (fastlege, helsestasjon, poliklinikk) - SPL/LEGE			
Fått pleiepengeskjema (nav.no) - LEGE			
Sjekket at resepter er skrevet - LEGE			
Gitt opplæring i administrering av medisiner - SPL			
Gitt informasjon om virkning/bivirkninger av medisiner - SPL/LEGE			
Levert ut oppdatert legemiddelliste (kun hos pas som står på faste medisiner ved innleggelse) (id: 2995) - LEGE			
Fått utlevert og fått opplæring i bruk av nødvendige hjelpemidler - SPL			
Søsken - kartlagt behov for videre oppfølging (id: 86012) - SPL			
Avtalt tid for utreisesamtale - SPL/LEGE			
Planlegge transport hjem - SPL			
Gjennomgått følgende i utreisesamtalen: SPL/LEGE			
- Oppsummering av oppholdet: <ul style="list-style-type: none"> o diagnose og behandling o foreldre og barns opplevelser o gitt råd om videre bearbeidning hvis vurdert behov 			
- Tiltak ved forverring etter utreise			
- Re-kontakt/åpen innleggelse (id: 37259)			
- Vurdert behov for kontaktlege (id: 87581)			
- Informert om spørreundersøkelsen på internett under «Gi ris og ros»			
Fått bekrefte på innleggelse(id: 100953) - SPL			

Mål for arbeidet

At 80% av alle pasientene som har vært innlagt over 48 t på sengeposten i Barne- og ungdomsseksjonen har ferdig utfylt sjekklister for trygg utskrivning ved utreise, innen utgangen av april 2022.

Konklusjon

Oppnådde målet for antall sjekklister som ble opprettet, men utfordring med manglende utfylling
Viktig å fokusere videre på hvorfor ikke alle punktene i sjekklisten blir utfylt

- Involvere de ansatte på fagdager
- Evt. revidere sjekklisten på nytt

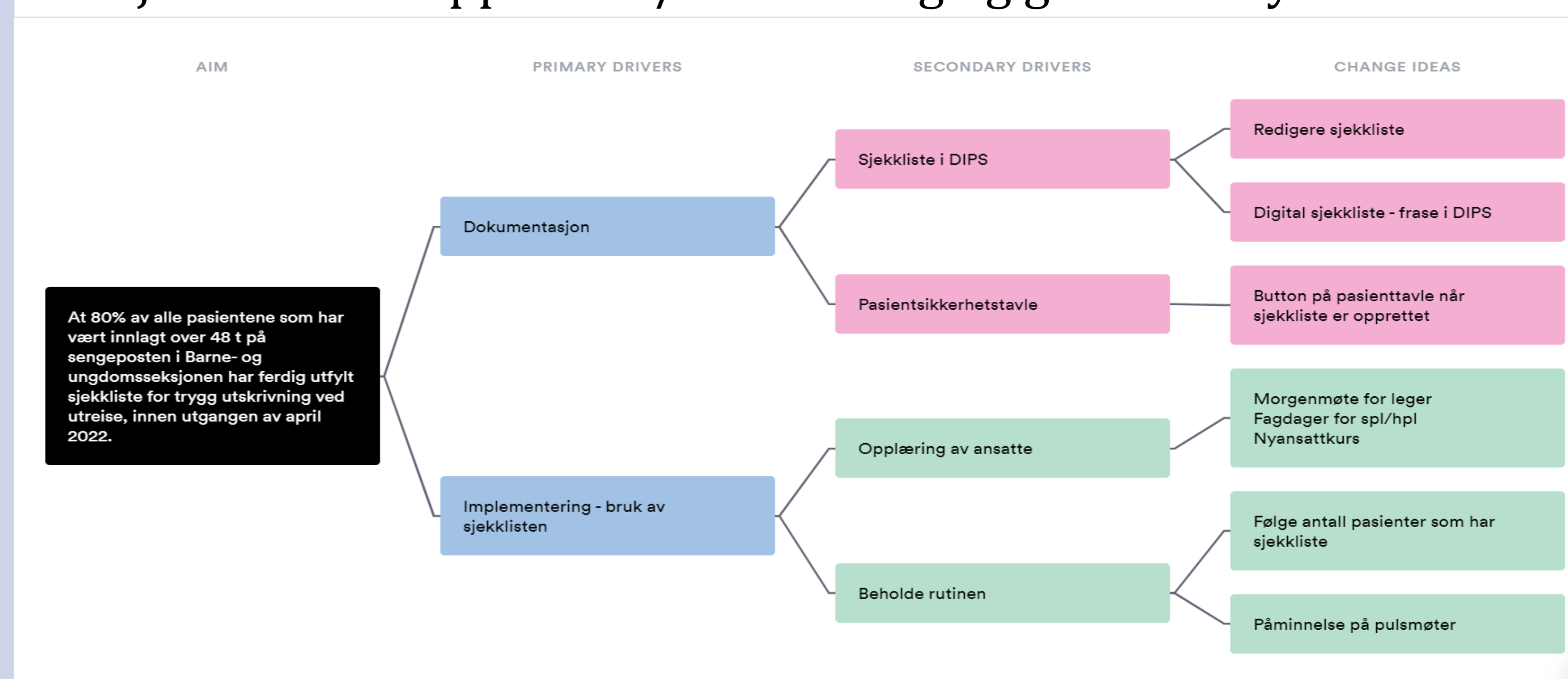
Informere godt til nyansatte på seksjonen

Huske på at endringer tar tid å implementere

Viktig med god informasjon til de ansatte som skal utføre endringene i praksis. Må gjentas regelmessig for å holde fokus.

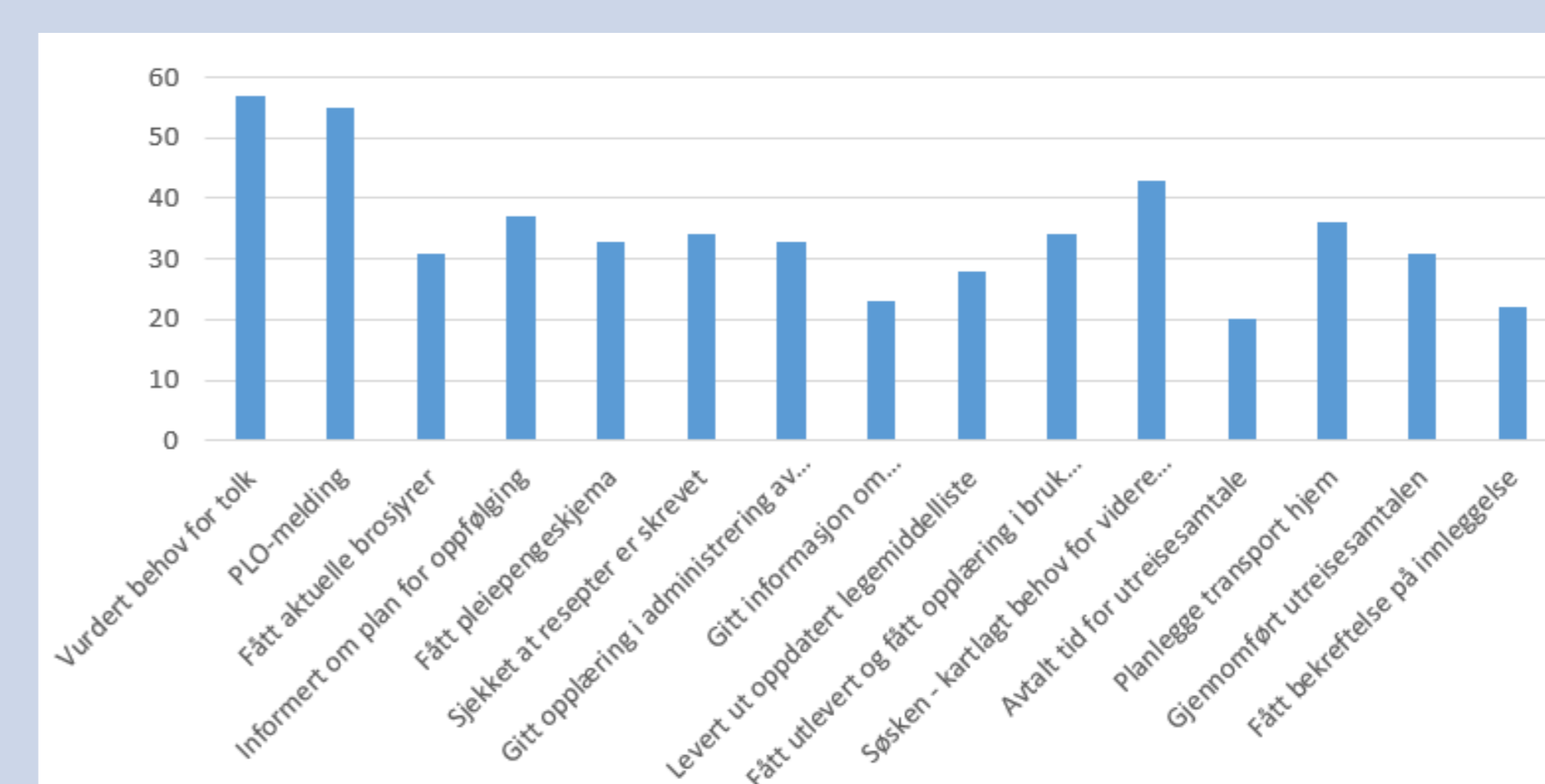
Metode

- I dette prosjektet er det benyttet metoden «Kontinuerlig forbedring»
- Forbedringsteamet startet med å revidere sjekklisten, blant annet ble tittel endret til sjekklister for oppholdet/utskrivning for å øke fokus på å bruke sjekklisten aktivt gjennom hele innleggelsen
- Sjekklisten ble lagt inn som frase i DIPS, og de ansatte fikk opplæring i hvordan de skulle opprette og bruke sjekklisten
- Informasjon til alle ansatte på fagdager og morgenmøter, pluss daglig påminnelser på pulsmøte
- Gikk igjennom alle pasientene som hadde vært innlagt over 48 timer i måleperioden for å se om det var opprettet sjekklister for oppholdet/utskrivning og grad av utfyllelse



Resultater

- 69 av 81 pasienter i måleperioden hadde sjekklister for utskrivning i journal (ca. 85%)
- Kun 4 av 81 sjekklister var 100% utfylt
- I snitt var ca. 60% av punktene i sjekklistene utfylt



Selvstendigjøring og økning av kompetanse hos ungdom med diabetes

Forbedringsarbeid ved DS Barne- og ungdomsavdelingen, seksjon for poliklinikk og dagbehandling

Bakgrunn

Enkelte barn og ungdommer med DM1 (diabetes type 1) har HbA1c over ønsket behandlingsmål som er 53 mmol/mol. Dette kan på sikt føre til uønskede senkomplikasjoner. Reopplæring innebærer 2 dagers innleggelse på sengepost og er utfordrende å få gjennomført. Dagens tilbud fanger ikke opp når utfordringene til pasienten oppstår, og forbyggende tiltak for stigende blodsukker iverksettes for sent. Hvordan få ungdommene med på lag for å gjennomføre en endring i egen helse.

Metode

- Kontinuerlig forbedring er benyttet som metode.
- Vi startet med å lage flytskjema over dagens situasjon og identifiserte utfordringer.
- 3 endringsideer ble valgt ut for testing: reopplæring fra døgn til dag, sette transisjon i system og motiverende intervju.
- Utvalgte målinger ble satt inn i SPC program.
- Brukerundersøkelse i forbindelse med konsultasjon CL team

Resultater

Time in range: Blodsukker innen målområdet (3,9-10) i løpet av en gitt periode. Sett i ettertid et urealistisk mål at samtlige pasienter skal være over 70% innen 1. juni. Ser en økning i TIR hos pasienter der vi har satt i gang ekstra tiltak som tettere oppfølging, reopplæring og/eller samtale med CI team.

Transisjon: Enige om et system relatert til bruk av sjekklister. Ideen er testet ut, og noen pasienter har nå sjekklister.

Reopplæring: Endring av reopplæring fra døgn til dag er et tilbud som blir tatt positivt imot av de ansatte og pasienter. Pasienten selv er med på å forme innholdet i reopplæringen.

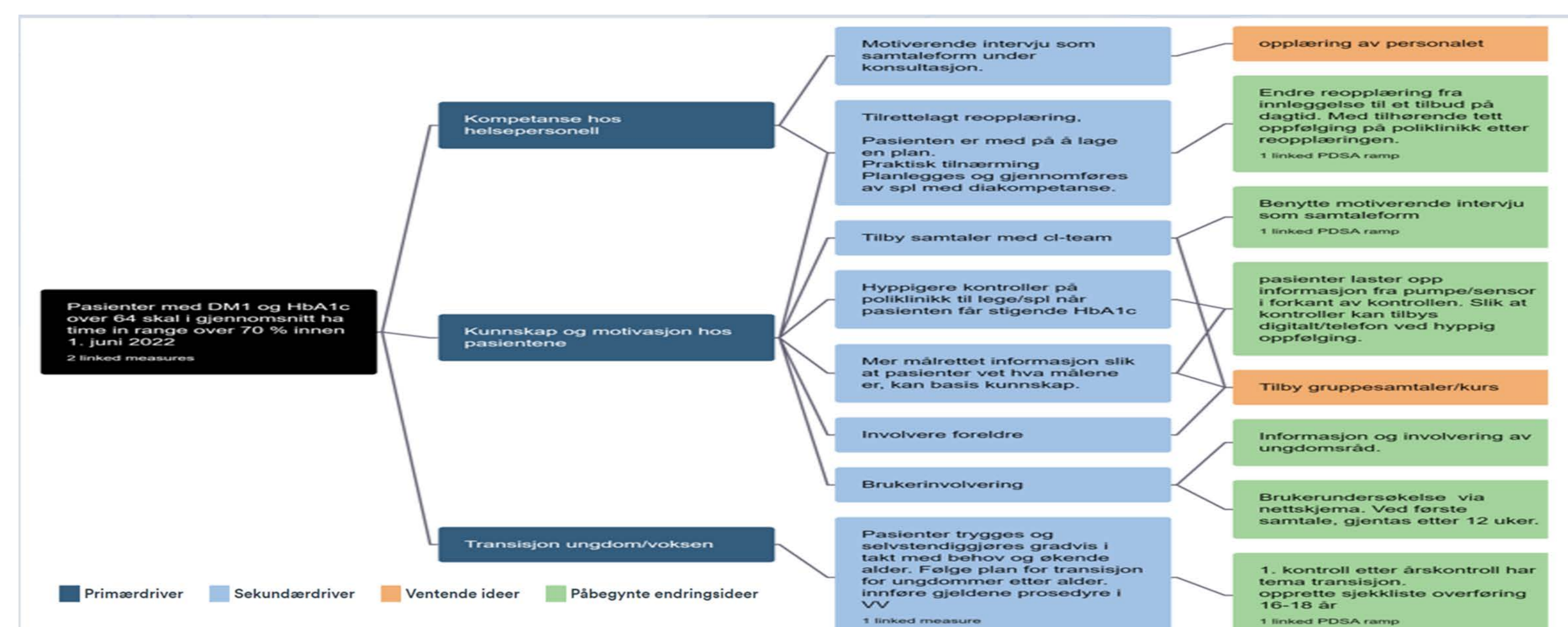
Motiverende intervju: CI team blir involvert tidligere i pasientforløp. Pasienter henvises ved behov, og det er integrert som en fast del av reopplæringsdagen. Motiverende intervju benyttes som metode. Brukerundersøkelse del 2 pågår.

Mål

- Mål: Pasienter med DM1 og HbA1c over 64 skal i gjennomsnitt ha time in range over 70 % innen 1. juni 2022



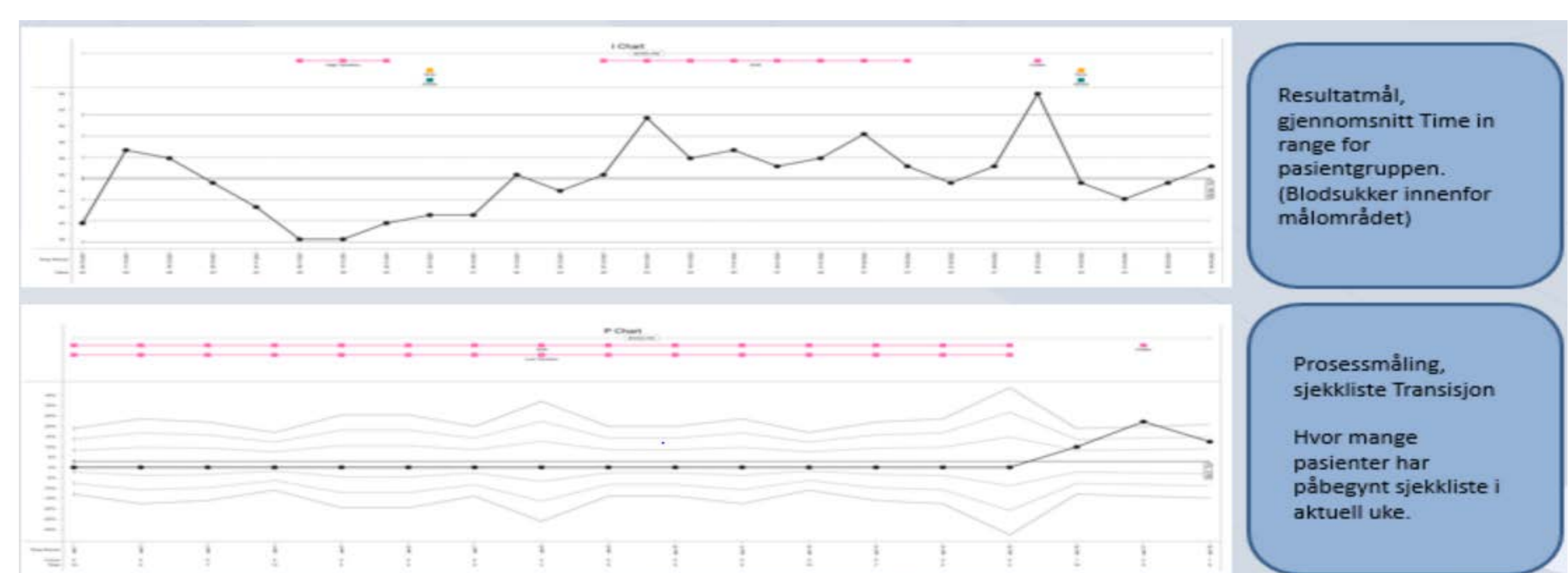
Idemyldring, på vei mot driverdiagram



Driverdiagram



PDSA testing



Målinger

Konklusjon

- Reopplæring på dagtid implementeres som fast tilbud til pasientgruppen, vurdere videreutvikling av tilbudet.
- Fortsetter å måle TIR på utvalgte pasienter over tid for å se om positive endringene vedvarer.
- Bruk av sjekklister transisjon krever fortsatt oppfølging, fortsetter med fokus og målinger.
- Brukerundersøkelse burde vært iverksatt tidligere og omfattet flere ungdommer.



DigiHOPP

Digital HjemmeOPPFølgning av Premature

Høy KVALITET og et TRYGT tilbud med bedre RESPEKT for barnets behov

Bakgrunn

- Prematurfødte barn er innlagt på sykehus i uker eller måneder med behov for intensivbehandling. De siste ukene er barna ofte stabile og har kun mindre komplekse behov; som sondeernæring med oppfølging og veiledning fra spesialisthelsetjenesten. Det er positivt for premature å være hjemme i denne fasen, sammen med sin familie i sitt naturlige miljø, for å oppnå en optimal psykomotorisk utvikling og spiseutvikling (amming og vekst).
- Innovasjonsmidler 2020 til idéoverføring av «virtuelt hjemmesykehus» fra sykehuset i Vestfold
- Pilottesting vår 2020 og oppstart april 2021
- Brukermedvirkning: representant fra prematurforeningen

Metode

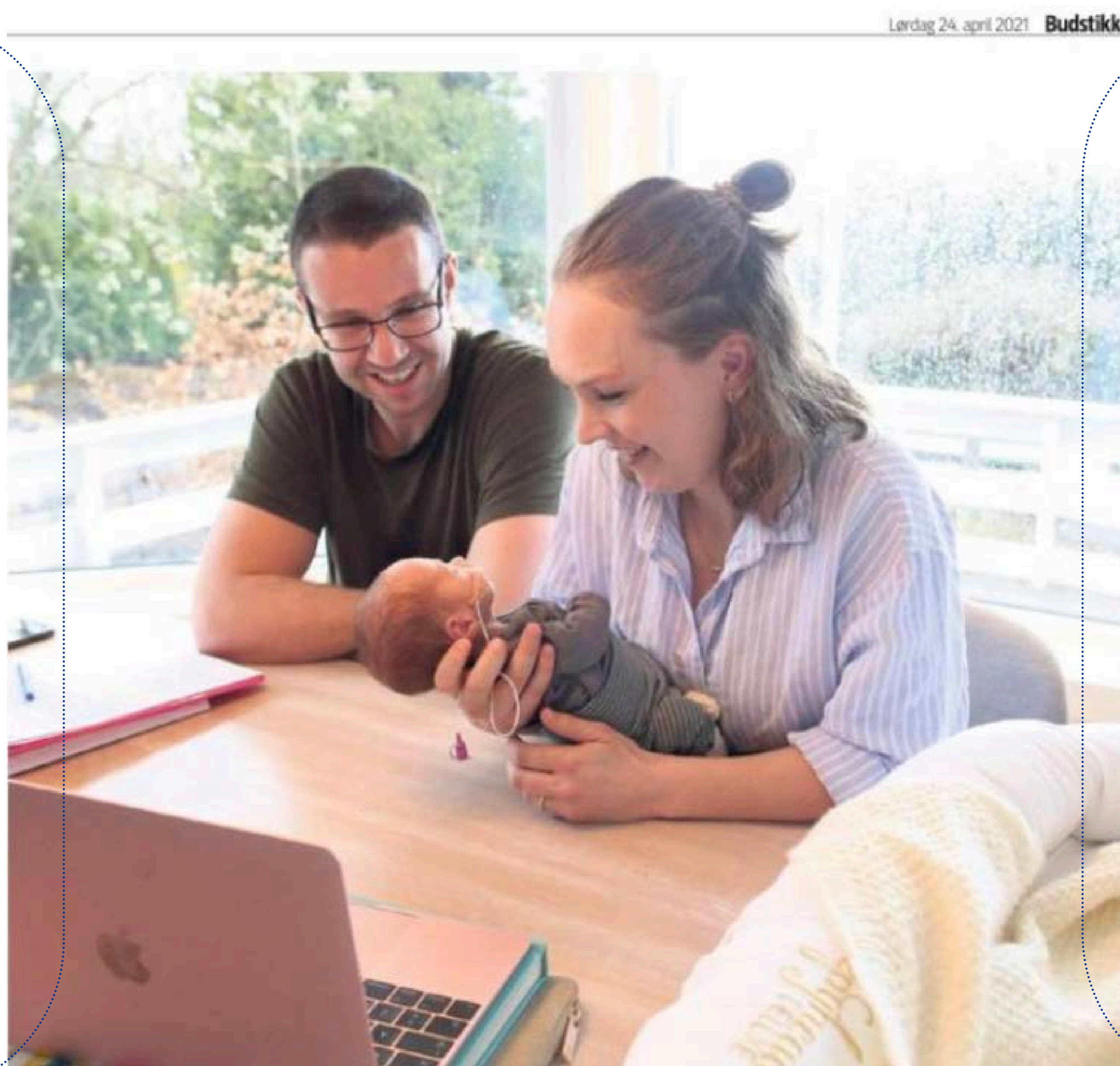
- *Population:* prematurfødte barn, postmenstruell alder (PMA) over 34 uker, vekt over 1800g, med kun behov for ernæringssonde som utstyr. Familien bor innen 1 time fra sykehuset, snakker norsk eller engelsk
- *Intervention:* utskrives til hjemmet med sin familie og følges opp poliklinisk, med digitale konsultasjoner fra Nyfødt intensiv seksjon (Barne- og ungdomsavdeling)
- *Comparison:* tilbudet bør være like godt med tanke på vekst, amming, tilfredshet og pasientsikkerhet som for innlagte barn
- *Outcome:* kvalitetsikring med 29 kvantitative verdier og 43 spørsmål for tilfredshet av foreldre ved bruk av nettskjema

Resultater

- Kvantitative data:
 - 47 pasienter i 15 måneder. 900 liggedøgn.
 - GA 31+3 (fra 23+4 til 36+3) FV 1709g (fra 487g til 3790g)
 - Hjemreise PMA 36+3 (fra 34 til 46), vekt 2497g (fra 1790 til 4250g)
 - Fortsetter innhenting av vekst etter hjemreise (Z-score)
 - Gode ammetall: 91% DigiHopp vs 84% for innlagte pasienter i 2019 og 2020.
- Nettskjema:
 - Høy tilfredshet hos foreldre
 - Ønsket i liten grad å komme inn på sykehuset
 - Beskjeder var forståelig på video
 - Trygt å være hjemme

Gevinst for PASIENTER og FAMILIER

- **Respekt** for barnets og familiens behov
- Foreldre er omsorgsgivere 24/7
- Familien samlet i sitt vante sosiale miljø, hvor søsken kan involveres
- Skånsomt hjemmemiljø fremfor sykehusomgivelser (støy, infeksjon)
- Myk transisjon til hjemmet og bedre samhandling med kommunen (felles videosamtale og telefonsamtale ved spørsmål)
- Høy **kvalitet** og bedre kontinuitet med fast team som følger opp (Spl og lege fra nyfødt intensiv)



Gevinst for SYKEHUSET

- Mer systematisk opplæring av alle familier ved Nyfødt intensiv
- Høy trivsel i personalgruppen
- Effektiv ressursutnyttelse
- Reduksjon av antall liggedøgn på Nyfødt intensiv (900 liggedøgn i DigiHOPP)
- **Trygt** tilbud.
 - Ingen uheldige hendelser
 - 4 reinnleggelser (2 for virus infeksjon, 2 for vurdering av spiseutvikling)
- Oppfyller helsedirektoratet sin anbefaling om behandling hjemme når det er mulig

Konklusjon og videre utvikling av DigiHOPP

- Like trygt tilbud hjemme som på sykehuset, redusert antall liggedøgn på nyfødt intensiv, gode erfaring fra brukere og helsepersonell
- Videre utvikling:
 - Implementering av CheckWare for digital oppfølging og deling av sensitiv informasjon mellom familie og sykehuset
 - Forbedring av systematisk forberedelser for tidligere utreise
 - Inkludering av andre pasientgrupper som syke nyfødte, barn med behov for palliativ omsorg, familier med behov for tolk og familier som har lengre avstand fra sykehuset

Digital hjemmeoppfølging av barn og ungdom med epilepsi

Innovasjonsprosjekt ved Barne- og ungdomsavdelingen Drammen sykehus, seksjon for poliklinikk og dagbehandling

Bakgrunn

Epilepsi kan få alvorlige konsekvenser for fremtidige helseutsikter, gjennomført skolegang og yrkesliv og sosialt liv. Pasienter og pårørende kan være redde for nye anfall, og for bivirkninger av behandlingen. Dagens tilbud er i liten grad brukerstyrt og sykepleiere er lite involvert i oppfølgingen. Barne- og ungdomsavdelingen vil gi barn og ungdom med epilepsi et bedre tilbud.



Metode

Innovasjonsprosjekt

- **Videokonsultasjon** med sykepleier satt i system.
- **Digital egenregistrering** i form av CheckWare skal testes ut for ungdom i alderen 16-18 år.
- Tverrfaglig arbeidsgruppe med lege, sykepleier, avdelingsledelse og merkantil.
- Evalueringsskjema til en utvalgt gruppe etter implementering av videokonsultasjoner med sykepleier.
- Evalueringsskjema til 5 ungdommer etter 1.gangs oppfølging via CheckWare.

Mål

- Barn og ungdom med epilepsi og deres pårørende gis tilbud om digital hjemmeoppfølging kombinert med dagens tilbud.
- Pasienter og pårørende kontakter sykepleier med epilepsikompetanse i avsatt tid.
- Ungdom mellom 16-18 år bruker digital egenregistrering, og oppfølgingen tilpasses ut i fra dette.

Nytteverdi

- Likeverdig og kvalitetssikret behandling og oppfølging uavhengig av hvor pasienten bor.
- Tilpasset oppfølging og økt brukerstyring.
- Økt kunnskap om medisiner og opplæring i anfallshåndtering.
- Større grad av involvering og mestring av egen sykdom.
- Øke ungdommens mulighet for involvering og medbestemmelse knyttet til egen behandling (samvalg).
- Kvalitetssikre oppfølgingen ved transisjon.



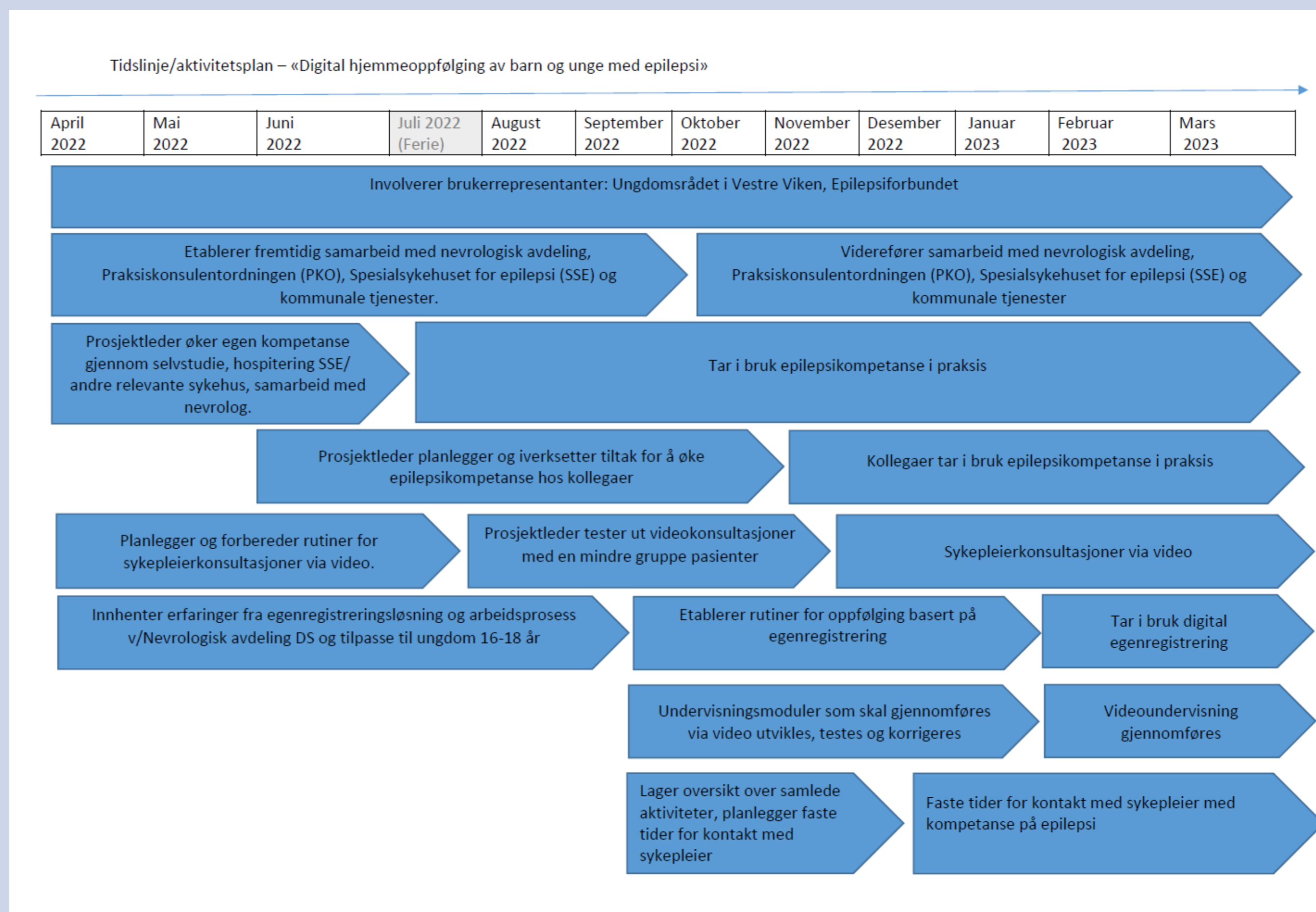
Konklusjon

Skissering av dagens tilbud og diskusjon i arbeidsgruppen har forsterket enigheten om at digital hjemmeoppfølging vi vil øke kompetansen og gi barn og ungdom med epilepsi et bedre tilbud.

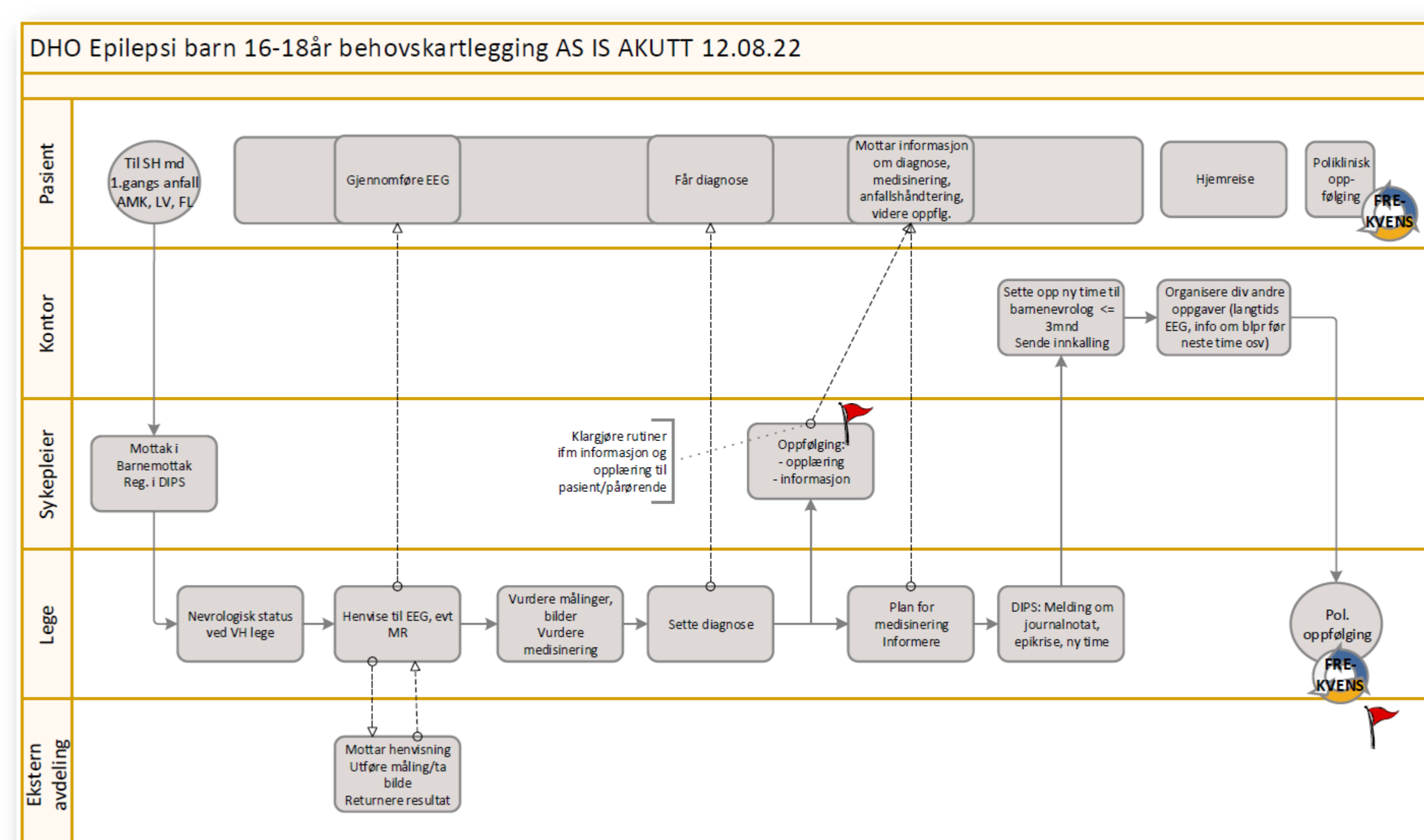
Hva skal til for å trygge pasienter med epilepsi og nettverket rundt?

→ Vi mener **digital hjemmeoppfølging, økt kompetanse på epilepsi i sykepleiergruppen, kombinert med eksisterende tilbud er det som skal til.**

Tidslinje/aktivitetsplan



Skissering av dagens forløp etter akuttinnleggelse



Det er også skissert forløp for elektive pasienter. For begge forløp er det ikke systematikk for oppfølging i kort tid etter innleggelse. Det er store variasjoner på kvaliteten av opplæring etter diagnosestart.

Veien videre

Videokonsultasjoner er startet opp i småskala – videreutvikles. Kontakt med systemansvarlig for Checkware etablert, spørreskjema til ungdom skal utvikles. Workshop med ungdomsrådet er planlagt – brukermedvirkning. Egenregistrering planlagt tatt i bruk januar/februar 2023.

Klinisk forskning

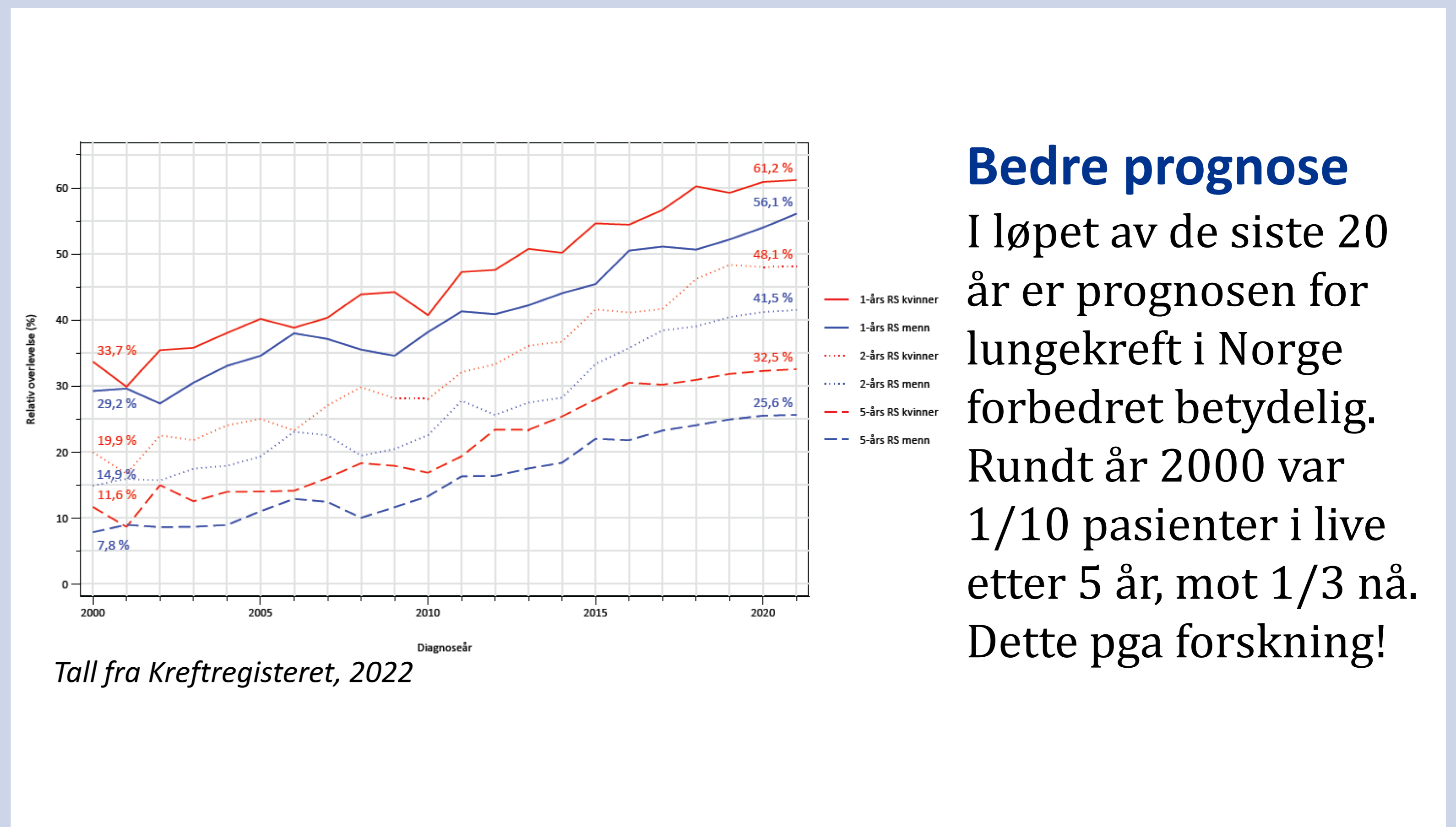
- grunnlaget for all moderne medisin

Pasientnær kreftforskning gir en rekke gevinster

- Overlevelsesforbedring (vitenskapelig bevist!)
- Tilgang til den mest moderne medisinen
- Kvalitetsheving
- Kompetansebygging
- Merkevarebygging
- Økonomiske gevinster (sparte medikamentkostnader)

Men krever ressurser og engasjement

- Både fra sykehusledelse
- og den enkelte kliniker

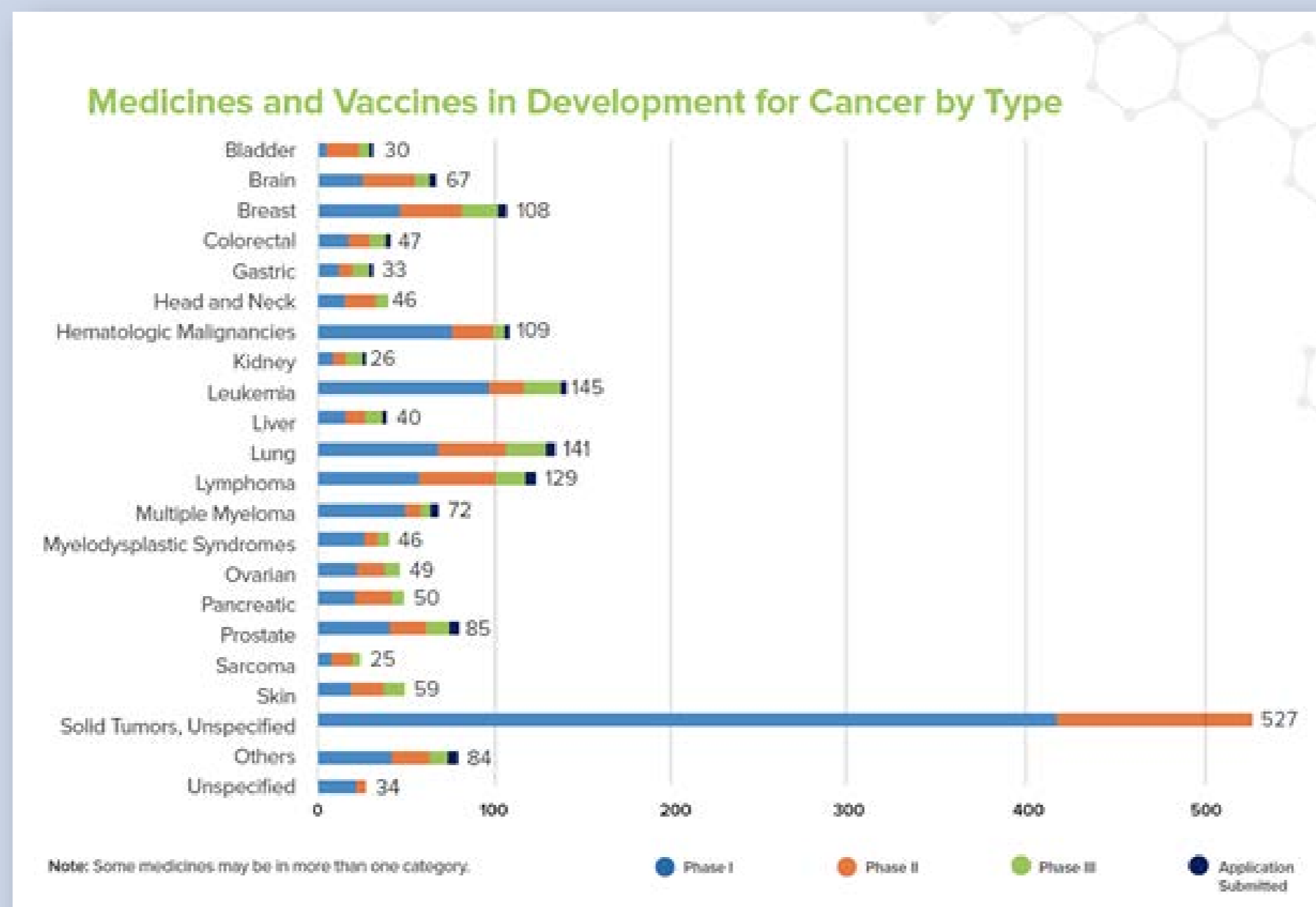


Bedre prognose

I løpet av de siste 20 år er prognosen for lungekreft i Norge forbedret betydelig. Rundt år 2000 var 1/10 pasienter i live etter 5 år, mot 1/3 nå. Dette pga forskning!

Nye medisiner på vei!

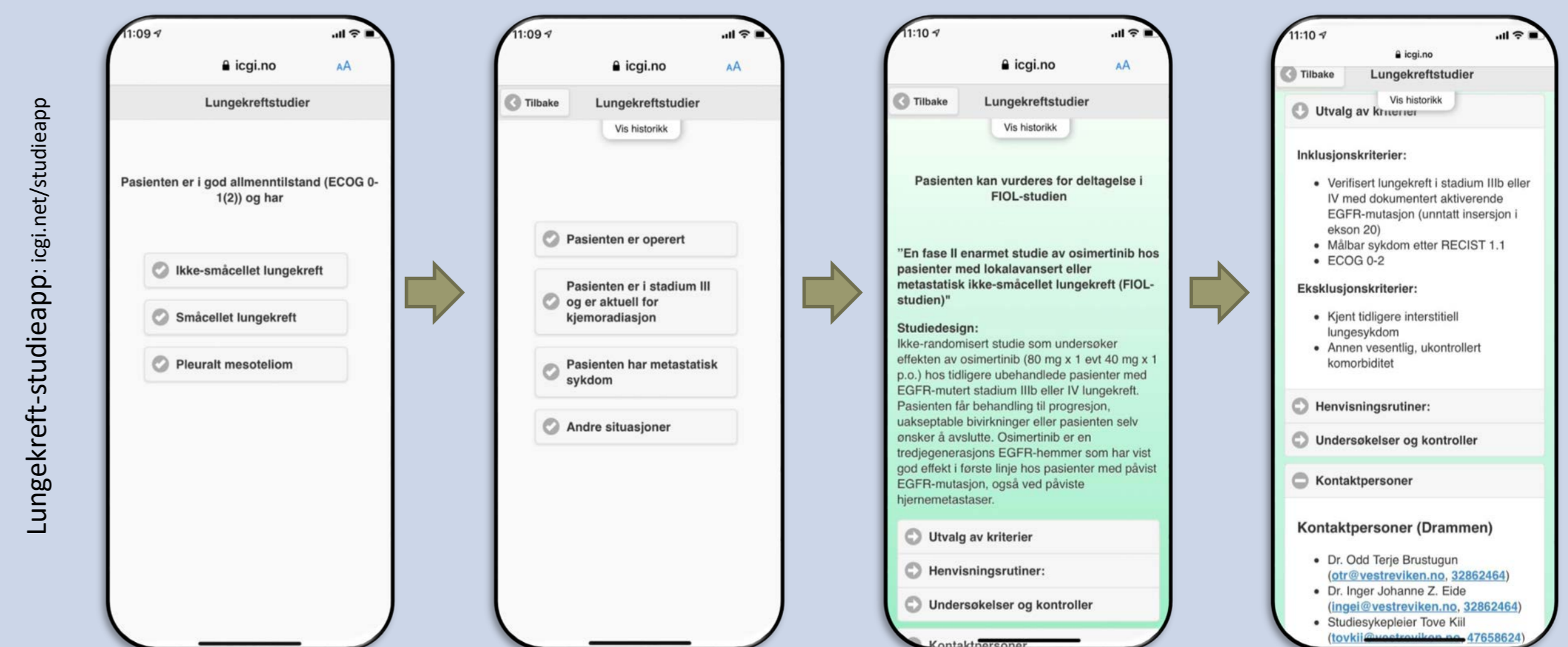
Stadig nye kreftlegemidler er i utvikling. Ifølge amerikanske tall er 527 potensielle medisiner nå i ulike faser av klinisk utprøving. Dette vil utvilsomt komme fremtidige pasienter til gode!



Figur fra den amerikanske farmasiforeningen, phrma.org

Hjelp til å finne relevant studie

En av utfordringene er å finne riktig studie til riktig pasient. Via en egen app kan legen finne fram til, og få informasjon om en klinisk studie som passer til den pasienten han har foran seg.

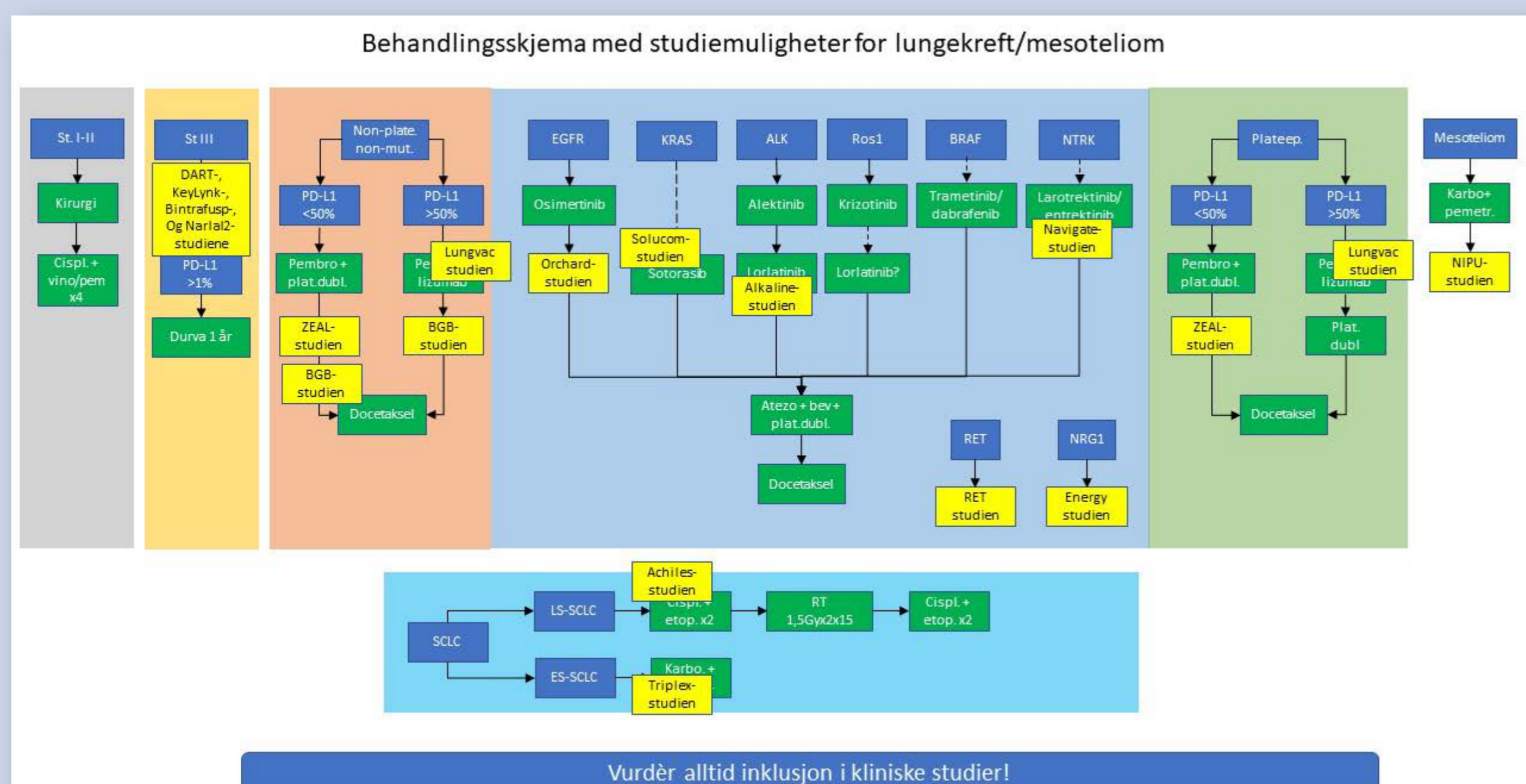


Klinisk forskning ved Onk pol, Drammen

- 17 behandlingsstudier
- 3 egen-initierte multinasjonale multisenterstudier
- Hovedsakelig lungekreft- og brystkreft
- Ønskelig med desentralisert forskning (BS, RS, KS), og oppstart urologisk og mage-tarmkreft

Forskning er attraktivt for nye medarbeidere

- Framoverlente medarbeidere tiltrekkes av et framoverlent miljø
- Et stort sykehus som Vestre Viken, 10% av Norge, forventes å drive forskning for framtida
- Vi har alle muligheter – engasjerte fagfolk, høy og bred kompetanse, gode tekniske ressurser, stort pasientvolum



Figur fra Norsk lungekreftgruppes nettside nlcg.no



Forbedringsprosjekt Ortopedisk sengepost -kvalitetssikring av lunsjpauseavvikling-

Uten mat og drikke duger helsevesenet ikke!

Bakgrunn

I desember 2020 startet Ortopedisk post et prosjekt mot å få en bedre arbeidshverdag på sengeposten. I involveringsprosessen med de ansatte ble lunsjpauseavviklingen definert som et problem. På bakgrunn av dette ble delprosjektet-Lunsjpauseavvikling opprettet.

Ansattes medvirkning i prosjektet

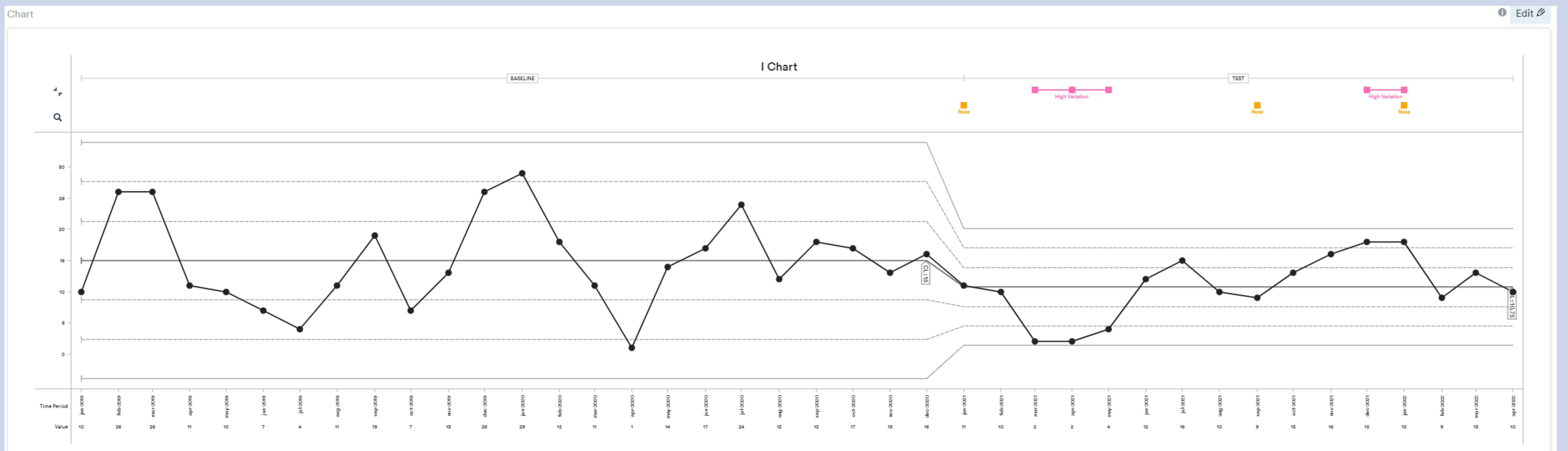
De ansatte på sengeposten har vært medvirkende i å definere utfordringen, idemyldret og frontet forslag til forbedring. Personalmøtet er blitt brukt som arena for dialog, evaluering og justering. På bakgrunn av dette er det blitt utarbeidet et driverdiagram. Prosjektet er godt forankret i ledelsen.

Mål

Sikre at de ansatte får avviklet 30 minutters pause i løpet av dagvakt.

Hensikt

- Tilrettelegge for at ansatte avvikler lovbestemt pause.
- Optimalisere den ansattes yteevne gjennom å tilrettelegge for hvile og ernæring.
- Fremme psykososiale arbeidsmiljøet

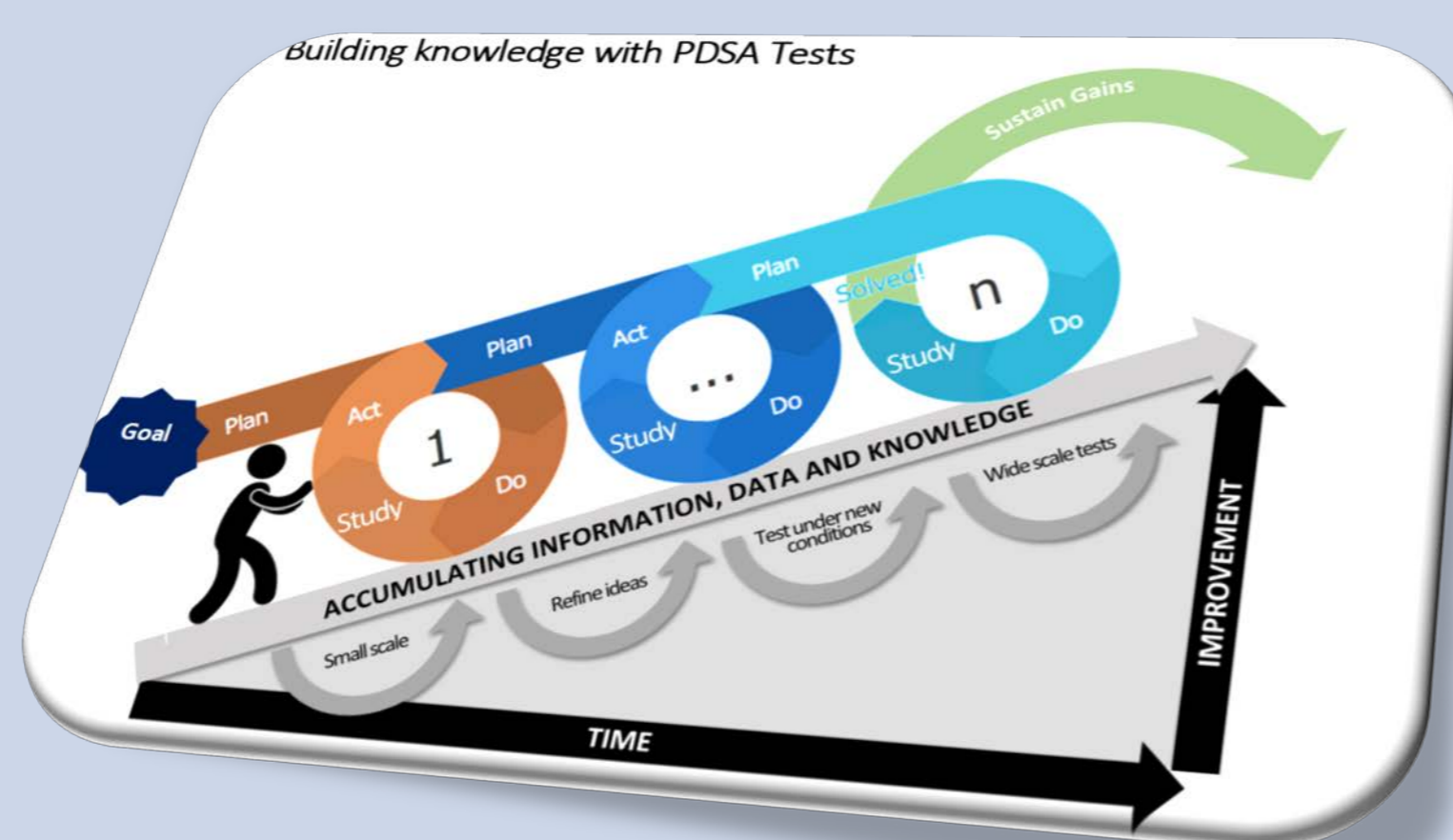


PDSA: Plan –Do – Study- Act

Det er prøvd ut flere tiltak ved hjelp av PDSA metodikk. Her presenteres endringer av fysiske rammer for avvikling av lunsjpause.

Hver note representerer hver sin PDSA.

1. Skjerming av lunsjrom med plakat på dør og informasjon til samarbeidende faggrupper.
2. Standardisering av tidspunkter for pauseavvikling i vaktbok.
3. Fortløpende oppfølging av ansatte- fokus på pulsmøter og individuelle samtaler.



Målinger

Dataen i diagrammet viser fortløpende registrerte overtidstimer i tidsrommet fra 14:00 til 16:10, begrenset til dagvakt =/under 30 minutter*.

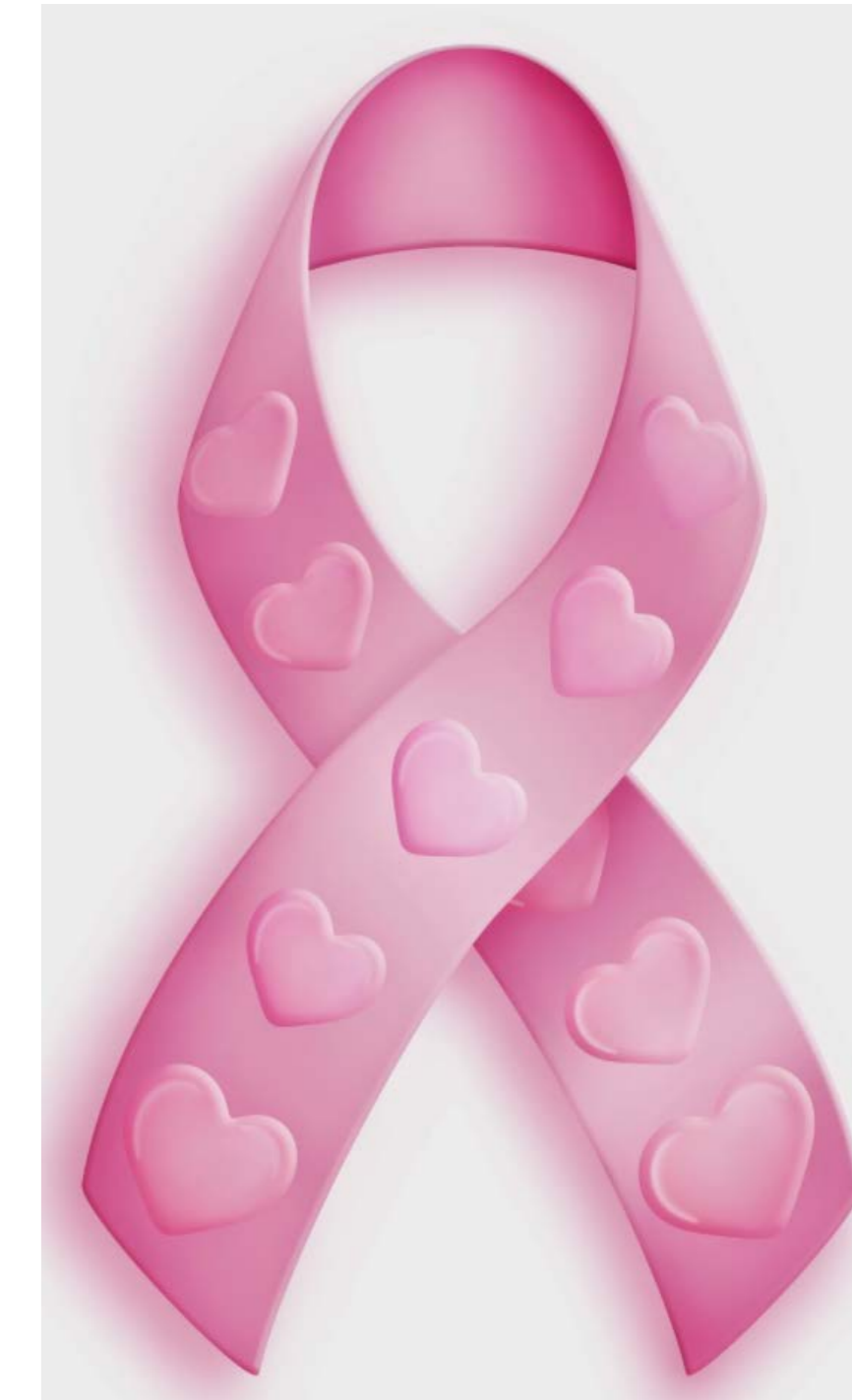
Konklusjon

- Erfaringene etter påbegynt prosjekt er at en større andel av de ansatte faktisk får avviklet lunsjpause til avsatt tid og lengde.
- Målingene viser likeledes mindre variasjon i antall registrerte overtidstimer* og vi ser nedgang i antall registreringer.
- Tilbakemeldinger fra ansatte er at kulturen for lunsjpauseavvikling på sengeposten har utviklet seg i positiv retning. Veien videre for prosjektet er å følge videre målinger og gjøre justeringer av igangsatte tiltak ved behov.

Utarbeidet av: Charlotte Casparij- Fagutviklingspsykepleier Ortopedisk sengepost, Hanne Louise Hoelstad avdelingssykepleier Ortopedisk sengepost, Elisabeth Duvaland – Rådgiver kvalitet og helsefag Ortopedi og akuttmottak og Hanna Berglijot Engedahl driftssykepleier Ortopedisk sengepost.

Oppgavedeling i spesialisthelsetjenesten

Kvinner opplevelse og erfaringer med kontroll hos sykepleier to år etter behandling for brystkreft.



Bakgrunn

- Høsten 2019 overtok kreftsykepleiere ved Brystdiagnostisk senter, Drammen sykehus, enkelte av de kliniske kreftkontrollene som tradisjonelt blir gjennomført av kirurger.
- Oppgavedeling defineres som «En delingsprosess der oppgaver flyttes mellom ulike profesjoner av helsepersonell»
- Hensikten med denne studien var å få frem pasientperspektivet ved en slik oppgavedeling, om kvinnene føler seg trygge og ivaretatt, hva de tenker om informasjonen de har fått, hvordan kontrollene bør organiseres, og hva de tenker bør være innhold i en brystkreftkontroll.

Senvirkninger etter brystkreft

- **Fatigue**
- **Nedsatt seksuallyst**
- **Tørre slimhinner**
- **Muskel og skjelettplager**
- **Hetetokter**
- **Kvalme**
- **Endret utsende**
- **Nevropatier**
- **Redsel for tilbakefall**

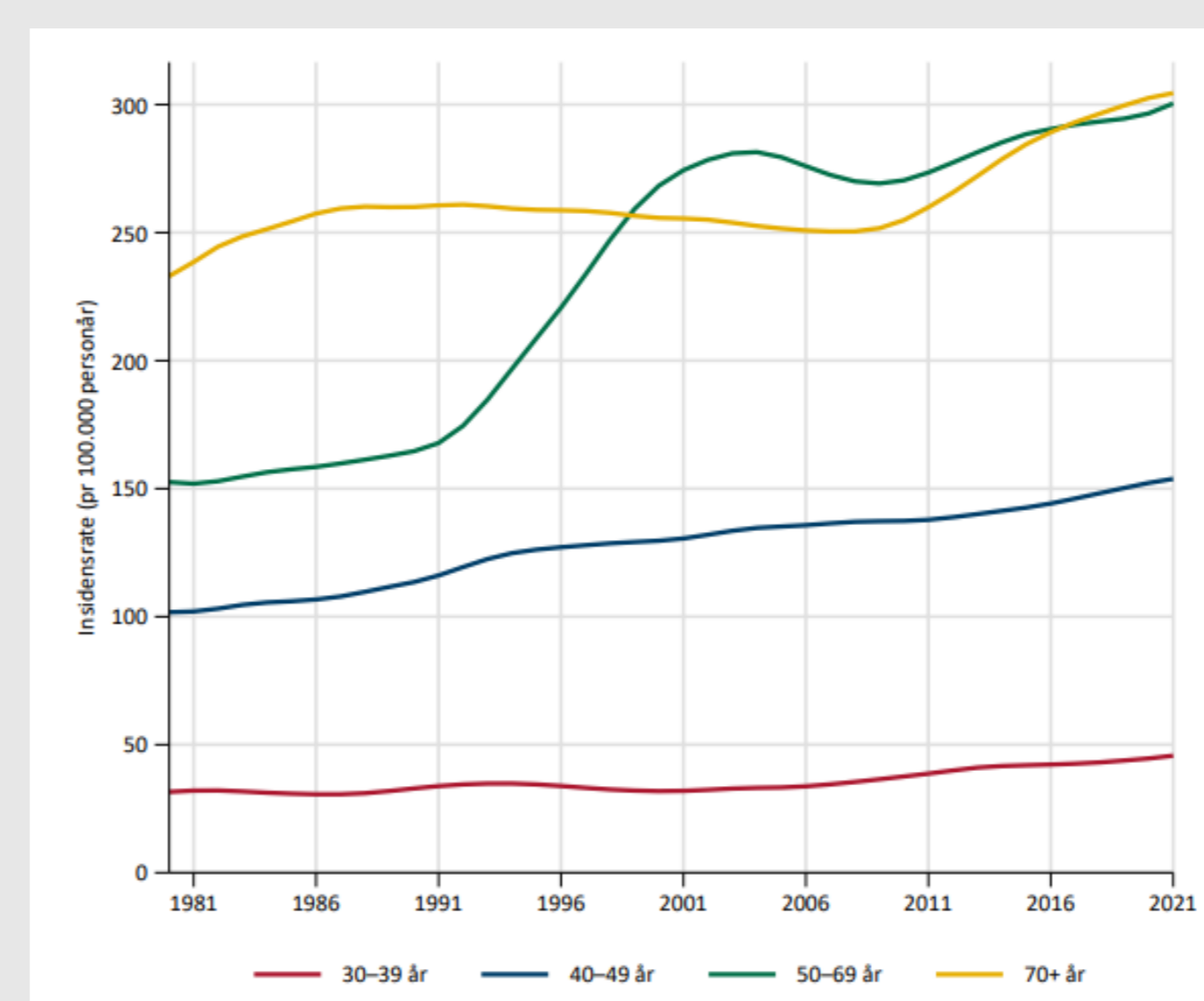


Resultater

- Det har lite betydning for kvinnene om de blir kontrollert av lege eller sykepleier så lenge den som møter de har den riktige spesialiserte kompetansen.
- De opplevde at sykepleieren hadde mye kompetanse og det følte trygt. Alle kvinnene anga å ha tillitt til at en sykepleier gjennomførte den kliniske kontrollen.
- Noen av kvinnene opplevde ulikheter med kontroll hos lege og sykepleier, men ikke at denne var noe negativt. De opplevde at de ved kontroll hos sykepleier fikk en bedre samtale om sine plager etter behandling.
- Enkelte kvinner, spesielt de yngre, savnet informasjon om senvirkninger etter behandling.
- Ved spørsmål om de kunne tenkt seg en ekstra samtale med sykepleier etter 6 måneder var svarene ulike, men det var samsvar mellom de som opplevde mye senvirkninger og de som ønsket dette.

Utarbeidet av: Maren-Kathrine Guriby Spillum

Forekomst av brystkreft



I 2021 fikk 4011 kvinner diagnosen brystkreft, sammenlignet med 3433 i 2020

Brystkreft er den kreftformen som forekommer hyppigst i Norge og forekomsten er økende. Forskning på utvikling av nye medikamenter, kombinert med mammografiscreening har ført til en betydelig forbedring av prognose og 5 års overlevelse.

Metode

- Kvalitativ metode med bruk av semistrukturerte intervjuer. Kvinnene ble inkludert når de var til 2 års kontroll hos sykepleier.
- 7 kvinner ble inkludert og intervjuet.

Inklusjonskriterier:

Alder over 18 år og samtykkekompetent. Operert for brystkreft og etterbehandlet med endokrinbehandling alene eller kombinert med strålebehandling.

Eksklusjonskriterier:

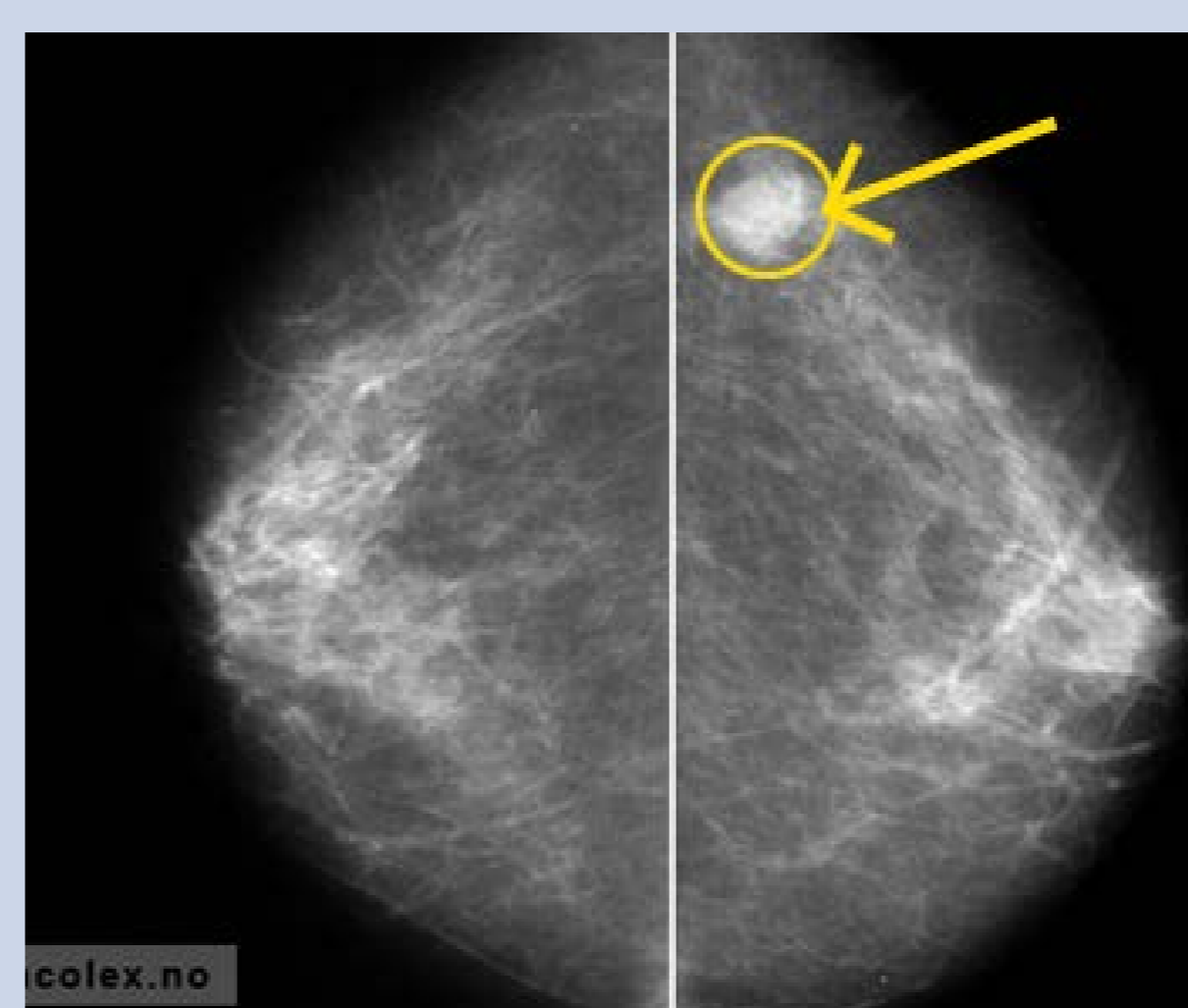
Mottatt neoadjuvant eller adjuvant kjemoterapi, hatt tilbakefall av sykdommen eller metastaser.

Implikasjoner for videre praksis

Det er både trygt og akseptabelt for kvinnene og bli kontrollert av en sykepleier istedenfor en lege.

Det er viktig å lage/ta i bruk et identifiseringsverktøy for å fange opp de kvinnene som trenger oppfølging etter behandling. En ekstra samtale 6 måneder etter behandling, der innholdet primært er senvirkninger og bivirkninger av behandling bør tilbys til enkelte, men det er ikke et behov for alle.

Det er også viktig, for optimal prognose, at kvinnene motiveres til å gjennomføre endokrinbehandling. Kreftsykepleiere har helt klart en rolle i å hjelpe pasienten til håndtering av bivirkninger og motivasjon til å opprettholde behandlingen.



Tverrfaglig samhandling og redusert ventetid på ØNH poliklinikk

Rutiner, samhandling og pasientflyt



Bakgrunn og mål

Gjennom medarbeiderundersøkelser og samarbeid om handlingsplan, fremkom et ønske om økt fokus på felles rutiner, tverrfaglig samhandling og kommunikasjon

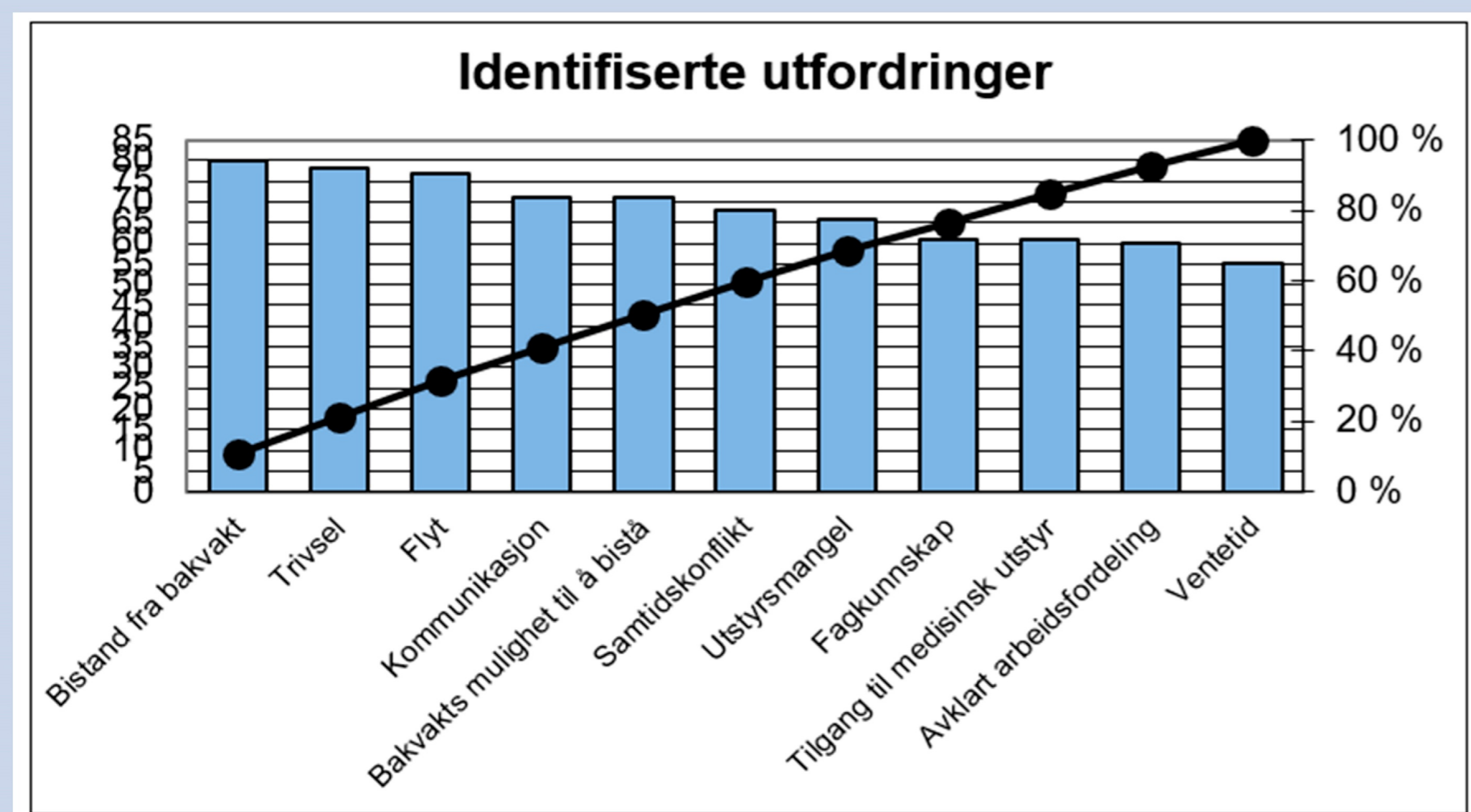
Utfordring

- Hvordan omgjøre dette til et målbart mål?
- Hvilke baselinemålinger skal vi velge?

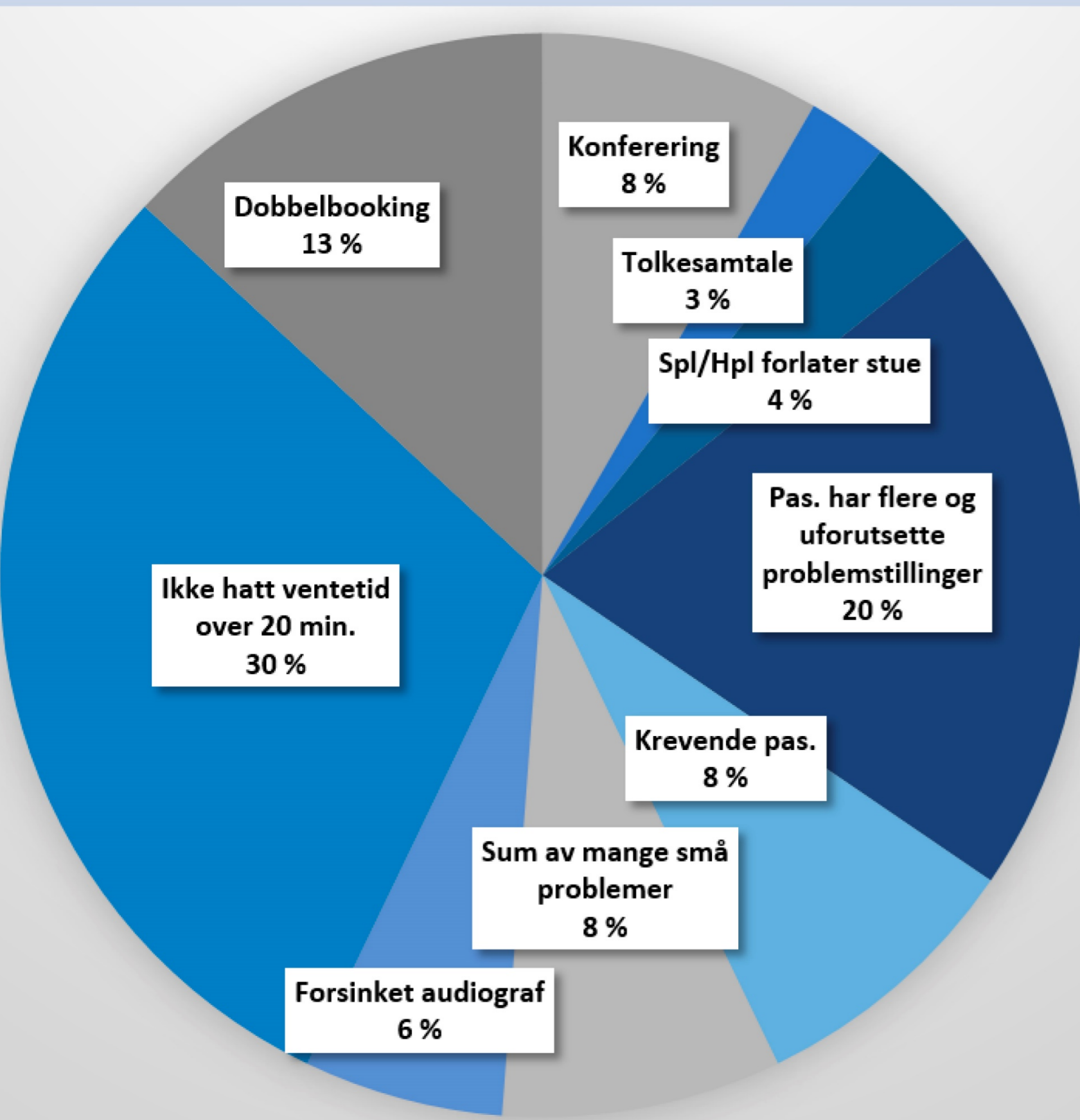
Hypotese

Bedre rutiner, tverrfaglig samhandling og kommunikasjon vil øke kvaliteten på jobben vi gjør, samt påvirke pasientflyt og ventetid

Spørreundersøkelse til alle ansatte og paretoanalyse for å skille de «vitale få» fra de «trivielle mange»



- Ventetid
- Arbeidsfordeling
- Tilgang på medisinsk utstyr
- Kommunikasjon og informasjon



Registrering av hovedårsaker til forsinkelser over 20 min.

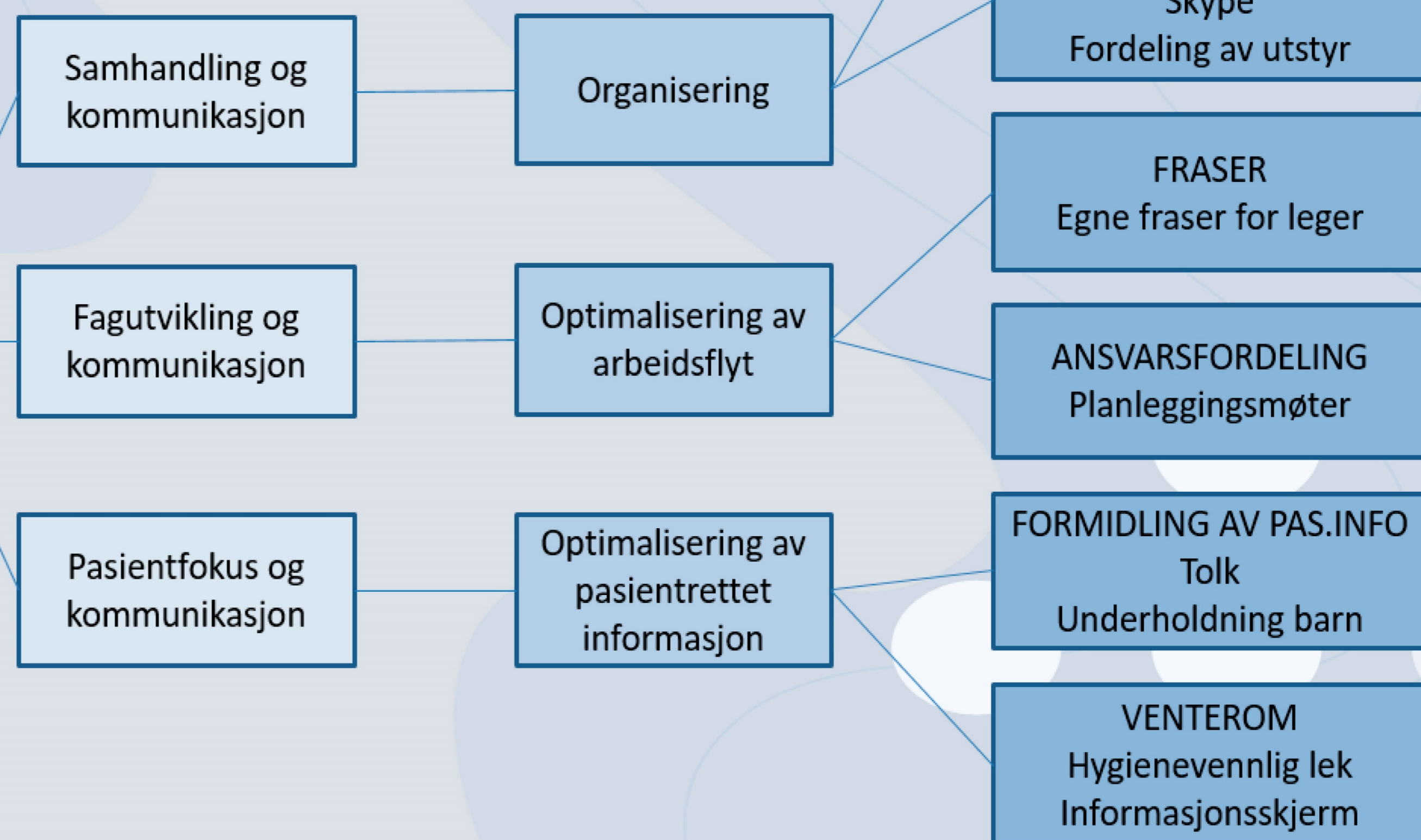
- Tidkrevende konsultasjoner
- Flere uforutsette problemstillinger hos pasienten
- Forsinkelser hos samarbeidende behandlere

Iverksatte tiltak

- **Konsultasjonsskjema** anføres med type konsultasjon, behov for spesialutstyr og evt. tidsbruk for neste kontroll
- **Bedre avklaring** av behov for utstyr og fordeling av oppgaver
- **Fordeling** av utstyr for unngå «hamstring»
- **Skype/Teams** som kommunikasjonsmiddel mellom poliklinikk og luke
- **Informasjonsskjerm** på venterommet
- **Hygienevennlig underholdning** for barn på venterom og konsultasjonsrom

LifeQI som metodikk DRIVERDIAGRAM

Forekomsten av ventetid over 20 minutter, skal innen mai 2022 reduseres med 50% for pasienter med planlagte polikliniske timer ved ØNH-pol.



Kontinuerlig forbedring

Underholdning til barn



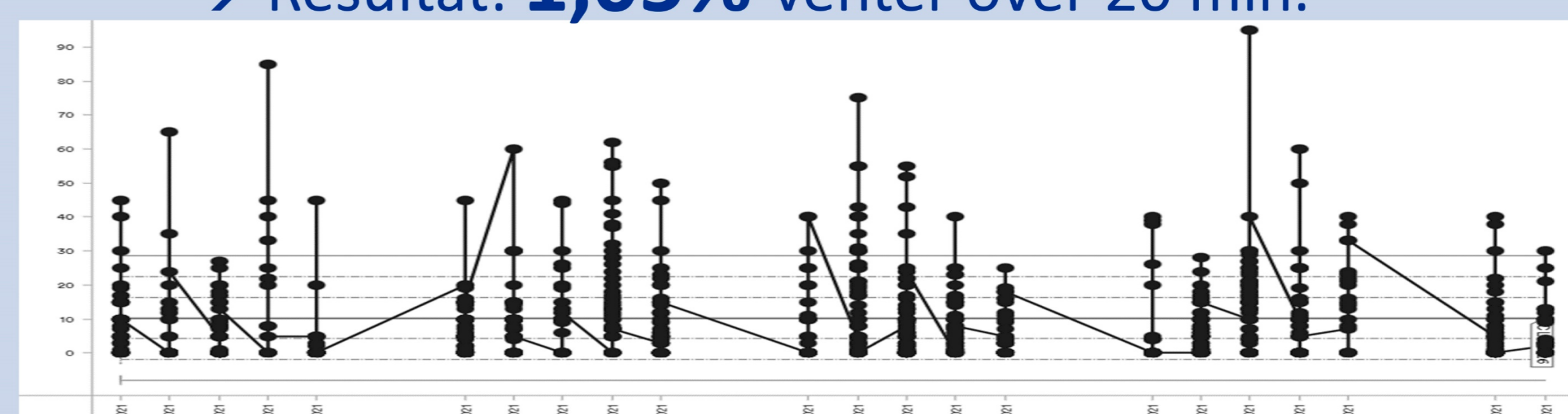
Psst, hei du!
Jeg elsker å gjøre rampete sprell her på avdelingen. Jeg har gjemt bilder av meg selv over alt. Klarer du å finne dem alle, er du skikkelig god!

Resultat

Ventetid per pasient - målt før og etter tiltak

→ Utgangspunkt: 15,35% venter over 20 min.

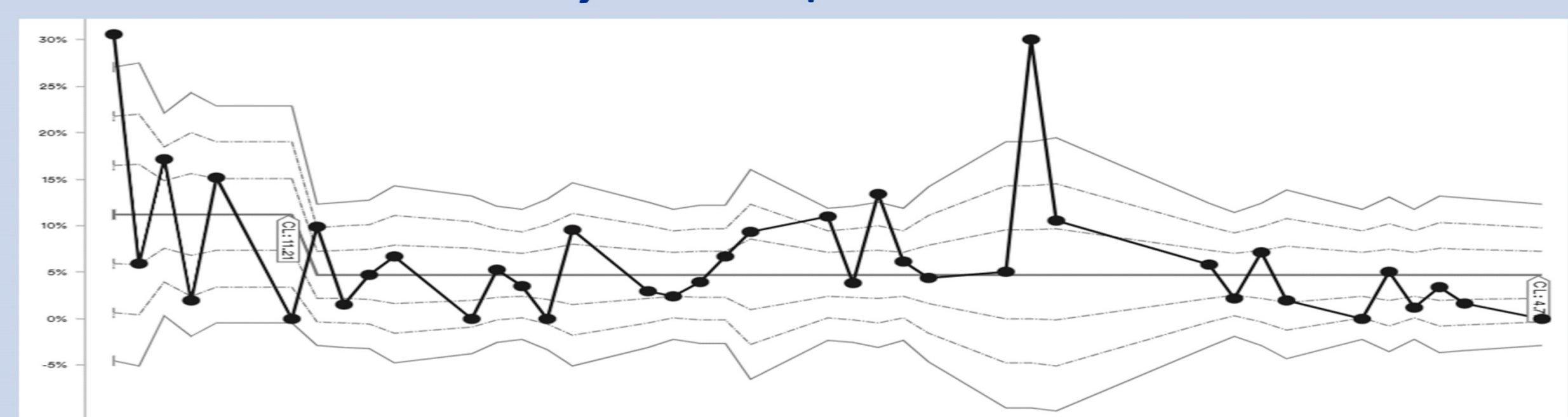
→ Resultat: **1,05%** venter over 20 min.



Forespørsler om ventetid %-vis av antall pasienter pr dag - før og etter tiltak

→ Utgangspunkt: 11,21% spør om ventetid i luke

→ Resultat: **2,42%** spør om ventetid i luke



Veien videre

- Påminnelser
- Ny medarbeider-undersøkelse
- Oppfølging og evaluering av tiltak
- Nye tiltak? PDSA

Helsefremmende arbeidsmiljø Intern service

Kontinuerlig fokus på arbeidsmiljø og inkludering

Bakgrunn

I 2017 ba klinikkdirektør Intern service om at en partssammensatt arbeidsgruppe skulle kartlegge sykefraværarbeidet i klinikken de siste årene, samt utrede årsakssammenhenger og foreslå aktiviteter de neste årene. Det ble i etterkant av dette arbeidet i 2018 utarbeidet en sjekklister som er ment som et verktøy og veileder for klinikker eller store avdelinger som ønsker å benytte samme modell for å redusere sykefravær og øke nærvær. [VV Sjekklister Prosess sykefraværarbeid i klinikk](#)

Etter to år med pandemi, mange nye ansatte og ledere, besluttet Intern service å gjennomføre en ny prosess hvor dette igjen var tema. Vi valgte da en bredere tilnærming enn sist og har nå som overskrift:

- **Helsefremmende arbeidsmiljø**

Arbeidsmiljøet påvirker arbeidstakernes helse, jobbengasjement og klinikkens resultater og produktivitet.

Møter i samarbeid med NAV arbeidslivssenter

Det er i august / september gjennomført 2 møter på hver lokasjon til ulike tidspunkter på dagen med alle ansatte.

Innhold:

- Hva er helsefremmende arbeidsmiljø?
- Fakta om sykefravær i Intern service
- Hva skjer når sykdom inntreffer?
 - Hva gir rett til sykepenger?
 - Kontakt med arbeidsgiver og oppfølging, medvirkningsplikt
- Bruk av egenmelding og sykemelding?
- Funksjonsvurdering og funksjonsevne
- Videre arbeid knyttet til helsefremmende arbeidsmiljø
- Kjørerregler i seksjonene

Mål med møtene:

- Intern service skal fremme et helsefremmende arbeidsmiljø.
- Gode tjenester fra Intern service.
- Våre faste ansatte innehar kompetanse og sikrer kvalitet på tjenesten

- **Synliggjøre Firkløveret**

- Ledere, verneombud, tillitsvalgte, ansatte, HR, NAV, leger og bedriftshelsetjeneste skal arbeide sammen om dette.



Hvordan har våre ansatte det på jobb?

- Svarprosent på 83% i årets medarbeiderundersøkelse gir grunnlag for å stole på at resultatene av undersøkelsen er medarbeidernes opplevelse.
- Alle områder er forbedret sammenlignet med året før.
- Resultatet viser at Intern service har engasjerte ansatte, som samarbeider godt. Er fornøyd med arbeidsforholdene, lederne og har trygghet for å si fra om uønskede hendelser.
- **Dette må vi kontinuerlig arbeide for å ta vare på!**

Resultat medarbeiderundersøkelse Intern service 2022.

	Invitasjoner	Svar	Svarprosent
	551	458	83%

Invitasjoner	Totalt antall utsendte spørreskjemaer per rapport
Svar	Antall svar er antall spørreskjema som er fullført
Svarprosent	Andel fullførte spørreskjema av totalt utsendte skjema

HOVEDRESULTAT PER TEMA

Under oppsummeres hovedresultatene på de ulike temaområdene i undersøkelsen. Detaljene for hvert temaområde fremkommer utover i rapporten. På side fire vises veiledningen til hvordan tabellene skal leses. Skår >=75 vises kun på denne siden og indikerer hvor mange prosent av de ansatte som har svart «Litt enig» eller «Helt enig».

	Antall svar	Resultat i år	Skår >=75 i år	Resultat i fjor	Skår >=75 i fjor	Endring fra i fjor	Vestre Viken HF i år	HSØ i fjor
ENGASJEMENT	457	81	80%	75	73%	↑	82	82
TEAMARBEIDSKLIMA	457	83	83%	78	78%	↑	85	84
ARBEIDSFORHOLD	458	80	80%	78	77%	↑	68	71
SIKKERHETSKLIMA	457	82	80%	78	76%	↑	83	82
PSYKOSOSIALT ARBEIDSMILJØ	450	83	80%	78	74%	↑	81	80
OPPLEVD LEDERADFERD	447	83	81%	79	78%	↑	84	84
TOPPLEDERS ROLLE I SIKKERHETSARBEIDET	263	85	79%	82	72%	↑	73	68
FYSISK MILJØ	458	80	78%	76	73%	↑	73	73
OPPFØLGING	430	76	72%	72	68%	↑	71	70
PANDEMI	457	79	77%	74	72%	↑	76	73

Pasientsikkerhet og godt arbeidsmiljø påvirker hverandre.

Hva har vært viktig arbeid i Intern service?

- Felles innsats i klinikken
- Kartlegging av praksis i seksjonene
- Økt kunnskap hos ledere, ansatte tillitsvalgte og verneombud
- Tett samarbeid med NAV arbeidslivssenter
- Rask respons og trygghet på å utfordre
- Samhandling med fastlege
- Økt bruk av funksjonsvurderinger og tidsbegrensede tiltak
- Oppfordring til bruk av egenmelding før sykemelding
- Mer bruk av gradert sykemelding
- Forsterket innsats i seksjoner
- Jevnlig tema på ledersamlinger – med ulike tema

Hva er en helsefremmende arbeidsplass?

Helsefremmende arbeidsplasser

- Identifiserer helsefremmende faktorer på arbeidsplassen og lar dem få blomstre
- Visjon og verdier integreres i daglig drift
- Legger til rette for engasjement og arbeidsglede
- Jobber systematisk for å styrke og utvikle det som fungerer bra i virksomheten

Forebyggende

- Gjennomfører analyser (vernerunder, risikokartlegginger og medarbeiderundersøkelser)
- Identifiserer ting som kan gå galt og prøver å eliminere risikoer før problemene oppstår
- Setter mål og lager handlingsplaner

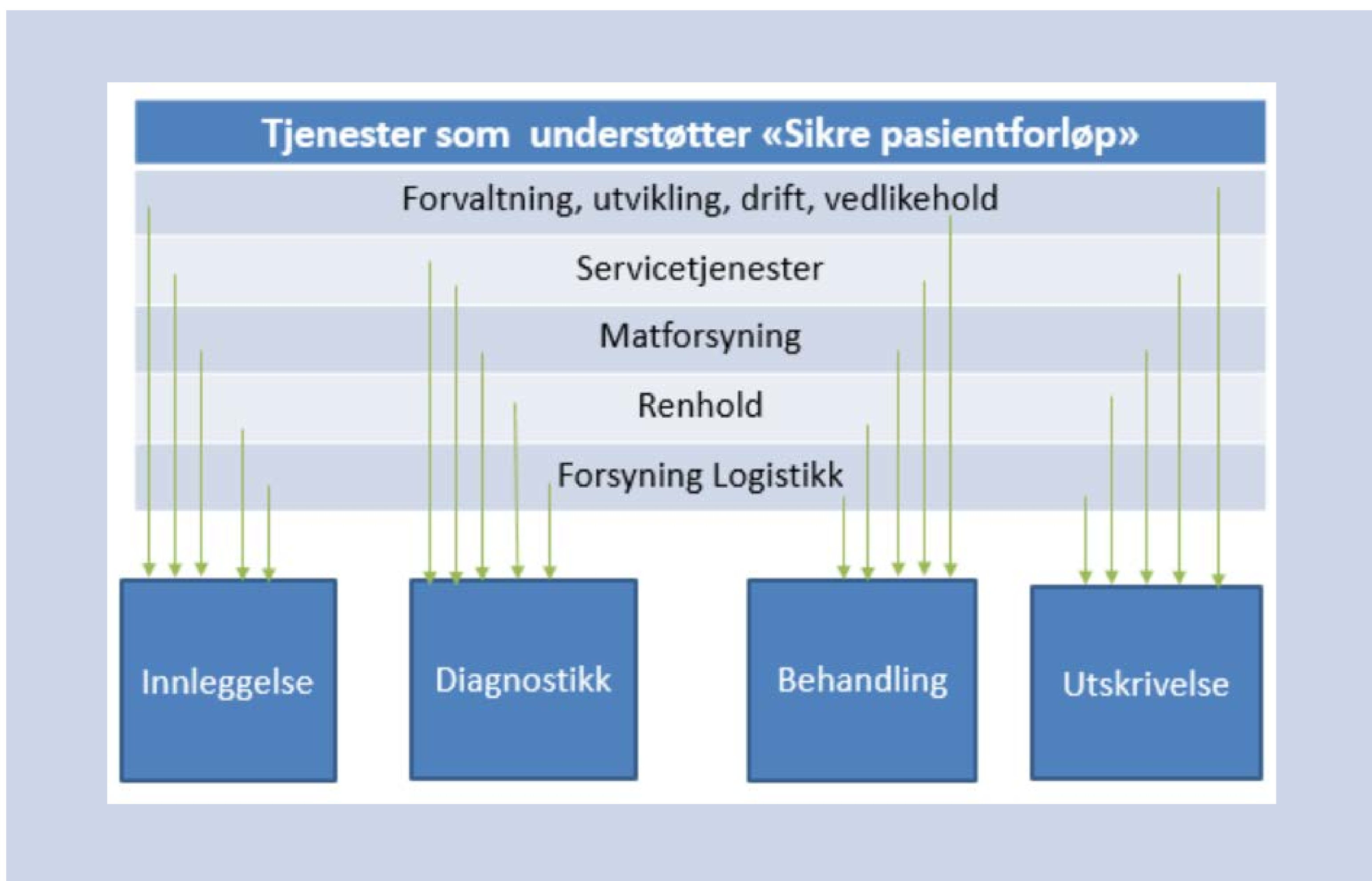
Reparerende

- Rutiner og systemer for å håndtere situasjoner hvor ting har gått galt (sykefraværsoppfølging)
- Reagerer på det som har gått i stykker og reparerer

Sikre pasientforløp Intern service

Hvor og hvordan møter pasientene våre tjenester i et pasientforløp?

Våre tjenester i et pasientforløp



Samhandling om bruk av tjenester i alle ledd.



Tjenestekatalog

Intern service er totalleverandør av servicetjenester til Vestre Viken. Tjenestekatalogen ligger i e Håndbok dok. id 1329 og gir oversikt av tjenestene som leveres. Tjenestene er i hovedsak rammefinansiert. Tjenestekatalogen består av 43 tjenestebeskrivelser i hht NS 41012 Fasilitetsstyring.

[Tjenestekatalog - Intern service \(SLA\)](#)

Tjenestekatalogen inneholder:

- Beskrivelse av tjenestene
- Kundens og leverandørens forpliktelser
- Kommunikasjon
- Kontaktinformasjon
- Rutiner for bestilling og levering
- Metoder for kvalitetssikring, ytelsesmåling og kontroller
- Endringer av tjenestene
- Rapportering

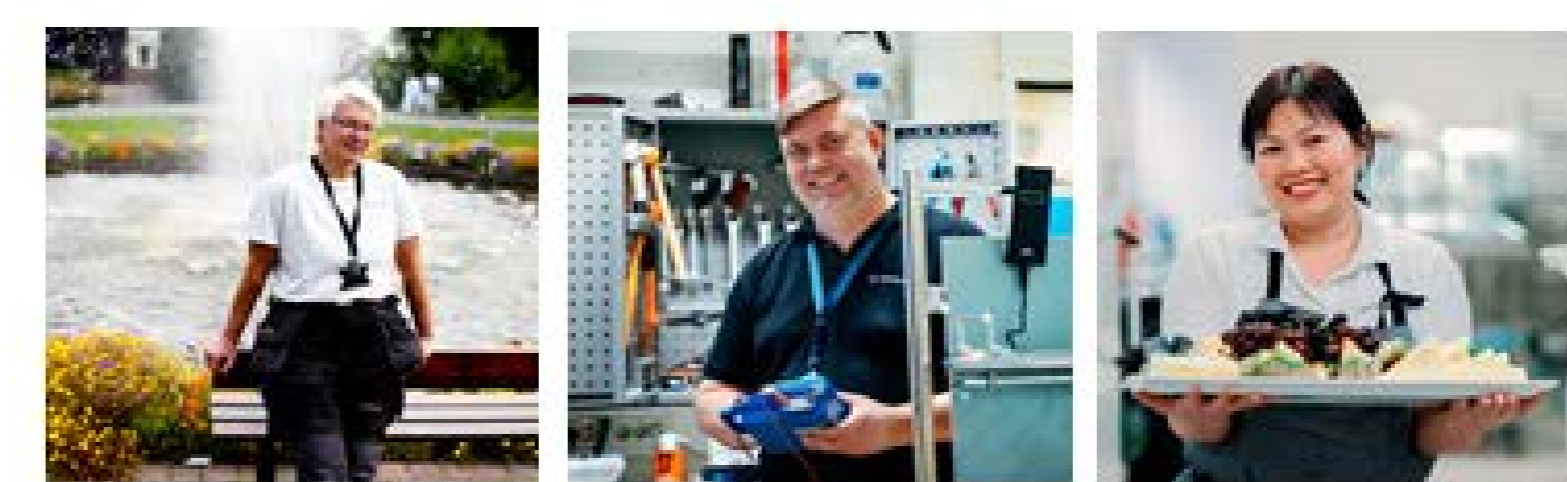
En annen inngangsportale til tjenestebeskrivelsene er å gå via [Serviceguide](#) fra Intranett.

Serviceplakat

- Visjon, verdier og målsettinger er veivisere i vårt daglige arbeid. For å nå våre mål trenger vi robusthet, omstillingsevne, engasjement og medarbeidere som trives på jobben hver dag. For at medarbeidere skal prestere som et team, trenger de både den faglige kunnskapen, de instrumentelle verktøyene og gode arbeidsmiljøfaktorer.

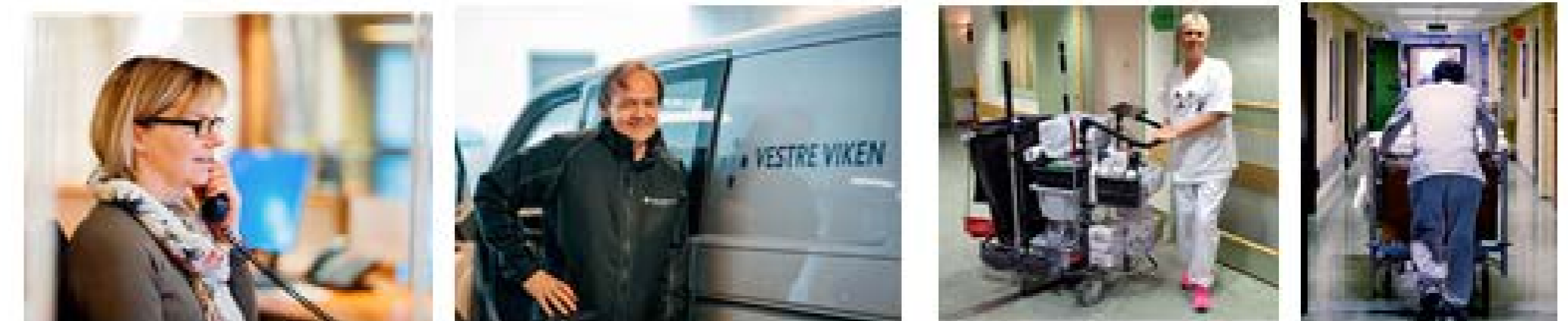
Serviceplakat

Intern service



Vi skal alltid:

- Tenke helhet
- Være imøtekommende
- Ta oss tid til å lytte
- Holde det vi lover
- Være løsningsorienterte



Formål:

Intern Service skal bidra til at møtet mellom pasient og behandler får en god kvalitet.

Visjon:

Vi skal være blant de beste på forvaltning, drift, vedlikehold, utvikling og service i sykehus.

Hvilke elementer påvirker sikre pasientforløp i Intern service?



Digitale blodutstryk

Samarbeid på fire sykehus

Bakgrunn

Seksjonene på Medisinsk biokjemi (MBK) i Drammen (DS), Bærum (BS), Ringerike (RS) og Kongsberg (KS) samarbeider på tvers av lokalisasjon. Blodutstryk vurderes av bioingeniører og laboratorieleger i Bærum og Drammen samt av hematologer på sykehusene. Utstrykene fra Ringerike og Kongsberg sendes daglig med bud til Drammen for vurdering. Målet med digitalisering er å forenkle prøvelogistikken og redusere svartiden.

2019

Investering vedtas

2020

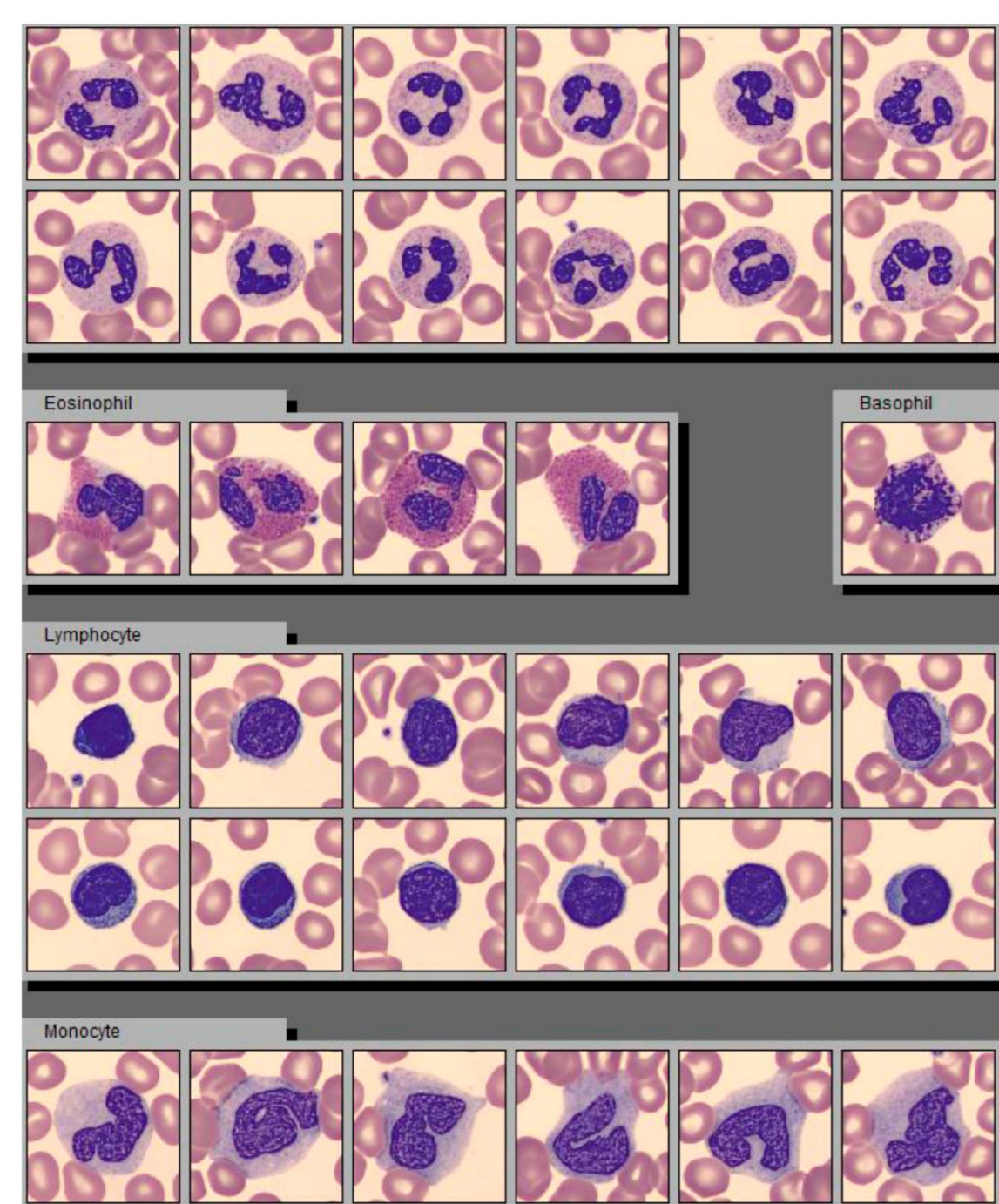
Innkjøp instrumenter BS og RS

2021

Innkjøp instrumenter DS og KS

2022

Drift hele Vestre Viken HF



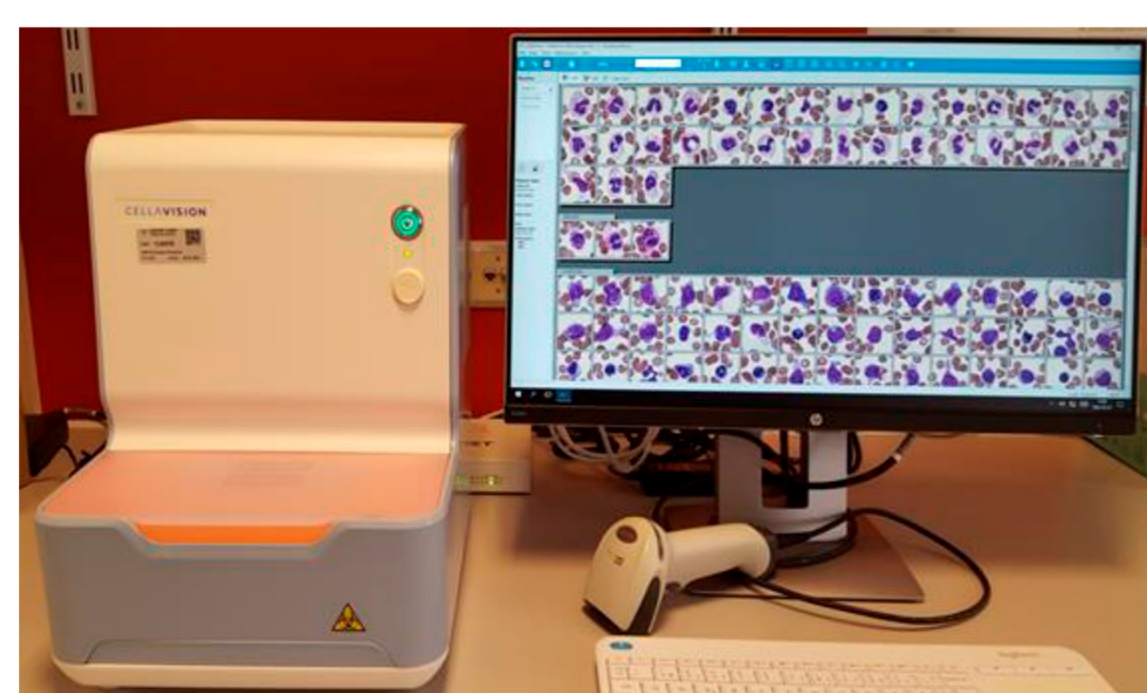
CellaVision

CellaVision Software brukes til å vurdere digitale bilder av celler. Leukocytterne klassifiseres i undergrupper og erytrocyttene kategoriseres ut fra form, størrelse, farge og inklusjoner. Bildene vurderes av lege eller bioingeniør med morfologisk kompetanse.



Instrumenter

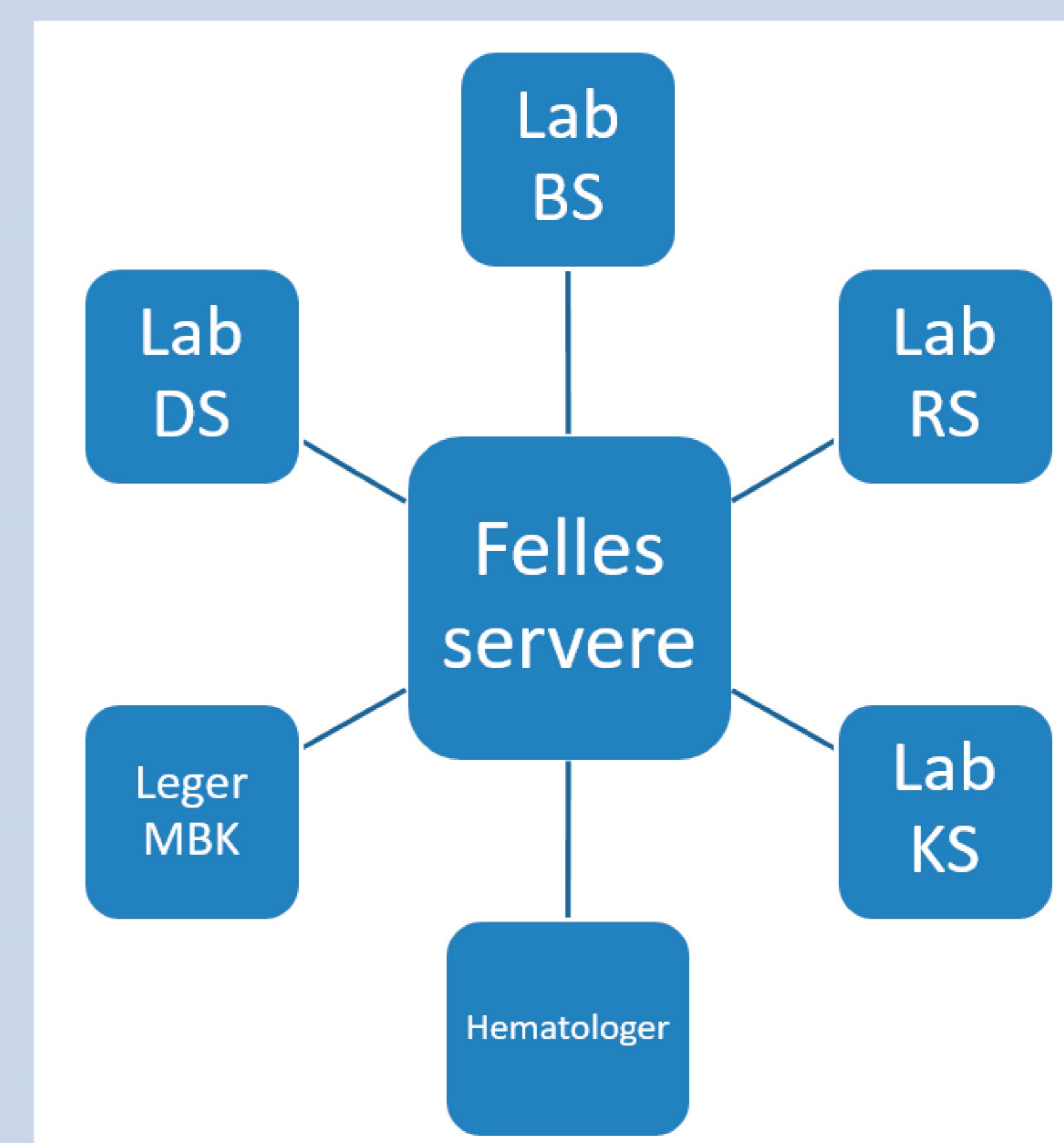
Fargemaskin (SP-50) og digitalt mikroskop (DI-60) med automatiserte blodutstryk og tilkobling til eksisterende hematologiinstrumenter ble valgt til Bærum og Drammen.



Frittstående mikroskop (DC-1) ble valgt til Ringerike og Kongsberg. Blodutstryk må lages og farges manuelt og skannes enkeltvis.

Felles servere

Juni 2021 ble det etablert en prosjektgruppe med deltagere fra MBK, Sykehuspartner og leverandør (Sysmex). Det ble satt opp nye servere til CellaVision og til hematologiinstrumentenes mellomvare (Extended IPU).



Serverne må kommunisere med to ulike labdatasystem, med åtte instrumenter som benytter Extended IPU (Sysmex XN og Tosoh G8) og med de fire digitale mikroskopene. Nye felles servere ble tatt i bruk i oktober 2021.

Felles servere gjør at man uavhengig av lokalisasjon kan hente opp bildene rett etter skanning av blodutstryket.

Konklusjon

- Kvaliteten blir bedre når blodutstryk lages rett etter analysering på hematologiinstrumentene. Pasienter på alle fire sykehus får raskere prøvesvar når utstrykene kan vurderes med en gang.
- Bildene kan hentes opp flere steder samtidig slik at det er enkelt å samarbeide internt på laboratoriene eller med hematolog. Hematologene på de fire sykehusene kan også diskutere blodutstryk med hverandre.
- Digitalisering gjør det enklere for MBK og hematologene å ha morfologiopplæring. Anonyme caser kan brukes til opplæring, som dokumentasjon på opprettholdt kompetanse eller for å se at celler vurderes likt.
- Prosjektet var tidkrevende på grunn av kompleks IT-struktur og ombygning av lokaler og instrumenter.

Kampen om jernet ved infeksjoner

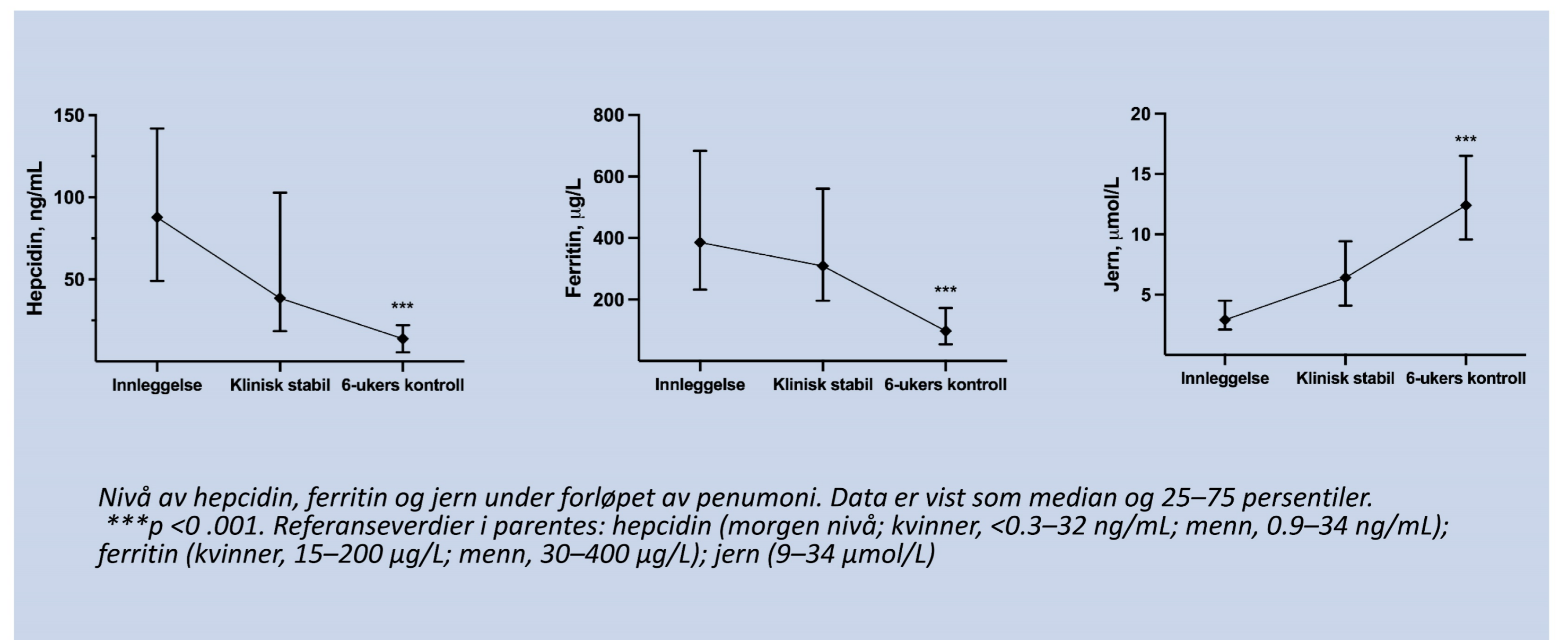
Betydningen av hepcidin og ferritin for diagnostikk og prognose ved lungebetennelse

Bakgrunn

- Både mennesker og mikrober er avhengig av jern for å leve. Ved en infeksjon forsøker mikroben å få tak i menneskenes jern, mens vi prøver å forhindre det.
- Det jernregulerende hormonet hepcidin sørger for at jernnivået i blodet synker betydelig under infeksjoner.
- Ferritin er kroppens lagringsprotein for jern, og nivået i blod øker ved infeksjoner.
- Tradisjonelle metoder for å påvise mikrober er tidkrevende og i en del tilfeller ikke konklusive. Vi leter derfor etter nye biomarkører som kan sannsynliggjøre type mikrobe, med mål om å gi tidlig og riktig behandling.

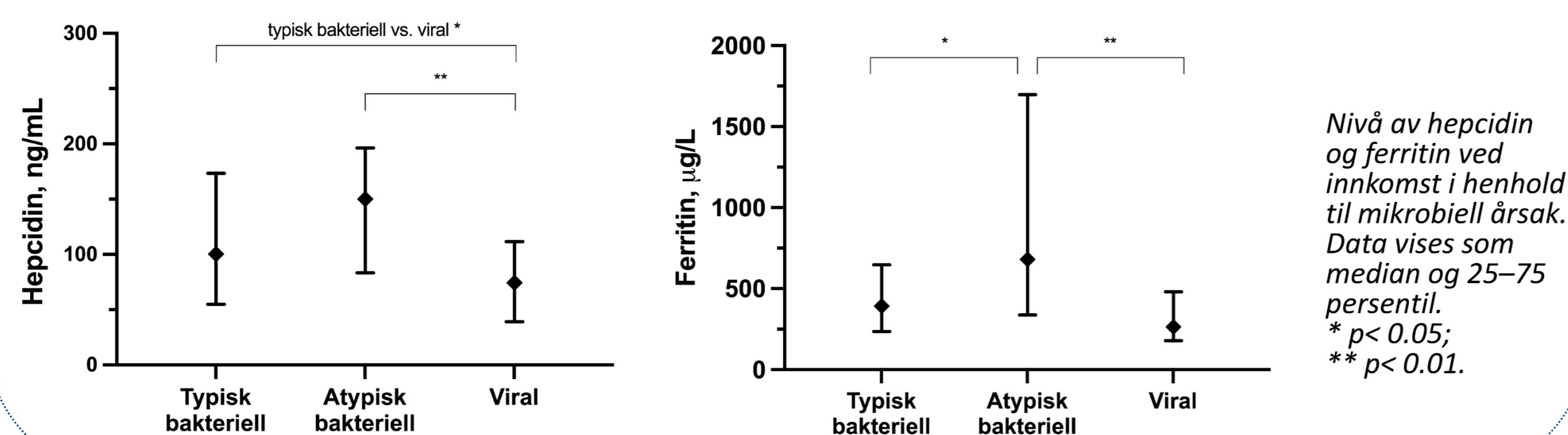
Studiedesign

- 267 pasienter med lungebetennelse ble inkludert fra 2008 til 2011.
- 63 % av pasientene fikk påvist minst en sannsynlig mikrobe som årsak.
- Prøver ble tatt ved innkomst, når pasientene var klinisk stabile og ved en 6-ukers kontroll.



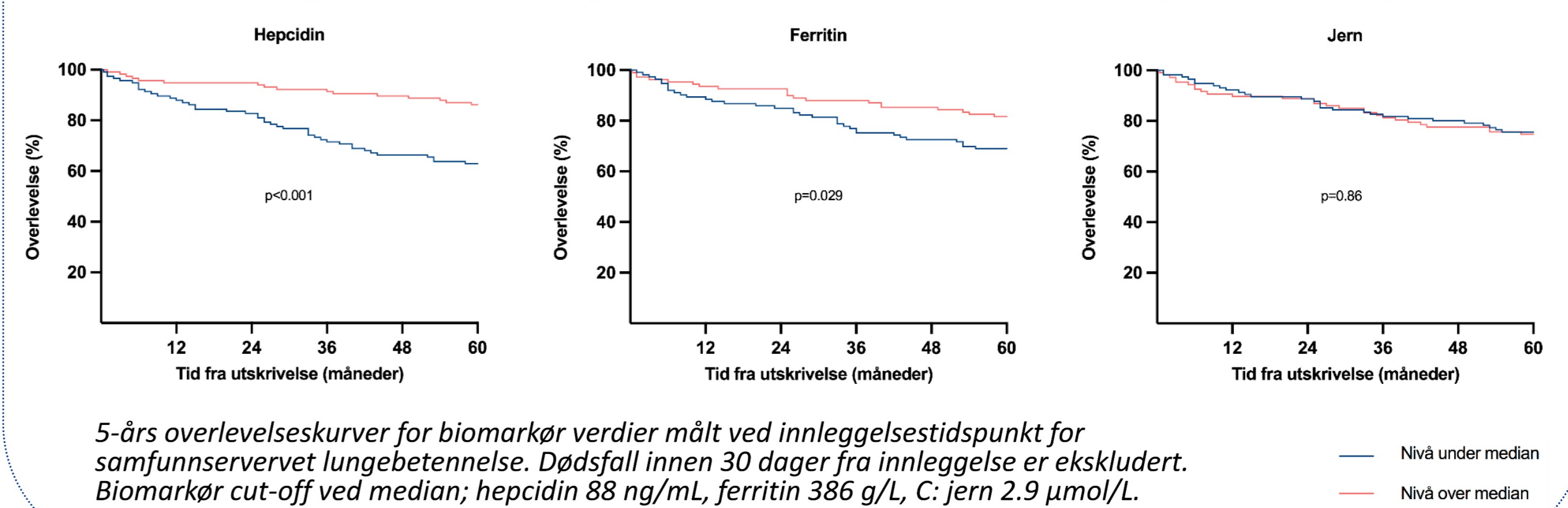
Mikrobiologisk diagnostikk

- Studien viser at nivået av hepcidin og ferritin er assosiert med den mikrobiologiske årsaken til lungebetennelsen.
- Pasienter med lungebetennelse forårsaket av atypiske bakterier hadde høyere verdier av hepcidin og ferritin, spesielt sammenliknet med viral lungebetennelse.



Langtidsprognose

- Lave nivåer av hepcidin og ferritin ved innkomst var assosiert med økt dødelighet innen 5 år. For hepcidin var dette uavhengig av alder, andre sykdommer og anemi.
- Det var ingen sammenheng mellom verdier ved innkomst og korttidsprognose.



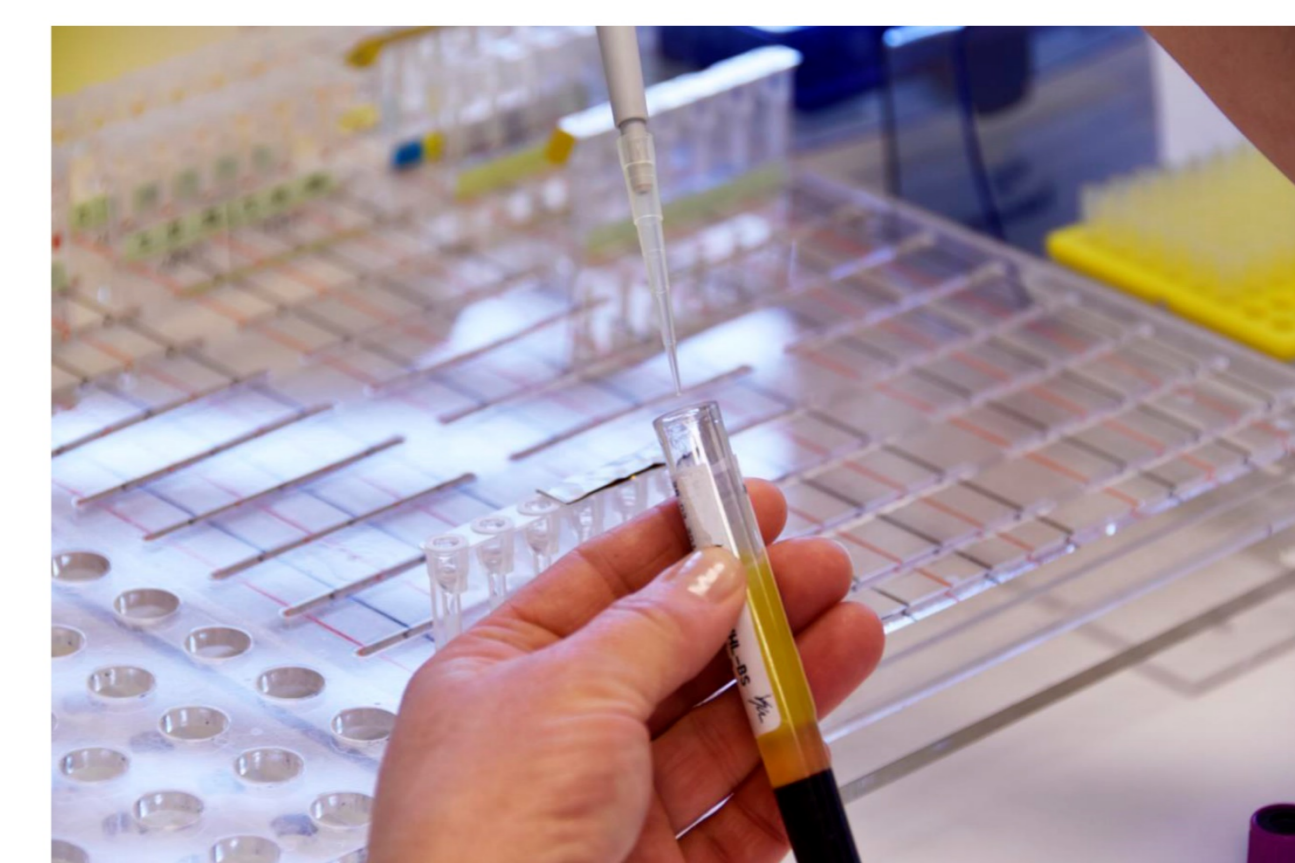
Konklusjon

- Funnene fra denne studien indikerer at jernrelaterte biomarkører som hepcidin og ferritin kan ha en nytteverdi for å skille mellom ulike mikrobiologiske årsaker til lungebetennelse som skal ha ulik behandling, samt å bidra til å identifisere pasienter med dårligere langtidsprognose som kan ha nytte av tettere oppfølging.

Pasient med sterkt hemolyserte pretransfusjonsprøver

Innledning:

Pretransfusjonsprøver er påkrevet for å kunne velge forlikelig blod til transfusjon. Mangel på slike vil øke risiko for alvorlig transfusjonsreaksjon. Ved konkludert ABO-type og negativ antistoffscreening vil det gis ut ABO-forlikelege erythrocyttkonsentrater på elektronisk forlik. Hvis screening og evt utvidet forlik ikke kan konkluderes negativt, må blod utleveres på biologisk forlik og gis på vitale indikasjoner.



Materiale og metode:

Vi mottok blodbestilling til pasient med kjent alvorlig etanolbetenget levercirrhose, nå innlagt med sepsis og nyresvikt samt påvist SARS CoV-2 ved rutinemessig screening. Pretransfusjonsprøvene var imidlertid så sterk hemolyserte (rødbrune) at de ikke var mulige å konkludere. IgG-DAT sterk positiv. Erythrocyttkonsentrat ble utlevert på biologisk forlik, med ukomplisert transfusjon.



Sentrifugert prøve

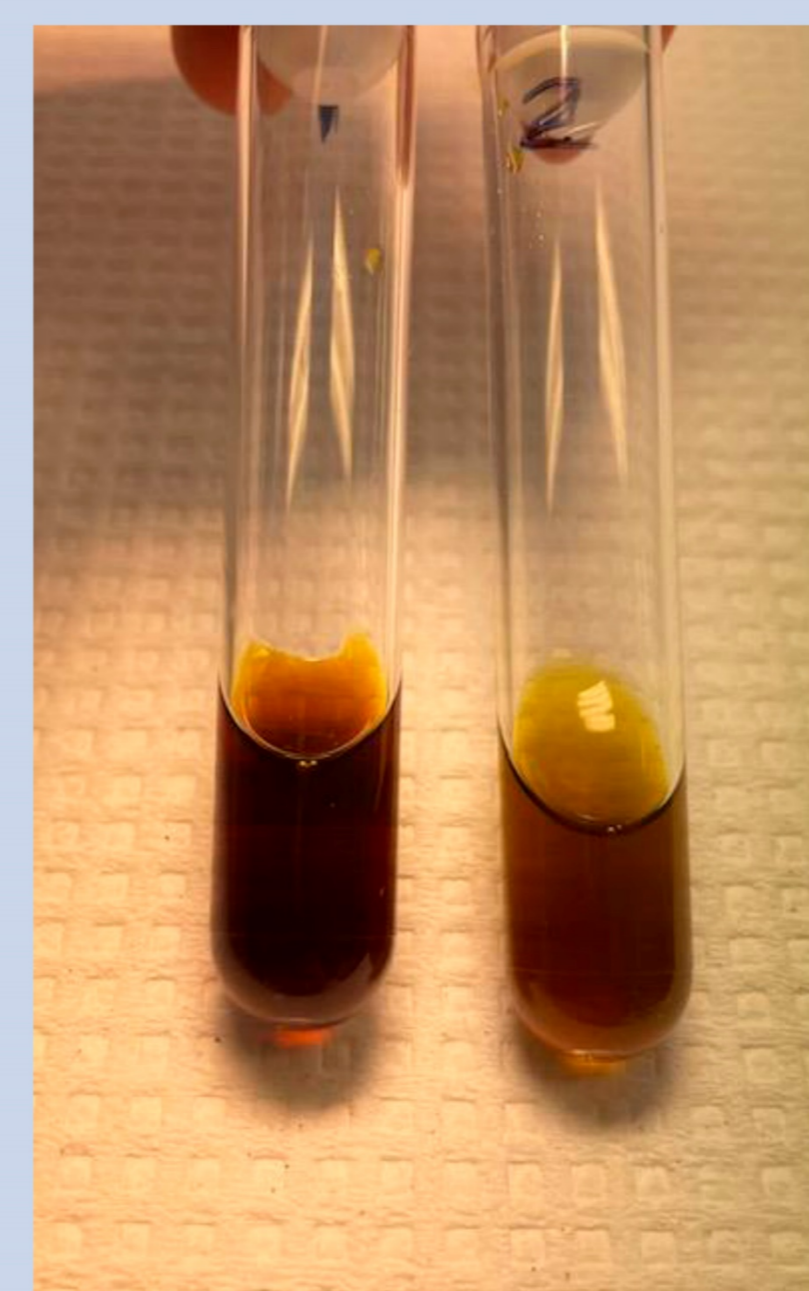
Neste dag ble det rekvirert nytt erythrocyttkonsentrat. Grunnet sterk positiv IgG-DAT og mistanke om in vitro-hemolysering i romtemperatur valgte vi denne gang å ta pretransfusjonsprøver på forvarmede glass. Prøven ble fraktet til blodbanken så fort som mulig, i oppvarmet kopp. Umiddelbart etter ankomst blodbanken, ble prøven sentrifugert i sentrifugekopp forvarmet i inkubator. Straks etter sentrifugering ble plasma skilt fra i eget glass.



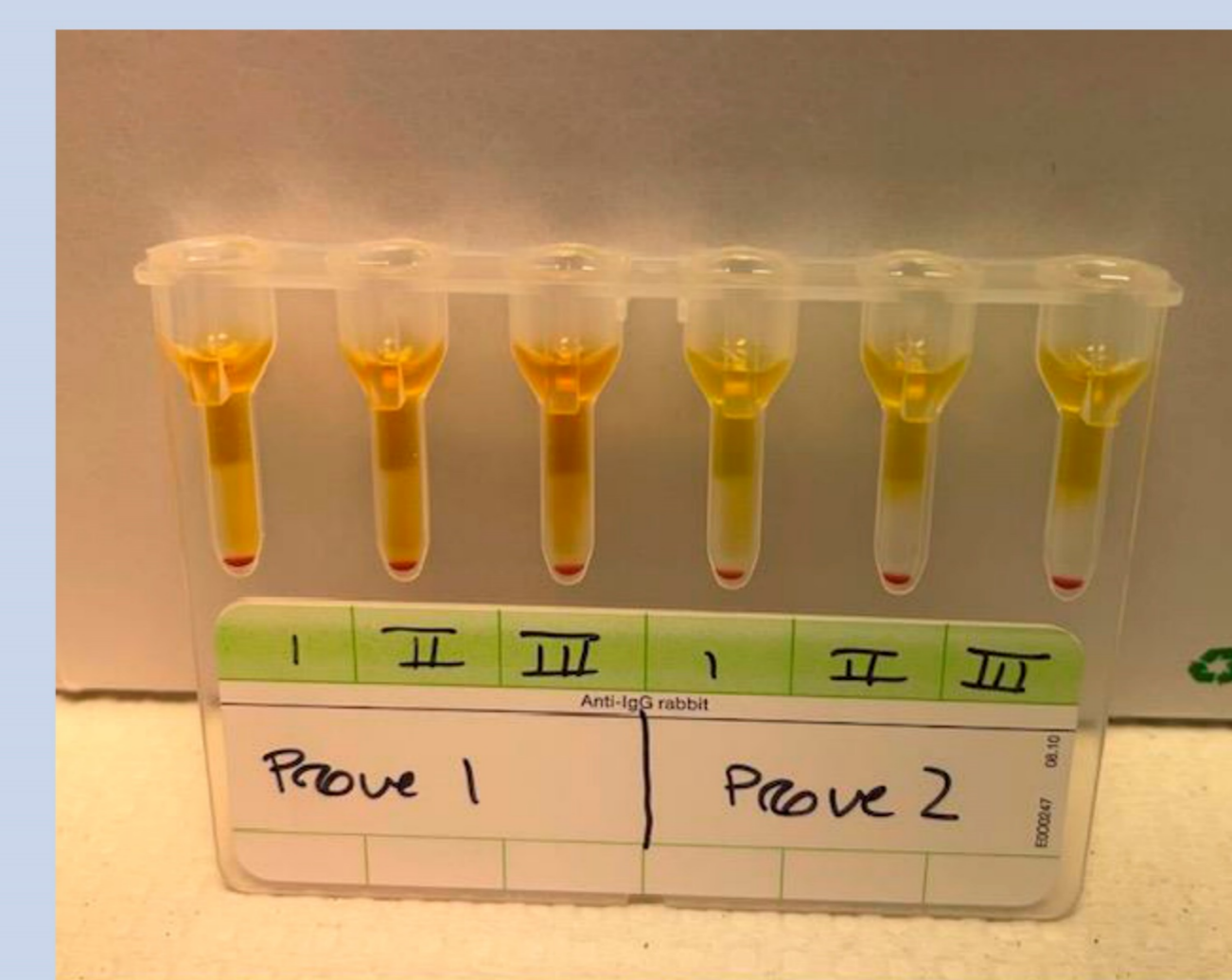
Avpipetert plasma fra andre prøve tatt av pasienten

Resultater:

Plasma fra pretransfusjonsprøver tatt i forvarmet system ble funnet å være gulgrønn, og ikke sterkt rødbrun. ABO-typing og antistoffscreening ble utført og konkludert, og pasienten fikk denne gang utlevert erythrocytter på elektronisk forlik.



Avpipetert plasma fra hhv første og andre prøve tatt av pasienten



Screening fra hhv første og andre prøve tatt av pasienten

Konklusjon:

Det er plausibelt at sterke autoantistoffer av varmetypen med temperaturoptimum tett opp mot kroppstemperatur i enkelte tilfeller kan føre til (økt) in vitro-hemolysering grunnet reduksjon i omgivelsestemperatur. Forvarming av utstyr førte i dette tilfellet til at pretransfusjonsprøven ikke hemolyserte før plasma ble skilt fra erythrocyttene i prøverøret. ABO-type og antistoffscreening kunne dermed konkluderes, og pasienten fikk erythrocyttkonsentrater på elektronisk forlik (gyldig pretransfusjonsprøve).

iFOBT, immunologisk metode for påvisning av usynlig blod i avføring (F-Hb)

Innføring av analyse for påvisning av okkult blod i avføring (iFOBT) ved LAB-RS

Introduksjon

- Hovedindikasjon for bruk av iFOB test er mistanke om tykk- og endetarmskreft (CRC).
- Tykk- og endetarmskreft er den nest hyppigste kreftsykdommen i Norge, og forekomsten er stigende både for kvinner og menn.
- Det diagnostiseres ca 4400 nye tilfeller (2020) og ca. 1600 pasienter dør av sykdommen årlig i Norge.
- Det er opprettet et Nasjonalt handlingsprogram med retningslinjer for diagnostikk, behandling og oppfølging av kreft i tykktarm og endetarm (Helsedirektoratet, 2010, 05/2022).
- Et nasjonalt screeningprogram mot CRC er under implementering f.o.m mai 2022¹.
- Tykk- og endetarmskreft utvikles fra polypper tarmen.
- Koloskopi er en viktig undersøkelse, både for å påvise kreftsykdom i tarmen, men også for å kunne fjerne premaligne polypper. Det er allerede et stort press på koloskopi undersøkelser i Norge. I 2021 var tallet på antall undersøkelser 100 000, mot 50 000 i 2007. Ved full implementering av nasjonalt screeningprogram antas behovet å øke til opp mot 150000 undersøkelser per år.
- Det er svært viktig at tilgjengelig koloskopikapasitet prioriteres riktig, slik at kreftsykdom eller forstadier til kreft avdekkes tidligst mulig og behandling kan iverksettes raskt.
- F-Hb er foreløpig den beste biologiske markøren ved CRC, og risiko for sykdom øker med økende nivå av hemoglobin i feces.
- Det var derfor et ønske om å innføre denne analysen i VVHF

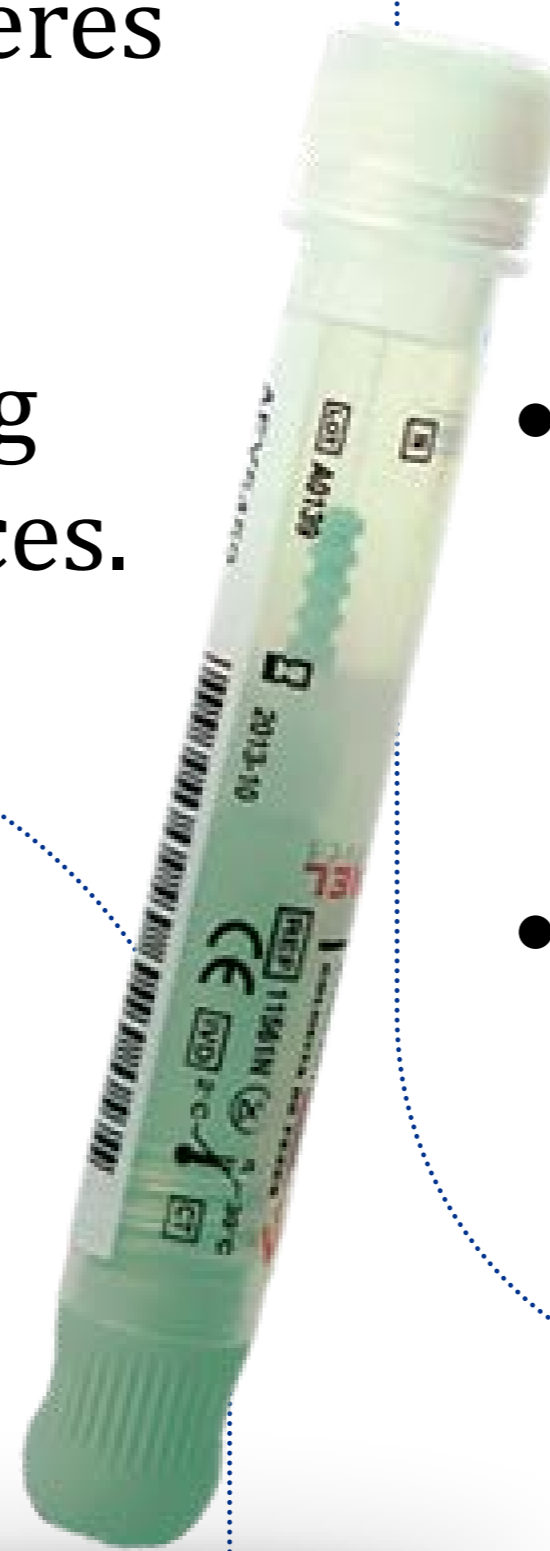
Det er to hovedtyper av tester for påvisning av usynlig blod i avføring:

Immunologiske tester iFOBT

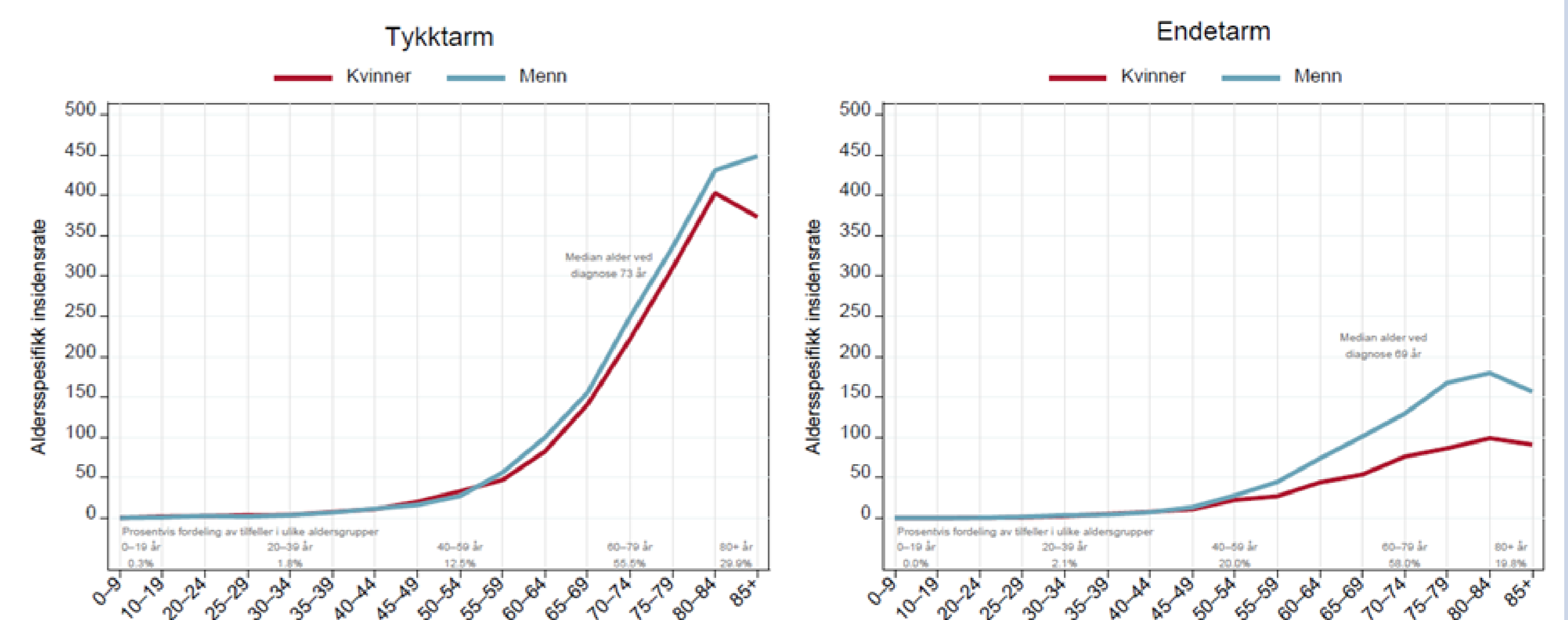
- Spesifikt for humant hemoglobin.
- Påviser blødning fra nedre del av tykktarm og fra endetarm
- Kan være kvalitative eller kvantitative, men cut-off og måleområde er ikke standardisert.
- LAB-RS kvantitative test har måleområde F-Hb i 2-1700 µg Hb/g feces.
- Anbefalt klinisk cut-off er 10 µg Hb/g feces².
- Kostrestriksjon før prøvetaking er ikke nødvendig
- Kun behov for en prøve
- iFOBT benyttes i screening programmet med cut-off på 15 µg Hb/g feces

Kjemiske tester

- Basert på at heme i hemoglobinmolekylet har peroksidaseaktivitet
- Ikke spesifikk for hemoglobin
- Reagerer positivt ved tilstedeværelse av peroksidaser i maten.
- Behov for diett restriksjoner i fire dager
- Heme brytes i mindre grad ned gjennom tarmpassasjen enn globin
- Hemo-Fec (vanligste test) har oppgitt omslagspunkt tilsvarende 3000 µg Hb/g feces
- Lav sensitivitet og spesifisitet for sykdom
- Ofte behov for flere tester



Figur 1: Aldersspesifikk insidensrate, og prosentvis fordeling av tilfellene i aldersgrupper i Norge for perioden 2014–2018.



Valg av metode

- Det var behov for å etablere en kvantitativ immunologisk metode for påvisning av µg Hb/g feces.
- Medisinsk biokjemi ved Ålesund sykehus var det første sykehuslaboratoriet i Norge som implementerte iFOBT på Cobas 8000 fra Roche med reagenser fra Sentinel. Avdelingen gjennomførte et omfattende verifiseringsarbeid i samarbeid med gastroenterologisk avdeling ved sykehuset^{3 4}.
- I Vestre Viken har vi Cobas 6000 fra Roche på laboratoriet ved Ringerike Sykehus. Det ble derfor tidlig høst 2021 bestemt at iFOBT skulle innføres her for hele VVHF og primærhelsetjenesten i opptaksområdet.
- Det ble opprettet kontakt med medisinsk biokjemi i Ålesund og som ledd i verifiseringsarbeidet på LAB-RS ble 50 prøver sendt fra Ålesund til Ringerike. Disse viste svært god korrelasjon.

Innføring av analysen og konklusjon

Analysen ble godkjent for bruk ved LAB-RS og oppstart satt til 15.02.2022. LAB-RS analyserer iFOBT for hele Vestre Viken.

- Fastleger og medisinsk personale i VVHF er informert om CRC som hovedindikasjon for testen og at kvantitativ immunologisk test anbefales brukt.
- Korrekt prøvetaking er svært viktig og en detaljert prøvetakingsinformasjon er utarbeidet og distribuert.
- Vi mener testen vil bidra til riktigere prioritering av hvilke pasienter som henvises til koloskopi.
- Dette vil igjen bidra til redusert forekomst av kolorektal kreftsykdom og død.

Kilder:

1. <https://www.kreftregisteret.no/screening/Tarmkreftscreening/>
2. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng151>
3. <https://bioingenioren.no/fag/fag-i-praksis/2021/implementering-av-autimatisert-kvantitativ-maling-av-blod-i-feces-med-immunologisk-metode/>
4. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352551722000026>

Standardisering av etiketter

DIPS Classic

Bakgrunn

- Det har alltid vært ulike etikett-typer på avdelingene på sykehusene og på laboratoriet. Dette fører ofte til re-etikettering da etikettene skrevet ut fra DIPS på avdelingene ikke passer analyserørene som skal settes på instrumentene på laboratoriet.
- Ønskelig med prøvetakingsveiledning
- Derfor var det ønskelig å standardisere etikett-typene som brukes på Drammen, Kongsberg, Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu.
- Bærum sykehus har like etikett-typer på avdelingene og på laboratoriet

Fordeler

- Øke kvalitet og bedre pasientsikkerhet ved å unngå re-etikettering.
- Prøvetakingsveiledning til prøvetaker på etiketten – færre preanalytiske feil
- Standardisering av etikettene fra DIPS kan gjøre det enklere å sende en prøve mellom våre fagsystem på laboratoriet i Vestre Viken.
- Bedre barkode
- En etikett-type å forholde seg til på alle sykehusene

Gjennomføring

- Sykehuspartner endret etikett mal (utskriftsoppsett) i DIPS Test på laboratorieetikettene og pasientetikettene.
- Test av nye etiketter på laboratorieutstyr og medisinsk teknisk utstyr.
- Test av pasientetiketter på medisinsk teknisk utstyr
- Utarbeide informasjonsbrev og utsendelse til alle sykehusene
- Innføring på Kongsberg sykehus 18.januar 2022
- Innføring på Drammen sykehus 28.februar 2022
- Innføring på Ringerike sykehus og Hallingdal sjukestugu 01.mars 2022.
- Innføring på noen seksjoner på Blakstad 02.mars 2022

Utarbeidet av: **Gia Deyab**, kvalitetsleder i Avdeling for laboratoriemedisin, medisinsk biokjemi og **Siril Højjord**, IKT/prosess-rådgiver i Avdeling for laboratoriemedisin, IKT/prosess

Etiketter fra DIPS vs LAB



Figur 1: DIPS etikett



Figur 2: Laboratorie etikett

Figur1 og 2 viser forskjellen på DIPS og laboratorie etikettene. Avdelingene på sykehusene skal benytte laboratorie etikett-typen. Laboratorie etikettene er todelt og kun den høyre delen av etikettene (med barkode) skal klistres på prøvebeholderen. Prøvebeholderen ankommer laboratoriet riktig merket og klar for analysering. Ingen re-etikettering er nødvendig

Erfaringer

Etter innføring erfarte vi at ikke alle avdelingene hadde fått med seg endringen og noen prøver ankom laboratoriet med manglende informasjon på etiketten. Dette var grunnet bruk av gammel etikett-type (Figur 1), men med nytt utskriftsoppsett (utskrift lik Figur 2). Avdelingene det gjaldt ble kontaktet og riktig etikett-type ble tatt i bruk.

På grunn av brukeropsett i DIPS Hallingdal og Ringerike måtte implementering av nye etikett-typer utsettes fra 1.februar. på Ringerike sykehus og 22. februar på Hallingdal sjukestugu til 1.mars 2022. Utsettingen medførte ingen problemer.

Resultat

Innført like etikett-typer på laboratoriet og på avdelingene i Vestre Viken HF.

Etter at alle avdelingene fikk med seg endringen, kom alle prøvene korrekt merket

Økt pasientsikkerhet da re-etikettering ikke lenger er nødvendig.

Avdeling tar prøve og merker med rett etikett

Prøve ankommer Lab med rett etikett

Ingen re-etikettering nødvendig

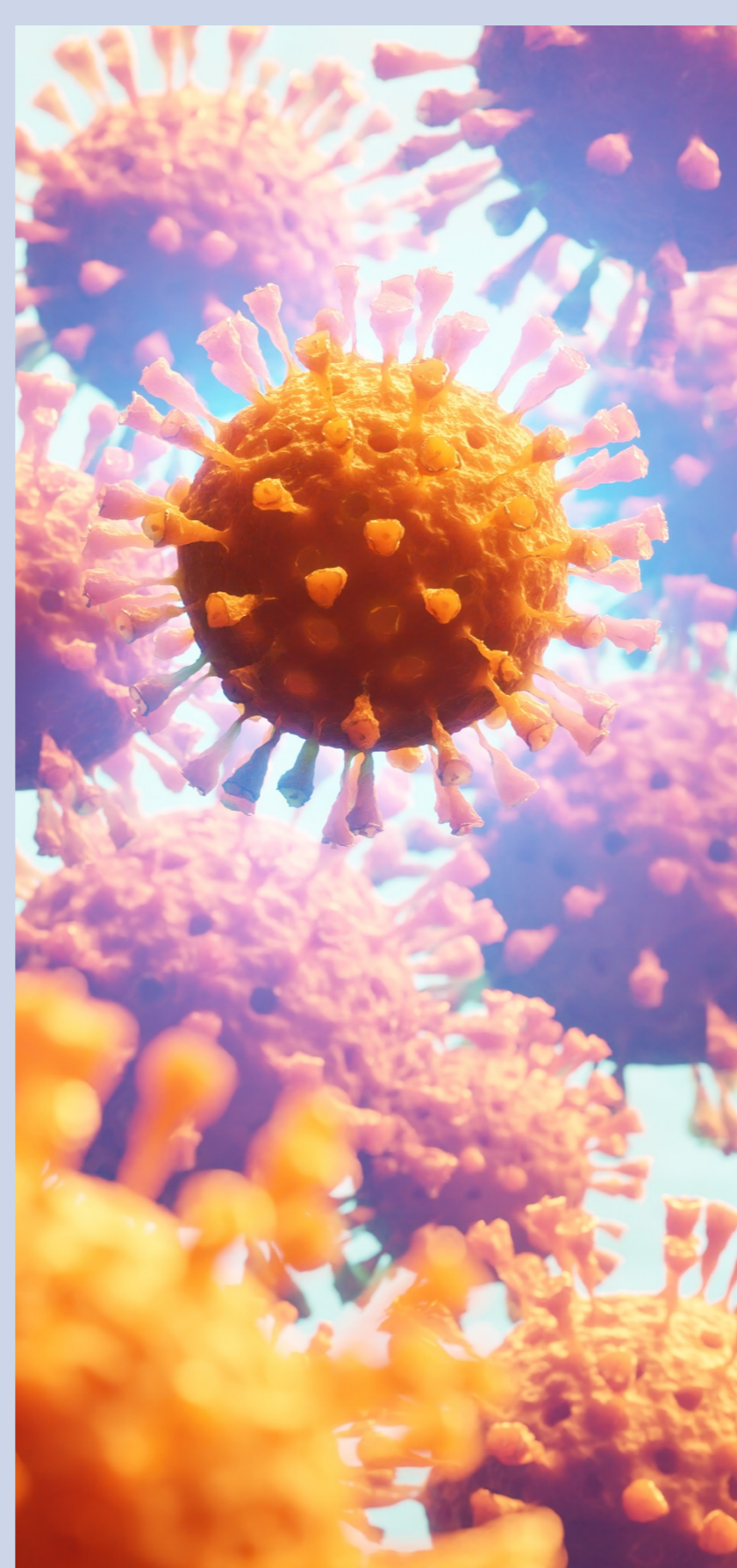
Utvidet hylleliv for erytrocyttkonsentrat

Innledning

SARS CoV-2-pandemien ga bekymring for kritisk lav blodgiver tilgang.

Helsedirektoratet skrev i brev à 3.4.2020: «Ved kritisk lav blodgiver tilgang eller stort forbruk kan holdbarheten på SAGM erytrocyttkonsentrat utvides til 42 døgn.».

Her har vi undersøkt effekt på utvidet hylleliv for erytrocyttkonsentrat.



Materiale og metode

Analyse	Instrument	Tidspunkt for prøvetaking
Hgb og hct til beregning av hemolyse	CellDyn Sapphire	Dag 42
Hgb i supernatant til beregning av hemolyse	Sysmex XN-9100	Dag 42
Kalium konsentrasjon	Alinity	Dag 35 og 42
Bakterievekst	Bactec FX Blodkultur-maskin	Dag 42

Erytrocyttkonsentrat produsert med automatisert fullblodprosesseringsinstrument, Reveos, Tappesett: 4FG456S0, Terumo.

Kvalitetskontroller utført i utdaterte erytrocyttkonsentrat:

- Hemolyse dag 42 (CellDyn Sapphire og Sysmex XN-9100)
- $[K^+]$ dag 35 og 42 (Alinity)
- Bakterievekst dag 42 (Bactec FX).

Resultater

Parameter	Antall	Snitt	SD	Min	Maks
Hemolyse (%)	61	0,18	0,12	0,00	0,75
Bactec	46	Alle uten vekst			
$[K^+]$ (mmol/L) dag 36	47	44,0	3,9	33,7	51,9
$[K^+]$ (mmol/L) dag 42	47	49,0	3,8	39,2	57,6
$[K^+]$ (mmol/L) dag 36 vs dag 42		-5.0 (-5.3, -4.6); $p < 0.001$			

Totalt 61 erytrocyttkonsentrat (ikke alle ble undersøkt for samtlige kvalitetsindikatorer).

Gjennomsnittlig hemolyse for 61 enheter dag 42 var 0,18 %, med 0,75 % som høyeste observerte verdi.

Av 46 blodkulturer var samtlige uten oppvekst dag 42. $[K^+]$ var signifikant lavere dag 35 sammenholdt dag 42 (-5.0 (-5.3, -4.6) mmol/L; $p < 0.001$).

Konklusjon

Krav både til hemolyse og sterilitet var oppfylt. $[K^+]$ var signifikant høyere på dag 42. Dette er i tråd med eksisterende litteratur, som viser at $[K^+]$ i supernatanten stiger nærmest lineært med lagringstid.

Rent teoretisk kan mengden kalium i en enhet erytrocyttkonsentrat øke $[K^+]$ hos en voksen person med rundt 2 mmol/L¹. Det er mye intracellulært kalium i erytrocyttene, som ytterligere kan bidra til økt $[K^+]$ når en del av disse hemolyseres kort tid etter transfusjon. Motsvarende er det registrert ytterst få tilfeller av transfusjonsassosiert hyperkalemi (TAHA). Flere studier har også funnet at økning i $[K^+]$ er forbigående, og blir mer eller mindre normalisert i løpet av kort tid. Lavt blodvolum hos pasient før transfusjon er flere ganger funnet å være en selvstendig risikofaktor for TAHA¹.

Våre funn indikerer at det vil være trygt å transfundere erytrocyttkonsentrat inntil 42 dager. Flere og større studier må til før vi eventuelt anbefaler økt hylleliv på generell basis. Især økt $[K^+]$ i supernatanten reiser grunn til bekymring. Blir man nødt til å bruke erytrocyttkonsentrat etter mer enn 35 dagers lagring, tilrår vi at man uansett bør unngå bruk av slikt blod som ledd i massive transfusjoner, især om pasienten samtidig er hypovolemisk.



¹ Transfusion-Associated Hyperkalemia, Adrienne Vraets, Yulia Lin, and Jeannie L. Callum, Transfusion Medicine Reviews, Vol 25, No 3 (July), 2011: pp 184-196

Legemiddelsamstemming hos pasienter med kommunal bistand til legemiddelhåndtering.

ERFARINGER FRA AKUTTMOTTAK KS

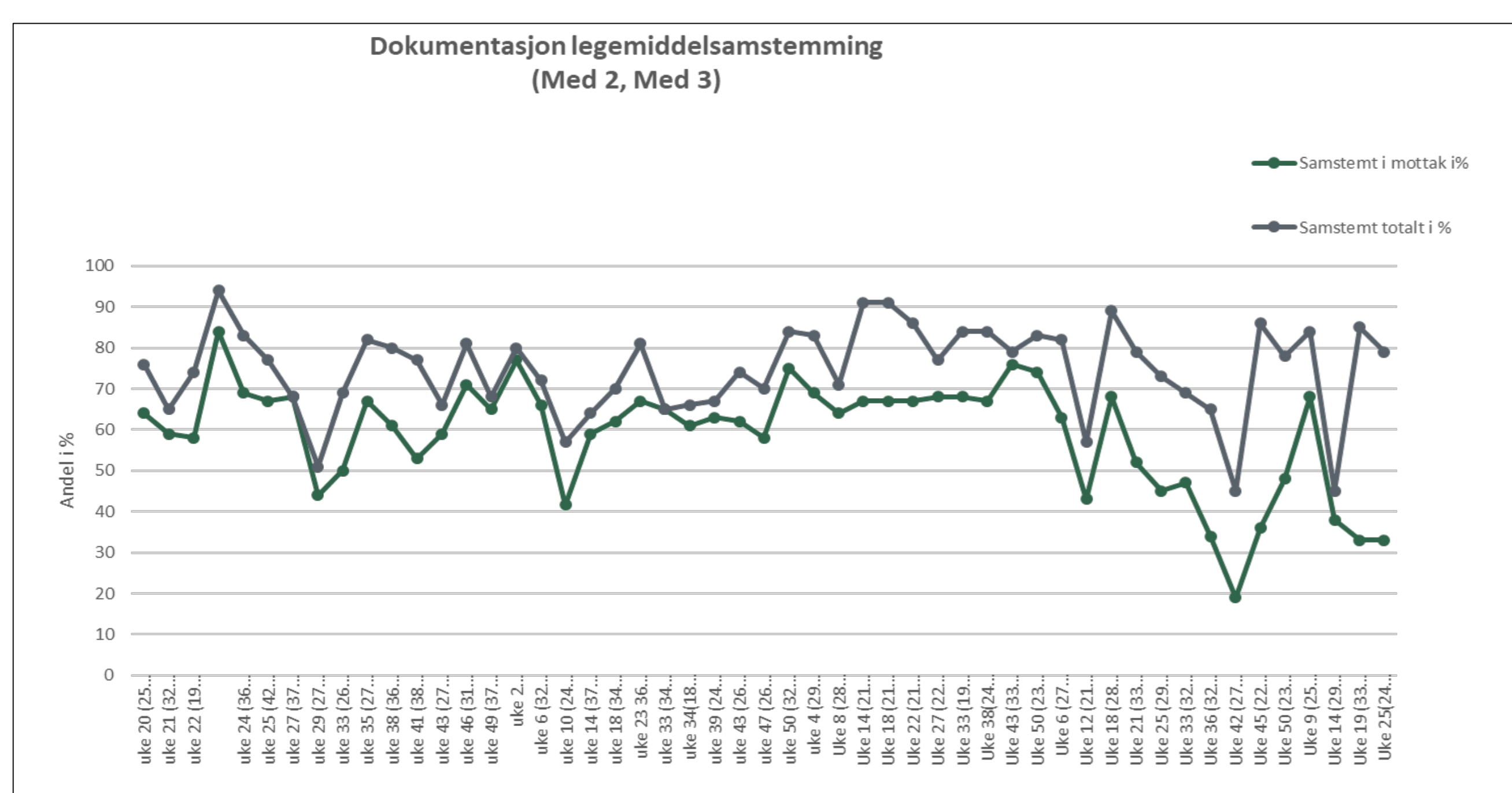
Bakgrunn

- Legemiddelsamstemming (LMS) ved innkomst i akuttmottak er viktig for pasientsikkerheten fordi:
 - Lege får et bedre beslutningsgrunnlag
 - Risiko for pasientskade under innleggelsen reduseres
 - Bidrar til riktige og fullstendige opplysninger i epikrise.
- God praksis ved LMS er at skriftlige opplysninger bekreftes av den som håndterer legemidlene.
- Forbedringsarbeid mht legemiddelsamstemming på KS og nasjonalt gjennom mange år viser at det er utfordrende å få alle opplysninger i akuttmottak

Resultater

Identifiserte forbedringsområder:

- Legemiddellister fra KHT følger i liten grad pasienter i akuttmottak. Å etterspørre manglende lister må ofte nedprioriteres.
- Jobbe tverrfaglig med legemiddelsamstemming.
- Bedre utnytte PLO-meldingsutveksling i akuttmottak. KHT kan sende «PLO-innleggelsesrapport» før sykehuset har sendt «Melding om innlagt pasient». Lite kjent blant ansatte i KHT og sykehus.
- Så lenge pasient er poliklinisk i DIPS kan ikke sykehuset sende «melding om innlagt pasient», KHT må kontaktes per telefon. Viktig å ha brukervennlig telefonliste til KHT i akuttmottak.



Figur 1: KS har siden 2018 månedlig målt dokumentasjon av legemiddelsamstemming

- Pasienter med kommunal bistand til legemiddelhåndtering, særlig hjemmetjenestebrukere, er ekstra sårbare ved overføring av legemiddelinformasjon fordi de har mindre oversikt over egen legemiddelbruk. Eldre er også mer utsatt for legemiddelbivirkninger, er mer «skjøre».

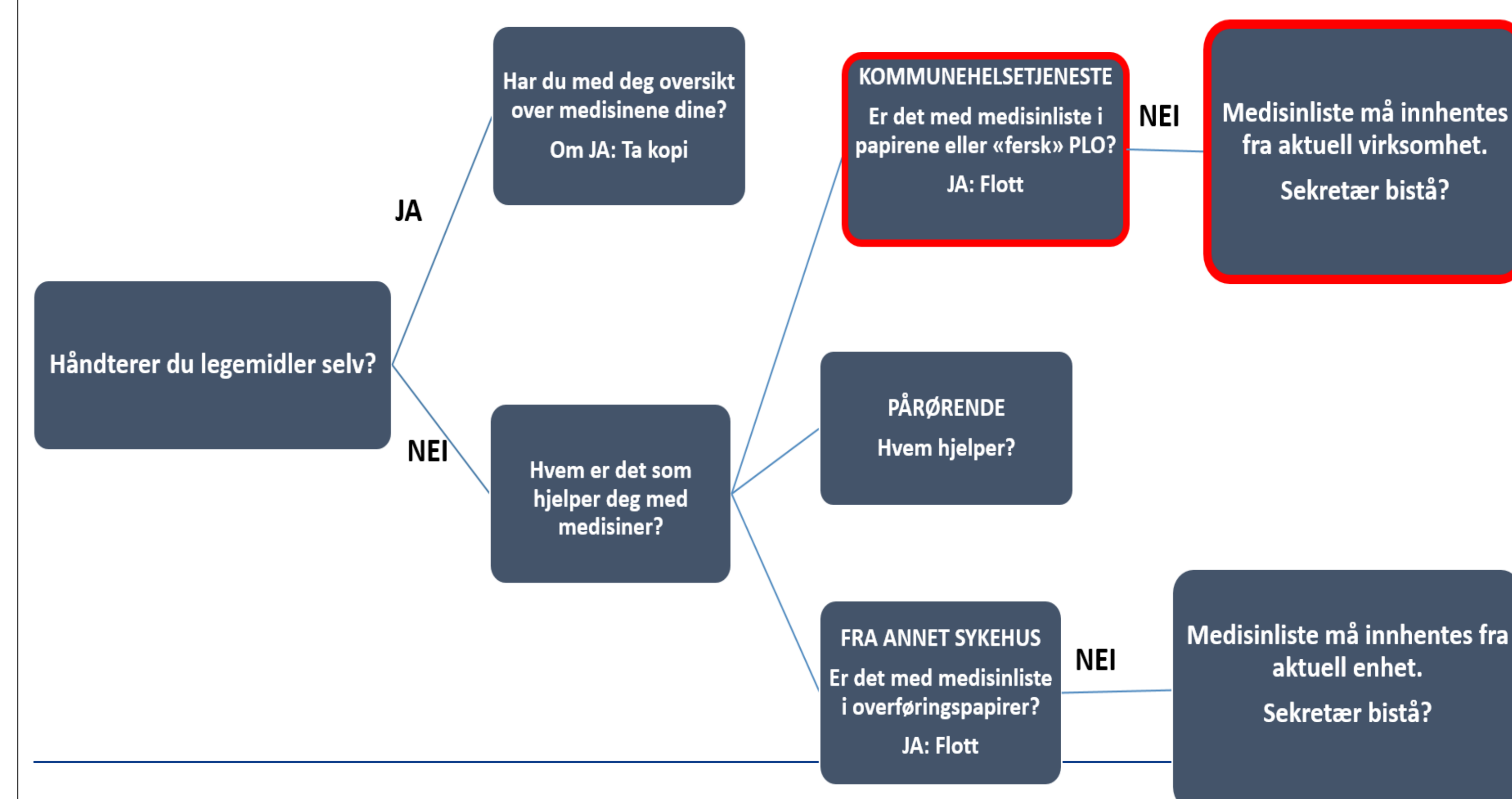
Mål

- Å undersøke om det er tiltak som kan gjøres for å bedre informasjonsflyten om legemidler ved innkomst av pasienter med bistand fra kommunehelsetjenesten (KHT).
- At oppdatert legemiddelliste fra KHT foreligger og brukes som en av kildene til legemiddelopplysninger i akuttmottak

Metode

- Kartlegging av bruk av kilder til LMS i DIPS/MetaVision
- Kartlegging bruk av PLO-meldinger
- Kartlegging av rutiner i akuttmottak ved klinisk farmasøyt
- Undervisning leger og sykepleiere i akuttmottak
- Erfaringsutveksling PLO-nettverk
- Klinisk farmasøyt i akuttmottak en dag i uka fra nov-21

Samstemming: Hva kan sykepleiere i akuttmottaket bidra med?



Figur 2: Flytskjema kartlegging av bistand til legemiddelhåndtering ved innkomst

Konklusjon

Følgende tiltak anbefales:

- Bevisstgjøring blant leger om at ved bistand fra KHT skal legemiddelliste fra KHT være en av kildene
- Jobb tverrfaglig ved at sykepleier ved innkomst kartlegger bistand til legemiddelhåndtering. Der legemiddelliste fra KHT mangler start prosess med innhenting før lege tilser pasient.
- Kjennskap til muligheter i PLO-meldingsutvekslinger, samarbeid med KHT.
- Brukervennlig telefonliste til KHT i akuttmottak

Fremtiden/ «løsning»:

At alle leger uavhengig av omsorgsnivå ordinerer/seponerer i SAMME legemiddelliste. Og at helsepersonell som har bruk for opplysningene har tilgang til lista!

«Pasientens legemiddelliste»:

<https://www.ehelse.no/programmer/program-pasientens-legemiddelliste>

Overflyttingspasienter

Pasientflyt, overflyttingspasienter mellom akuttmottak og post.
Akuttmottaket, Ringerike sykehus, VV.

Bakgrunn for forbedringsarbeidet

Opphopning av pasienter og logistikkproblemer utgjør en fare for beredskapen og pasientsikkerheten i akuttmottaket. Sykehuset har over tid jobbet med å redusere antall korridorpatienter på sengepost. For å oppnå dette er det viktig å unngå unødvendige innleggelser. Økt antall pasienter som utredes, behandles og avklares i akuttmottaket øker, og medfører økt liggetid, og opphopning av pasienter i akuttmottaket. Overflyttingspasienter kommer fra behandling i spesialisthelsetjenesten med en plan for videre oppfølging og medisiner. Pasienten uttrykker ofte misnøye over at de må innom akuttmottaket når de har en klar plan for videre behandling.

Overflyttingspasienter er ofte lavt triagert og dette fører til lange ventetider for disse pasientene i mottak, som igjen skaper kapasitetsproblemer og misnøye hos disse pasientene.

Hensikten med prosjektet er å kvalitetssikre og ivareta overflyttingspasienter på en trygg og effektiv måte.

Prosjektet tar sikte på å kartlegge dagens praksis i samarbeid med involverte parter og lage en ny prosedyre for overflyttingspasienter, samt teste om denne fører til en økt tilfredshet hos denne pasientgruppen.

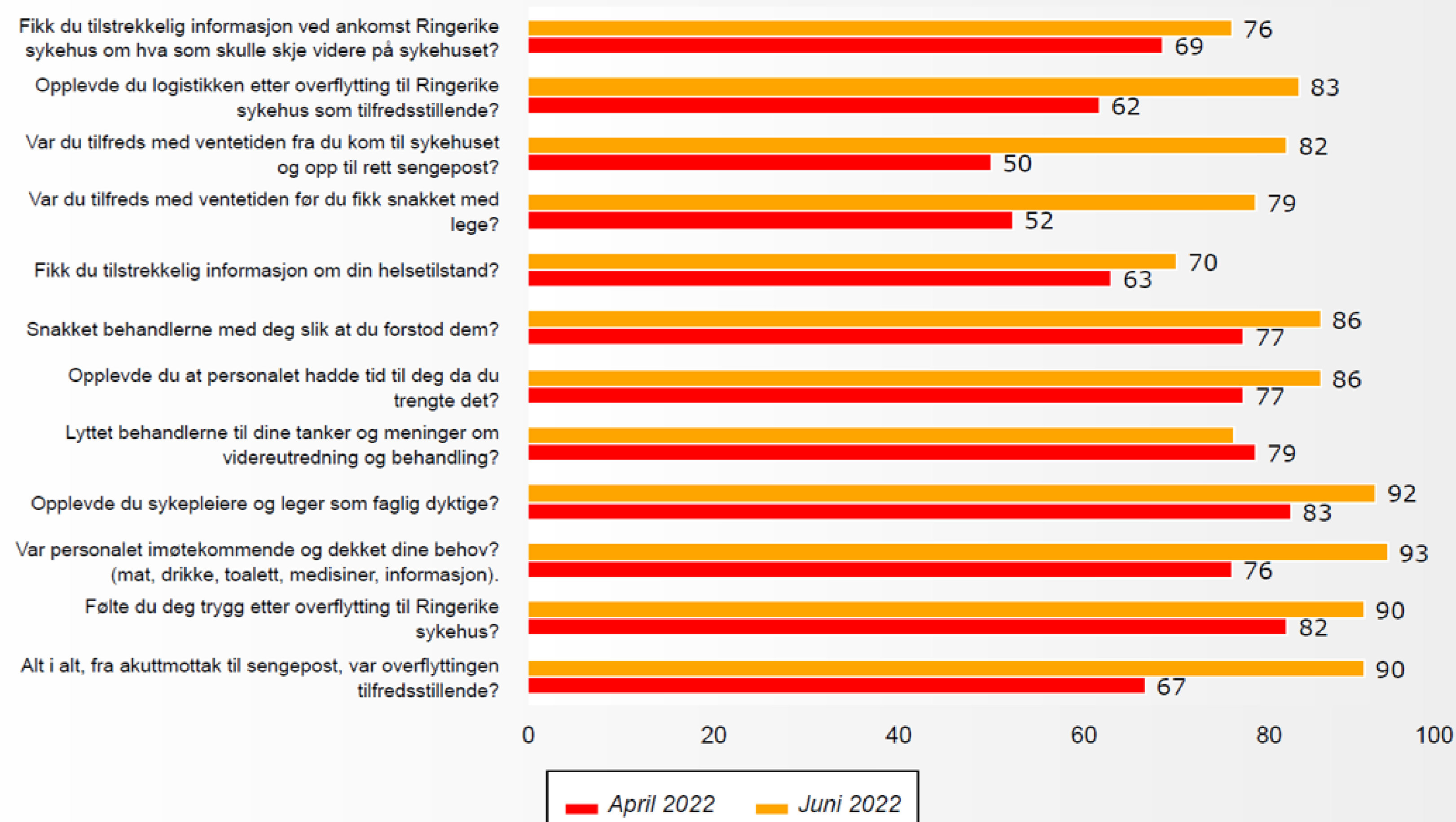


Mål

Øke pasienttilfredsheten hos overflyttingspasienter RS AKU, med 15% innen mai 2022

Resultat

Rødt viser pasienttilfredshet før innføring av ny prosedyre og orange viser etter innføring av ny prosedyre.



Brukerundersøkelse

Det har vært viktig for prosjektgruppen å få frem pasientperspektivet. De er de eneste som opplever hele pasientforløpet, og fordi de ser hvordan tjenesten fungerer i praksis fra dette perspektivet, kan de bidra med ideer til forbedring av systemet som de ansatte ikke har reflektert over. Vi ønsket kunnskap om pasientenes behov og erfaringer i behandlingsforløpet og ønsket det som grunnlag for vårt forbedringsarbeid. Som mål på pasienttilfredsheten utarbeidet vi en brukerundersøkelse basert på Haviks modell.

Forutsigbarhet, Mestring, Trygghet:					
Spørreundersøkelse-pasienterfaringer					
Ringerike sykehus					
Dato:	NR:	Diagnose av sykdom:	hvor i det hele tatt	liten grad	liten grad
Fikk du tilstrekkelig informasjon ved ankomst Ringerike sykehus om hva som skulle skje videre på sykehuset?					
Opplevde du logistikken etter overflytting til Ringerike sykehus som tilfredsstillende?					
Var du tilfreds med ventetiden fra du kom til sykehuset og opp til rett sengepost?					
Var du tilfreds med ventetiden før du fikk snakket med lege?					
Fikk du tilstrekkelig informasjon om din helsestilstand?					
Snakket behandlerne med deg slik at du forstod dem?					
Opplevde du at personalet hadde tid til deg da du trengte det?					
Lyttet behandlerne til dine tanker og meninger om videre utredning og behandling?					
Opplevde du sykepleiere og leger som faglig dyktige?					
Var personalet imøtekommende og dekket dine behov? (mat, drikke, toalett, medisiner, informasjon).					
Følte du deg trygg etter overflytting til Ringerike sykehus?					
Alt i alt, fra akuttmottak til sengepost, var overflyttingen tilfredsstillende?					

Hvis du har forbedringsforslag til oss, setter vi pris på at du melder det her:

Uholdbart å ligge på gangen i Akuttet i 3-4 timer for en kommer på post.

Ventetiden nede var for lang nede i gangen for jeg kom opp på avdelingen. Det var frustrerende. Det hadde vært bedre å ligge i sykehusgangen her oppe. Jeg har vært veldig fornøyd med oppholdet og med alle ansatte. Hyggelig avdeling.

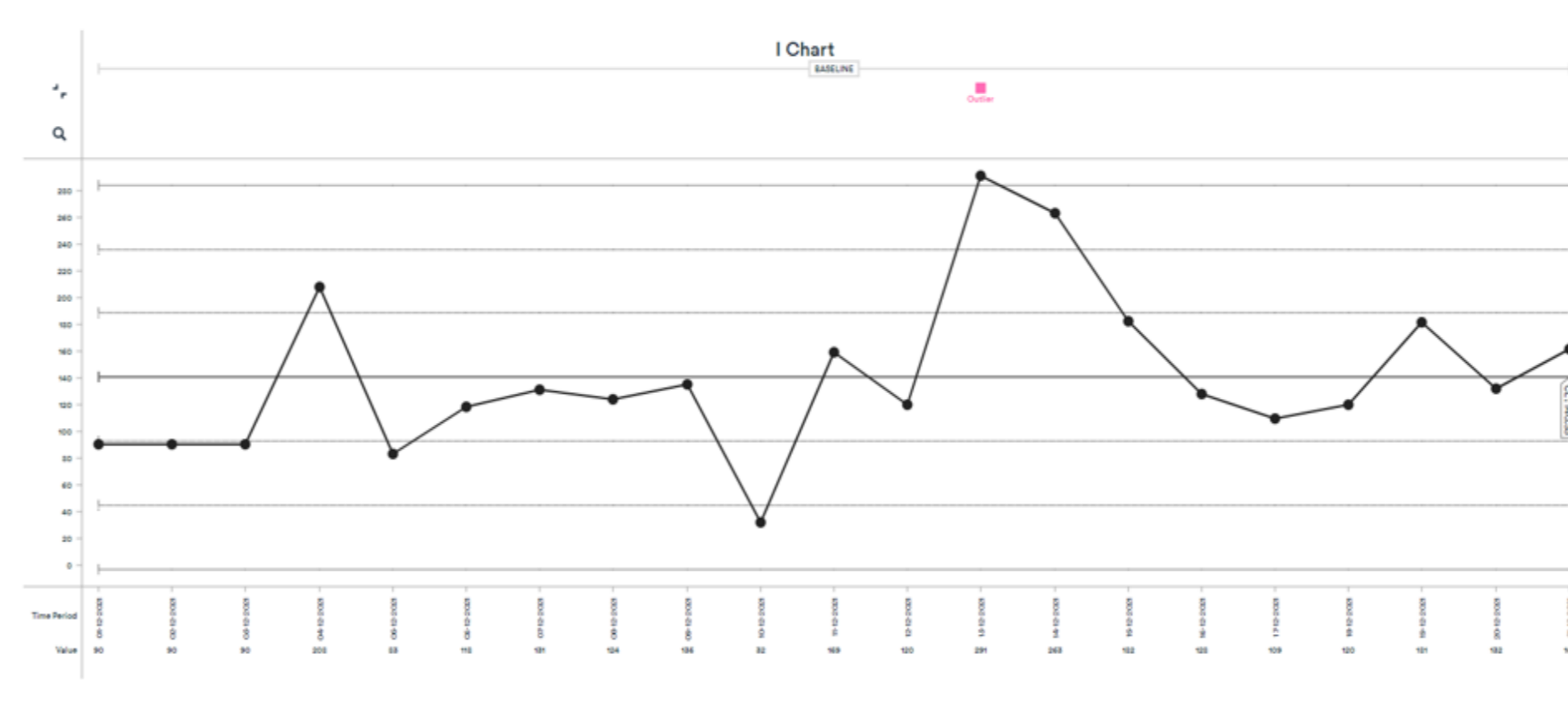
Tok veldig lang tid før ble sakkert til.

La pasienten få et rom først som de kan vente på.

Det tok lang tid fra akuttmottaket til sengepost. (Var sliten etter tur fra Drammen til Honefoss). Svært dårlig ei. Å komme til Ringerike sykehus er som å komme hjem. Pleiepersonalet er som engler. Fine rom og god mat og stell som på et hotell. Alt er positivt.

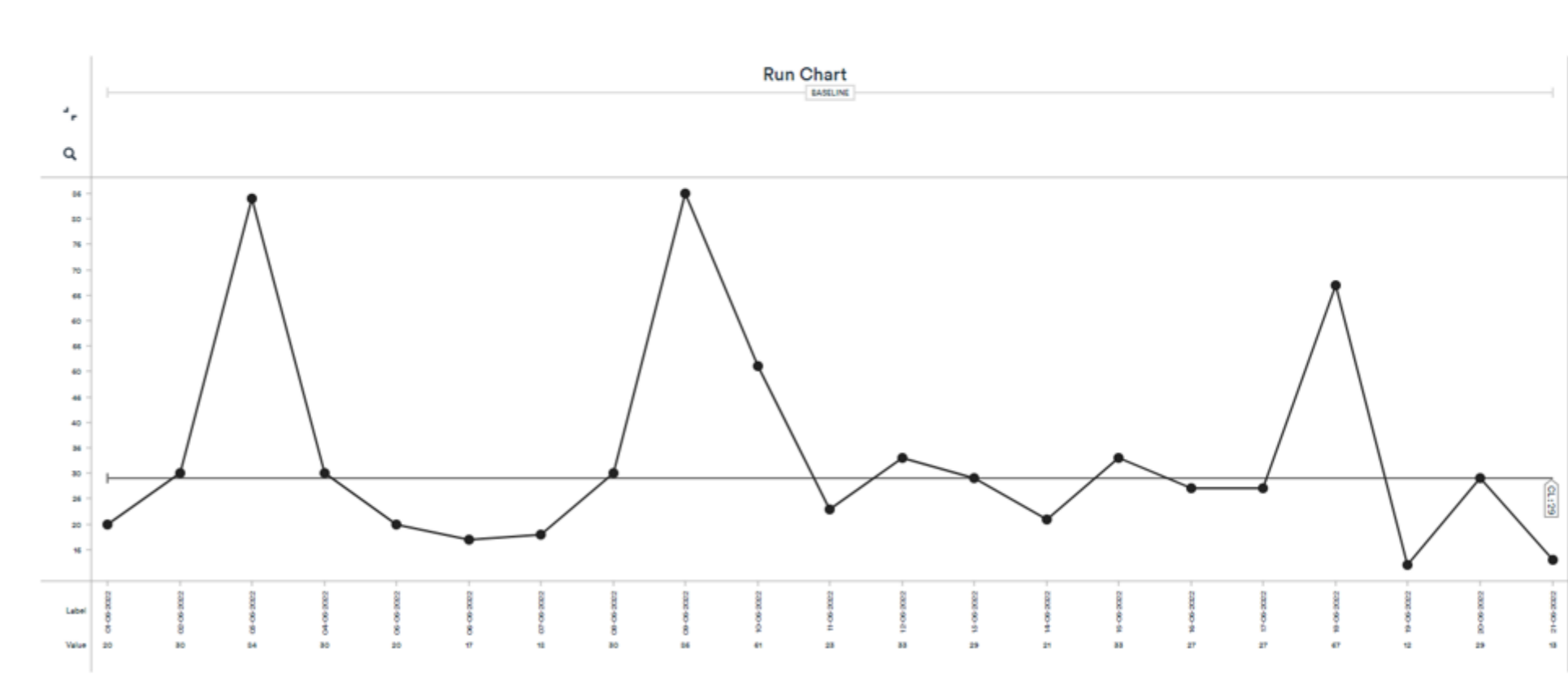
Tid ankomst mottak og til sengepost før ny prosedyre:

Gjennomsnittstid 140 minutter



Tid ankomst akuttmottak og til sengetid etter innføring av ny prosedyre:

Gjennomsnittstid 29 minutter



Informasjon om allergivaksinasjon

Barnepoliklinikken

Bakgrunn

Barnepoliklinikken tilbyr allergivaksinering mot trepollen og gresspollen. Oppstart er på barnepoliklinikken og behandlingen fortsetter hjemme. Dette forutsetter godt samarbeid og informasjon til de foresatte. Dersom foresatte ikke er godt nok informert kan konsekvensen være at behandlingen må utsettes, ikke fullføres eller utføres feil.



Mål og metode

Mål - Barnet med sine foresatte har fått god informasjon om hva behandlingen innebærer, møter godt forberedt og får målrettet informasjon som sikrer riktig gjennomføring av behandlingen.

Vi har benyttet verktøy fra kontinuerlig forbedring:

- Driverdiagram
- Målinger og brukerundersøkelse
- Idedugnad
- Identifisere og prioritere ideer
- Testet ideer i lokal kontekst (PDSA)
- Implementering og oppfølging

Vi har brukt verktøyet Life-QI i dokumentasjon og oppfølging av prosjektet

Vi testet ideer i lokal kontekst - PDSA

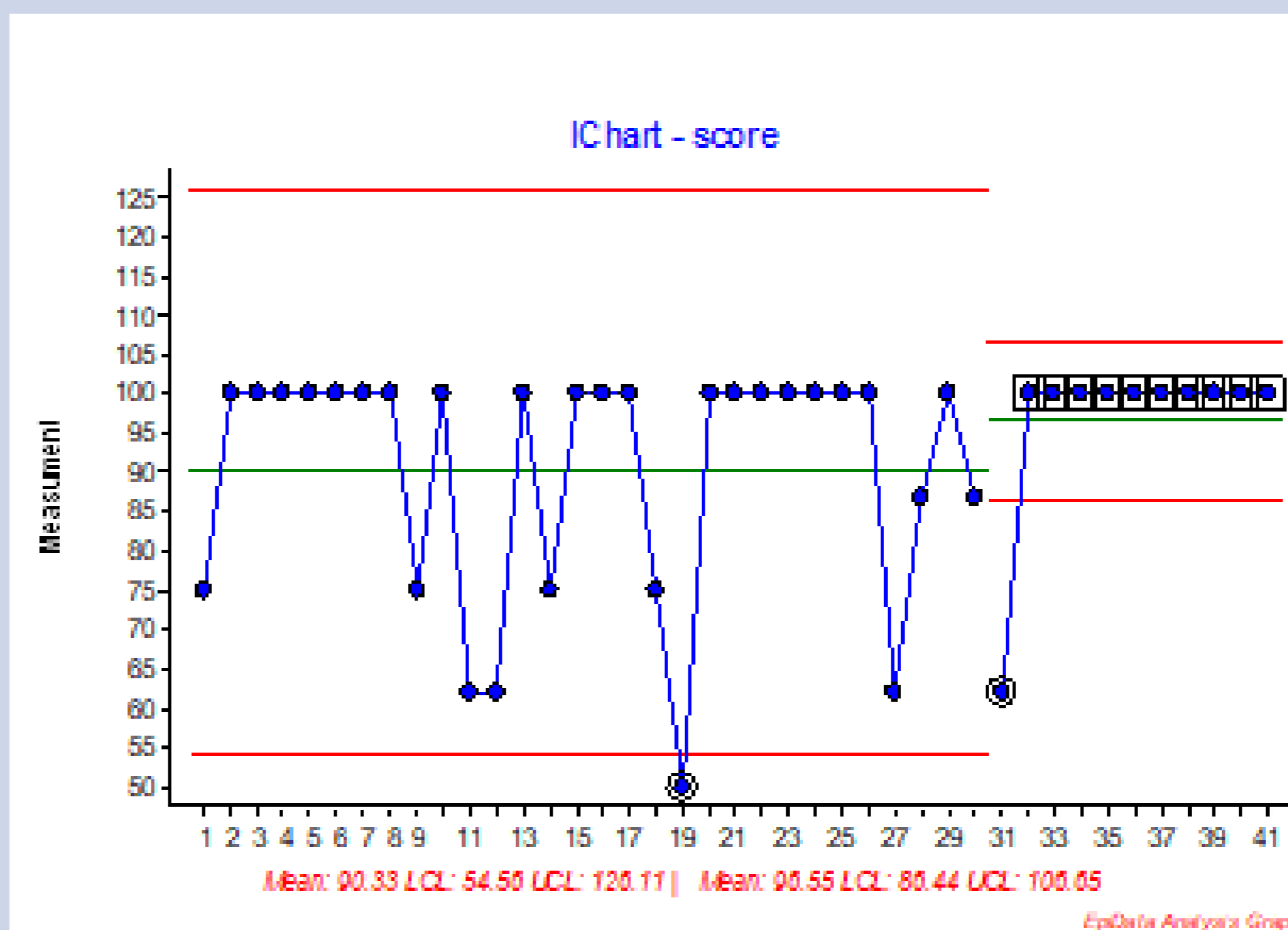
- Brukerundersøkelsen og kartleggingen bekrefter at informasjon er et aktuelt forbedringsområde
- Vi går igjennom hvilken informasjon som gis, og hvordan
- Målet er at alle kommer forberedt til timen og får den informasjonen som trengs

4 ACT	1 PLAN
<p>Neste skritt besluttes</p> <ul style="list-style-type: none"> • Testen er vellykket: Etter avklaring med prosjektere bestemmes det at Barnepoliklinikken fortsetter med å sende ut et eget informasjonsskriv for oppstart med Staloral. 	<p>Planlegg både testen og innsamling av informasjon</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hva? Utforme et informasjonsskriv som skal legges ved timeinnkallingen. • Hvem? Ingvild. • Hvor? På Barnepoliklinikken. • Når? Uke 4 • Hvordan? Bruke VV Grafisk profil. Samarbeide med kommunikasjonsavdelingen.
3 STUDY	2 DO
<p>Analysér og lær</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sammenlign resultatet av testen med arbeidshypotesen. Gikk det som forventet? Hva gikk ikke som forventet? Hvorfor? Neste gruppe som skulle komme til oppstart med Staloral i februar fikk tilsendt eget informasjonsskriv. Vi så da at 10 av 11 kom forberedt til oppstart, og konkluderer med at et eget informasjonsskriv hadde effekt. • Hva lærte du? Informasjon skal ikke tas lett på, og bør helst komme i flere former for å sikre at det blir oppfattet. Informasjon er også en viktig faktor for suksess. 	<p>Utfør testen</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kan det planlagte gjennomføres? Ja, Ingvild utarbeider et informasjonsskriv. • Beskriv hva som faktisk skjedde under testen, og eventuelle uforutsette problemer og hendelser. Utkast av informasjonsskriv lages og sendes til kommunikasjonsavdelingen i VV. Får tilbakemelding om at det ikke lenger er lov til å sende med vedlegg til timeinnkallingen. Alle timeinnkallinger skal gå elektronisk, og at det kun er fraser som kan legges inn. Disse kan heller ikke utheves på noen måte. Nye fraser utarbeides. KF-veileder sier vi <i>kan</i> sende infoskriv som eget brev ifm forbedringsprosjektet, for å teste om det har effekt.

Brukerundersøkelse før tiltak



Høy score totalt, men litt lavere på spørsmålene knyttet til informasjon. Brukerundersøkelse etter tiltak fikk for lav svarprosent til å konkludere.



Målinger av programoppfyllelse:

- Grad av informasjon oppfattet (1-5)
- Første time som planlagt (0-1)
- Fortsatt i behandling etter 1 måned (0-2)

Total score angis i prosent i SPC-diagrammet

Resultat

- Et tydelig nivåskifte etter endring
- En pasient etter endring gir meget lav score, sett i forhold til de øvrige etter endringen representerer dette et negativt avvik
- Gjennomsnittslinjen er vesentlig høyere fra nr 31
- Kontrollgrensene er smalere = stabil prosess
- «Negative avvik» vil forekomme fra tid til annen i vår virksomhet
- Ny prosedyre utarbeidet og sendt til høring

Læring

- Informasjon er en viktig faktor for suksess i pasientbehandling
- Det er større sjans for at kortfattet og poengtert informasjon oppfattes av de foresatte
- Måling av programoppfyllelse har lært oss at godt informerte foresatte følger opp behandlingen
- Vi har lært å bruke en praktisk modell for kontinuerlig forbedring



Tverrfaglig visitt og ortogeriatreri

Overlegene Solveig Sæta og Jørgen Ibsen, medisinsk avdeling Ringerike Sykehus

Bakgrunn

Stadig flere eldre og multisyke gjennomgår akutt og elektiv bløtdelskirurgi og ortopedisk kirurgi. Komorbiditet og multifarmasi gir økt risiko for komplikasjoner, som igjen gir redusert kvalitet for pasientene, større sykkelighet og lengre liggetid.

Økt grad av spesialisering fordrer bedre kultur og systemer for tverrfaglig samarbeid. Vi ønsket å etablere en fast arena for tverrfaglig gjennomgang av utvalgte pasienter, med deltakelse av indremedisinsk overlege, kirurg og ortoped, supplert med ortopedisk/kirurgisk sykepleier og andre faggrupper etter behov (ergoterapeut, fysioterapeut, klinisk ernæringsfysiolog og sosionom).



Vår kliniske erkjennelse av problemstillingen støttes av studier som viser at ortogeriatrisk tilnærming hos pasienter med hoftenære brudd gir bedre resultater på funksjonsnivå og selvhjelpenhet enn pasienter behandlet rent ortopedisk. (Prestmo et al Lancet 2015)

Metode

Problemforståelse: mangeårig felles erkjennelse i alle avdelinger, av behovet for økt tverrfaglighet. Manglende system for å oppnå dette.

Plan: kollegial drøfting av muligheter og ressurser kombinert med faglig entusiasme resulterte i konkret plan om organisering, forankret hos sykehusledelsen.

Do: utprøving iverksatt oktober 2021.

Study: gruppe sammensatt av medisinske, kirurgiske og ortopediske leger med lederrepresentasjon gjennomførte evaluering etter 6 måneder.

Act: med bakgrunn i konklusjonen anbefales ordningen videreført og tatt inn i budsjett- og strategiprosesser for ytterligere tilrettelegging og prioritering av ressurs.



Praktisk organisering

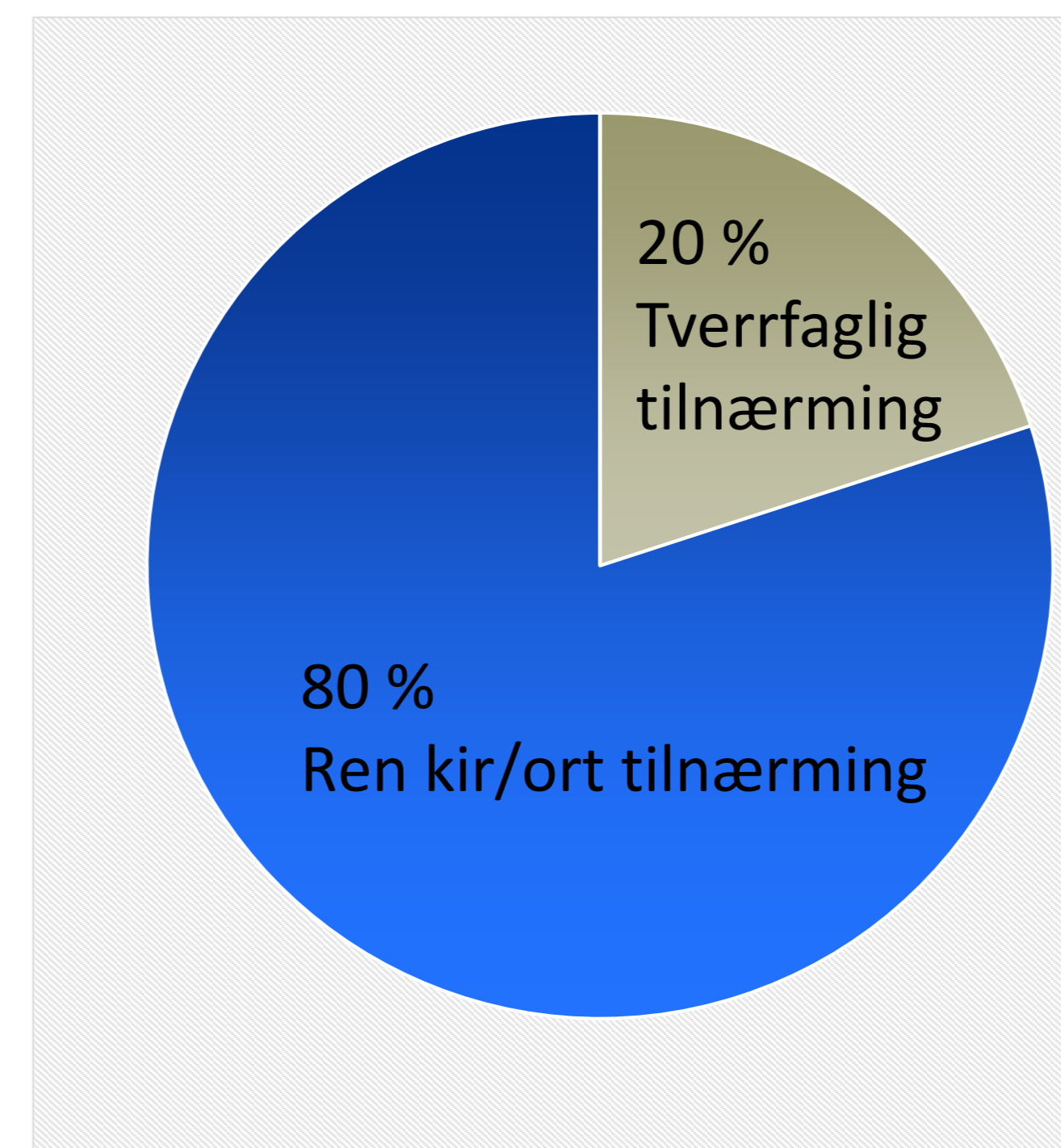
1) Tverrfaglig previsitt:

- Erfaren overlege indremedisin med bred medisinsk tilnærming deltar i previsitt på kir og ort avd 3 dager/uke.
- Utvalgte pasienter gjennomgås med henblikk på legemiddelgjennomgang, preoperativ medisinsk optimalisering og postoperative komplikasjoner.
- Arbeidsmetoden spenner fra drøfting av enklere problemstillinger via «kurvevisitt» til komplette medisinske tilsyn.

2) Ortogeriatrisk tilbud:

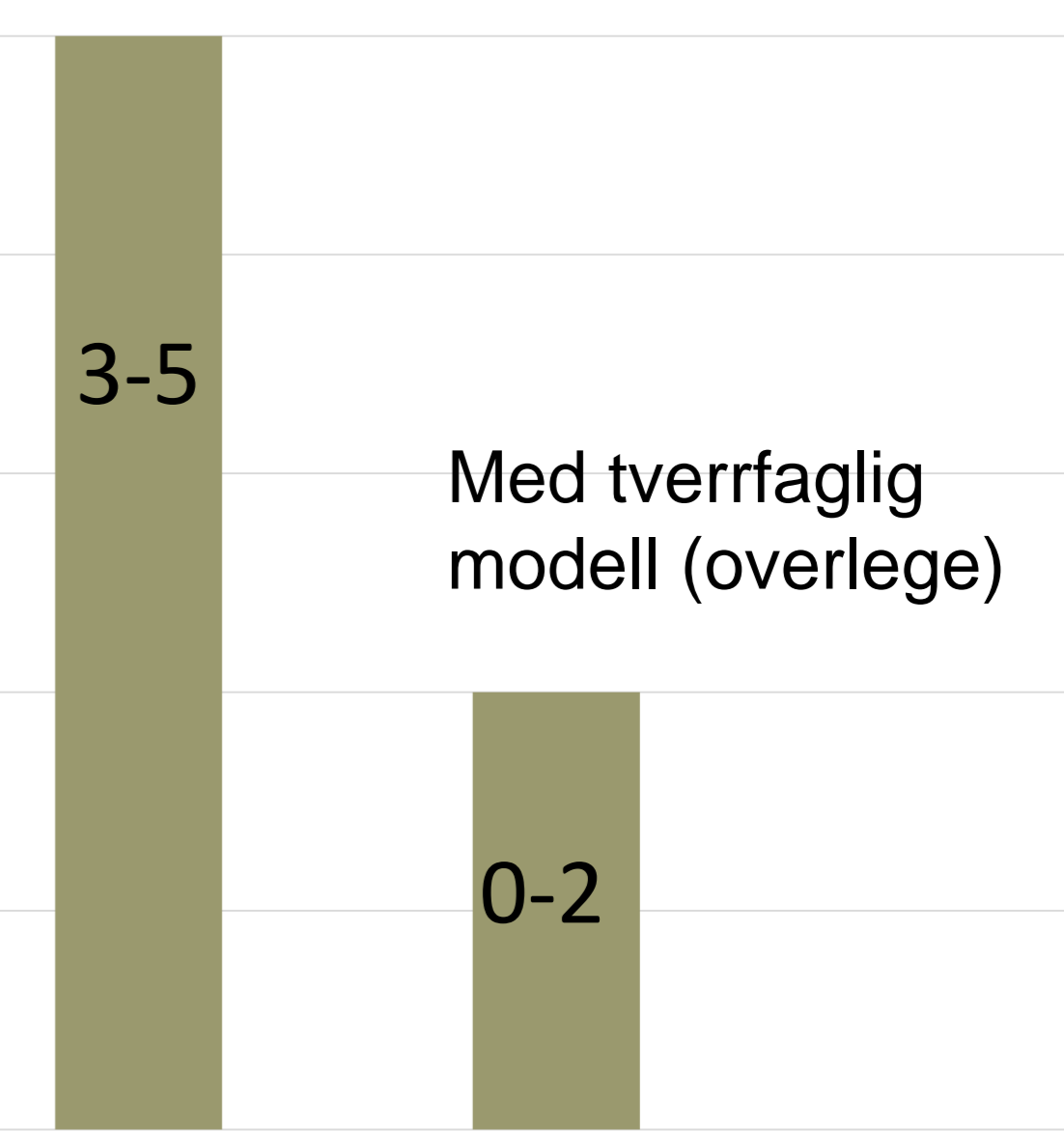
- Strukturert kartlegging av pasienter med hoftenære brudd, 1 dag/uke.
- Team bestående av geriater, ortoped, fysioterapeut, ergoterapeut og ortopedisk sykepleier.

Utarbeidet av: Solveig Sæta og Jørgen Ibsen



Pasientomfang (behov)

Før tverrfaglig modell (overlege)



Redusert bruk av LIS 2 til medisinske tilsyn (antall/d)

Erfaring og konklusjon

Minst 1 av 5 pasienter innlagt på kir og ort sengetun trenger tverrfaglig tilnærming, og behovet forventes å øke. Klinisk erfarer vi at vår modell gir følgende resultater:

➤ Forbedret kvalitet i pasientbehandlingen:

- Høy kompetanse til riktige problemstillinger tidlig i forløpet.
- Kontinuitet i oppfølgingen av komplekse pasienter gjennom hele oppholdet.
- Forebygger komplikasjoner og forlenget liggetid.
- Utskrivelse til riktig tid og bedre planlegging av oppfølging etter utreise.
- Arena for felles diskusjon om behandlingsnivå og felles kommunikasjon med pasient og pårørende.

➤ Kollegialitet og arbeidsmiljø:

- Styrket samarbeid og gjensidig forståelse og respekt for hverandres fagfelt og arbeidsform.
- Gjensidig læringsarena for respektive faglige tilnærminger.
- Tverrfaglig kultur smitter over på kolleger som ikke er direkte involvert i tjenesten.
- Smidigere løsninger for pasientplassering og pasientansvar.

➤ Avlaster tilsynsfunksjonen på medisinske LIS 2:

- Denne ressursen får mer tid til arbeid med ø.hj. pasienter, noe som er avgjørende for pasientflyten i akuttmottaket.

«Coming together is a beginning, staying together is progress, and working together is success.»

- Henry Ford