



18.–22. oktober 2021

Pasientsikkerhetsuka

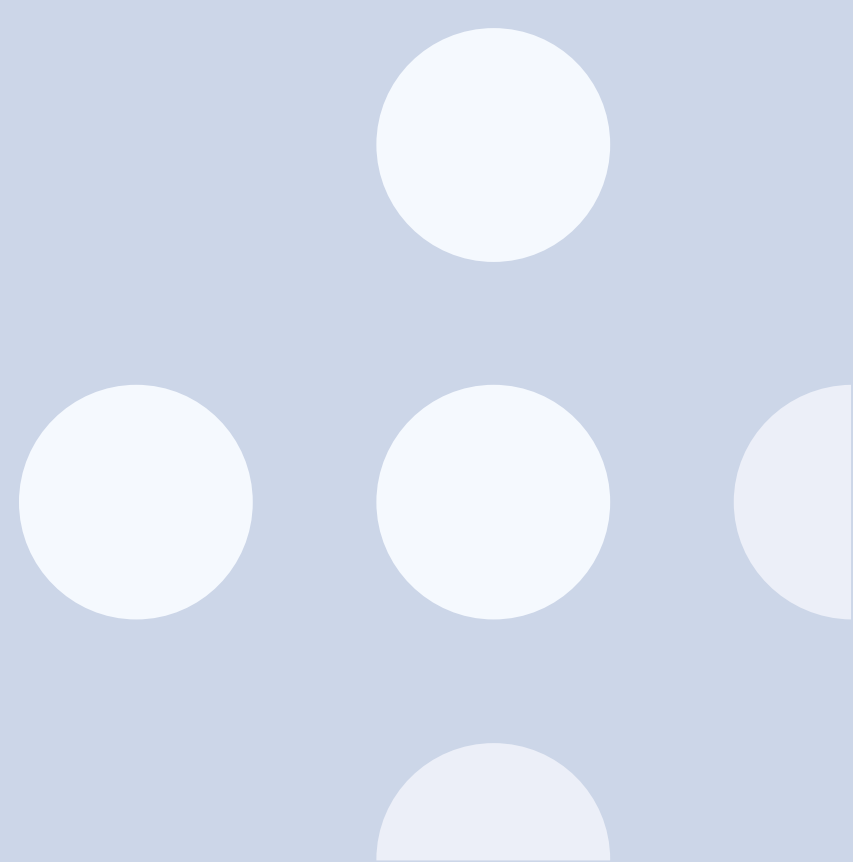
Helhet og sammenheng

Velkommen til Posterutstilling

Til Pasientsikkerhetsuka 2021 er alle ansatte i Vestre Viken invitert til å lage poster over faglig arbeid som bidrar til pasientsikkerhet.

I år mottok vi 26 postere og disse er presentert i denne digitale posterutstillingen.

Du kan se alle posterne i ett, eller reflektere og diskutere rundt en eller flere postere som er aktuelle for deg og ditt fagområde.



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 prostatakrefte, 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.

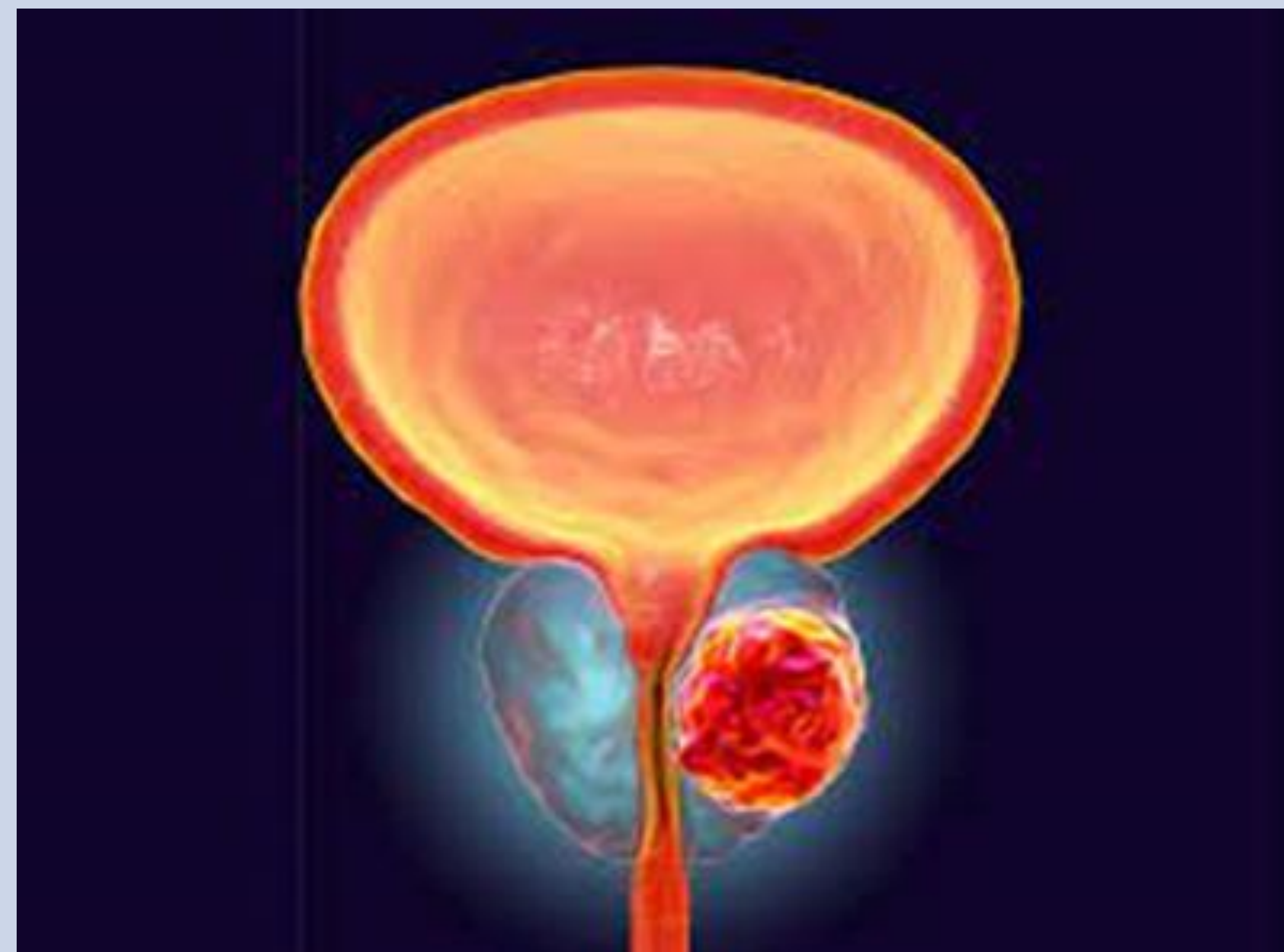
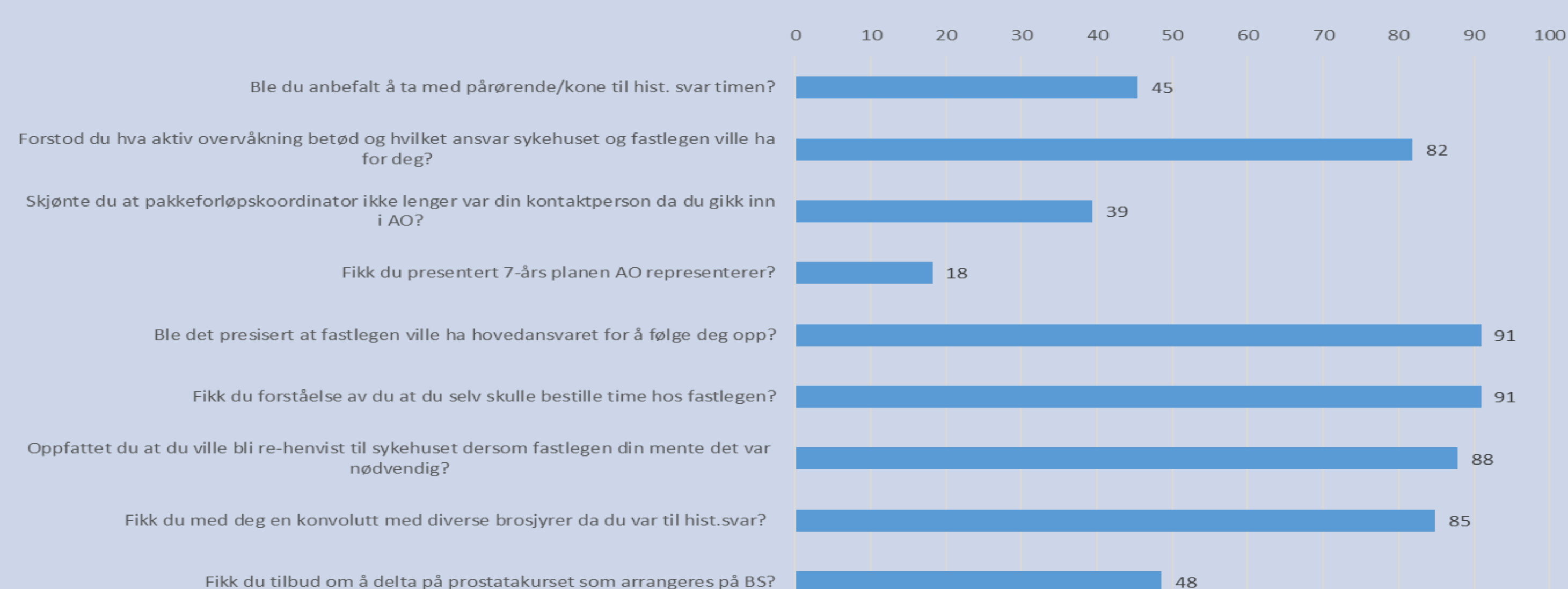
Overvåkingen strekker seg normalt over et 7 års periode, med overnevnte undersøkelser.

Sykdomsutvikling følges forløpende og tiltak igangsettes i samhandling med pasienten, dersom sykdommen forverrer seg.

METODE

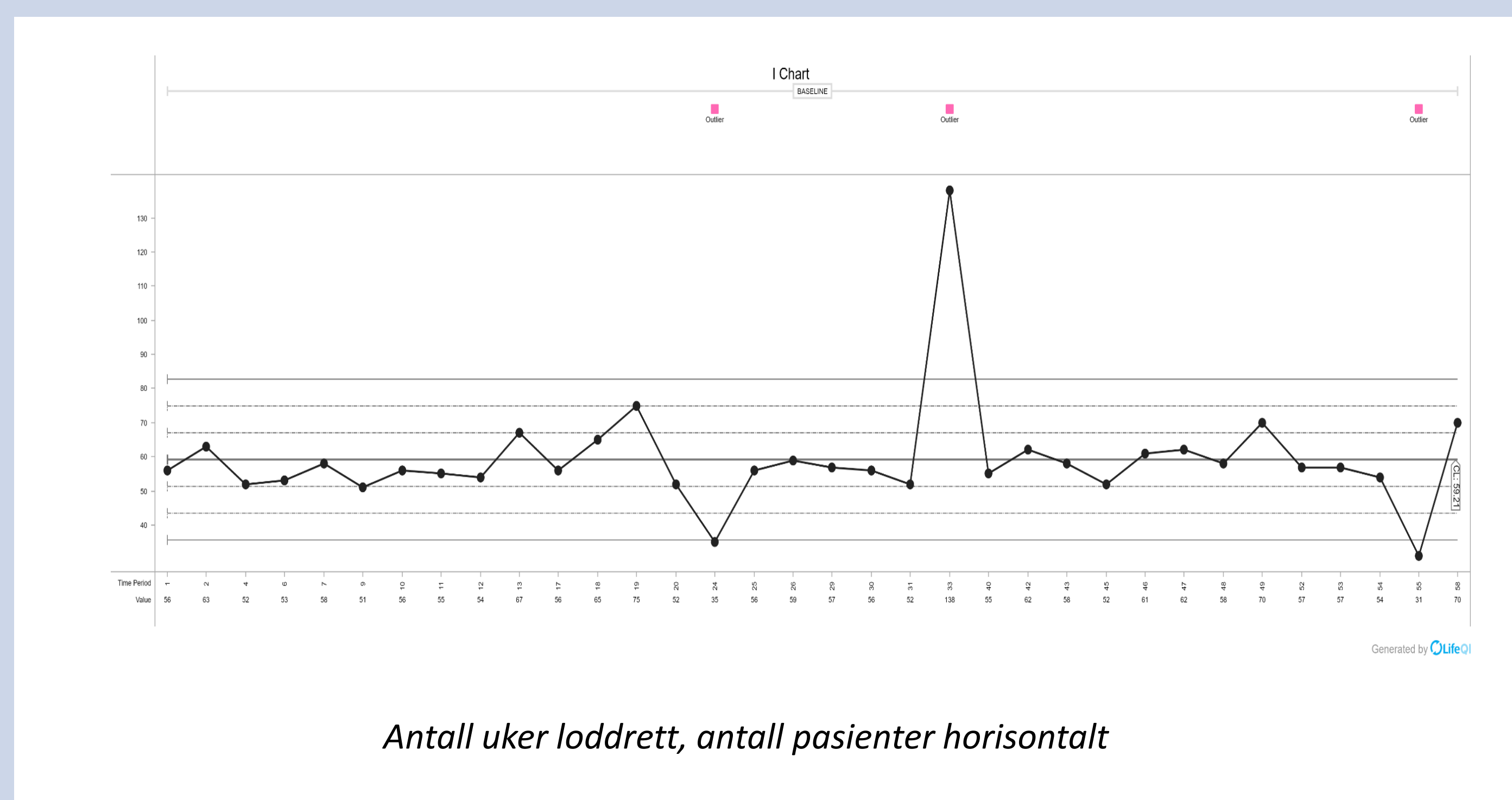
- Journalgjennomgang for å finne de aktuelle pasientene.
- Intervju pr. telefon.

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 unngikk 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 informasjonsmateriell 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.

4 Gode Vaner - med effekt!

Sykepleiere endrer i stor grad sin kommunikasjon etter kurs

Kommunikasjonskurset 4 Gode Vaner

- Ved å trene opp konkrete ferdigheter lærer helsepersonell hvordan en systematisk kan kommunisere best mulig med pasient/pårørende
- Innebarer teknikker for å lytte til og søke forståelse for pasientens perspektiv, være tydelig empatisk i pasientmøter, sikre at pasienten har forstått og husker informasjon de har mottatt, og gjøre pasienten delaktig i behandlingen
- Ble utarbeidet som rent legekurs, lokale instruktører har tilpasset kursinnholdet til tverrfaglig deltagergruppe
- Per 2021 inngår 4GV som fast internt kurs på syv norske sykehus, både som rene legekurs og som tverrfaglige kurs

| |
|-------------------------------------|
| Vane 1: Invester i begynnelsen |
| Vane 2: Utforsk pasientperspektivet |
| Vane 3: Vis empati |
| Vane 4: Invester i avslutningen |

| | Det aktuelle medisinske | Pasienten |
|------------------------|-------------------------|-----------|
| Innledning | Vane 1 | Vane 3 |
| Informasjonsinnhenting | Vane 2 | |
| Oppsummering | Vane 4 | |

Endringer i selvvalgt kommunikasjonskompetanse

Etter fullført 4GV kurs rapporterte deltagerne høyere egenkompetanse i å innlede en samtale med pasient om hans eller hennes bekymringer, formidling av en dårlig nyhet til en pasient eller pårørende, bedre evne til å utforske intense følelser hos en pasient, og å avslutte samtale/opphold med resymè eller behandlingsplan. 3 til 24 måneder etter kurset finner vi at for to av ferdighetene øker evaluering av egenkompetanse, mens for to holder det seg forholdsvis stabilt.

| Spørsmål | Vurdert Egenkompetanse som lav (skåre fra 1 til 4) | | | Vurdert Egenkompetanse som middels (skåre fra 5 til 7) | | | Vurdert Egenkompetanse som høy (skåre fra 8 til 10) | | | Prosentvis andel som skårer egenvurdert kompetanse til å være høy (8-10) | | |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|----|----|--------------------------------------------------------|----|----|-----------------------------------------------------|-----|----|--------------------------------------------------------------------------|--------|--------|
| | F | E | S | F | E | S | F | E | S | F | E | S |
| Hvor sikker er du på at du på en vellykket måte kan utføre følgende oppgaver, 1= slett ikke sikker, 10 = svært sikker | | | | | | | | | | | | |
| Innlede en samtale med en pasient om hans eller hennes bekymringer, n | 21 | 1 | 3 | 96 | 47 | 19 | 40 | 109 | 69 | 25.5 % | 69.4 % | 75.8 % |
| Formidle dårlig nyhet til pasient/pårørende, n | 53 | 7 | 10 | 86 | 71 | 35 | 18 | 97 | 47 | 11.5 % | 61.7 % | 51.6 % |
| Utforske intense følelser hos en pasient, f.eks. sinne, n | 46 | 13 | 12 | 92 | 74 | 38 | 19 | 70 | 41 | 12.1 % | 44.5 % | 45.0 % |
| Avslutte samtale/time/innleggelse med et resymè av problemene, og en behandlingsplan, n | 27 | 2 | 3 | 103 | 46 | 22 | 27 | 109 | 66 | 17.2 % | 69.4 % | 72.5 % |

Sammenligning av egenvurdert kompetanse mellom to uavhengige grupper;

- F = evalueringsskjema umiddelbart før kurs, n = 157
- E = evalueringsskjema umiddelbart etter kurs, n = 157
- S = spørreundersøkelse, Nettskjema 3 - 24 måneder etter gjennomført kurs, n = 91

Vurdering av undervisningselementene

- Alle fire vanene synes tilnærmet like nyttige
- Rollespill vurderes som mer nyttig enn plenumsundervisning, og over 65% vurderte rollespill som nyttig eller svært nyttig
- Instruktørene kan derfor synes å ha lyktes i å tilrettelegge undervisningen for en tverrfaglig deltagergruppe, men med forbedringsmuligheter særlig overfor spesialsykepleiere innen anestesi/intensiv/operasjon



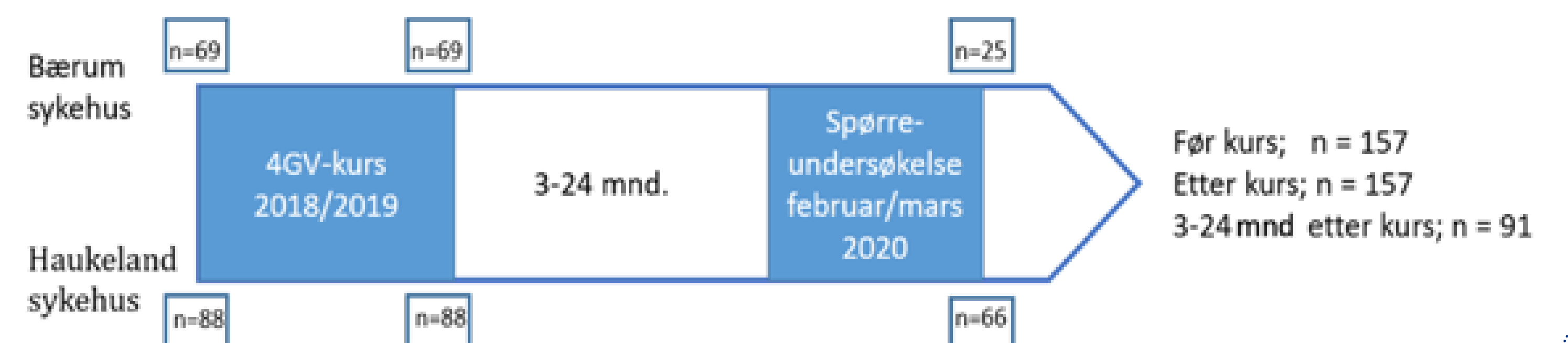
Studien

En deskriptiv tverrsnitt-studie og en oppfølgingsevaluering av egenvurdering av kommunikasjonsstil før og etter to-dagers tverrfaglig 4GV-kurs.

Hensikt: å undersøke om sykepleiere vurderer at kurset medfører endring av kommunikasjonspraksis med pasienter.

For å besvare hensikten ble data samlet inn på to måter:

- Delstudium 1; Evaluering med spørreskjema av egenkompetanse i kommunikasjon før og etter 4GV-kurs fra 157 sykepleiere fra Bærum og Haukeland sykehus
- Delstudium 2; Et detaljert nettbasert spørreskjema 3 til 24 måneder etter fullført kommunikasjonskurs i metoden 4GV. 91 sykepleiere fra Bærum og Haukeland besvarte nettskjema

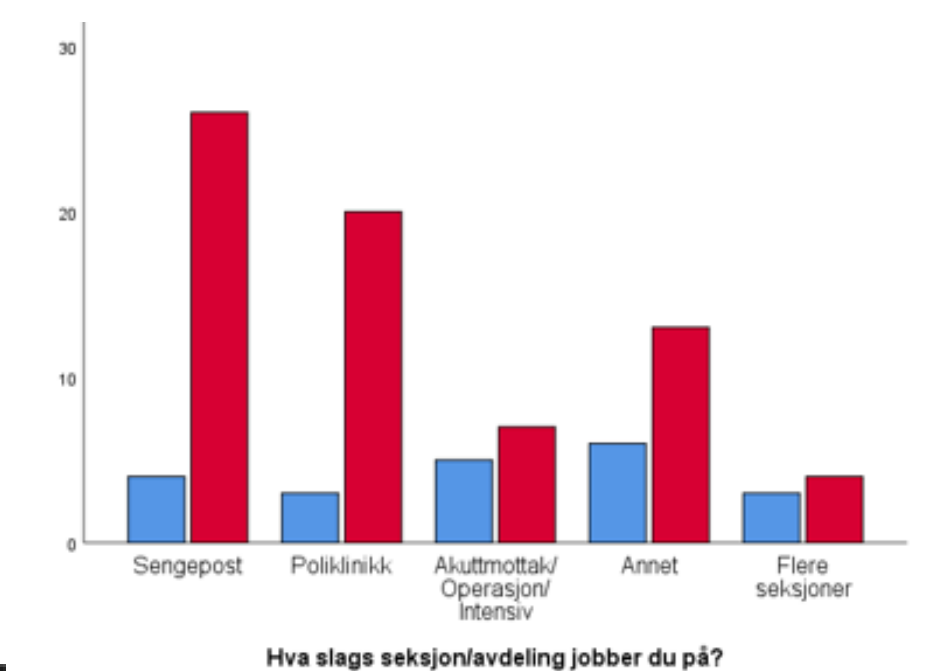


4GV gir:

- Økt kommunikasjonskompetanse, og medfører endret kommunikasjon med pasienter
- Endringene blir en naturlig del av praksis, og gjelder særlig å være bevisst pasientperspektivet ved å benytte åpne spørsmål, lytte aktivt og strukturere pasientsamtaler
- 4GV gjør det lettere å få frem viktig bakgrunnsopplysninger, unngå misforståelser og sykepleiere opplever pasienter som mer fornøyde når 4GV benyttes

Hvem endrer sin kommunikasjon?

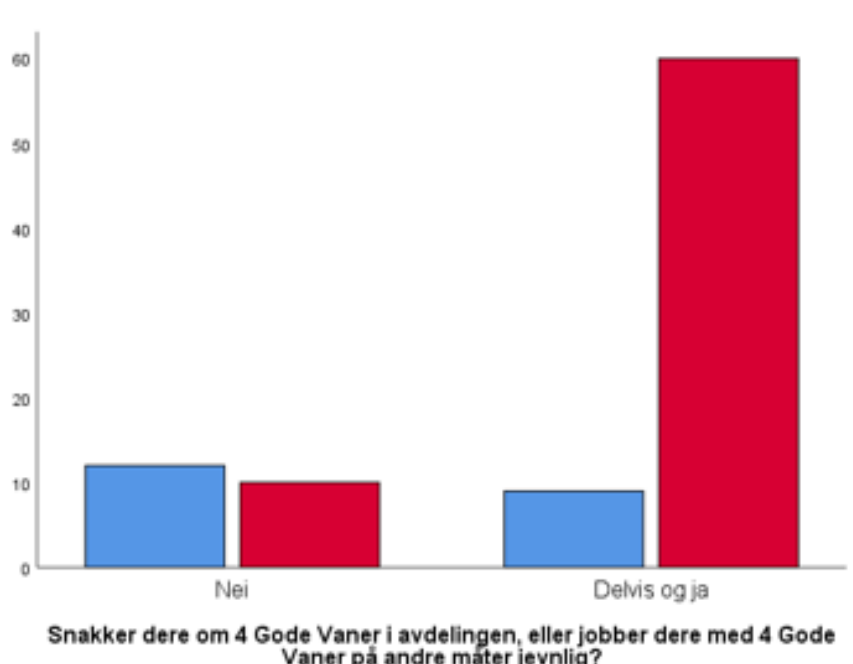
Sykepleiere på sengepost og poliklinikk endrer i større grad sin kommunikasjon enn sykepleiere ved akuttmottak og intensivavdelinger



Har du endret din kommunikasjon med pasienter/pårørende som følge av kurset?
 ■ Nei
 ■ Delvis og ja

Suksessfaktor:

At det snakkes om 4GV på arbeidsplassen har signifikant sammenheng med endring av kommunikasjonsstil



Konklusjon:

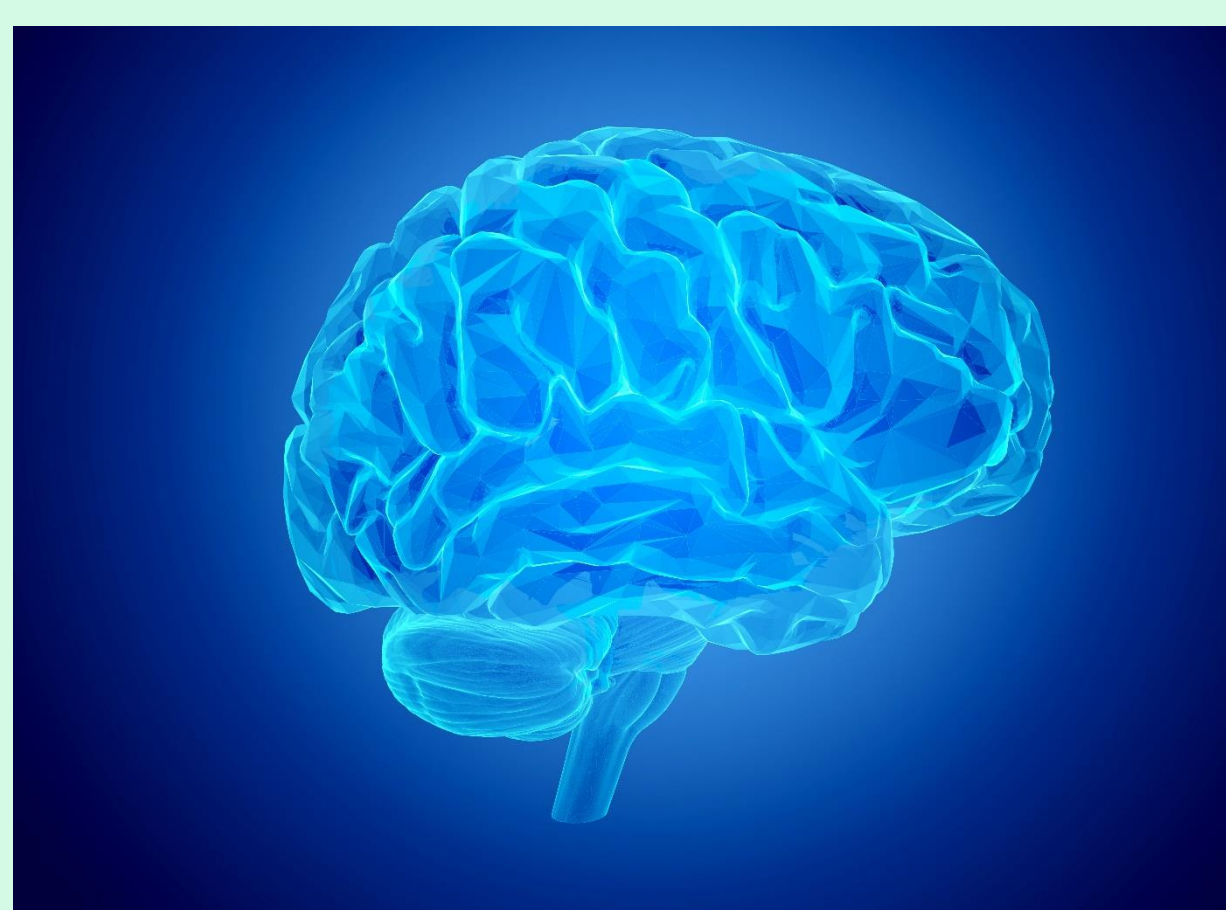
Tverrfaglig kommunikasjonskurs etter metoden 4GV er et godt tiltak for å øke kommunikasjonskompetanse hos sykepleiere.

Delirium og kognitiv svikt hos pasienter med akutt hjerneslag

En kvalitetsstudie på seksjon for geriatri, slag og rehabilitering (GSR)

BAKGRUNN

Delirium kjennetegnes av **akutt** endring i bevissthet, oppmerksomhet og kognisjon. Delirium utløses ofte av akutt sykdom. Forekomst av delirium hos personer innlagt med akutt hjerneslag er lite undersøkt. Delirium og kognitiv svikt kan være spesielt utfordrende å diagnostisere og behandle hos pasienter med hjerneslag (f.eks. pga afasi, fatigue, oppmerksomhetsvansker etc).



Nasjonale retningslinje for hjerneslag anbefaler systematisk kartlegging av delirium hos pasienter med hjerneslag og at avdelingen bør ha kunnskap og rutiner for å forebygge delirium.

MÅL

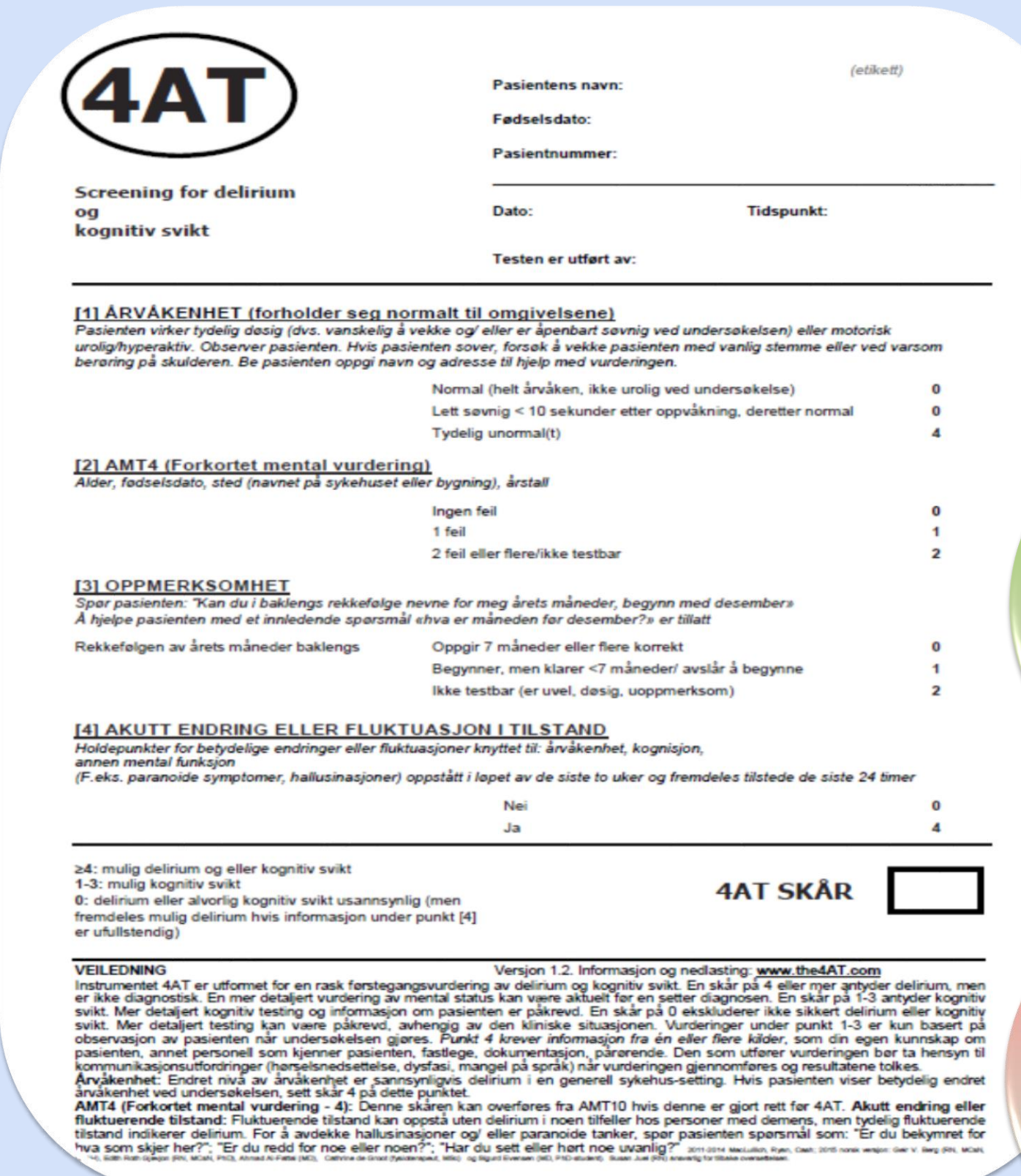
Vi ønsket å undersøke forekomsten av delirium hos pasienter innlagt med hjerneslag. Målet med denne kvalitetsstudien var å **øke bevisstgjøringen** av tverrfaglig samarbeid i kartlegging av kognitiv svikt, **diagnostisering** av delirium, **forebygging og behandling** av delirium hos pasienter med akutt hjerneslag

ERFARINGER

- Kort liggetid gav utfordring for observasjon og diagnostikk
- Covid restriksjoner var utfordrende for innhenting av data hos pårørende

METODE

Pasienter over 18 år innlagt på GSR og diagnostisert med akutt hjerneslag i tidsperioden **01.03.2020-31.10.2020**. **Samtykke** til deltagelse i studien fra pasient eller pårørende. **4AT** ble brukt som et delirium screeningverktøy som gir en rask vurdering av delirium og kognitiv svikt. 4AT-skår 1-3 indikerer kognitivt svikt. 4AT-skår 4 eller høyere indikerer mulig delirium. Screening av delirium ble utført dag 2, ved forverring av tilstand, utreise og ved 3 måneder kontroll.



The image shows a portion of the 4AT screening tool form. It includes fields for patient name, date of birth, and date of assessment. The form contains several sections with questions and corresponding scores:

- 11. ARVÅRENHET (forholder seg normalt til omgivelsene)**: Questions about orientation to time and place, with scores 0-4.
- 12. AMT4 (forkortet mental vurdering)**: Questions about attention, with scores 0-2.
- 13. OPPMERKSOMHET**: Questions about attention, with scores 0-2.
- 14. AKUTT ENDRING ELLER FLUKTUASJON I TILSTAND**: Questions about acute change or fluctuation, with scores 0-1.

At the bottom, there is a section for the total score: "4AT SKÅR" with a box for the score and a legend: "0-3 mulig delirium og/eller kognitiv svikt", "4-5 mulig kognitiv svikt", "6-7 delirium eller alvorlig kognitiv svikt", "8-10 delirium eller alvorlig kognitiv svikt".

Skår 0
47 pas.
(76%)

Skår
1-3
11 pas.
(18%)

Skår ≥ 4
4 pas. (6%)

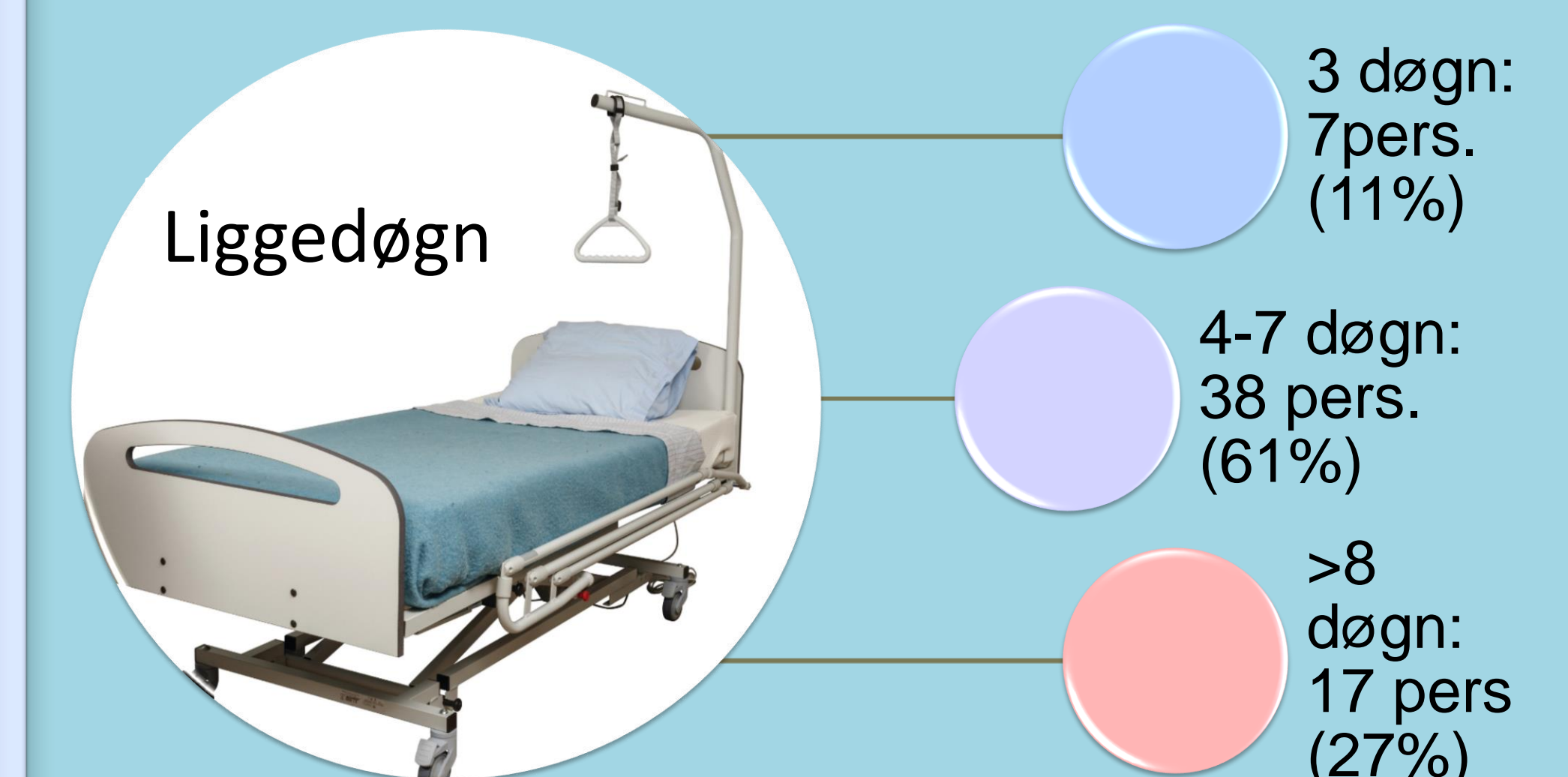
Tverrfaglig team gjennomførte standardiserte undersøkelser til pasienter med akutt hjerneslag som også ble gjentatt ved kontroll.

OPPSUMMERING

- Delirium er en sjelden komplikasjon hos pasienten med små hjerneslag
- Implementering av delirium screening med 4AT på en slagavdelingen var gjennomførbart

RESULTATER

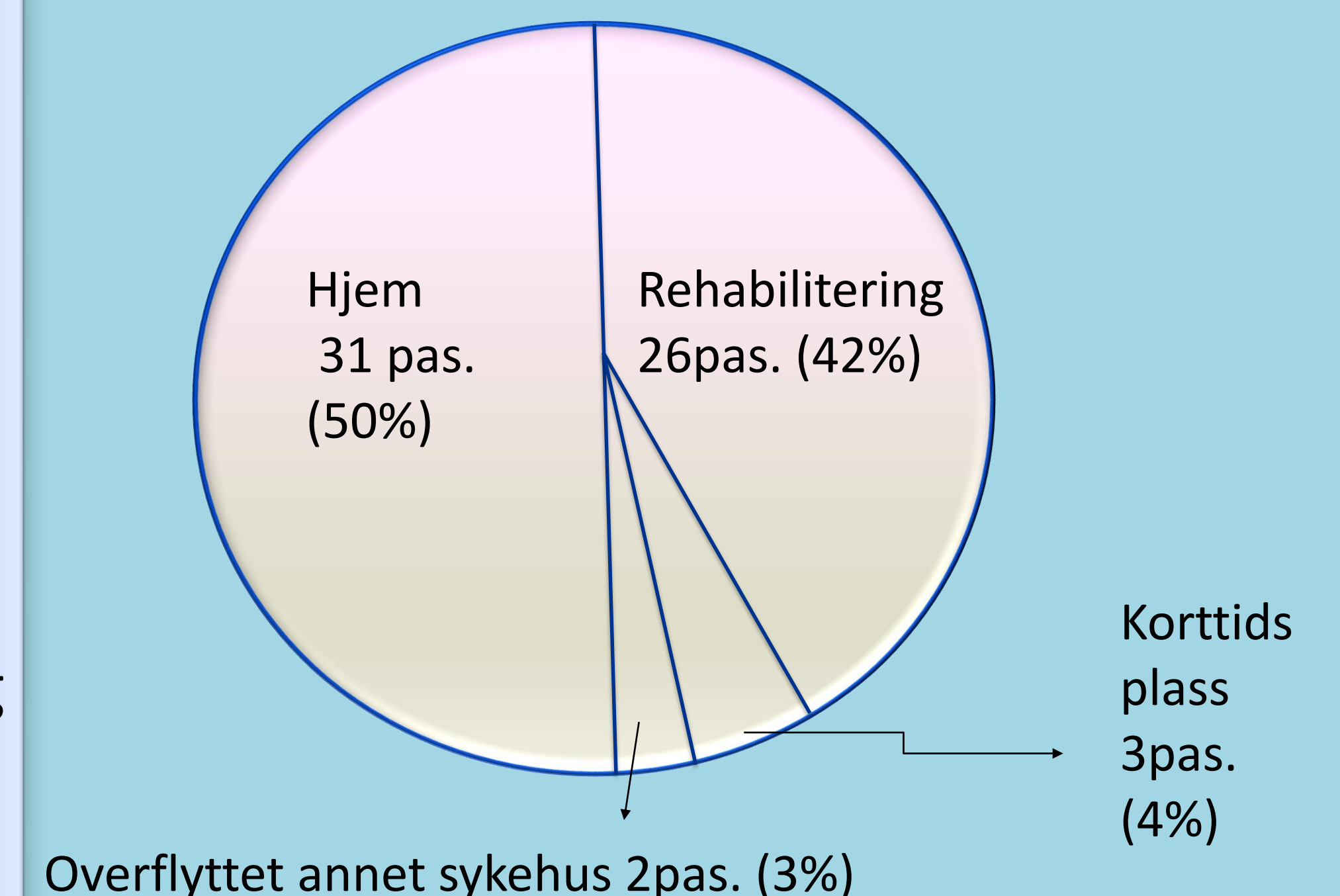
- **62 pasienter** ble inkludert hvor 24 var kvinner (39 %)
 - Gjennomsnitt alder: 73.3 (SD 13.7)
 - NIHSS ved innkomst: 3.3 (SD 3.5)
- (The national Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) er et verktøy som brukes av helsepersonell for å objektivt kvantifisere svekkelsen forårsaket av et hjerneslag. Skår ≤5: lite hjerneslag; ≥5: moderat til alvorlig hjerneslag)
- Hjerneinfarkt 56 (92%)
 - Blødning 5 (8%)
 - Trombolysebehandlet: 16 (29 %) av 56 pasienter



Komplikasjoner:

- fall 2 pers (3 %)
- infeksjoner 6 pers. (9 %)

Utreise til



Kun en liten andel av pasienten utviklet delirium. Gjennomsnittlig sykehusopphold var 10,3 dager for pasienter med delirium sammenlignet med 6,2 dager uten delirium.

FALLFOREBYGGING I SYKEHUS

Forbedringsarbeid på seksjon for geriatri, slag og rehabilitering (GSR)

Bakgrunn

Forebygging av fall hos pasienter i sykehus er en av de største utfordringene når det gjelder pasientsikkerhet. Multifaktorielle tiltak ansees å være den beste metoden for forebygging. Selv om mye er gjort siste årene er det fremdeles en stor andel pasienter som faller.

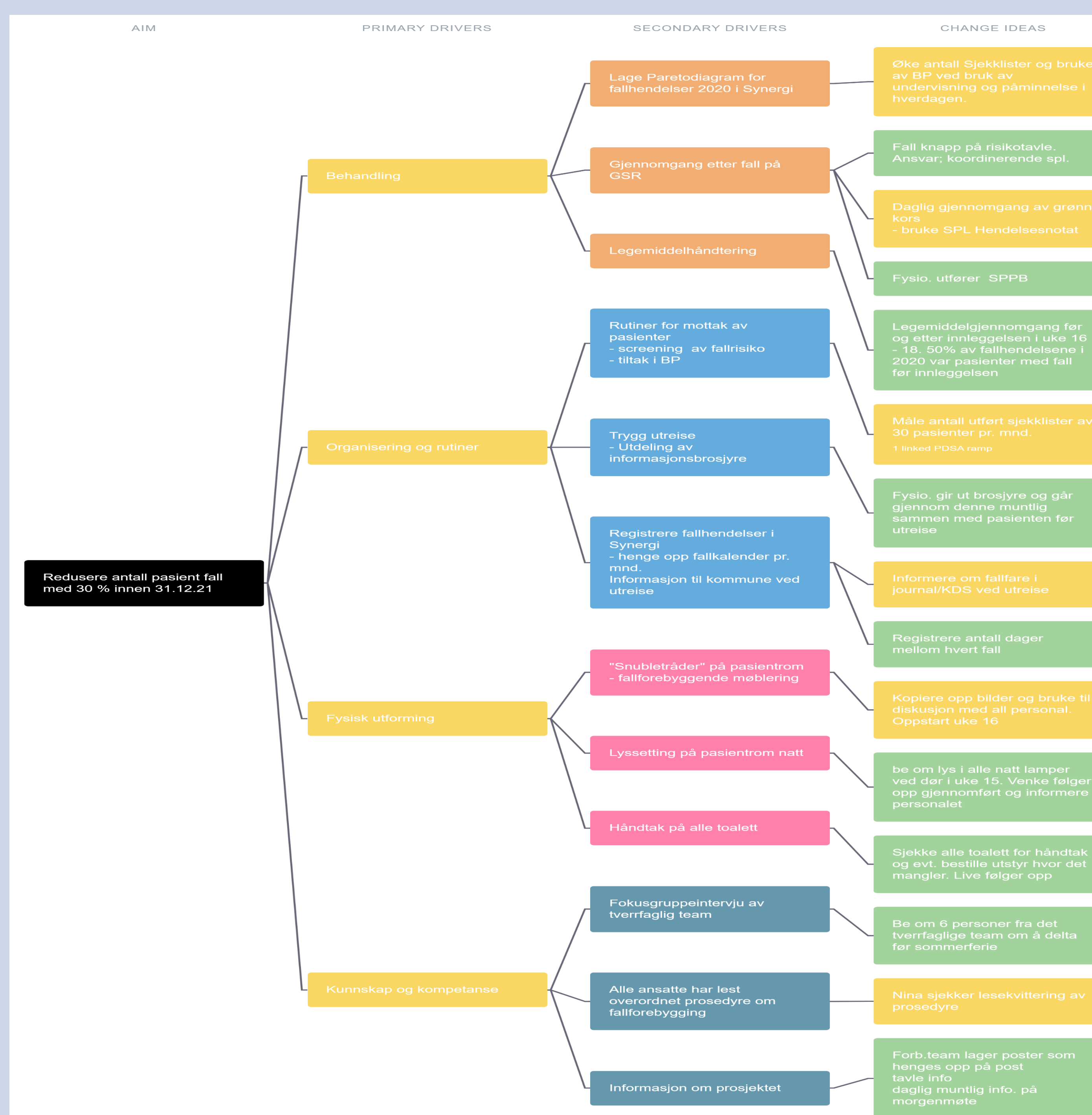
Mål

Hindre skade på pasient, forlenget sykehusopphold, fare for økt omsorgsbehov og død ved å redusere antall pasientfall med 30 % innen 31.12.21.

Metode

Tidsperiode 01.03.2021 – 31.12.2021

Det ble utarbeidet et driverdiagram for å utvikle, registrere og visualisere prosjektet, og identifisere idèendringer.



Baseline

Antall registrerte fallhendelser i Synergi 2020: 62
Det er i gjennomsnitt ett fall hver 6 dag.



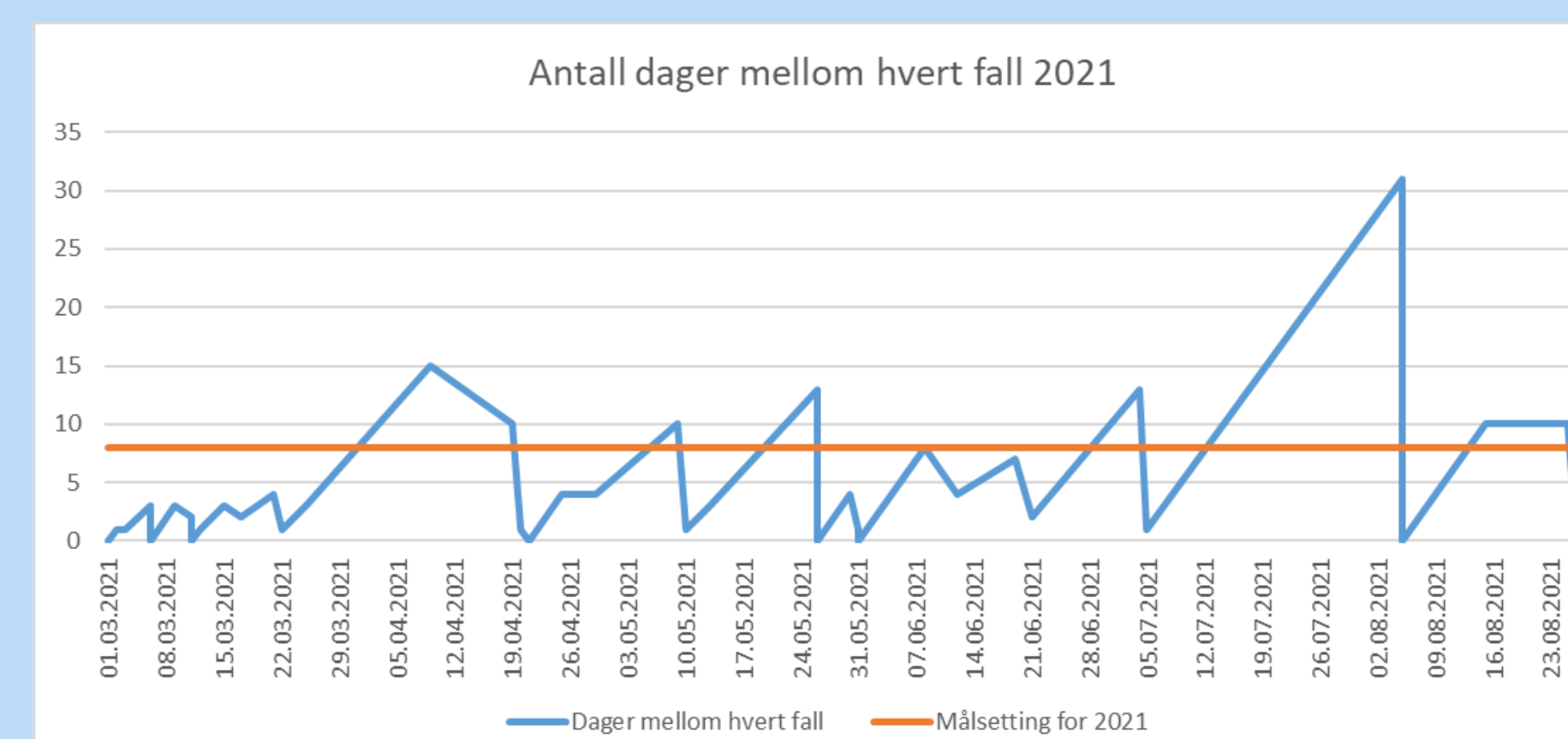
Progresjon frem til september 2021

Behandling; Gjennomgang av medikamenter i uke 16-18

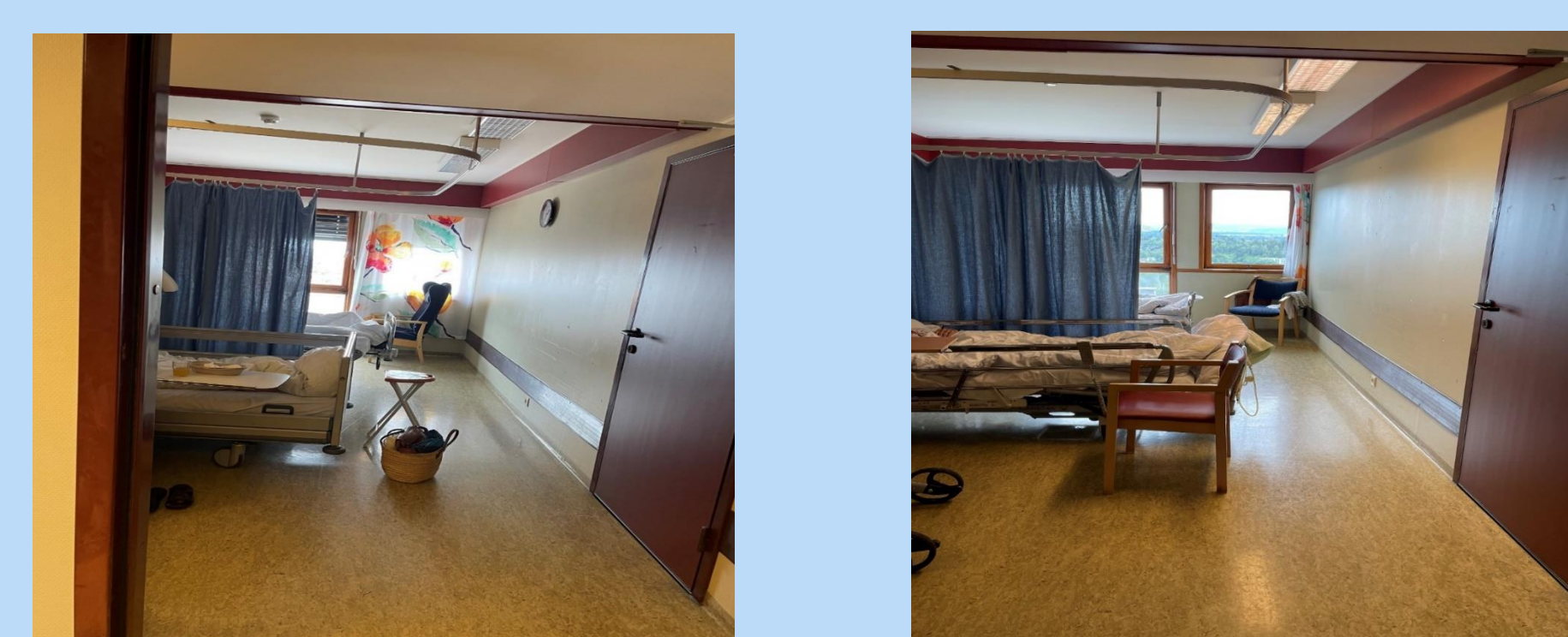
| Type medikamenter: | tot 27 pas | % | * behovs med gitt |
|----------------------------------|------------|----|-------------------|
| Antihypertensiva/cardiovasculære | 22* | 81 | 3 |
| Opiater | 6* | 22 | 4 |
| Antidepressiva | 3 | 11 | |
| Anxiolytika/hypnotika | 11* | 40 | 8 |
| Antipsykotika | 4 | 14 | 2 |
| Antiepileptika | 2 | 7 | |
| Polyfarmasi (> 5 medikamenter) | 23 | 85 | |

Organisering og rutiner: Antall registrerte fallhendelser mars til august 2021: 40. Det er i gjennomsnitt ett fall hver 6 dag.

Målsetting; hver 8 dag



Fysisk utforming: «Snubletråder» på rom?



Installert nattlys på rommene igjen

Utbedret alle toalett med toalett forhøyer inkludert håndtak

Kunnskap og kompetanse; Idèendringer fra tverrfaglig

fokusgruppeintervju: Generell bevisstgjøring rundt fall, forslag om lyssensor på guly, større fokus på synsfeltutfall og la fallrisiko være tema på tverrfaglige møter.

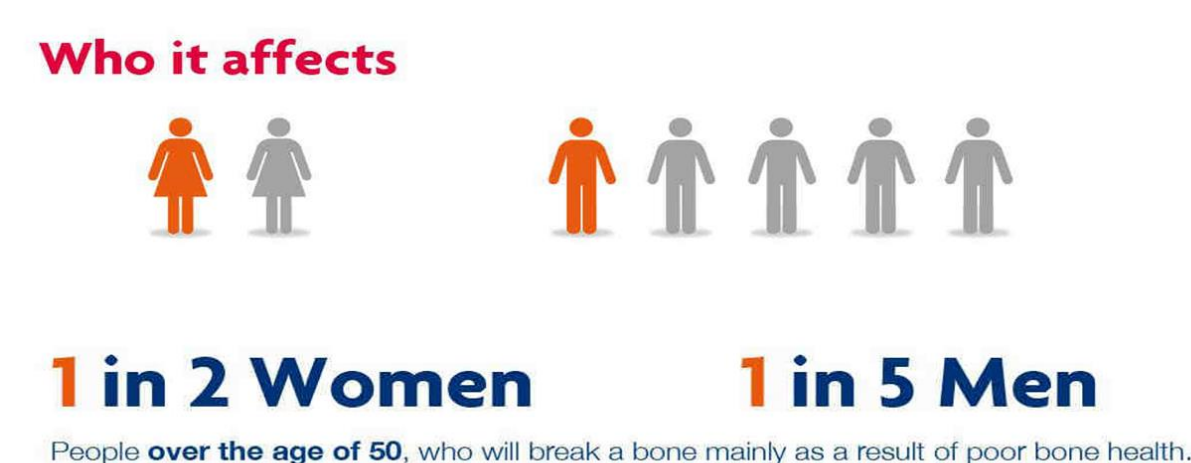
Forebygging av brudd

Innføring av Fracture Liaison Service (FLS) i 2016 har vist svært god etterlevelse

Bakgrunn

Norge har verdens høyeste bruddforekomst. Benskjørhet (osteoporose) er den vanligste årsaken til brudd hos eldre, men dessverre sterkt underbehandlet. Dette på tross av at behandling har vist seg å halvere risikoen for nye brudd.

Hoftebrudd, kompresjonsbrudd i ryggen og andre alvorlige brudd fører til økt skrøpeligheit og dødelighet for den som rammes, samtidig som det utgjør en stor kostnad for samfunnet. Det vil utgjøre en stor gevinst å forebygge brudd.

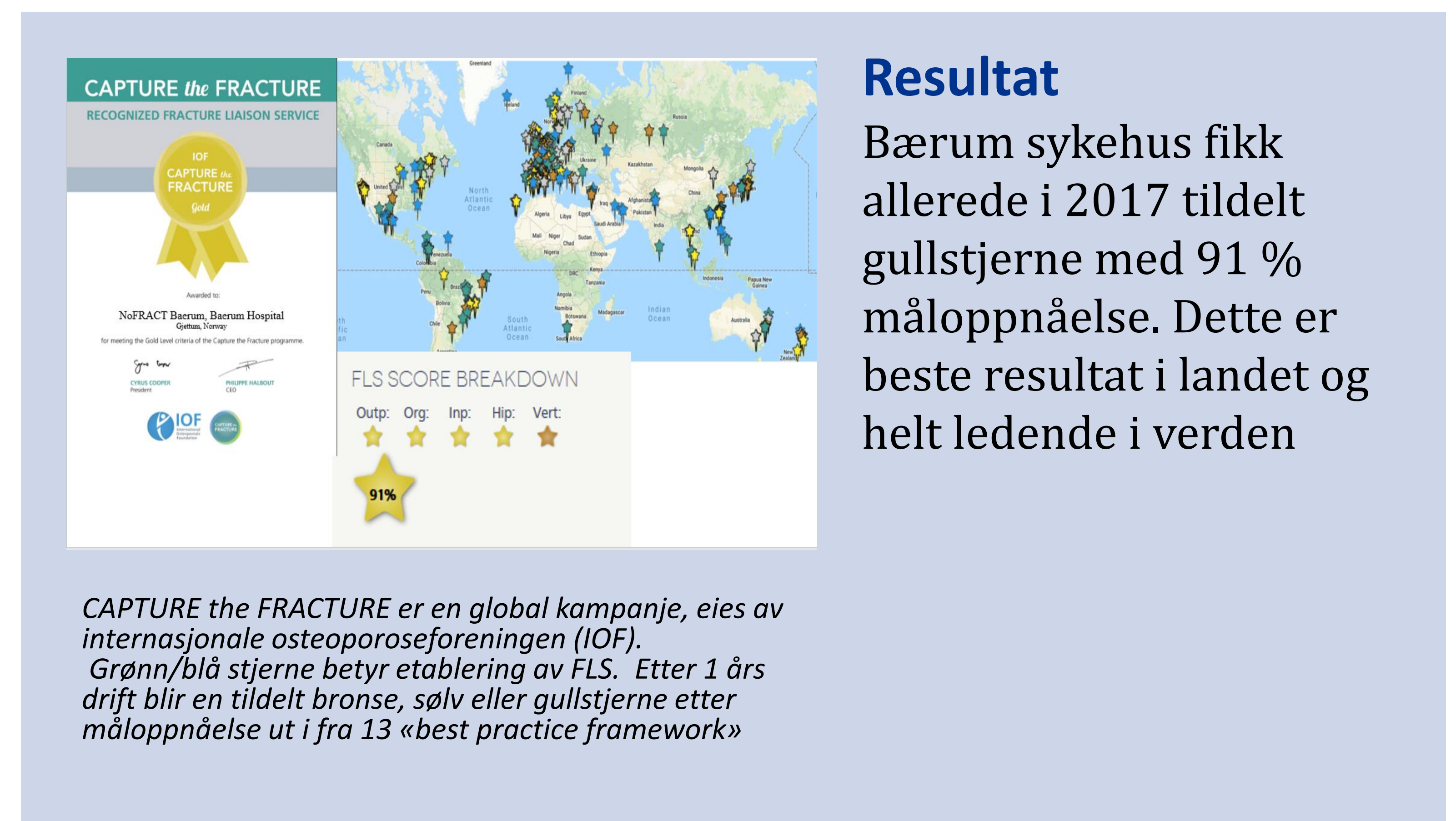


Mål

- Sekundær bruddforebygging
- Pasienter som har gjennomgått brudd har økt risiko for nye brudd. For å redusere denne risikoen bør pasienter med brudd tilbys utredning og behandling når det er indikasjon for det.

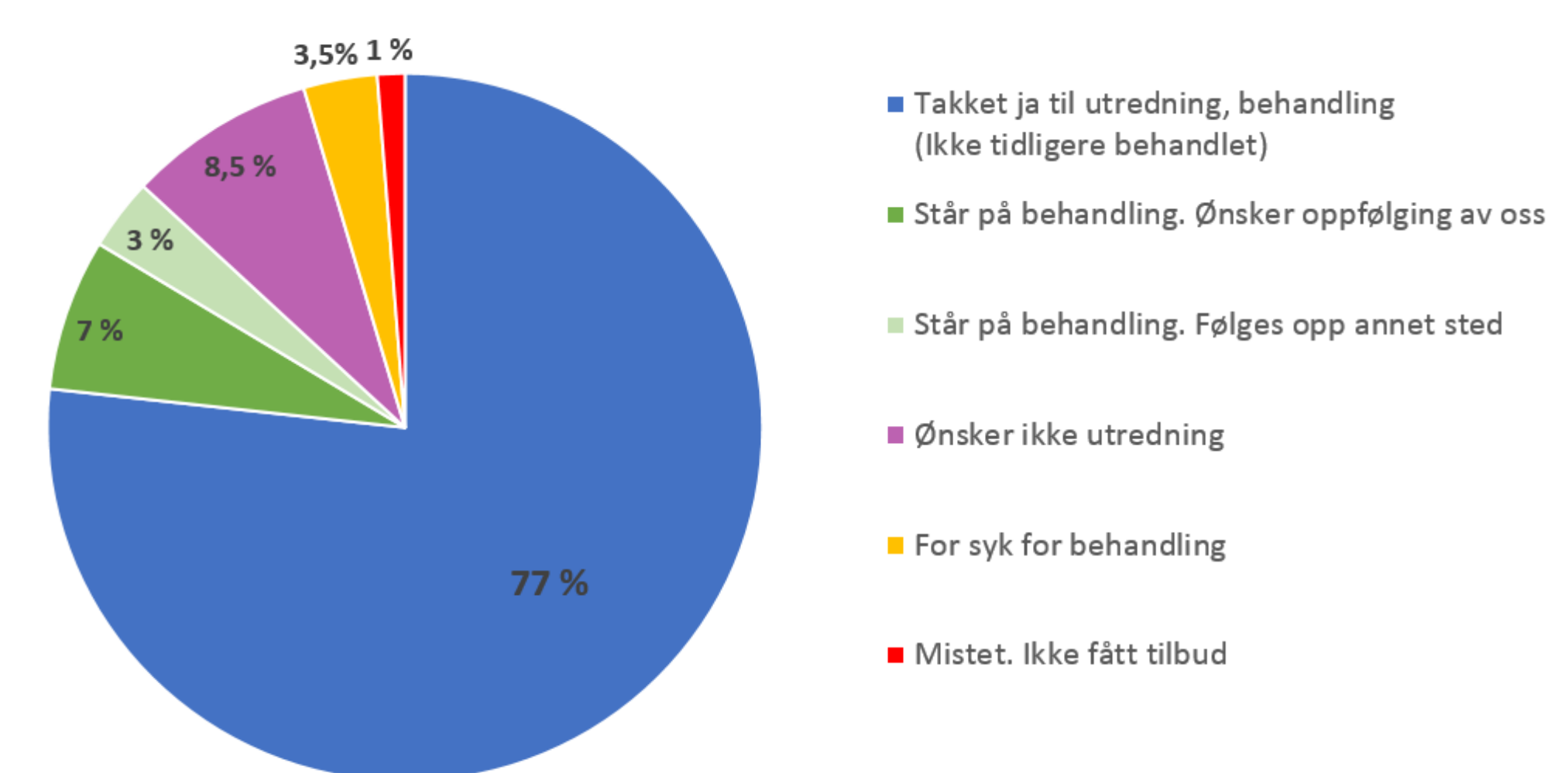
Metode

- Fracture Liaison Services (FLS) betyr innføring av et standardisert program i spesialisthelsetjenesten, hvor hensikten er å identifisere alle pasienter > 50 år med lavenergi-brudd, det vil si brudd etter fall fra egen høyde.
- Programmet sikrer at samtlige bruddpasienter blir vurdert, utredet og eventuelt får behandling for osteoporose når det er indikasjon for det.
- Vi har innført rutiner i hele pasientforløpet; fra akuttmottak, ortopedisk poliklinikk, sengepost og osteoporosepoliklinikk.
- FLS er koordinatorbasert av dedikerte sykepleiere.
- FLS er godt dokumentert som den beste måten å forebygge sekundære brudd og er kostnadseffektivt for samfunnet.
- Bærum sykehus innførte FLS i 2016 i forbindelse med NoFRACT-studien. Etter at studien ble avsluttet i 2018 har Bærum klart å videreføre FLS, i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer.

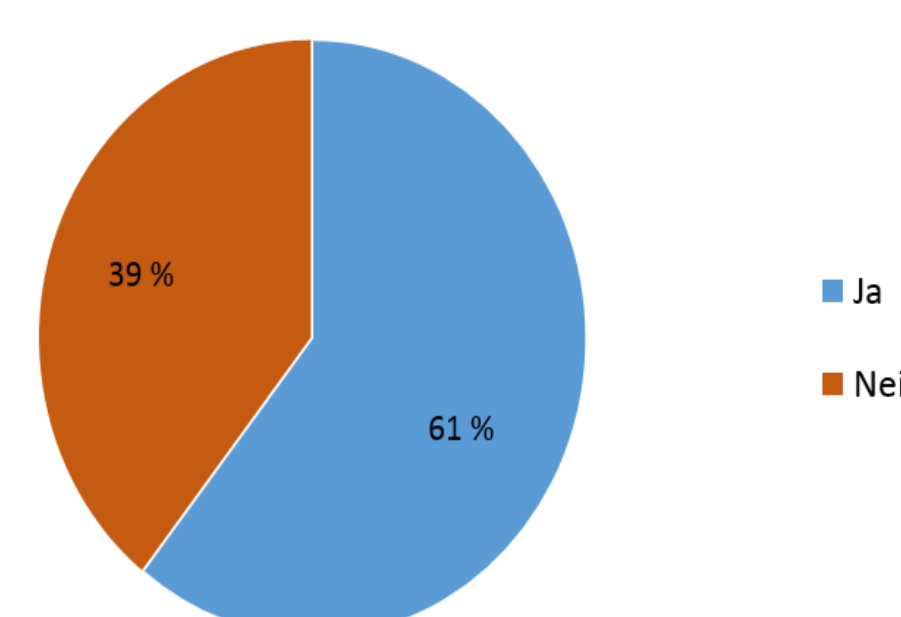


FLS 2016 – 2020

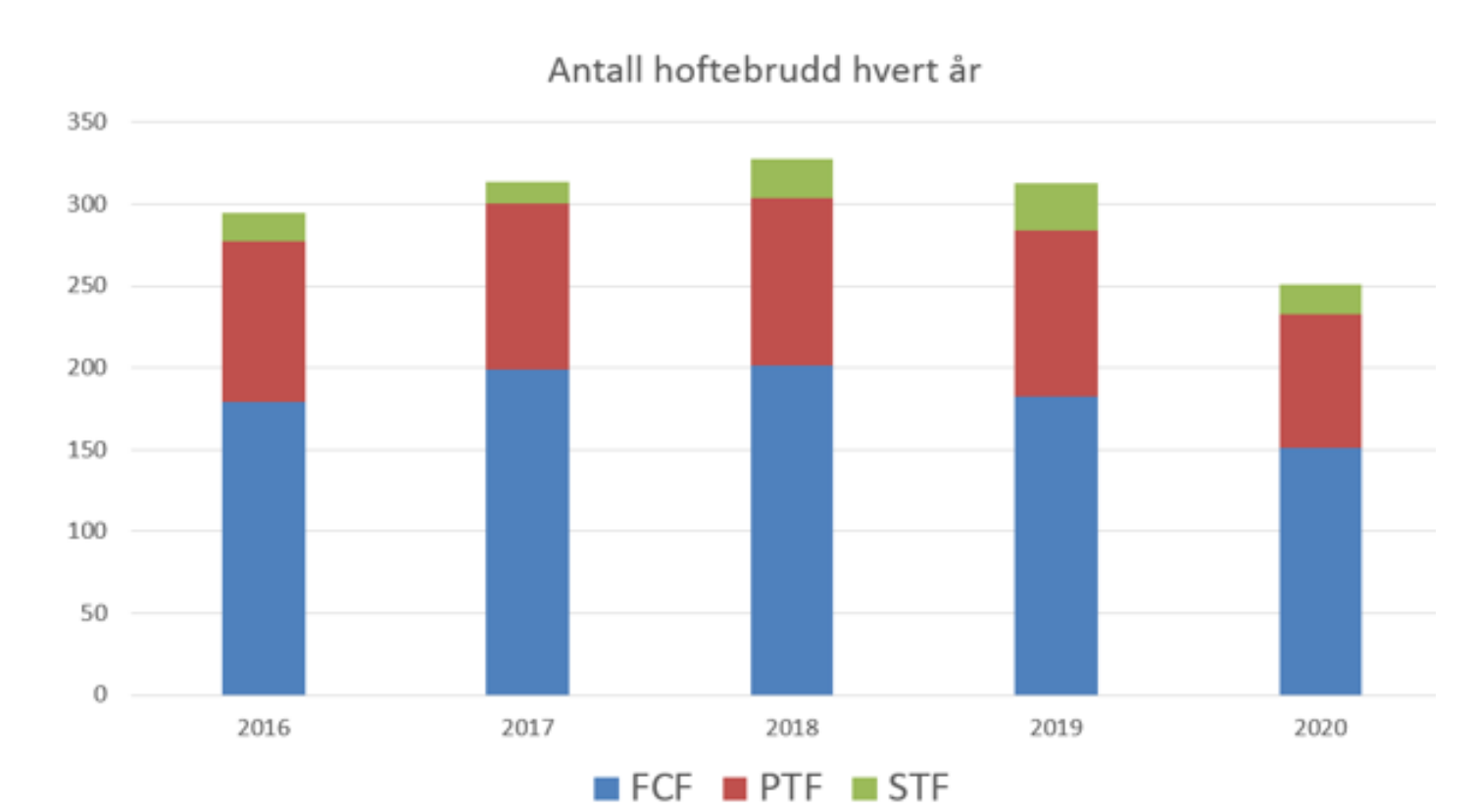
Totalt 7345 pasienter identifisert



Påvist osteoporose etter benteitthetsmåling (DXA)
(Indikasjon for behandling)



Hoftebrudd



Pasienter med hoftebrudd får sekundær bruddprofylakse før utskrivelse. Vanligvis ikke behov for DXA.

Samlet tall

Årlig identifiserer vi ca. 1500 pasienter med lavenergi-brudd, totalt 7345 pasienter fra 2016-2020. 75 % er kvinner.

68 % har fått påvist osteoporose og har startet opp med behandling. Oppfølging av pasientene i NoFRACT studien viste at 89 % av pasientene var under behandling etter 1 år.

FOREBYGGING AV FUNKSJONSTAP HOS ELDRE MED COVID-19

KOGNITIV OG FYSISK FUNKSJON HOS ELDRE 6 MÅNEDER ETTER INNLEGGELSE PÅ GRUNN AV COVID-19

BAKGRUNN

Eldre pasienter har økt risiko for sykehusinnleggelse og alvorlig sykdomsforløp ved covid-19. Vi vet mindre om hvordan covid-19 påvirker funksjonen hos eldre i det lengre løp.

METODE

106 av totalt 171 personer som var i live 6 måneder etter sykehusinnleggelse møtte til kontroll.

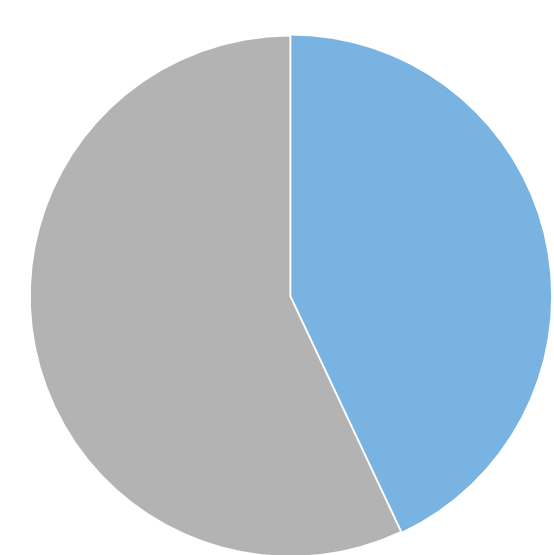
Vi utførte kognitive og fysiske tester:

- ✓ Montreal Cognitive Assessment (MoCA)
- ✓ Short Physical Performance Battery (SPPB)
- ✓ 6 minutters gangtest og gripestyrke

Deretter sammenlignet vi kognitiv og fysisk funksjon hos deltakere under 75 år med deltakere som var 75 år og eldre ved innleggelsestidspunkt.

VÅR STUDIEPOPULASJON

57%
MENN



43%
KVINNER

74.3

år var gjennomsnittsalder på deltakerne. Spredning 60-96, standardavvik 8.5 år

26%

hadde hatt et alvorlig forløp (opphold på felles overvåknings- og intensivavdeling)

HENSIKTEN MED STUDIEN

1. Studere langtidseffektene av covid-19 hos eldre pasienter innlagt på sykehus
2. Sammenligne funksjon på tvers av aldersgrupper hos overleverne

Alle pasienter i alderen 60 år og eldre som hadde vært innlagt på Bærum sykehus, Diakonhjemmet sykehus, Akershus universitetssykehus eller Sykehuset i Vestfold, i perioden 1. mars til 1 juli 2020, ble invitert til en 6-månederskontroll.

KOGNITIV OG FYSISK FUNKSJON 6 MÅNEDER ETTER SYKEHUSINNLEGGELSE

MOCA-SCORE (0-30 POENG)



YNGRE ENN 75 ÅR

75 ÅR OG ELDRE

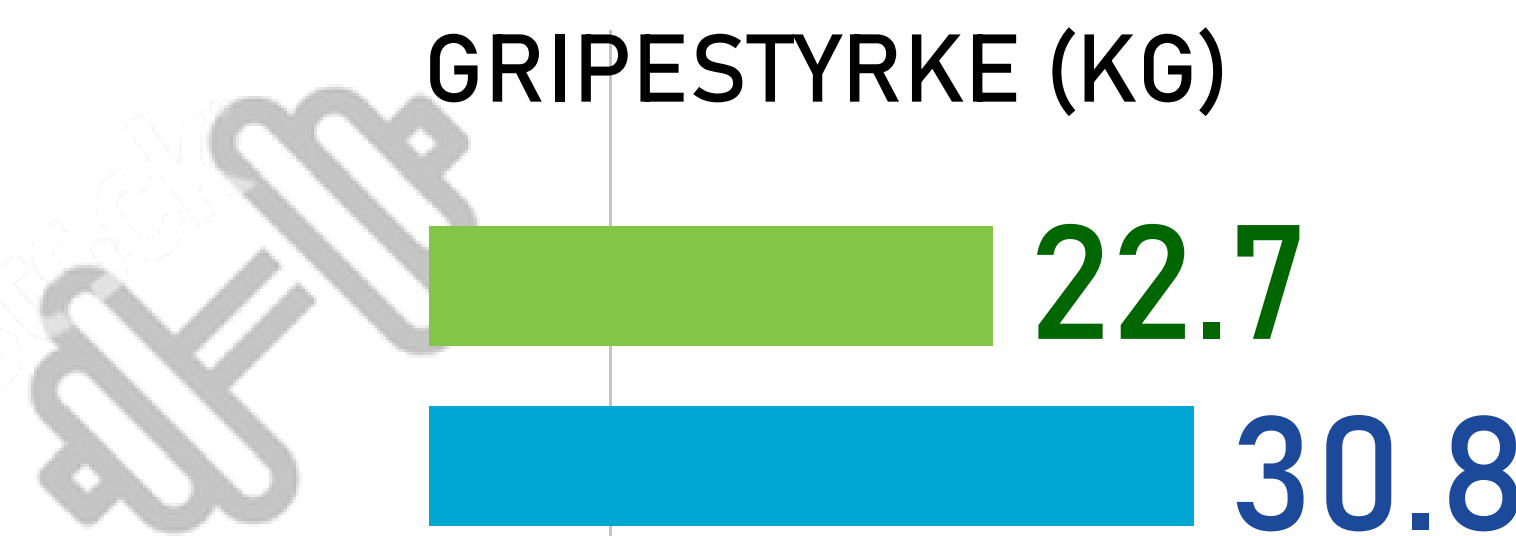
SPPB-SCORE (0-12 POENG)



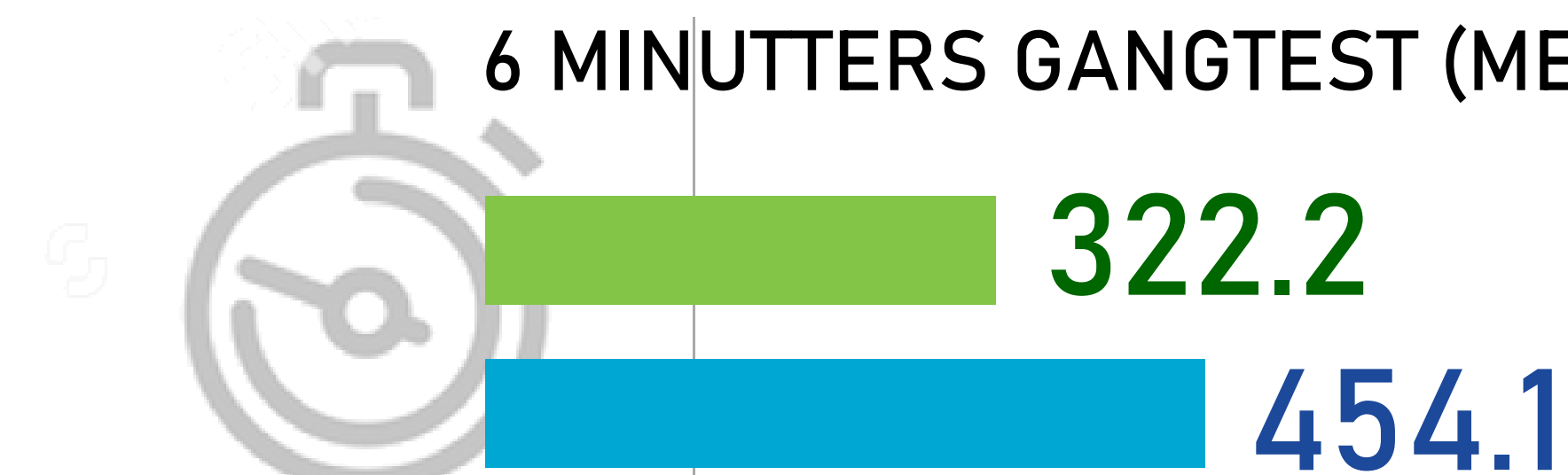
YNGRE ENN 75 ÅR

75 ÅR OG ELDRE

GRIPESTYRKE (KG)



6 MINUTTERS GANGTEST (METER)



3/5
DELTAKERE

i den eldste aldersgruppen (59%) oppga en negativ endring i kognitiv funksjon, mot (37%) i den yngste aldersgruppen.

Vår studie viste at de eldste covid-19-overleverne hadde dårligere kognitiv og fysisk funksjon sammenlignet med yngre overleverne, 6 måneder etter innleggelse på sykehus.

TILTAK SOM KAN FOREBYGGE FUNKSJONSTAP HOS ELDRE MED COVID-19

Ved å kartlegge funksjon under- og etter gjennomgått covid-19 kan vi avdekke faktorer som kan påvirkes for å bremse funksjonstap etter sykehusinnleggelsen..



TIDLIG
MOBILISERING



REGELMESIG
FYSIOTERAPI



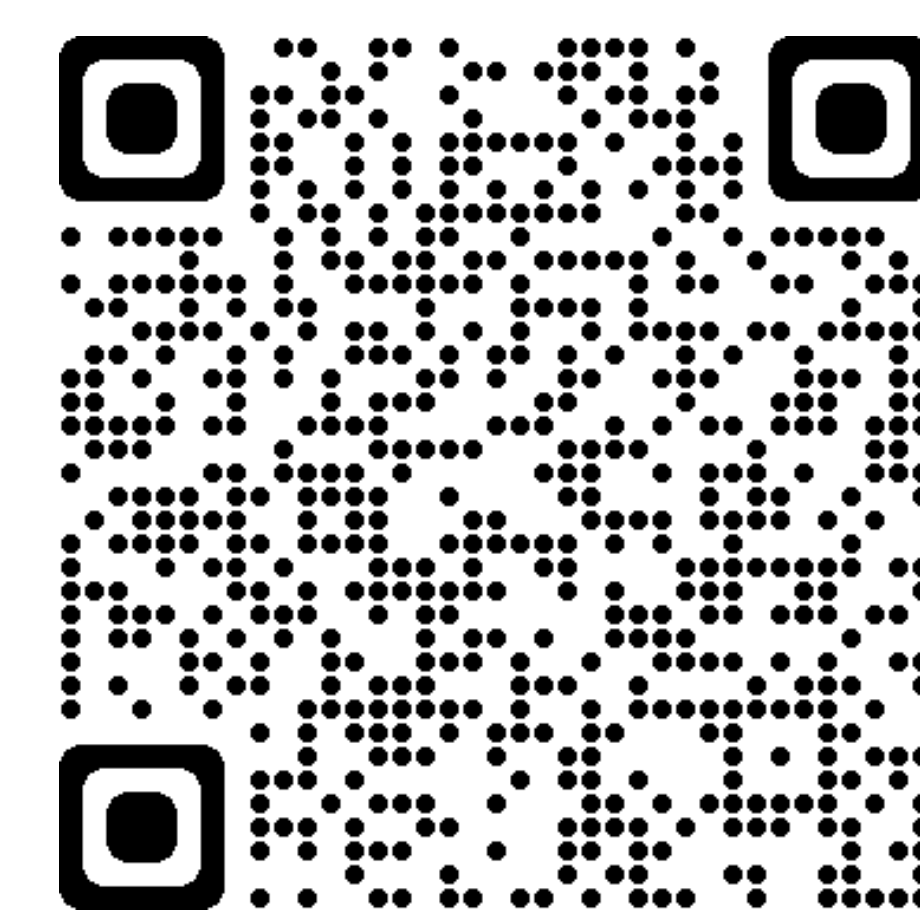
FOREBYGGE
DELIRIUM



RIKTIG
ERNÆRING



UNNGÅ SOSIAL
ISOLASJON



Resultater fra denne studien er publisert i tidsskriftet BMC Geriatrics. Scan QR-koden eller klikk [HER](#) om du vil lese mer!

Kontaktleger og kommunale hjemmetjenester

Et forbedringsprosjekt ved kreftseksjonen, medisinsk avdeling, Bærum sykehus

Bakgrunn

- Kreftpasienter har rett til å få oppnevnt en kontaktlege
- Kreftpasienter opplever å møte mange ulike leger
- Kommunale hjemmetjenester rapporterer at de ofte ikke får tilsendt informasjon om sykehusbesøk
- Med bakgrunn i tilbakemeldinger fra kreftpasienter og kommunale hjemmetjenester ønsker vi å bedre ivaretagelsen av kreftpasienter i Asker og Bærum
- Høsten 2020 ble det opprettet en ny mal for polikliniske notater ved kreftseksjonen som skulle ivareta behov for:
 - Kontaktleger
 - Legekcontinuitet
 - Kommunikasjon med kommunale hjemmetjenester

Pasient- og brukerrettighetsloven:

Pasient som har alvorlig sykdom, skade eller lidelse, og som har behov for behandling eller oppfølging av spesialisthelsetjenesten av en viss varighet, har rett til å få oppnevnt kontaktleger i samsvar med spesialisthelsetjenesteloven.

Spesialisthelsetjenesteloven:

Kontaktlegen skal være pasientens faste medisinskfaglige kontakt. Kontaktlegen skal være involvert i behandlingen eller oppfølgingen av pasienten.



Bildekilde: uio.no



Fremdeles møter kreftpasienter ulike leger på løpende bånd.

Kilde: Aftenposten september 2021



Kreftsyke har hatt 60 forskjellige leger

Kilde: NRK mars 2019

Mål:

- 1) Innen juni 2021 skal >95% av pasientene ha fått tildelt en kontaktlege.
- 2) Innen juni 2021 skal >90% av pasientene ha møtt samme lege ved minst to av de tre siste planlagte legetimene.
- 3) Innen juni 2021 skal polikliniske notater for >70% av pasienter ≥ 70 år informere om det er vurdert om informasjon skal sendes til kommunale hjemmetjenester

| | 2019* | 2021 |
|----------------------------------------------------|-------------|-------------|
| Antall med kontaktleger | 0% (0/73) | 70% (58/83) |
| Antall med samme lege minst 2 av 3 siste legetimer | 83% (47/57) | 94% (67/71) |
| Antall med samme lege alle 3 siste legetimer | 37% (21/57) | 52% (37/71) |
| Dokumentasjon kommunale tjenester | 4% (1/26) | 27% (11/41) |

* 2019 valgt som sammenligningsgrunnnet Covid-pandemi i 2020

Resultater

- Andelen pasienter med utnevnt kontaktlege økt fra 0% til 70%
- Andelen pasienter som møtte samme lege minst 2 av de 3 siste legetimene økte fra 83% til 94%
- Andelen pasienter ≥ 70 år hvor det var dokumenter om polikliniske notater skal sendes til kommunale hjemmetjenester økte fra 4% til 27%
- Selv om vi kun oppnådde 1 av 3 mål førte arbeidet til betydelige forbedringer for alle 3 forbedringsmål
- Vi ville ha oppnådd alle 3 forbedringsmål dersom den nye malen for polikliniske notater hadde blitt benyttet ved alle legetimer

Erfaringer

- Både den lovpålagte retten til en kontaktlege og samhandling med kommunale hjemmetjenester krever et aktivt arbeid. Malen for polikliniske notater innført høsten 2020 dokumenterer både kontaktleger og om notater skal sendes til kommunale hjemmetjenester, og skulle ivareta begge deler. Dette arbeidet førte til at flere pasienter fikk kontaktleger, bedret legekcontinuitet, og bedret samhandlingen med primærhelsetjenesten.
- Dette forbedringsarbeidet ble planlagt etter tilbakemeldinger fra pasienter om at det oppleves belastende å møte mange leger i et pasientforløp, og tilbakemelding fra kommunale hjemmetjenester om at de ikke mottar nødvendig dokumentasjon. For best mulig ivaretagelse av pasienter vil vi fortsette å lytte til deres tilbakemeldinger, samarbeide med deres behandlere i primærhelsetjenesten og la dem bli kjent med deres kontaktleger

Risikotavle + risikomøte = pasientsikkerhet?

Elektronisk pasientsikkerhetstavle

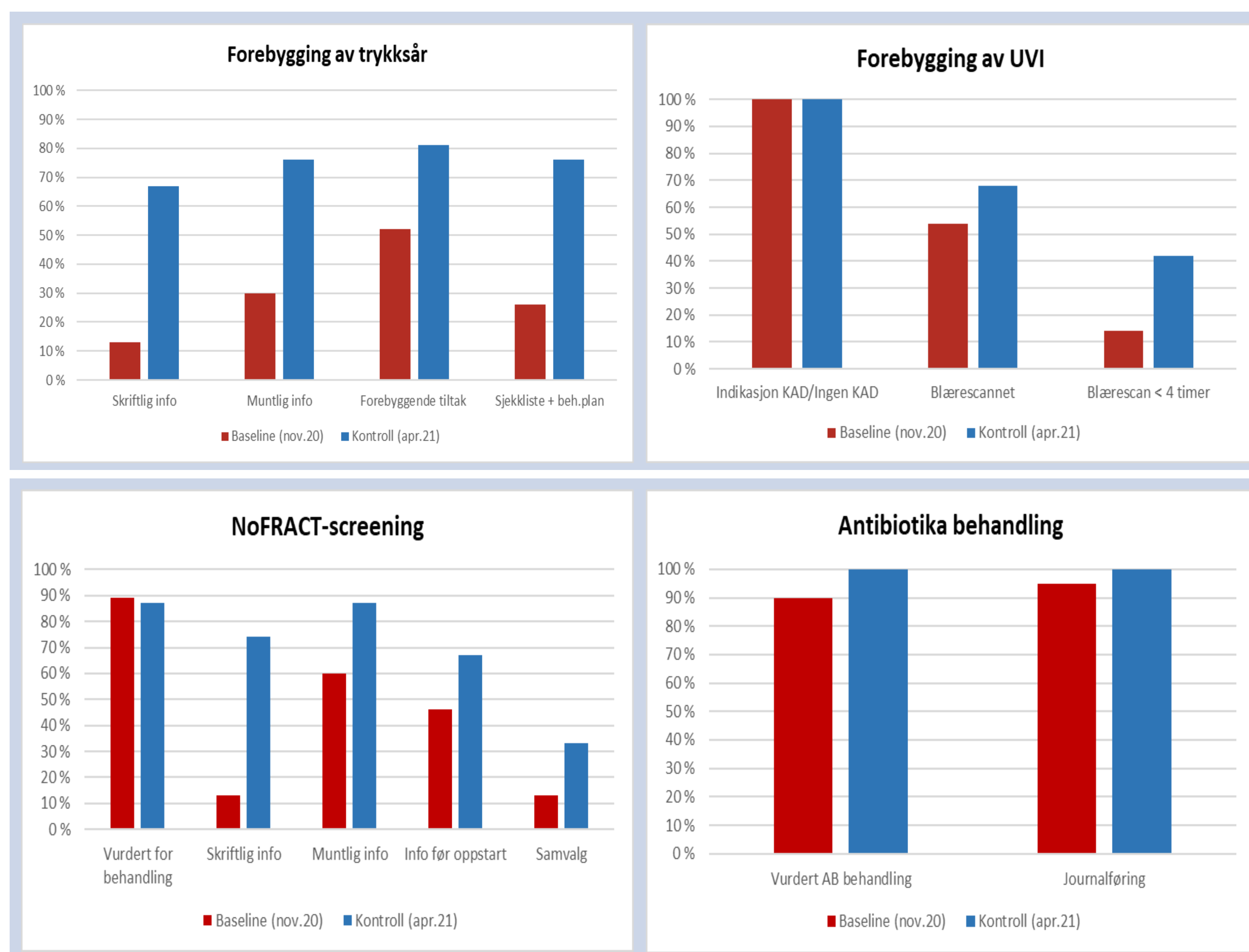
Bakgrunn

- Ved gjennomføring av risikomøte sammen med elektronisk pasientsikkerhetstavle, har sengeposten et ønske om:
 - Å arbeide mer systematisk med å følge opp risikoområder i en klinisk hverdag.
 - Å skape en arena for kontinuerlig forbedring i en travel hverdag.
 - Å utnytte den elektroniske tavlens potensial ved fortløpende «høsting» av data daglig (til en forbedringstavle).
- Det er valgt ut fire risikoområder hvor vi ønsket økt pasientsikkerhet.

| Risikotavle | | ## | Ortopedi A | | | | | | | | | | | |
|-------------|---------|------------|------------|----------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|-------|-------------------------------|-----------|----------------|-------------|---------------------|-----------------|
| Seng | Pasient | Dato | News | Forebygging trykksår | Overvåke antibiotika | Samstemming av legemiddellister | Tilsett operasjonsår | IPLoS | Forebygging urveisinfeksjoner | Nofract | Signert labvar | Planlagt ut | Bekreft gjennomgang | Avslutt pasient |
| 622 | 264587 | 02.05.2021 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 0 | 0 | 0 | 10.05.2021 | ✓ | ✓ |
| 624-1 | 695247 | 05.05.2021 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | Fullført | 0 | 06.05.2021 | ✓ | ✓ |
| 624-2 | 321585 | 03.05.2021 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 0 | Fullført | 0 | 06.05.2021 | ✓ | ✓ |
| 626 | 263545 | 02.05.2021 | 3 | 0 | 0 | 0 | 0 | 3 | 0 | igangsatt | 0 | 07.05.2021 | ✓ | ✓ |





Elektronisk pasientsikkerhetstavle

Resultat



Mål

Økt pasientsikkerhet gjennom:

-  Forebygging av trykksår. Ingen nyoppståtte trykksår under innleggelsen, **0 stk.**
-  Forebygging av sykehus påført UVI. Ingen nyoppstått UVI diagnose under innleggelsen, **0 stk.**
-  Gjennomføring av NoFRACT-screening. Inkludere alle aktuelle pasienter, **100%.**
-  Riktig bruk av bredspektret antibiotikabehandling. Ansvarlig lege skal selv vurdere eller konferere med indremedisiner, og lage en journalført plan på alle pasienter som behandles med antibiotika, **100%.**

Måloppnåelse: innen mai 2021

Metode

Det er brukt målemetodene:

- Spørreskjema til pasienter.
- Klinisk undersøkelse av pasienter.
- Elektronisk journaldykk i DIPS og MetaVision.

Resultater fra målinger er fremstilt via statistisk prosess kontroll (SPC) med baseline målinger (målinger i perioden før prosjektperioden) og målinger etter prosjektperioden. Hovedsakelig bruk av Pareto-diagram.

Konklusjon

Forbedringsarbeidet viser at ortopedisk sengepost har økt pasientsikkerhet gjennom systematisk fokus på aktuelle risikoområder ved bruk av elektronisk pasientsikkerhetstavle.

Resultatene viser progresjon i hvordan dette er oppnådd gjennom spesielt fokus på *forebyggende tiltak*.

Forbedringstavle

Elektronisk forbedringstavle ble laget og installert i forbindelse med oppstart av forbedringsarbeidet.

- Tavlen er på 24 timer i døgnet.
- Oppdateres daglig:
 - Viser status og informasjon «høstet» fra elektronisk pasientsikkerhetstavle.
 - Viser resultater gjennom målinger gjort underveis i arbeidet mot målet.
 - Informerer om forebyggende tiltak for å nå målet.

Hensikten med tavlen er å engasjere og motivere de ansatte ved at de kontinuerlig får oppdatert informasjon om hvordan det går med det felles arbeidet på veien mot forbedring.



Elektronisk forbedringstavle

Strukturert utredning av livmorhalsforandringer

- Gynekologisk poliklinikk Bærum sykehus

Mål

- Etablere selektert poliklinikk for utredning av livmorhalsforandringer.
- Bemanne poliklinikken med trenet personell, både leger og sykepleier.
- Heve kompetansen i kolposkopi med henblikk på kvalitetssikring av diagnostikk.
- Tilby pasientene strømlinjeformet utredning med standardisert informasjon om prosedyren i forkant.

Bakgrunn

Gynekologisk poliklinikk utreder kvinner med livmorhalsforandringer påvist ved celleprøver tatt hos fastlege eller gynekolog. Vi har ca. 300 slike besøk årlig, hvor vi starter en utredning som innebærer kolposkopi (mikroskopi av livmorhalsen).

Av kvinnene som utredes vil noen anbefales videre behandling. Dette heter konisering, hvor man i lokalbedøvelse fjerner en liten del ytterst på livmorhalsen. Hos oss har vi ca. 170 slike behandlinger årlig.

Pasientene på vår poliklinikk har tidligere vært undersøkt av leger med ulikt kompetansenivå. Økt fokus i media og økt forekomst av livmorhalsforandringer motiverte oss til å etablere mer strukturert utredning av disse kvinnene.



Metode

Prosjektet ble forankret hos avdelingsleder og et forbedringsteam ble opprettet med både leger, sykepleiere og sekretærer. Sammen etablerte vi den selekterte poliklinikken (DYSPOL).

To leger i avdelingen meldte seg på internasjonal videreutdanning i kolposkopi, et kurs over 30 uker med krav om å dokumentere 100 kolposkopier. De sertifiseres høsten 2021. To dedikerte sykepleiere ble rekruttert, og fikk undervisning av overlege Ameli Tropé.

Legene utviklet en standard journal med det allerede internasjonalt anerkjente scoringsverktøyet SWEDE score. Denne gjenspeiler funnet ved kolposkopi, og sikrer en systematisk utredning. Utstyret ble deretter systematisert og fornyet. Med kvinnen sitt samtykke ble fotodokumentasjon av livmorhalsen lagt inn i journalen.

Ved behandling (konisering) ble pasientene registrert i et internt kvalitetsregister (SPSS), samt et nasjonalt register (KREMT).

Resultat

- Poliklinikken (DYSPOL) er nå et fast tilbud hver torsdag, og ca. 100 pasienter er allerede utredet her fra april-september 2021.
- Poliklinikken er bemannet av fast trenet personell, både sykepleiere og leger.
- De to legene har snart fullført kravet til antall kolposkopier, samt teoridelen av det internasjonale kurset.
- Det ble utarbeidet et infoskriv som ble tilsendt på forhånd, slik at kvinnene var best mulig forberedt.



Tryggere som nyfødte på føde- og barselavdelingene i Vestre Viken



Bakgrunn

- 4 føde- og barsel avdelinger med 4500 fødsler per år
- 115 forskjellige lokale prosedyrer
- Ulik praksis på sykehusene som kan medføre økt risiko for sårbare nyfødte
- Felles barneleger lokalisert på Barne- og ungdomsavdelingen, Drammen sykehus
- Forvirrende for barneleger å forholde seg til forskjellige prosedyrer som ikke nødvendigvis er oppdaterte
- Behov for felles verktøy for å vurdere nyfødte klinisk

Mål

Økt kvalitet i behandling av nyfødte og premature på føde- og barselavdelingene i Vestre Viken gjennom:

- Felles kunnskapsbaserte prosedyrer
- Tidlig identifisering av syke nyfødte for å unngå komplikasjoner eller unødvendig overflytning til Nyfødte Intensiv
- Innføring av tidlig varslingskår nyfødte (TVS-N) for å sikre systematisk og objektiv vurdering av nyfødte

Metode

- Tverrfaglig arbeidsgruppe fra alle sykehusene (jordmødre, barnepleier, anestesilege, nyfødtleger)
- Månedlige digitale møter
- Felles mål og strukturert prosess
- Prosedyre utarbeidet lokalt, sendt til høring hos nyfødtleger og fagutviklere
- Felles møter og undervisning digitalt før implementering
- Utarbeidet undervisningsfilm så alle får enhetlig opplæring og lett tilgang til oppfrisking av undervisningen
- 3 måneder utprøving før godkjenning på Vestre Viken nivå



Resultater

- Arbeidsgruppen bidro til faglig oppdatering av TVS-N nasjonalt, og i Metavision
- TVS-N ble implementert på alle 4 føde- og barselavdelingene
- 5 felles prosedyrer ble utarbeidet og dekker de fleste problemstillinger hos nyfødte (infeksjon, hypoglykemi, screening av hjertefeil og respirasjonssvikt, barnelegeundersøkelse)
- Lokale prosedyrer arkivert



TVS-N

NYFØDTE MED RISIKO - KRYSSE AV AKTUELLE RISIKOFAKTORER

Barnets ID (personnummer)

INGEN RISIKOFAKTORER

Risikofaktorer for infeksjon

Vannvekt > 21 kg, Vekt 2 dager etter fødsel > 3000 g

Maternell fødselsvekt > 4000 g

Konjugert antibiotika (penicillin)

Mer 085 antbiotika, Mer 2 dager antibiotika IV

085 infeksjon hos barn, Mer 2 dager antibiotika IV

Intraperitoneale

Motlagte fødselsvekt som krever intervensjon*

≥ 17,00 (vaskulære)

BE ≤ 12 mmHg (vaskulære)

Ansatt (spesifiser)

Ansatt

Vestretid > 5 minutter

Mer 1 oppgjør < 6 timer før lokal

Etter innleggelse

Minst 200 g

Etter utslipp: Spise kostholdet 41 etter lokal

Etter utslipp

Ansatt (spesifiser)

Metabolsk: Blodsukkerovervåking

Maternell diabetes

Maternell bruk av beta blokkere

TV > 2000 g

FV > 4700 g

GA < 37 uker

Angitt < 6 eller 8 min

SGA-pasienter (gram 01/Januar 8, 2000)

| | |
|------------------|---------|
| Antall GA (uker) | 38 uker |
| 27 | 2300 |
| 38 | 2300 |
| 39 | 2300 |
| 40 | 3000 |

Barn som skal ha legemiddelløst

| | |
|-------------------------------------------|------------------|
| Spislig postpartum / over levetidspunktet | < 18 timer etter |
| 440 | 3000 |

Kategoriene oppgjør

| | |
|--------|---------|
| Antall | 38 uker |
| 37 | 2000 |
| 38 | 2000 |
| 39 | 3000 |
| 40 | 3000 |

Antall

Disse instruksjonene er ment for å sikre overvåking og oppfølging med alle risiko for komplikasjoner. De kan avvike fra å gjenspeile lokale forhold/vevingsplaner. *Nærvær av antibiotika IV - vevingsplan antibiotika/risiko med 2 til 3 dager to for lokal. *Intraperitoneale er inkludert i alle prosedyrer som krever barnelege eller anestesilege.

RESPONSSKJEMA Tidlig varslingskår-nyfødte TVS-N

| | RØD | GUL | HVIT | GUL | RØD |
|--------------------------------|-------|----------------------|----------------------|------------------|----------------------------|
| Respirasjonsfrekvens (per min) | ≤ 30 | 31 - 39 | 40 - 60 | 61 - 79 | ≥ 80 |
| Pressing | Ja | Nei | Ja | Nei | Ja |
| Preduktal SpO ₂ | < 90 | 90 - 94 | > 94 | | |
| Postduktal SpO ₂ | < 90 | 90 - 94 | > 94 | | |
| Fot (S ₂) | | | | | |
| Puls i hvile (per min) | ≤ 80 | 81 - 94 | 95 - 160 | 161 - 174 | ≥ 175 |
| Bevissthetsnivå | | | Aktiv/våken til mat | Sittet/irritabel | Hypoton, vanskelig å vekke |
| Temperatur (°C) | ≤ 36 | 36,1 - 36,4 | 36,5 - 37,5 | 37,6 - 37,9 | ≥ 38 |
| Blodsukker mmol/l | < 2,0 | 2,0 - 2,5 | > 2,5 | | |
| Bruk lokal prosedyre | | Bruk lokal prosedyre | Bruk lokal prosedyre | | |

Alle barnet med risikofaktor: ny skåring ved 12 og 24 timer

1 gul → Varsle ansvarshavende jordmor og ny skåring innen 30 minutter

≥ 2 gule → Umiddelbart varsle ansvarshavende jordmor og samtidig varsle barnelege

1 rød → Varsle ansvarshavende jordmor og tilkalle barnelege. Fortsett kombinert overvåking

≥ 2 eller flere røde, ≥ 2 hvite røde er bevissthetsnivå

Hvis du er bekymret for barnets tilstand, fortsatt overvåking og tilkall lege uavhengig av skåringsverdi. Ta kontakt med:

- Forevakt barnelege for enkelt problemstilling (calling 7040 kl 7.45-15; 7800 kl 15-7.45)
- Bakvakt barnelege (9566466) og anestesilege (815, 85, 83) for alvorlig tilstand eller overflytning.

Dokumenter alle kliniske funn og all kommunikasjon, inkl videre planer for videre observasjon og behandling.

Konklusjon

Målsetninger er oppnådd gjennom godt tverrfaglig samarbeid, digitale møter og at alle utførte sine oppgaver til riktig tid. Dette har bidratt til felles praksis, bedre kommunikasjon og tettere samarbeid mellom sykehusene. Nyfødte behandles nå likt og i følge de nyeste anbefalingene. TVS-N benyttes til systematisk skåring av alle nyfødte. Dette bidrar til tidlig diagnostisering og optimal behandling. Arbeidet med felles oppdaterte prosedyrer og færre lokale prosedyrer fortsetter.

Utarbeidet av:

Kine Vazon (Barnepleier), Anne Grønnevik (jordmor), Flore Le Marechal (barnelege), Heidi Kleven Meland (rådgiver)

Fjernstyrt CT og ambulansedrevet slagbehandling

Oppgaveglidning, ny teknologi og tverrfaglig samarbeid til pasientens beste

Problemstilling

- I 2019 ble det registrert 9022 hjerneslag i Norge. 86 % var hjerneinfarkt, 13% hadde hjerneblødning. 22% av de med hjerneinfarkt fikk trombolyse (ref. Norsk hjerneslagregister).
- Ved et større hjerneinfarkt dør ca. 2 millioner hjerneceller hvert minutt.
- Trombolyse (proppløsende behandling) må administreres innen 4,5 timer etter symptomstart og virker best ved tidlig behandling
- Fra lengst vest i Hol kommune er transporttida med rød respons 130 minutter til Ringerike Sykehus (RS), tilsvarende transport til Hallingdal Sjukestugu (HSS) på Ål er 38 minutter.
- Trombolyse skal ikke administreres til pasienter med hjerneblødning og kun CT/MR kan skille mellom blødning og infarkt.
- HSS har CT maskin, men mangler radiograf i døgnberedskap.

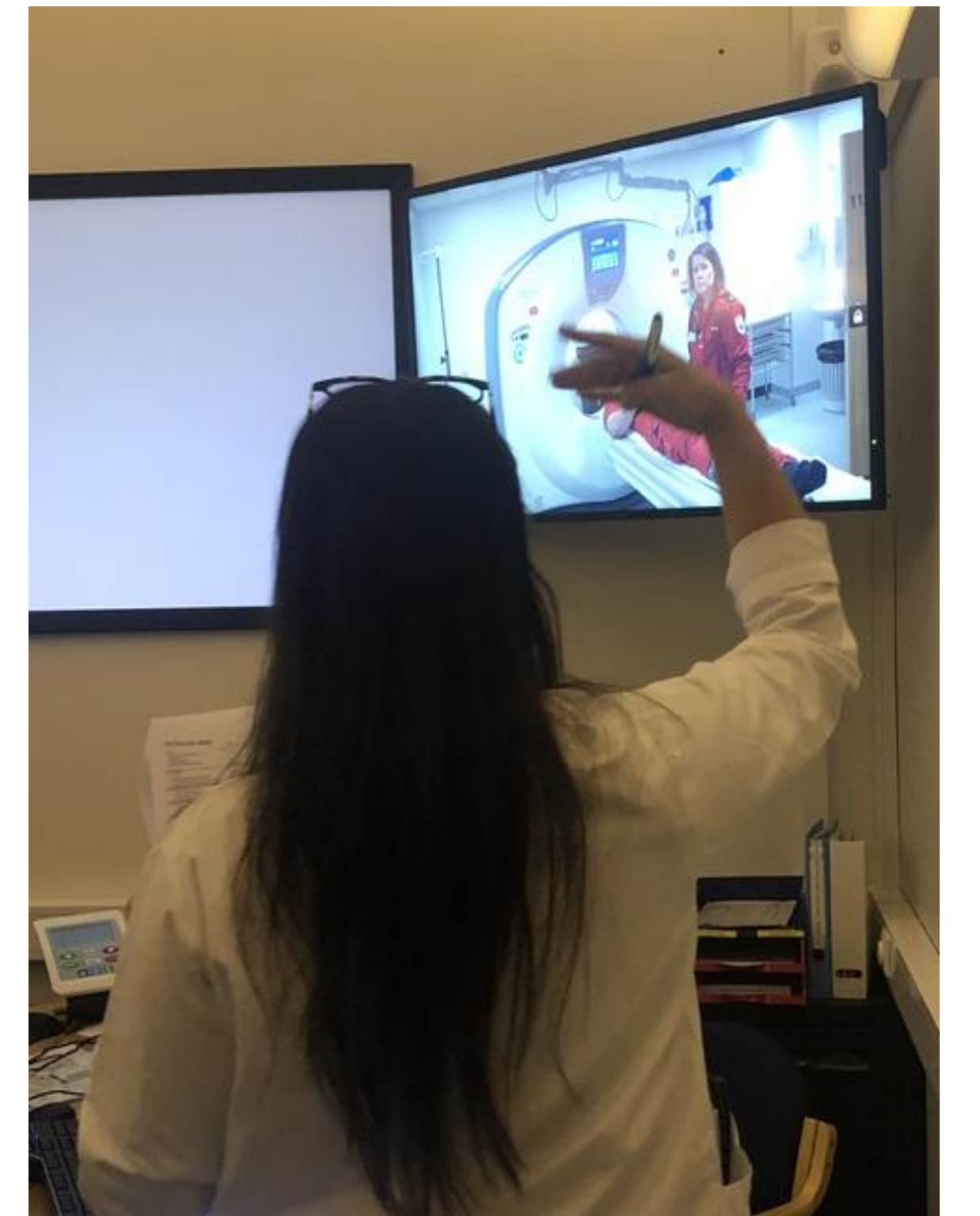
Løsning

Ambulansepersonell stasjonert på Base Ål får opplæring i strålevern, pasientposisjonering, utføre neurologisk undersøkelse og administrering av aktuelle medikamenter. På denne måten er de legens og radiografens forlengede arm via videokonferanse og en fjernstyrt CT-skanner. Ambulansepersonellet er på HSS, radiograf og lege er på RS.



Samhandling og oppgaveglidning

Ambulansepersonell utfører andre arbeidsoppgaver enn de tradisjonelt gjør. Radiografer og LIS-leger utfører kjente oppgaver på utradisjonell måte. Det er et stort antall personer som skal kunne utføre sine oppgaver og antall hendelser er få. Det er derfor viktig med jevnlig øvelser, samt tydelige og enkle prosedyrer for å kunne gi pasienten den beste behandlingen effektivt og trygt.



Positive ringvirkninger utenom rask trombolyse

- Reduksjon i antall ambulansetransporter med rød respons fra Hallingdal til RS.
- Pasienter med hjerneblødning kan få blodtrykksenkende medikamenter før transport til Ringerike Sykehus. Dette bedrer prognose med tanke på funksjonstap og dødelighet.
- Pasienter avklares lokalt og behandles på rett omsorgsnivå.
- Pasienter får palliativ pleie i sitt nærmiljø, noe som kan gjøre det mulig for pårørende å være tilstede.

Praktisk gjennomføring

- Ambulansepersonell tar kontakt med vakthavende LIS på RS som vurderer om pasienten er aktuell for akutt CT av hodet på HSS.
- Via videokonferanse overvåker og bistår radiograf ambulansepersonell i posisjonering av pasient.
- CT-undersøkelse av hodet gjøres fjernstyrt av radiograf på RS. Bordbevegelse og scanning utføres av ambulansepersonell på HSS under veiledning av radiograf på RS.
- Når CT-undersøkelsen er gjort utfører radiograf rekonstruksjoner av bildeserien. Bildene overføres til PACS og kan åpnes i DIPS.
- Samtidig utfører ambulansepersonell neurologiske undersøkelser under veiledning av LIS-lege for å fastsette en NIHSS-score.
- Når NIHSS-score er satt og CT-bildene tolket bestemmes behandling av LIS-lege.

Resultater

Tall fra prosjektet forventes publisert i løpet av 2022.

Hittil har 47 pasienter fått utført fjernstyrt CT-undersøkelse av hodet og videoveiledet akutt slagbehandling

Foreløpige data viser at trombolyseandelen for pasienter med hjerneinfarkt fra Hallingdal ligger på 30-35%.



Optimalisering av interne kontrollrutiner

Forenkle interne kontrollrutiner og preparering av kontrollmateriale for analyseinstrumentet Cobas 6000

Introduksjon

- Seksjon for medisinsk biokjemi, Ringerike sykehus benytter i dag 36 individuelle kontrollmaterialer fordelt på ca. 65 analyser på sitt analyseinstrument Cobas 6000.
- Bioingeniør må gjøre svært mange vurderinger ifht klargjøring av kontrollmaterialene hver dag, noe som er tidskrevende og til tider komplisert for de som ikke har ansvaret for oppstart ofte. Dette fører bl.a til mye unødvendig tidsbruk og forbruk av kontrollmaterialer og reagenser.
- Over- og fagbioingeniørene på faggruppen bruker svært mye tid på preparering og oppfølging av alle enkeltkontrollene. Ved hver ny kontrollot må den nye loten analyseres minst 10 dager, og vurderes og godkjennes før den tas i bruk. Dette krever mye tid og ressurser.
- Ansatte har gitt tilbakemelding at de synes det kan være for krevende å betjene instrumentet og ha oversikt over alle kontrollene.

Endringsideè

- Færre individuelle kontroller. Benytte liquid-kontroller der det er mulig.
- Faste og enkle rutiner når det skal tas nytt kontrollmateriale.
- Innføre rutine på fast mengde kontrollmateriale som brukes ved hver analysering.
- To-tre faste kontrollnivåer per analyse skal analyseres hver dag.



Mål

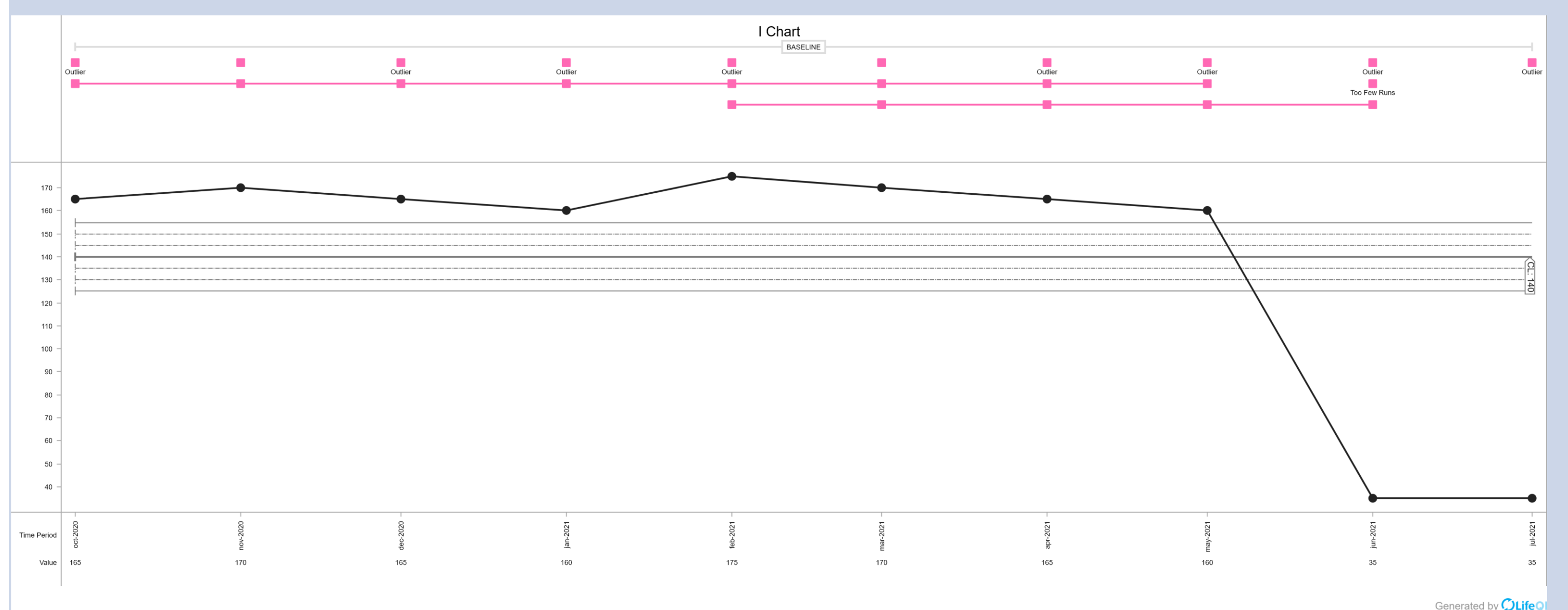
- Oppnå 40% reduksjon i antall kontrollmaterialer:
 - redusere fra 36 til 21 individuelle kontroller, ca. 45% reduksjon
 - redusere frysetørrede kontroller fra 15 til 7, ca. 53% reduksjon
- Forenkle interne kontrollrutiner og preparering av kontrollmateriale innen juni 2021.

Metode

- Kompetanseprogrammet Kontinuerlig forbedring ble brukt.
- Forbedringsgruppen besto av tre personer fra seksjonen, avd. overlege og veileder kvalitetsleder i MBK.
- Hele forbedringsarbeidet tok 9 måneder fra planleggingsfasen til implementering av nye rutiner.

Målinger og resultat

- Det som er målt og beregnet er tidsbruk på oppløsning og fordeling av frysetørrede kontroller før og etter endring.
- Ved å bruke de eksisterende loggene over oppløsning av kontroller, ser vi hvor ofte hver enkelt kontroll har blitt løst opp de siste 6 mnd. Vi har over et tidsrom på ca. 2 mnd. dokumentert på et eget skjema, hvor mye tid som er brukt til dette. Ved å sette sammen disse to datasettene, har vi kunnet fastslå ca. hvor mye tid som er brukt per mnd.
- Ved å fjerne målingene for kontrollene som blir erstattet med liquid-kontroller ser vi hvor mye tid som er spart. Det er derfor satt inn to fiktive punkter for juni og juli for å kunne se endringen.
- Gjennomsnittet før endring var 175 min og etter 35 minutter.



Tidsbruk per måned

Refleksjon og konklusjon

- Prosjektet var ikke optimalt for denne typen forbedringsarbeid:
 - pga. begrensninger på instrument og software, samt krav vi har til daglige kontroller, var det vanskelig å utføre småskallatesting og målinger.
 - dette ble løst ved å kartlegge nå-situasjon godt og simulere utfallet ved forskjellige endringer.
- Vi startet opp med de nye kontrollene 28.05.21, med reduksjon i antall kontrollmaterialer ihht fastsatt mål.
- Endringen har frigjort tid for faggruppen da vi får færre kontrollmaterialer å følge opp, samt færre vi må preparere.
- Forenklede rutiner for alle som drifter instrumentet, mer uniforme rutiner på flere kontroller, færre vurderinger som må tas hver dag.
- Spørreskjema til aktuelle ansatte skal sendes ut ila høsten for å få kartlagt hvordan de synes endringen har vært, og om det er blitt noen forbedring.
- Forbedringsprosjektet blir videreført i samarbeid med de andre seksjonene i MBK.



KMD-LAB-MIK-BS Raskere svar på blodkultur BS, RS, KS

BS = Bærum sykehus, RS = Ringerike sykehus, KS = Kongsberg sykehus

Kontinuerlig forbedring kull 2 2020-2021

Bakgrunn

Blodkultur tas ved mistanke om sepsis (blodforgiftning). Da tappes blod i en viss mengde på flaske som blir satt inn i inkubator for at bakterier skal vokse. Det er viktig at laboratoriet kan identifisere raskt hvilke bakterier som vokser i flasken.

Det er to forhold som har innvirkning på svartiden.

- MIK-BS: Åpningstid til kl. 15 alle dager.
- RS/KS: Positive flasker (med bakterievekst) sendes med bud til mikrobiologisk laboratorium på BS/DS en gang i døgnet med avgang kl. 09.30-10:00.

Dette er et problem fordi de dårligste pasientene kan få sent svar og forsinket behandling.

Mål

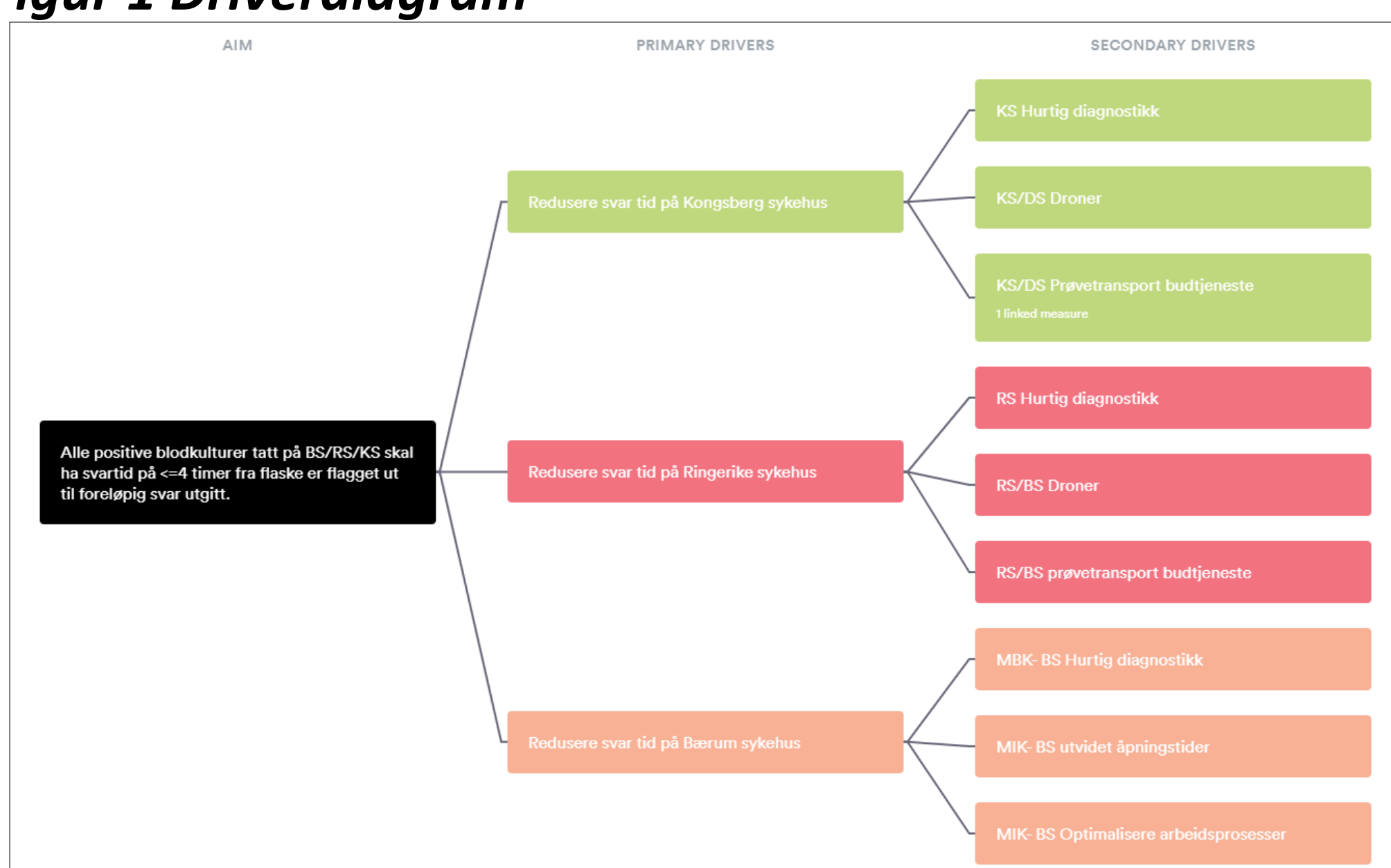
Alle positive blodkulturer tatt på BS/RS/KS skal ha svartid på ≤ 4 timer fra flaske er positiv til foreløpig svar utgitt.



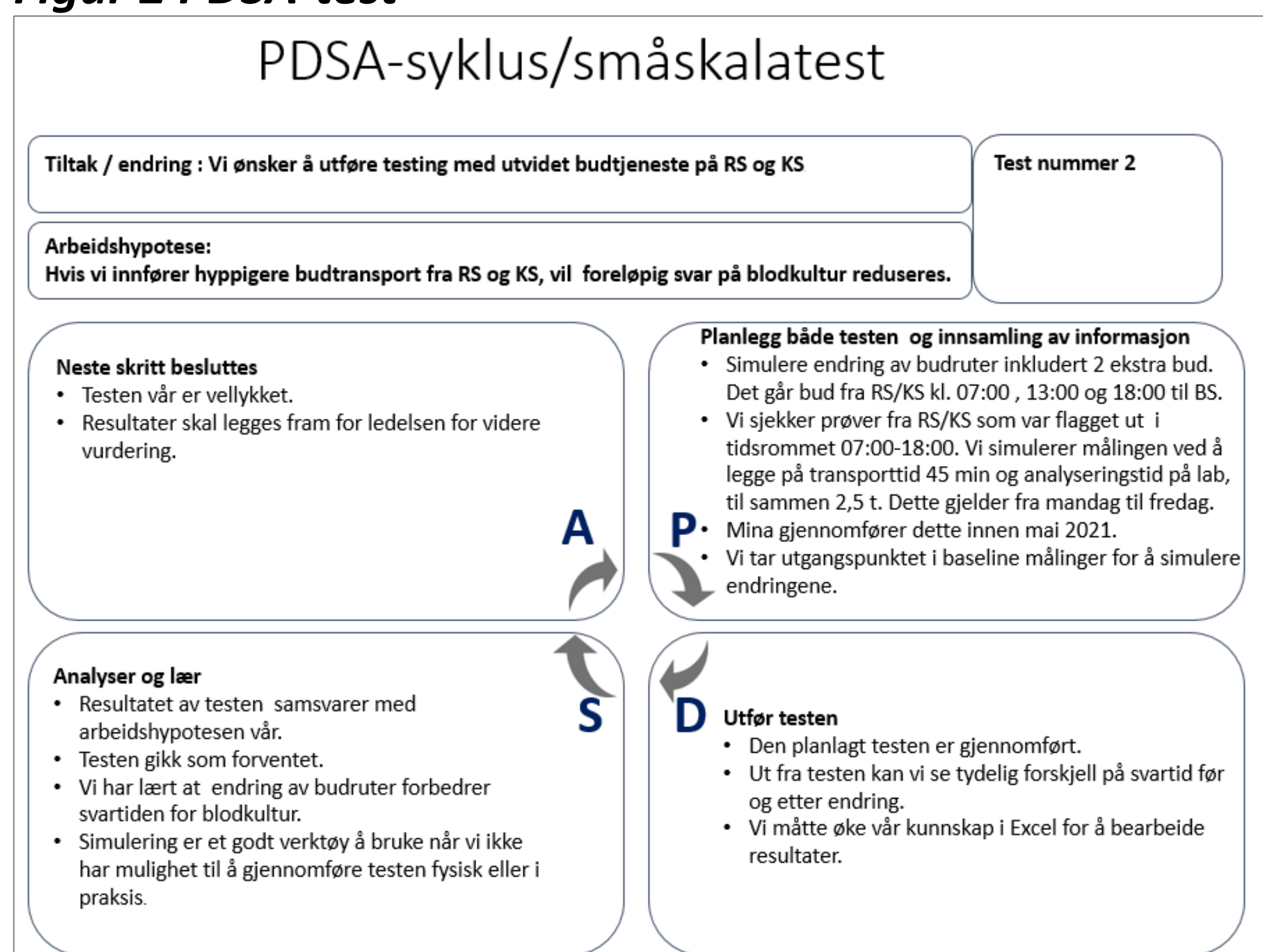
Metode

- I dette prosjektet har vi brukt metoden Kontinuerlig forbedring.
- Vi startet med en idemyldring om hva som er utfordring, hva skal vi oppnå og hva som må til for å oppnå målet.
- Vi utarbeidet driverdiagram. *Figur 1.*
- Vi testet forskjellige ideer i liten skala gjennom PDSA-testing (Plan, Do, Study, Act). *Figur 2.*
- Målinger ble satt inn i SPC program. *Figur 3.*

Figur 1 Driverdiagram



Figur 2 PDSA-test



Resultater

Resultatene er basert på simulering og småskallatesting. Forbedring av svartid vises i tabellen under. *Figur 4.*

- På **MIK-BS** reduseres svartid fra ca.10 timer til 2 timer med hurtiginstrument og fra 10 timer til ca. 8 timer hvis MIK-BS innfører utvidet åpningstid til kl. 21 på hverdager.
- På **RS** reduseres svartid fra ca. 14 timer til ca. 7,5 timer ved to ekstra bud og til ca. 1,5 timer ved innføring av hurtiginstrument.
- På **KS** reduseres svartid fra ca.17 timer til ca. 8 timer ved innføring av to ekstra bud og til ca. 1,5 timer ved innføring av hurtiginstrument.

Figur 4 Forbedring av svartid

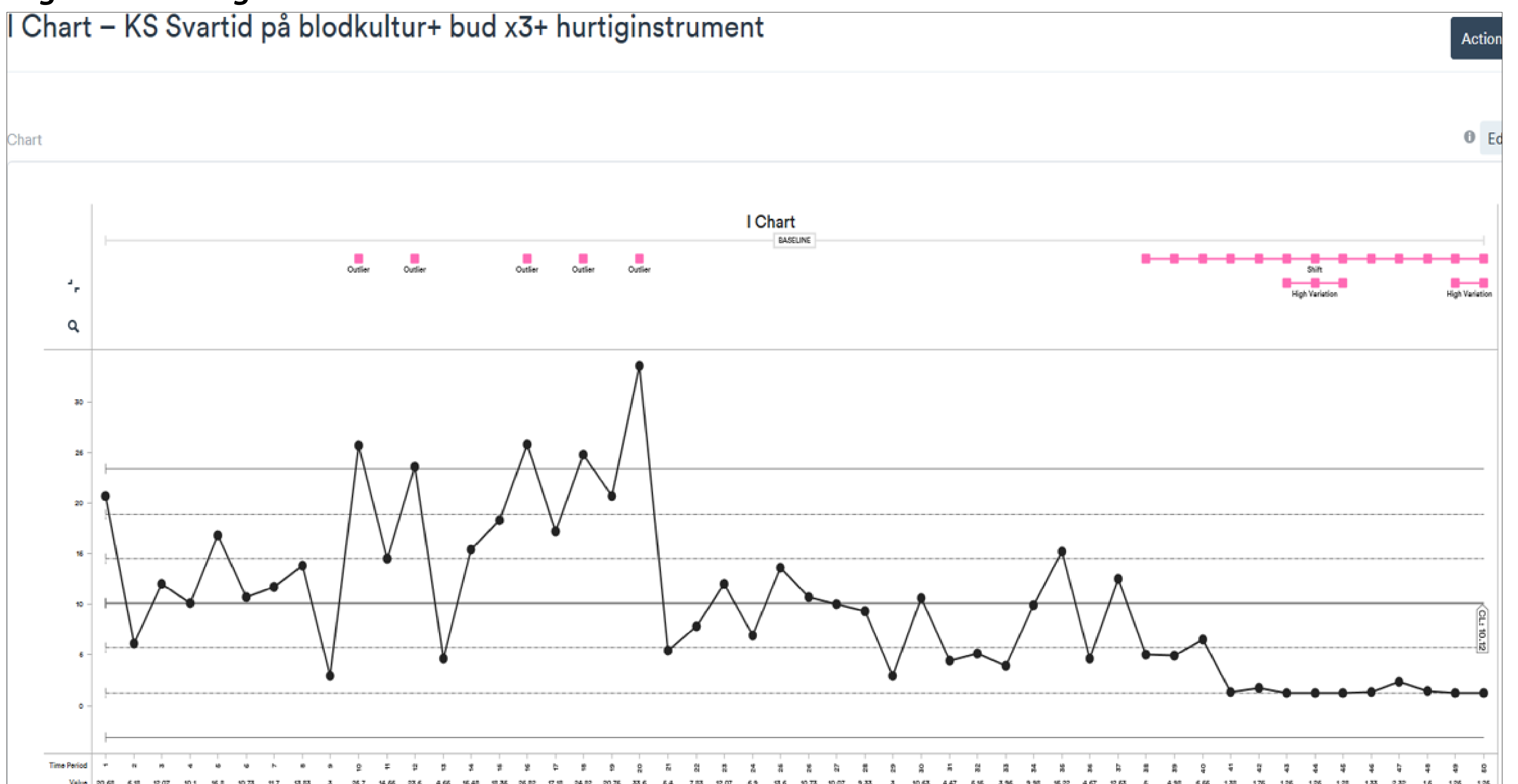
| Gjennomsnittlig tid fra utflagging til foreløpig ID. | | | |
|------------------------------------------------------|-------------|--------------|--------------|
| | BS | RS | KS |
| Baseline målinger | ca.10 timer | Ca. 14 timer | ca. 17 timer |
| Åpningstid BS | Ca.8 timer | | |
| Budtjeneste | | ca.7,5timer | ca.08 timer |
| H.instrument | ca.2 timer | ca 1,5 timer | Ca 1.5 timer |

Konklusjon

Innføring av hurtiginstrument er det eneste tiltaket som innfrir vårt krav om foreløpig svar ≤ 4 timer fra flaske er positiv til foreløpig svar utgitt.



Figur 3 SPC-diagram



ELEKTRONISK RISIKOTAVLE

Medisin 2, Sykepleieavdelingen, Kongsberg sykehus.

Bakgrunn

- Pilotprosjekt fra Vestre Viken. Første avdelingen på Kongsberg sykehus
- Samarbeid med analyseavdelingen i Vestre Viken
- Gammel tavle lite oversiktlig
- Fra håndskrift til trykt skrift, mer tydelig skrift

Hvorfor

- Fokus på pasientsikkerhet
- Tidsbesparelse- automatisk oppdatering fra dips
- Gir god oversikt over de ulike risikoområdene
- Historikken blir lagret
- Oversiktlig for legevisitt, med triage og ansvarlig lege og sykepleier

Stolt avdeling med ny tavle

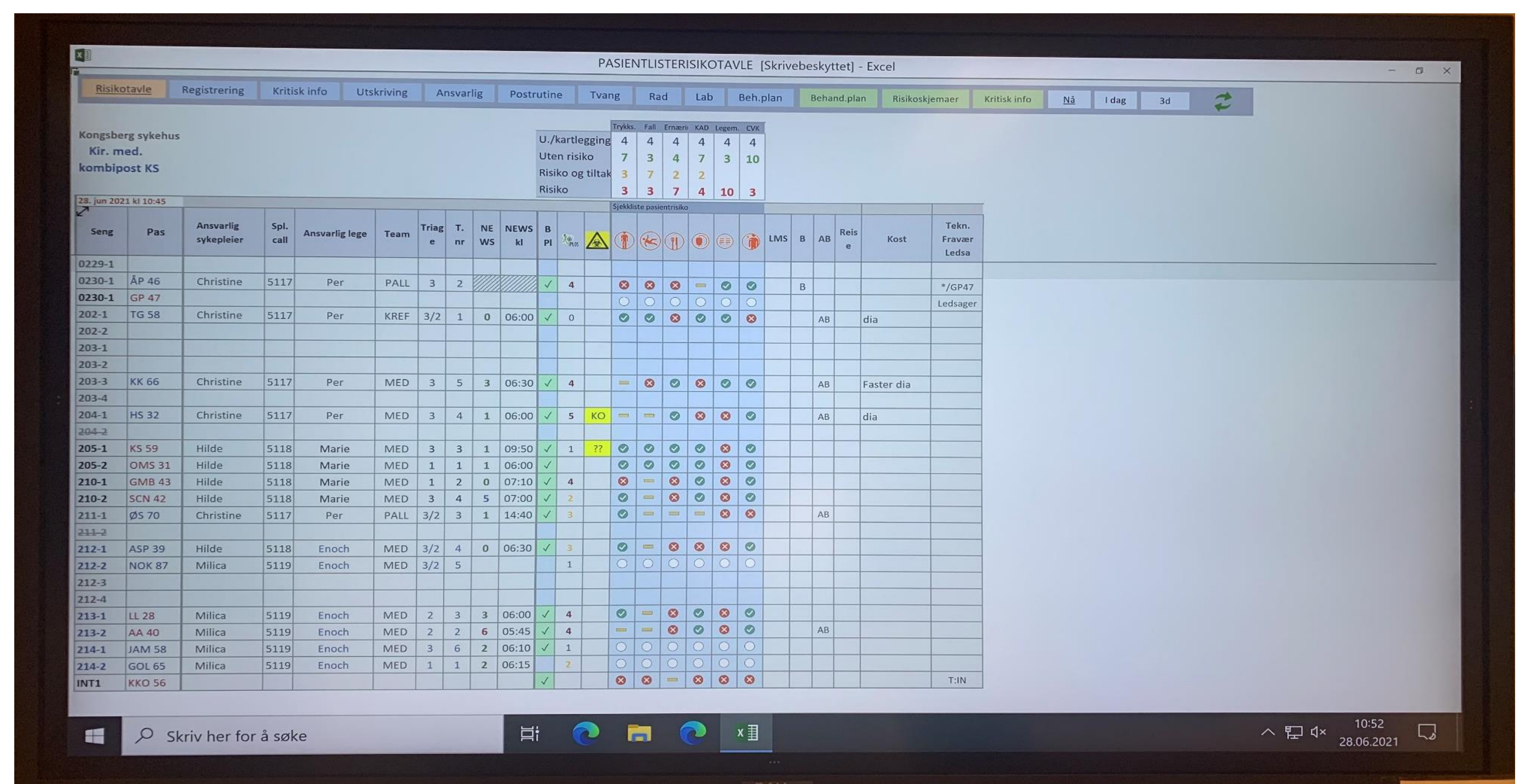
Fra venstre
Hege Jakobshaug
Monica Bollerud
Kjersti Trollerud



Veien videre

- Analyseavdelingen jobber videre mot MetaVision for å få overført automatisk NEWS, LMS
- Tverrfaglig møter med fokus på BP, risikoområdene, PLO
- Hvilke rekvisisjoner er nødvendig – fysio, undersøkelser

Fra manuell til digital tavle



Etablering av simulerings- og kompetanse enhet (SimKom) på KS

Bakgrunn for etablering

- Kultur for bruk av simulering som læringsmetode for bla. AHLR og mottaksteam
- VV HF kom med et styrevedtak på etablering av en simuleringsenhet for å satse på kompetanseutvikling som kompensasjon for bortfall av akuttkirurgi
- Penger ble satt av i BRK prosjektet til ombygging
- Medisinsk avdeling fikk testamentert en pengegave som ble brukt til innkjøp av en SimMan 3G dokke
- Satsing på utdanning av TTT (train-the-trainer) instruktører



Visjon

SimKom skal være et sted for trygg læring i trygge omgivelser med mulighet for intern og kollektiv vekst ved hjelp av ferdighetstrening og simulering

Oppgaver

- Regelmessige teamtreninger:
 - ✓ Medisinsk mottaksteam
 - ✓ Nødteam
 - ✓ Sepsisteam
 - ✓ Trombolyseteam
- Ferdighetstrening
 - ✓ AHLR/HLR
 - ✓ Innleggelse og observasjon av thoraxdren
 - ✓ Innleggelse og stell av tracheostomi.
 - ✓ SVK/PVK stell mm
- Møteplass for fagutviklingssykepleiere med kompetansebygging på tvers
- Kursvirksomhet: ProACT
- Jobbe med utviklingen av SimKom, planlegging og fasilitering av læring.

Kompetanseutvikling i VV

Vestre Vikens har i sin visjon mot 2025 fokus på likeverdige tjenester i helseforetaket og sier at kompetanseutvikling blir en kritisk suksessfaktor

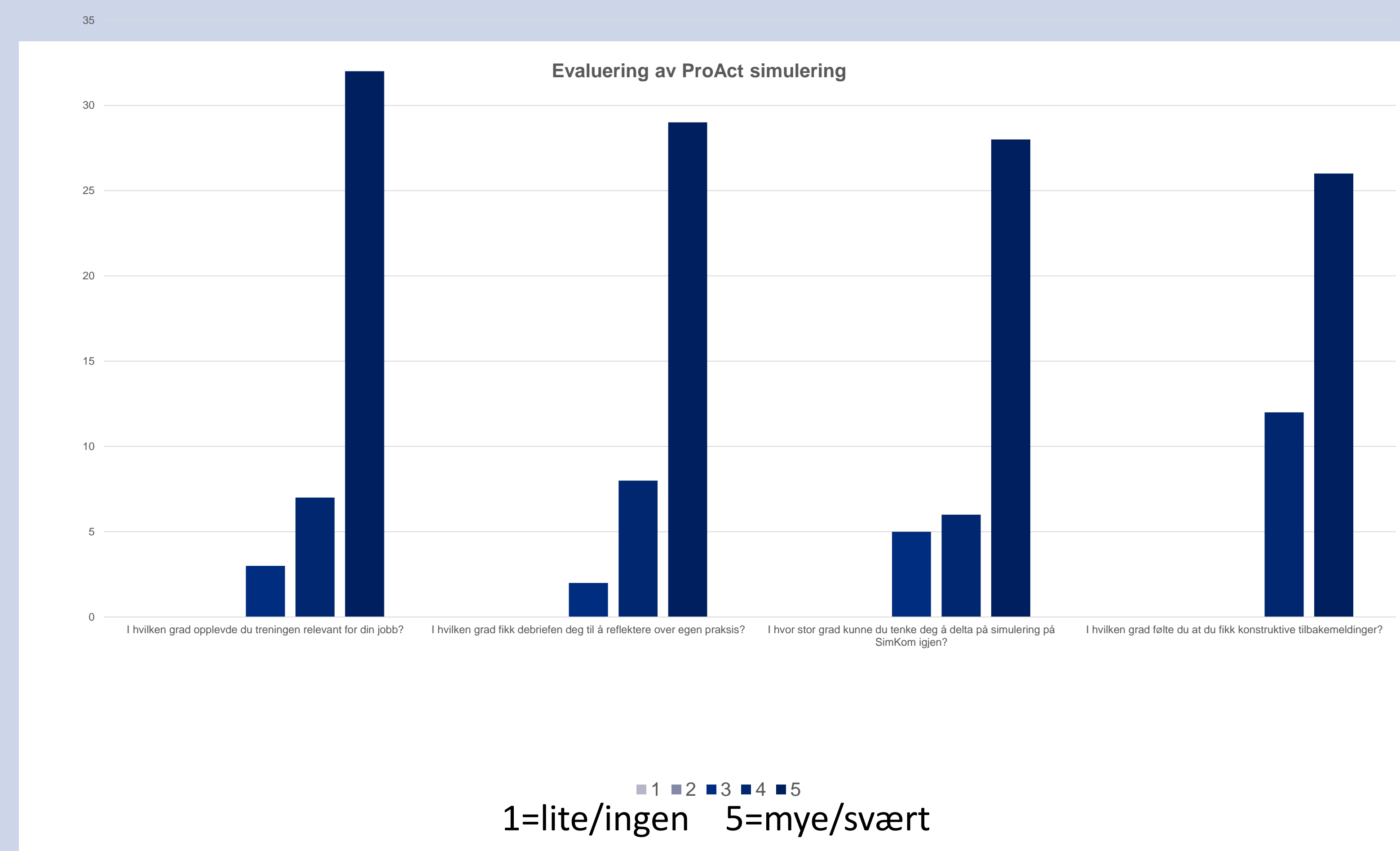
Kompetanse defineres som evnen til å klare en oppgave eller beherske et yrke i møte med komplekse krav, situasjoner og utfordringer. SimKom skal bidra til denne kompetanseutviklingen, både hos den enkelte arbeidstaker, men også på teamnivå



Målsetning

Gi ansatte muligheter for personlig og kollektiv utvikling gjennom økt innsikt, bevissthet, forståelse og selvtillit for egen praksis, både tekniske ferdigheter, men også ikke-tekniske ferdigheter. Flere studier har vist at dette gir bedre kvalitet og økt pasientsikkerhet

SimKom har som målsetningen å nå Nivå 2 (god standard), på de fleste områdene i «profesjonell standard for simulering og ferdighetstrening i helsevesenet» (2018), innen utgangen av 2022



Utarbeidet av:

Elin Kristoffersen, Koordinator SimKom- Simulering og kompetanse enheten, Klinikk Kongsberg sykehus

Hjerteprosjektet

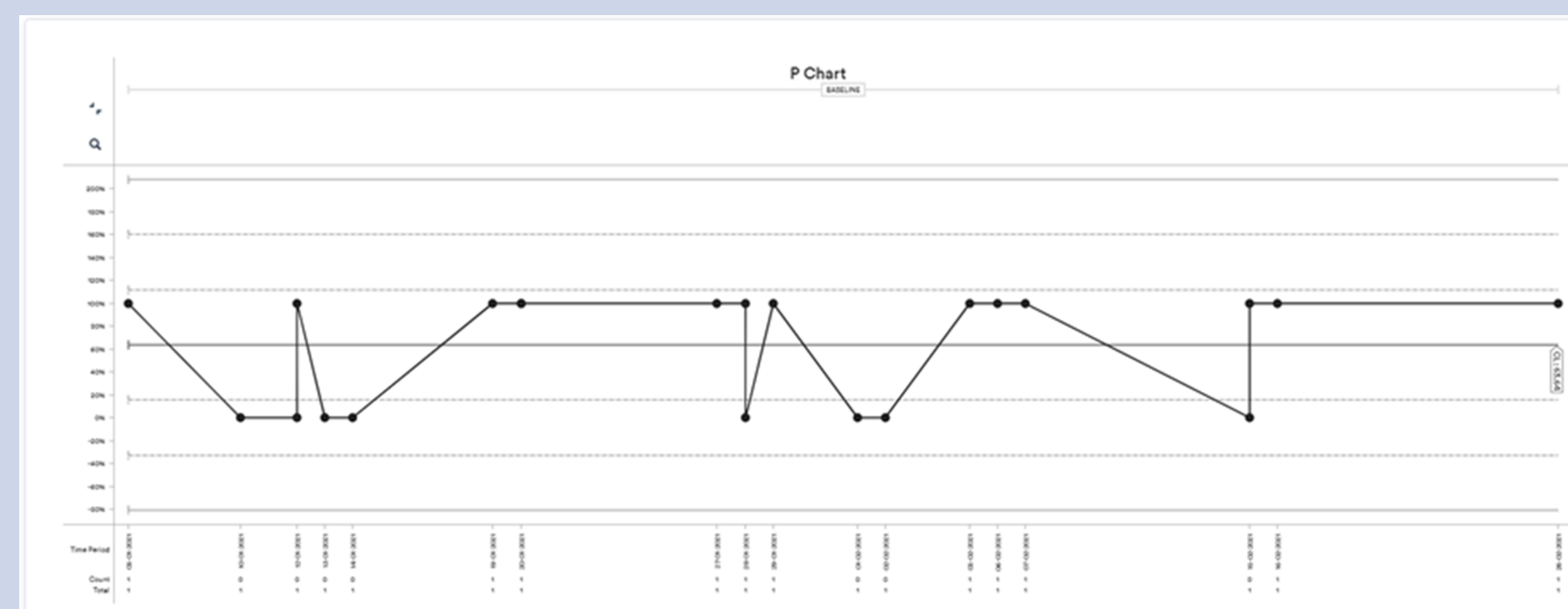
Kongsberg sykehus

Bakgrunn

- Kardiologiske pasienter har tidligere blitt plassert på begge de medisinske sengepostene på Kongsberg sykehus.
- Det er usikkert om pasienten får det tilbudet de skal ha.
- Det har lenge vært et ønske blant ansatte å opprette en hjerteenhet på en av sengepostene slik at kardiologisk kompetanse sentraliseres, kvaliteten på behandlingen øker og det tverrfaglige samarbeidet styrkes.

Målinger

En undersøkelse blant pasienter som var innlagt med hjerteinfarkt i januar og februar 2021 viste at 100 % hadde fått målt høyde og vekt, 64 % hadde hatt besøk av en fysioterapeut og 0% hadde fått informasjon om kosthold.



Mål

- Opprette en hjerteenhet på medisin 3 innen 01.05.2021.
- Alle pasienter med hjerte som hoveddiagnose legges på hjerteenheten.
- Alle pasienter med hjerteinfarkt skal få målt høyde og vekt, fått informasjon om kosthold og fysisk aktivitet under innleggelse.



Forbedringsmodellen - 2 trinn (IHI)



Endringsideer

- Felles sjekklister med inneliggende prosedyrer for lege, sykepleier og fysioterapeut.
- Etablere ekko-rom på sengepost.
- Lage informasjonsark om kosthold som fysioterapeutene har ansvaret for å informere om.
- Tverrfaglig møte hver dag kl. 11.30.
- Hjertemøte hver torsdag kl. 12.15-13.00
- LMS-program i regi av kardiolog.
- Oppfølgingsamtale med kardiologisk sykepleier en uke etter utskrivelse.

Veien videre

- Hjerteenheten åpner 20.09.21.
- Det er satt av 6-8 senger til hjerteenhet.
- Endringsideene skal testes ut for å se om målene blir oppnådd.



Foto: VVHF bildebank

ISBAR - et kommunikasjonsverktøy

ved overflytting fra operasjon til postoperativ ved Kongsberg sykehus

Bakgrunn

- Ønsket å systematisere og kvalitetssikre overføring av nødvendig og relevant informasjon ved overflytting av pasienter fra operasjon til postoperativ enhet.
- Ønsket å bedre ivareta taushetsplikten ved å ved å flytte postoperative rapporten ut av pasientrommet.
- Ønsket ta i bruk et kommunikasjonsverktøy for helsepersonell i et behandlingsteam, som var både kvalitetssikret og anerkjent.
- Målet er en standardisert rapportering, som gir mindre rom for individuell variasjon, samt bedre ivaretagelse av taushetsplikten.
- Sammen vil dette vil kunne gi økt pasientsikkerhet.

Historie

- SBAR ble først introdusert til US navy, senere videreutviklet for helsevesenet.
- SBAR ble anbefalt av WHO i 2009.
- Senere er SBAR videreutviklet til ISBAR, inkluderer identifisering (av en selv som personell, hvem en snakket med og hvilken pasient en snakket om).
- ISBAR brukes i dag i bla. i Norge, Danmark og Australia. (SBAR brukes i Sverige, USA og Canada)

ISBAR står for:

I = Identitet
S = Situasjon
B = Bakgrunn
A = Aktuelle vurderinger
R = Råd/Anbefalinger

Gjennomføring

- Med bakgrunn i ISBAR ble det utarbeidet laminerte kommunikasjonskort til alle operasjonssykepleierne og anestesisykepleierne.
- Det ble gitt internundervisning rundt ISBAR-kommunikasjon på intensiv- operasjon- og anesthesiavdelingen.
- Vi endret fra å gi rapport inne på pasientrom (flermannsstuer) til at rapportene gis på vaktrom.
- Operasjonssykepleier og anestesisykepleier bytter på å tilse pasienten, mens den andre gir rapport til sykepleieren på postoperativ avdeling.
- Det er sterkt anbefalt at rapporten gis direkte til den som skal ta hånd om pasienten uten mellomledd.



Evaluering

- ✓ Taushetsplikten blir bedre ivaretatt.
- ✓ Opplevelse av en mer oversiktlig rapport- og pasientoverflytting.
- ✓ Bør endre sjekklisten/ forkorte rapporten slik at den tilpasses situasjon og kompleksitet.
- ✓ Intensiv tilstreber å lese seg opp om pasienten på forhånd.
- ✓ Operasjon/anestesi bør gi intensiv beskjed før overflyttingen dersom ekstra utstyr skal klargjøres for ankomst.
- ✓ Operasjonssykepleierne ønsket mer opplæring rundt postoperativ overvåkning.

Veien videre

- Revidere og forbedre ISBAR kortene ift. tilbakemeldinger.
- Undervisning i postoperativ sykepleie for operasjonssykepleierne.
- Lage ISBAR-kort for intensiv til overflytting av postoperative pasienter til sengepostene.

| OPERASJON | | ANESTESI | |
|-----------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| I | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ditt navn og tittel ○ Pasientens navn og fødselsdato | I | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ditt navn og tittel |
| S | <ul style="list-style-type: none"> ○ Type operasjon- som planlagt? ○ Hovedkirurg ○ Smitte | S | <ul style="list-style-type: none"> ○ Ansvarlig anestesilege |
| B | <ul style="list-style-type: none"> ○ Tidligere relevant kirurgi | B | <ul style="list-style-type: none"> ○ Diagnose ○ Funksjonsgrad ○ Allergier ○ Premedikasjon ○ Type anestesi ○ ASA-klassifisering |
| A | <ul style="list-style-type: none"> ○ Leie peroperativt ○ Lokal anestesi ○ Urinstatus ○ Hudstatus, evt. blodtomhet ○ Bandasje/snittføring ○ Dren | A | <ul style="list-style-type: none"> ○ A: luftveier ○ B: respirasjon ○ C: sirkulasjon/blødning ○ D: bevissthet ○ E: Væskebalanse/diurese ○ E: Iv. tilganger ○ E: Temperatur, blodsukker |
| R | <ul style="list-style-type: none"> ○ Beskjed fra kirurg ○ Postoperativt leie ○ Mobilisering ○ Rtg kontroll | R | <ul style="list-style-type: none"> ○ Beskjed fra anestesilege evt. kirurg ○ Antibiotika ○ Trombolyseprofylakse ○ Plan for smerte & væskebehandling |

ISBAR kommunikasjonskort

Riktig antibiotikabruk ved Kongsberg sykehus

Hvordan få til rask nedgang i bruk av bredspektrert antibiotika?

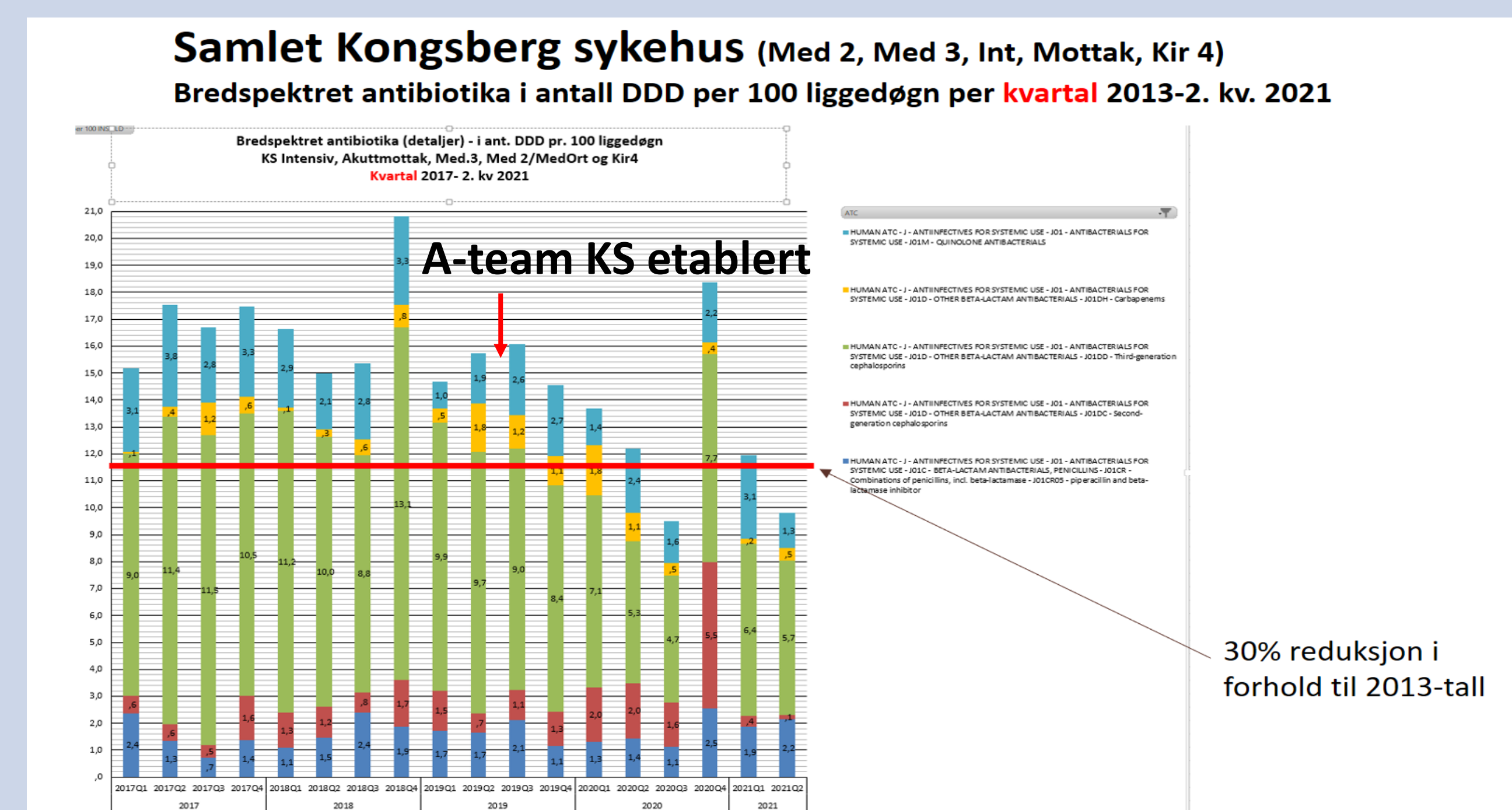
Bakgrunn

- Økende antibiotikaresistens er en av vår tids største helseutfordringer
- Antibiotikaresistens forebygges ved å begrense bruk av de mest bredspektrerte midlene
- Antibiotikateam Kongsberg sykehus etablert våren 2019 for å ivareta riktig bruk av antibiotika

Mål

- Forbruket av bredspektrert antibiotika skal reduseres med 30% innen utgangen av 2020, sammenlignet med forbruket i 2012 (Regjeringens handlingsplan mot antibiotikaresistens fra 2015)

Resultat



- Tydelig reduksjon i bredspektrert antibiotika etter etablering av A-team
- **Mål om 30% reduksjon av bredspektrert antibiotika ser ut til å bli nådd i 2021.**

Metode

Systematisk oppfølging inkludert opplæring og kommunikasjon av forbruksstatistikk som beskrevet i årshjul:

ÅRSJUL ANTIBIOTIKATEAM KS

1. Kvartal

- kvartalsvis møte A-team
- kvartalsvis innkjøpsstatistikk til aktuelle avdelinger.
- publisering innkjøpsstatistikk på infoskjermer
- undervisning nye LIS-1
- utarbeide årsrapport for A-teamets arbeid/resultat
- oppdater ASP/årshjul

Løpende oppgaver:

- følge månedlig innkjøpsstatistikk på sykehusnivå for bredspektrerte antibiotika
- undervisning av leger og sykepleiere
- legemiddelmangel av antibiotika? Vurdere tiltak.

2. Kvartal

- kvartalsvis møte A-team
- kvartalsvis innkjøpsstatistikk til aktuelle avdelinger.
- publisering innkjøpsstatistikk på infoskjermer

3. Kvartal

- kvartalsvis møte A-team
- kvartalsvis innkjøpsstatistikk til aktuelle avdelinger.
- publisering innkjøpsstatistikk på infoskjermer
- undervisning nye LIS-1

4. Kvartal

- kvartalsvis møte A-team
- kvartalsvis innkjøpsstatistikk til aktuelle avdelinger.
- publisering innkjøpsstatistikk på infoskjermer
- markere antibiotikadagen inkl antibiotikavisitt

Annet:

- deltakelse på relevante kurs, webinarer mm.
- nettverksmøter VV, evt nasjonalt

Konklusjon

Hvorfor har vi oppnådd raske resultater ved KS?
- våre erfaringer

- Å starte riktig antibiotikabehandling i akuttmottak er sentralt
 - Hovedfokus på opplæring av leger i akuttmottak inkludert LIS-1
- Riktig og økt bruk av gentamicin
 - Lokal analysemulighet etablert
 - Opplæring
- Kommunikasjon av relevant statistikk til alle ansatte hvert kvartal på avdelingenes informasjonsskjermer. Å se resultater motiverer
- Sterk forankring hos leder(e) i avdelingen som står for majoriteten av forbruk
- Nettverk med andre sykehus i VV og HF

Antibiotikateam KS

Stian Kristoffersen, avdelingsoverlege medisin

Ole Magnus Borgen, lege LIS

Ragnhild Sømme Kvinge, sykepleier

Liv Trine Hagen, farmasøyt



Antibiotikastyring- hvordan oppnå resultat? Følg nasjonale retningslinjer fra mottak!

Antibiotikabruk 1235 opphold norske sykehus:
Nesten 85% av pasientene som fikk antibiotika startet behandlingen i akuttmottak. Retningslinjene ble i størst grad fulgt når behandlingen ble startet i akuttmottak¹

¹Wathne, J.S., Skodvin, B., Charani, E. *et al.* Identifying targets for antibiotic stewardship interventions through analysis of the antibiotic prescribing process in hospitals - a multicentre observational cohort study. *Antimicrob Resist Infect Control* 9, 114 (2020). <https://doi.org/10.1186/s13756-020-00749-y>

Kvalitetssikring av muntlig rapport

Rapport mellom vaktskifter inneholder sentral og relevant informasjon

Bakgrunn, problemstilling og mål

Bakgrunn:

- Utvidelse av plasser fra 9 til 13 med samme tidsramme for rapport.
 - Frustrasjon over rapporter med stort detaljfokus fra foregående vakt, innhold i samtaler og avbrytelser.
- Mindre fokus på tiltak og observasjoner som skal følges opp.

Problemstilling:

- Vi ønsket å se på kvaliteten av informasjon og informasjonsflyt ved overlappingsrapporter til aftenvakter og nattevakter. Dette innbefattet kvalitetssikring av informasjonen fra rapportgiver til mottager innenfor gitt tidsramme.

Mål

- Muntlig rapport inneholder sentral (overordnet informasjon som gir oversikt) og relevant (aktuell informasjon som innbefatter endringer, nye vurderinger og tiltak) informasjon innen juni 2021.

Rapportens innhold

- Malens hensikt er et hjelpemiddel for rapportgiver.
- Den inneholder 20 punkt fordelt på sentral og relevant informasjon.
- Ved valg av punkter er det tatt hensyn til føringer i pasientsikkerhetsprogrammet, pårørendeveileder og relevante lover og forskrifter.
- Malens bakside inneholder mere detaljert informasjon bl.a. hvor dette finnes i DIPS og differensiering av informasjonsbehov til aftenvakter og nattevakter.
- Rapportgiver kartlegger mottagere ifht til informasjonsbehov.

VESTRE VIKEN
Døgnsesjonen Sikta Asker DPS, PHR, VV HF

MAL enkel versjon
Muntlig rapport fra ansvarsvakt Dagvakt til aftenvakter (A) og ansvarsvakt aften til nattevakter (N).

Sentral informasjon:
(overordnet informasjon som gir oversikt)

- Navn
- Alder
- Innleggelsesårsak
- Sivil status
- BSP
- Jobbtatus
- (ift til fungering siste tid før innleggelse)
- Psykiatrisk sykehistorie, tidsperspektiv
- Mengde oppfølging tidligere (innleggelse eller poliklinisk)
- Hva har utført behov for innleggelse?
- Kritisk informasjon

Eks.: Smitte, allergi, epilepsi, Dia, delir, BT/ps, D, bl.sukker

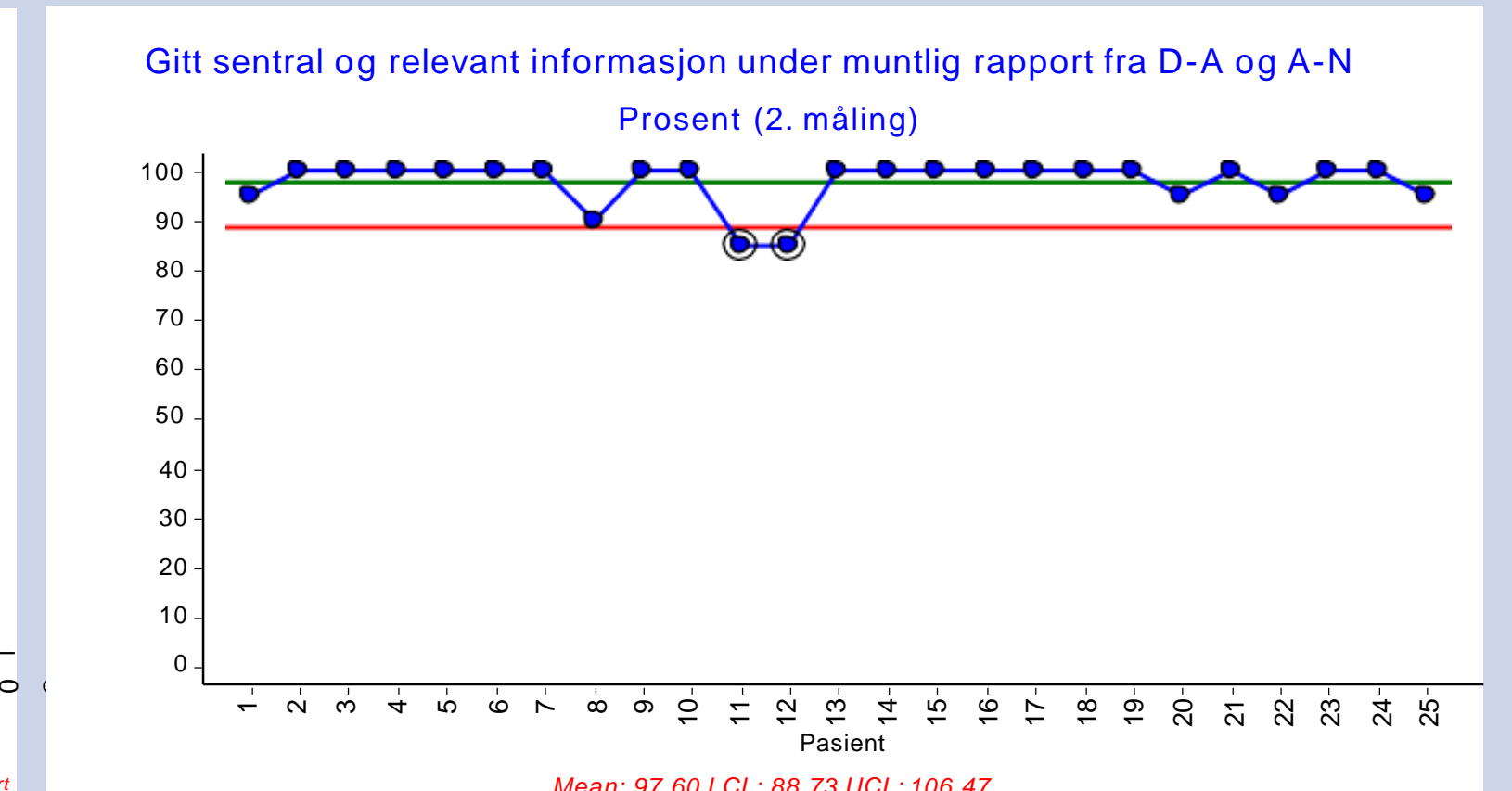
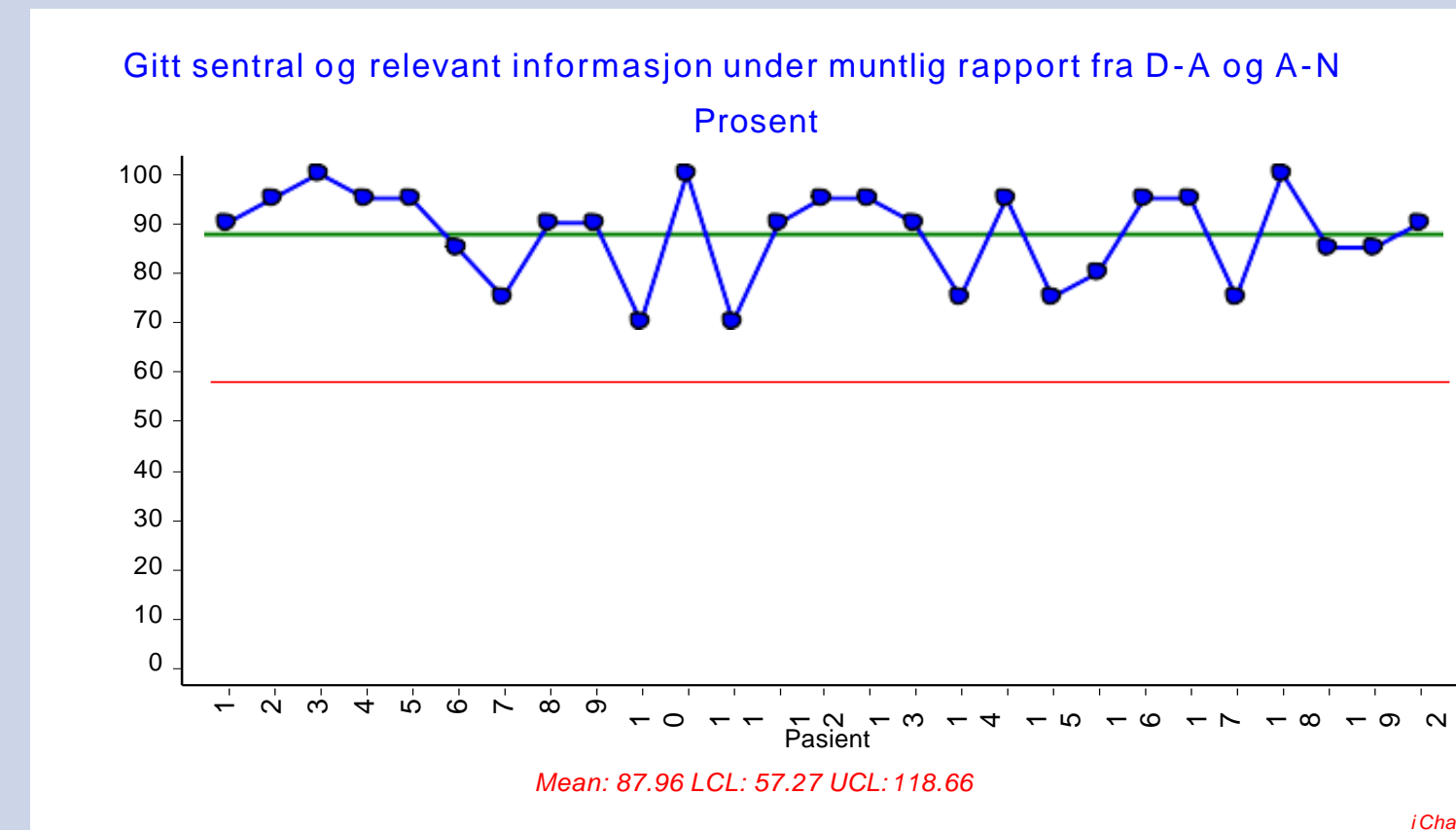
Relevant informasjon:
(aktuell informasjon som innbefatter endringer, nye vurderinger og tiltak, som er aktuell når sentral informasjon er kjent)

- Relevant observasjon av vitale tegn kommende vakt
- Risikovurderinger ved endring
- Tiltak ved ny pasient utenom «Vanlig tilfylling», og ved endring
- Hva som skal observeres
- Medisinsendringer, eventuell medisin
- Problemer (relevante KDS Behandlingsplandioser) og funksjonsnivå (kort)
- Dagens status (kort)
- Hvordan pasienten fremstår i dag
- Holdning og behandlings tilnærming (kort)
- Relevante KDS tiltak og forordninger
- Tiltak som er ønskelig utføres på neste vakt
- Eks.: Følge opp nye forordnede tiltak fra behandler/team, mestingsplan, ringe pårørende.
- Aktiviteter på kommende vakt
- Eks.: Utlgang, perm, bæk, F. blodprøver

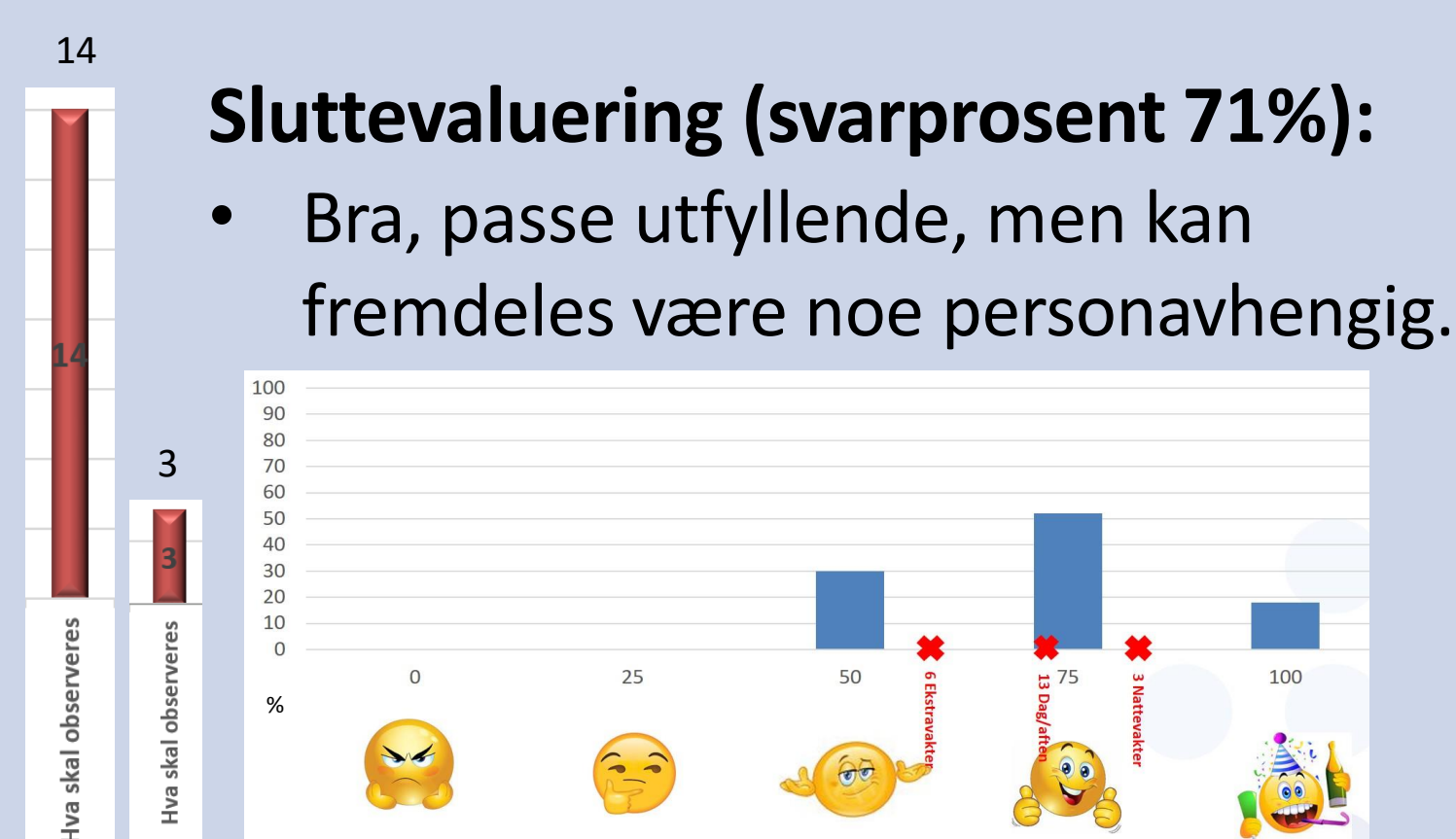
Resultat

Baseline. Data fra 4 rapporter a` 27 pasienter.
Periode: februar 2021

2. måling. Data fra 3 rapporter a` 25 pasienter.
Periode: mai/juni 2021



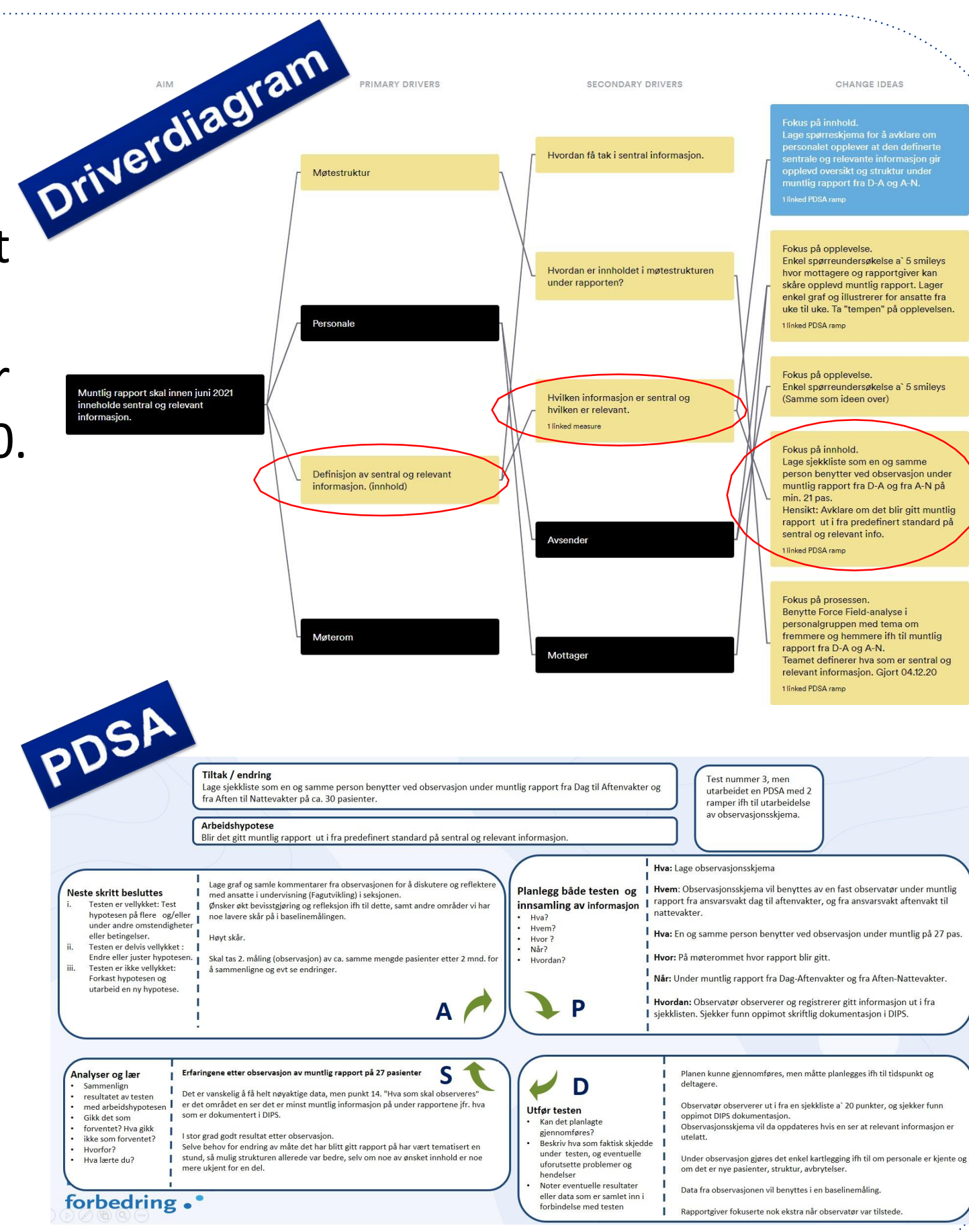
Lavest skår på «Hva som skal observeres», men klar forbedring fra baseline (14 av 27) til 2. måling (3 av 25):



- #### Oppsummering:
- Godt resultat på baselinemåling. Medvirkende faktor: tematisering av ønske om endring.
 - Forbedring ved 2.måling.
 - Lavest skår primært ved nye pasienter.
 - Mindre avbrytelser fra mottakere.
 - Forutsigbar rapport struktur.

Metode

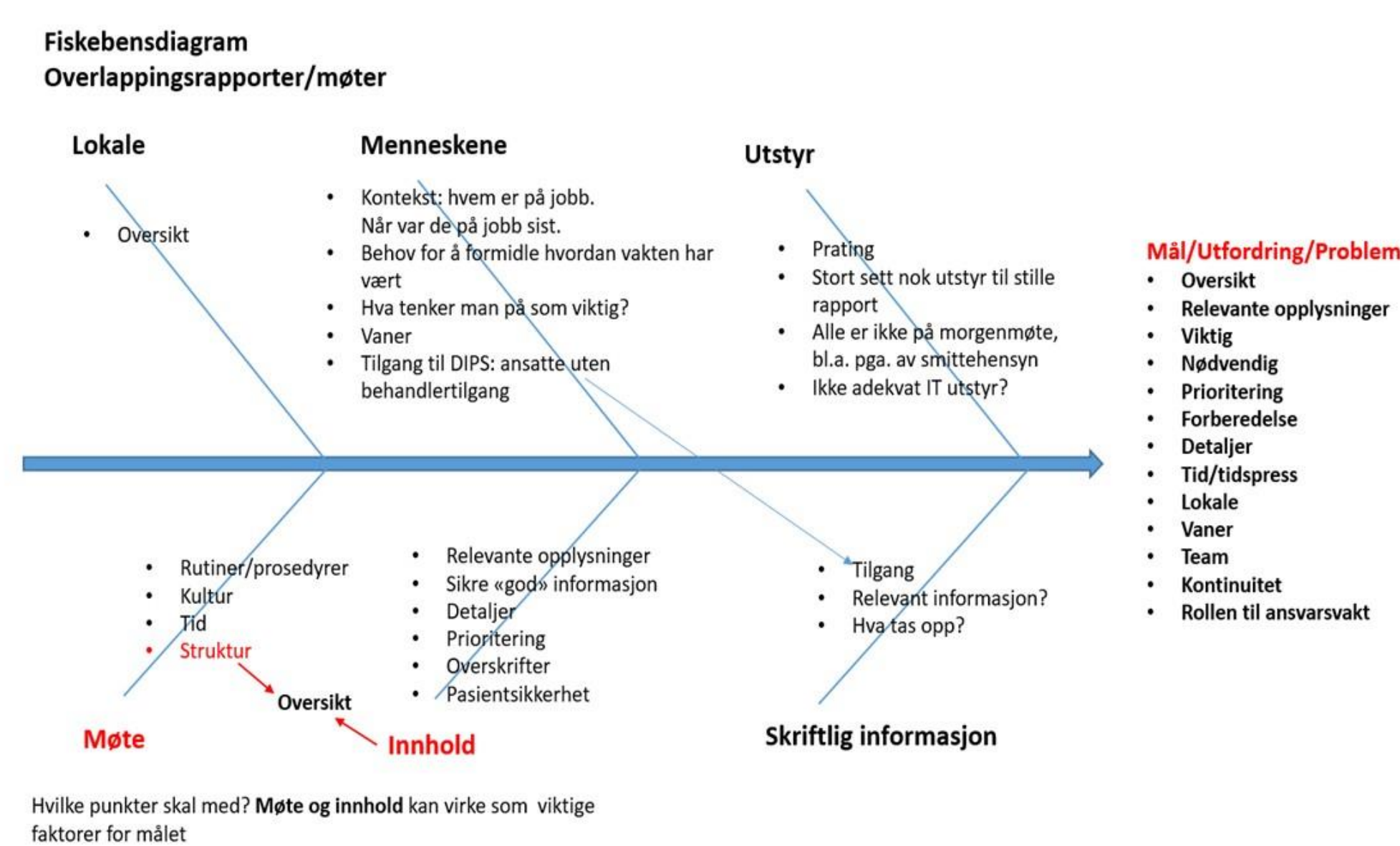
- Forbedringsmodellen og bruk av drivdiagram, PDSA, ulike måleinstrument og verktøy.
 - Et ledelsesforankret forbedringsteam har møttes regelmessig ca.7 mnd. fra okt. 2020.
 - Datainnsamling gjort ved observasjon fra en og samme person på gitt rapport til baseline og 2. måling. Data er kontrollert opp mot DIPS og vurdert ut i fra kjente/ukjente rapportmottagere.
- #### Brukermedvirkning av målgruppen
- Informasjon via mail.
 - Undervisning med bruk av verktøy.
 - Evaluering av opplevd rapport i 5 uker.
 - Evaluering av mal etter utprøving.
- Faglige ansvarlige behandlere har vært med i høringsgruppen.



Nyttige verktøy

Fiskebensdiagram

var et viktig verktøy for teamet for å kartlegge sammenhenger og finne sentrale områder for å nå målet.



Force Field-analyse
ADPS Døgnsesjonen Sikta 18.09.20

Situasjon, mulighet eller problem som skal analyseres:
Vi ønsker å se på kvaliteten av informasjonen i overlappingsrapporter. Dette innbefatter å sikre relevant/aktuell informasjon ifht til mottagere og i bruk (Pasientsikkerhet)
Den ideelle situasjonen eller tilstanden du ønsker å oppnå:
Muntlig rapport inneholder sentral og relevant informasjon.

Fremmer: Positive krefter som bidrar til ønsket endring
Hva bringer oss fremover?

Hemmer: Negative krefter som motvirker ønsket endring
Hva holder oss i nå-tilstand?

1. Innhold / struktur på rapport

- Den som gir rapport gir sammenheng av problemstillinger og vitlige tilf. Fokus i levelinje
- Rapporten inneholder galske informasjon om ukjente pasienter og ulagge endringer hos kjente pasienter.
- Oversiktlig rapport, diagnose og risikovurderinger.
- Skal av prioritering på KDS
- Diagnose først og fremst viktig

2. Forberedelse ifht til personal som mottagere og pasienter som det skal rapporteres om

- Kartlegger hvem man gir rapport til. Hvor godt lytter de til? Og har de hørt fra før?
- Har oversikt, den som gir rapport.

Menneskelige faktorer

- Tydelig rolle stemme
- Annet
- Kjente pasienter

Uro/avbrytelser/mye prat

- Uro i lokalt. Telefoner, avbrytelser fra andre stansom.
- Avbrytelser mens man holder rapport. (av mottagere)
- Når det blir diskusjoner og «alle» skal mene noe om aktuell behandling eller pasient.
- Praksisparanøli hos mottager er faget av oppfatning av pasienten når en er på jobb-sist.

Prioritering/hvem og hva skal prioriteres

- 2 pasienter på tette (Overheng)
- Nye pasienter.
- Hva/hvilke behandlingsmål som må gjennomføres i løpet av vekten. (Grunn til ventering hvis andre skulle defineres og prioriteres for dag)

Uoversiktlig/for detaljer og mye informasjon å absorbere

- Blå bla... (ett gitt rapport på essenslige detaljer.
- At man leser opp alt fra DIPS
- For mange detaljer, for mye høringslesing. Måter oversikt.

Føll fokus/prioritering av informasjon på rapport

F.eks. For lite rapport om nattesvøm for pasient om nattesvøm.

Menneskelige faktorer

- Når rapportgiver er stresset overføres stresset til neste vakt.

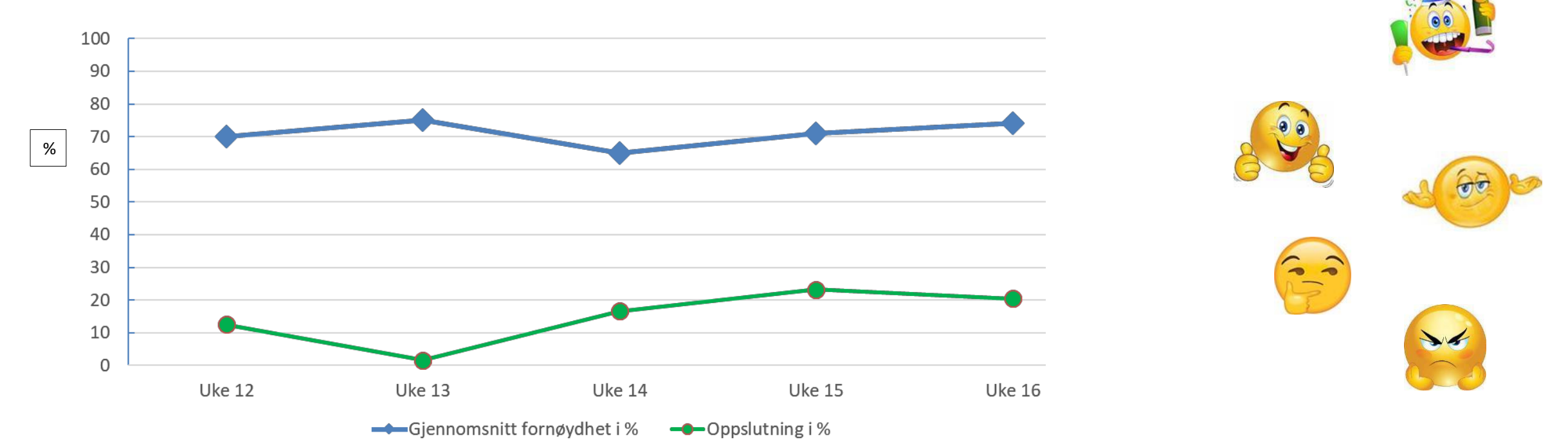
Force Field-analyse

var et godt verktøy å bruke blant målgruppen. Det fremmet medvirkning, belyste faktorer som fremmer og hemmer rapporten både ifht til opplevelse, struktur og innhold.

Hvordan engasjere målgruppen under utprøvsperioden?

I 5 uker hadde givere og mottagere av rapport anledning til å gi en tilbakemelding på sin opplevelse etter gitt rapport. Dette i form av kryss på akse med 5 smilys. **Oppslutning var på det meste 25%. Opplevd fornøydhet var mellom 65-75%**

Resultat: Ingen under middels fornøyd i hele perioden.



Konklusjon

- Baselinemåling viste en høy måloppnåelse, men en ser forbedringspunkter. Dette var spesielt «Hva som skal observeres».
- Økt måloppnåelse ved 2. måling.
- Innholdsmal ligger ved rapportgivers PC, øker også suksessfaktoren.
- Bedring i å differensiere sentral og relevant informasjon som er relevant for mottagere.
- Det er mindre avbrytelser og derav redusert frustrasjon grunnet økt struktur med kjent mal.
- Rapport er fremdeles noe personavhengig.
- Økt suksess ved at fast ansvarsvakt dagtid var med i forbedringsteamet. «Eksempelets makt».
- Ikke ført til behov for å endre malens innhold etter sluttevaluering.
- Økt fokus på endringer, nye vurderinger, observasjoner og tiltak som skal utøves fremfor stort detaljfokus på foregående vakt. Dette øker pasientsikkerheten.
- **Hvordan vedlikeholde forbedring? Malen, tematisere, ny måling?.....**

PHR: monitorering av pasientforløp

Rapporteringsverktøy til bruk for oppfølging av pakkeforløp i psykisk helse og rus

Mål for forbedringsarbeidet

Å forbedre funksjonaliteten på de elektroniske rapportsystemene (monitoreringsverktøy).

Dette gjøres ved å utvikle et rapporteringssystem for PHR i tråd med kvalitetsindikatorerne for Pakkeforløpene som:

Støtter behandlere:

- Oversikt over egne pasienter
- Oversikt over frister i forløpet
- Hjelp til riktig bruk av koder og grunnlag for å gjøre endringer i DIPS
- Oversikt over hvordan forløpet inngår i nasjonale indikatorer
- Hjelp til å håndtere brukermedvirkning
- Oversikt for å hindre *brudd i behandling*

Gir ledere:

- Oversikt over seksjonens pasientforløp og dermed mulighet for oppfølging

Verktøyet

Rapportssystemet gir god informasjon om status og prosess i pasientforløpet dersom fasene i utredning og behandling gis de riktige kodene og blir kodet i tråd med bestemmelsene. Utfordringene har vært for liten grad av koding og bruk av rapportsystem. Vi vil derfor gjøre ny måling medio august 2021 og håper å se:

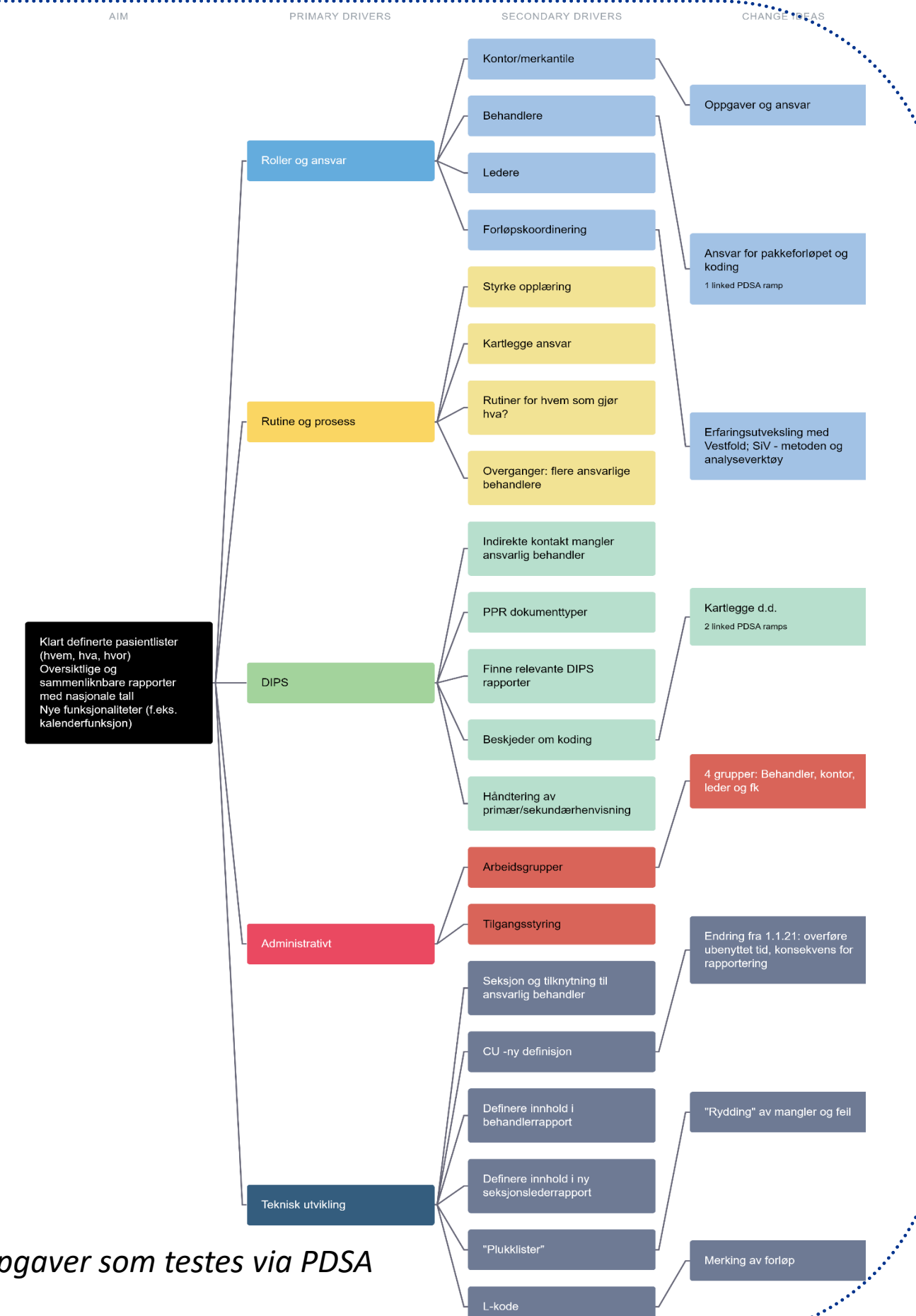
- økt grad av koding
- mindre feilkoding
- riktigere bruk av verktøyet

| Koder PF | A-M | M-C | CU-C | C-E | Beh. Pla | E-E | Henv. mottatt | Ant. Aktive Kons. Serier | A | M | CU | C | Uttal | UU | E | E siste |
|-------------------------------------------------------------------|-----|-----|------|-----|----------|-----|---------------|--------------------------|----------|----------|---------|----------|-------|-----------|----------|---------|
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 23.06.20 | 1 | 2/7-20 | 20/8-20 | 29/9-20 | 26/10-20 | P | 26.okt.20 | 7/12-20 | 10/5-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 01.07.20 | 1 | 1/7-20 | 26/8-20 | | 7/10-20 | P | 07.okt.20 | 12/11-20 | 21/6-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 25.08.20 | 1 | 25/8-20 | 7/10-20 | | 2/11-20 | P | 02.nov.20 | 14/12-20 | 12/5-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 08.09.20 | 1 | 8/9-20 | 30/10-20 | | 14/12-20 | P | 14.des.20 | 2/2-21 | 22/6-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 18.09.20 | 1 | 18/9-20 | 28/10-20 | | 12/11-20 | P | 12.nov.20 | 16/12-20 | 24/6-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 24.09.20 | 1 | 24/9-20 | 22/10-20 | | 30/11-20 | P | 30.nov.20 | 4/1-21 | 1/3-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 12.10.20 | 1 | 12/10-20 | 2/11-20 | | 9/12-20 | P | 09.des.20 | 15/1-21 | 12/5-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 03.11.20 | 1 | 3/11-20 | 6/1-21 | 19/1-21 | 9/2-21 | P | 09.feb.21 | 5/3-21 | 21/5-21 |
| A M U V U V C P F S U U B E E E E | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | 24.11.20 | 1 | 24/11-20 | 20/1-21 | | 3/2-21 | P | 03.feb.21 | 24/2-21 | 12/5-21 |

Figur 2: Behandlerrapport Eksempelet viser en behandler som aktivt bruker behandlerreporten. Det er nesten full skåre på nasjonale kvalitetsindikatorer og tidsfrister.

Metode

- Forbedringskunnskap og bruk av PDSA
- Teamet har jobbet i 16 uker med samarbeidsmøter hver dag
- **Brugermedvirkning:**
 - Behandlere fra poliklinikker og døgnet
 - Kontorarbeidere
 - Avdelingsjefer
 - Seksjonsledere og teamledere
 - Forløpskoordinatorer
 - DIPS-avdelingskonsulent
 - Controller
 - PHR klinikkens stabspersoner og ledelse
- Vi har også hatt erfaringsutveksling med eksternt HF (Vestfold)



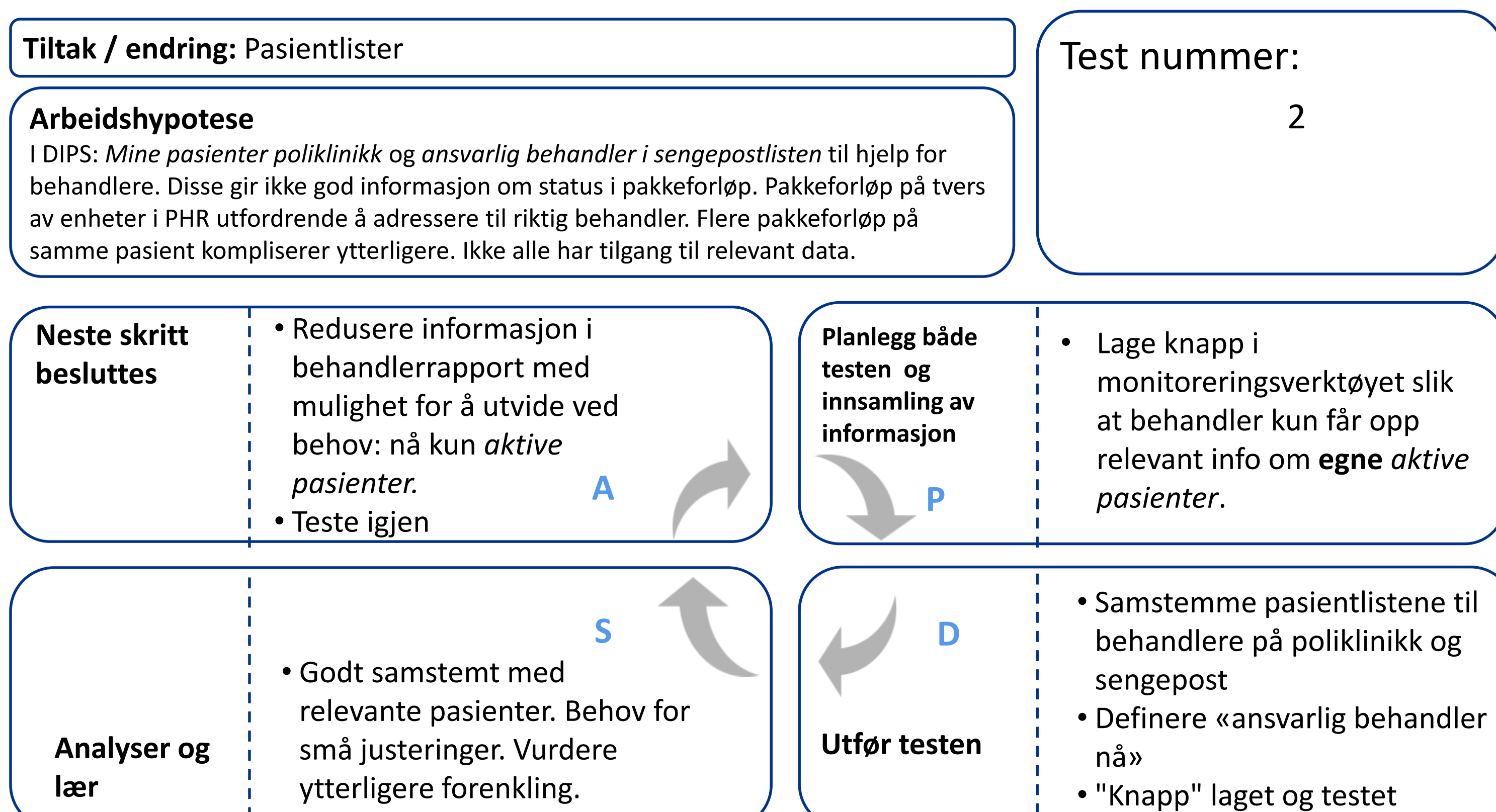
Figur 1: Driverdiagram fra Life QI, Trello har også fungert som støtte til struktur og oppgaver som testes via PDSA

Resultat

- Ansvarlig behandler får nå tilgang til riktig pasient i monitoreringsverktøyet
- Avdekket mangler i tilgangsstyring (hvem skal ha tilgang til hva og når?)
- Ulik info i DIPS:
 - hvem er ansvarlig behandler
 - hvem koder
 - hvordan registrere i DIPS
 - hvor er pasienten innskrevet (Seksjon? Lokalisasjon?)
 - endret post, lokalisasjon, seksjon mellom kodetidspunkter
- **Uklart ansvar i.f.t. roller og oppfølging av koder**
- Behandlere er positive til monitoreringsverktøyet, hvis de erfarer det er **hjelpsomt** i behandlingshverdagen
- Utviklet «ryddeliste»
- Nye og endrede lederrapporter

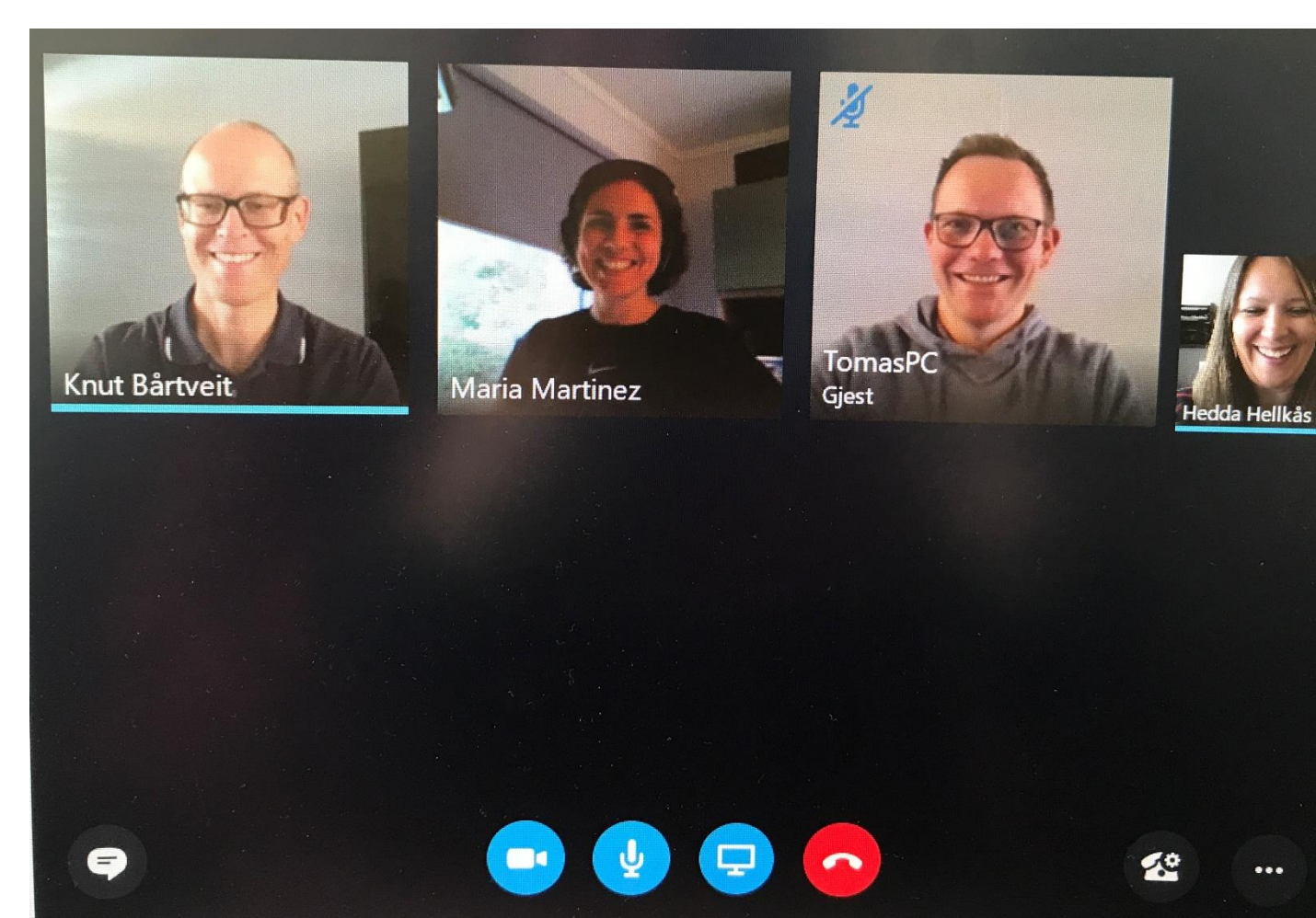
Plan, Do, Study & ACT (PDSA)

Det er gjort kontinuerlig testing av nye idéer og endringer av rapporter og samstemming av pasientlister. Det har vært dialogmøter med de forskjellige gruppene nevnt over for innspill, uttesting og justering av verktøy. Både LifeQI og Trello har vært brukt som verktøy for struktur og uttesting av forandringsideer. Den omfattende kartleggingen av dagens praksis har avdekket behov for endring av rutiner på flere områder.

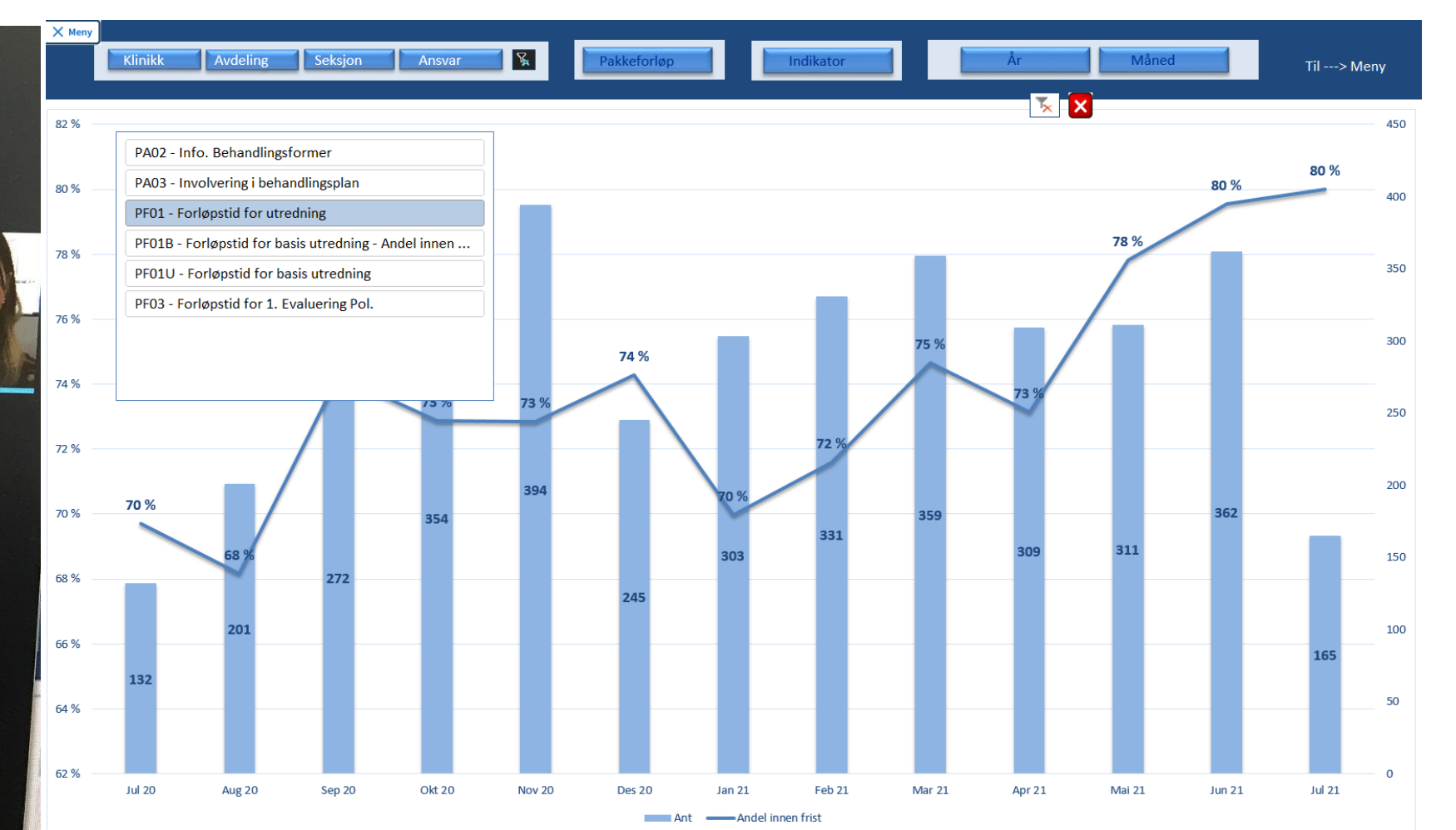


Veien videre

- Det er **behov for felles opplæringsprogram:**
 - Pakkeforløp, DIPS, Monitoreringsverktøy
- Det er behov for **tydelig definerte roller og ansvar**
- **Nye rutiner**
- Det er behov for **lik struktur** som kan brukes **på «tvers»** av systemer
- Tiltak og prioriteringer drøftes i månedlige strategimøter med bl.a. klinikkdirektør, delprogrameiere og klinikkens innsatsteam



Figur 3: De fleste møter foregikk på Skype, grunnet Covid-19. Dette har fungert godt. Her avbildet f.v.: Knut Bårtveit, Maria Martinez, Tomas H. Mortensen og Hedda Hellkås.



Figur 4: Nytt rapporteringsoppsett i Rapportserietil Vestre Viken HF. Nå likere rapportering som nasjonalt fra Helse direktoratet ved NPR innrapportering.

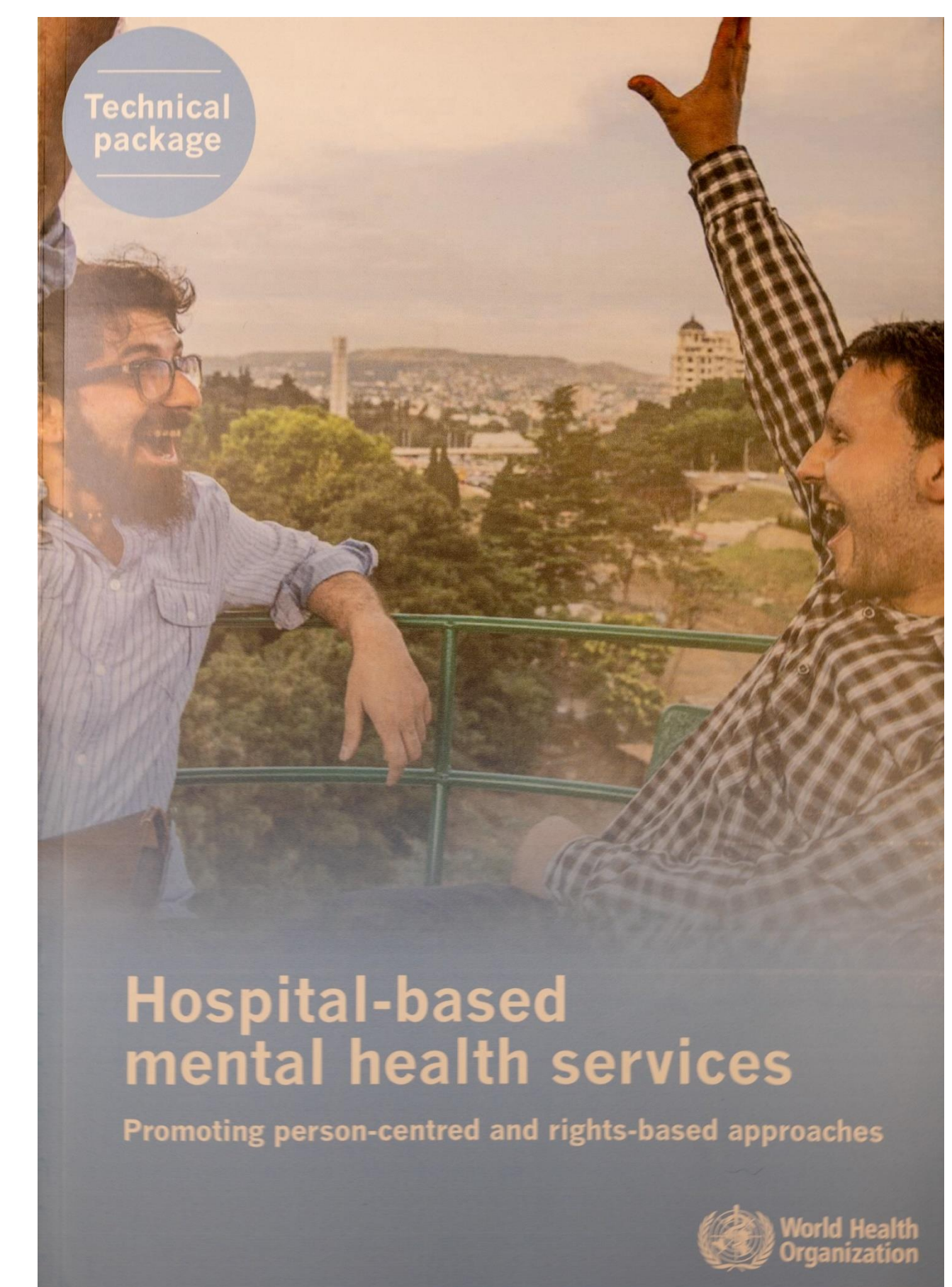
WHO om fremtidens psykiske helsetjenester

BET- seksjonen Blakstad i ny veileder om personsentrerte og rettighetsbaserte tilnærminger

Verdens Helseorganisasjon (WHO) har laget en omfattende handlingsplan for mental helse 2020–2030. Den har som hovedmål å gi inspirasjon og være et rammeverk for å hjelpe med å prioritere og operasjonalisere personsentrerte, rettighetsbaserte og recovery- orienterte metoder innen psykisk helse verden over.

Bakgrunnen for WHO sitt arbeid er en registrering av at mange mennesker med psykiske lidelser og psykososiale funksjonshemninger mottar mangelfull kvalitet på tjenester, samt brudd på menneskerettigheter i møte med psykisk helsevern. WHO krever omfattende endringer i psykiske helsesystemer og tjenesteytelser og har valgt å fremheve praksiser som er rettighetsbaserte og som i tillegg er kostnadseffektive.

Med utgangspunkt i denne handlingsplanen, er det lansert flere veiledere- deriblant en egen for tilbud på sykehusnivå. Her beskrives BET seksjonen som ett av tre tilbud -som jobber med reduksjon av tvang og med pasientens verdier i fokus.



**Give a man a fish
and you feed him for a day
Teach a man to fish
and you feed him for a lifetime**

WHO har i veilederen lagt vekt på at BET er;

- en seksjon som har lov til å bruke tvang, men som ikke benytter dette
- en seksjon med funksjon på sykehusnivå innen psykisk helsevern
- en seksjon som jobber med en pasientgruppe som ofte har opplevd mye tvang og har dårlige resultater på behandling
- en seksjon som har tydelig fokus på å forvalte brukernes verdier og ønsker
- en recovery-orientert transdiagnostisk behandling, som vektlegger mobilisering av ressurser på pasientens premisser
- en seksjon der behandlingen er kost-effektiv, både i ordinær drift, men også at resultatene er god samfunnsøkonomi
- en seksjon som publiserer fagorientert
- en seksjon der behandlingen er overførbart i forhold til kultur
- en seksjon som sørger for kompetanseutvikling og -spredning

Nasjonal og internasjonal oppmerksomhet

Helse og omsorgsminister Bent Høie sier:

«Gratulerer til BET-seksjonen på Blakstad sykehus! Dere går foran i utviklingen av et psykisk helsevern basert på menneskerettigheter og der pasientens behov og ønsker blir lyttet til og vektlagt. Det er flott at WHO fremhever det arbeidet dere har gjort».

Harriet Barber, Journalist i The Telegraph skriver:

«In Norway, an open-door service invites individuals to acknowledge and accept frightening thoughts and feelings, and manage them with more functional coping strategies. It found participants displayed fewer symptoms and significantly improved their level of functioning afterwards».

Dr Funk, Unit Head, Policy, Law and Human Rights Unit (PLR)Department of Mental Health and Substance Use i WHO konkluderer i samme artikkel:

«Now is the time to increase investment in mental health and ensure that this funding goes towards comprehensive mental health services that are person-centred and respect people's human rights».

Web baserte kilder:

www.who.int, www.telegraph.co.uk, vestrevikenintranett



Foto: Borgos Foto AS

Pasientforløp Gyn

Fra poliklinikk til operasjonsdag

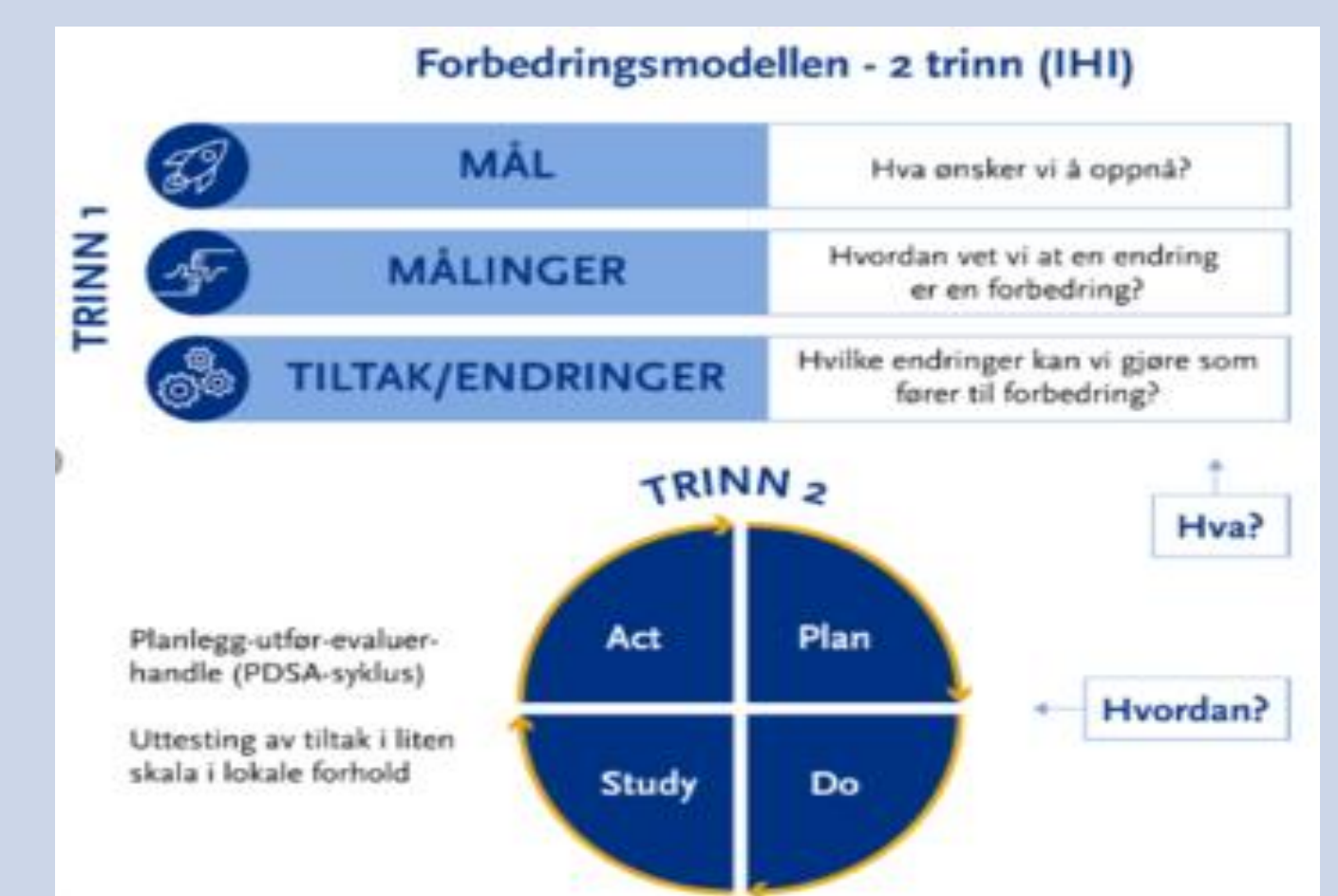
Bakgrunn

- Januar 2020 ble Kvinne Barn enheten etablert. Poliklinikk for gynekologi, pediatri, svangerskap, gynekologisk sengepost, Føde/barsel og merkantil team samlet i 3.etg med en felles ledelse
- Fikk i oppdrag å se på muligheten for forbedring og effektivisering av pasientforløpet Gyn elektive pasienter fra poliklinikk via sammedagsinnleggelse (SDI) til operasjonsdag
 - To ulike forløp når det gjelder poliklinisk oppfølging før operasjon
 - Mange besøk med lang ventetid og lang reise for kort konsultasjon
 - Kun en sykepleier kan SDI rutiner
 - Ledig tid på operasjonsprogrammet, men ikke mulig å sette opp pasienter da de ikke har vært på SDI



Mål

- Forkorte ventetid på SDI dagen med 25% innen november 2021
- Redusere forløpstid med 10 % innen november 2021
- Legge til rette for bedre pasientopplevd kvalitet



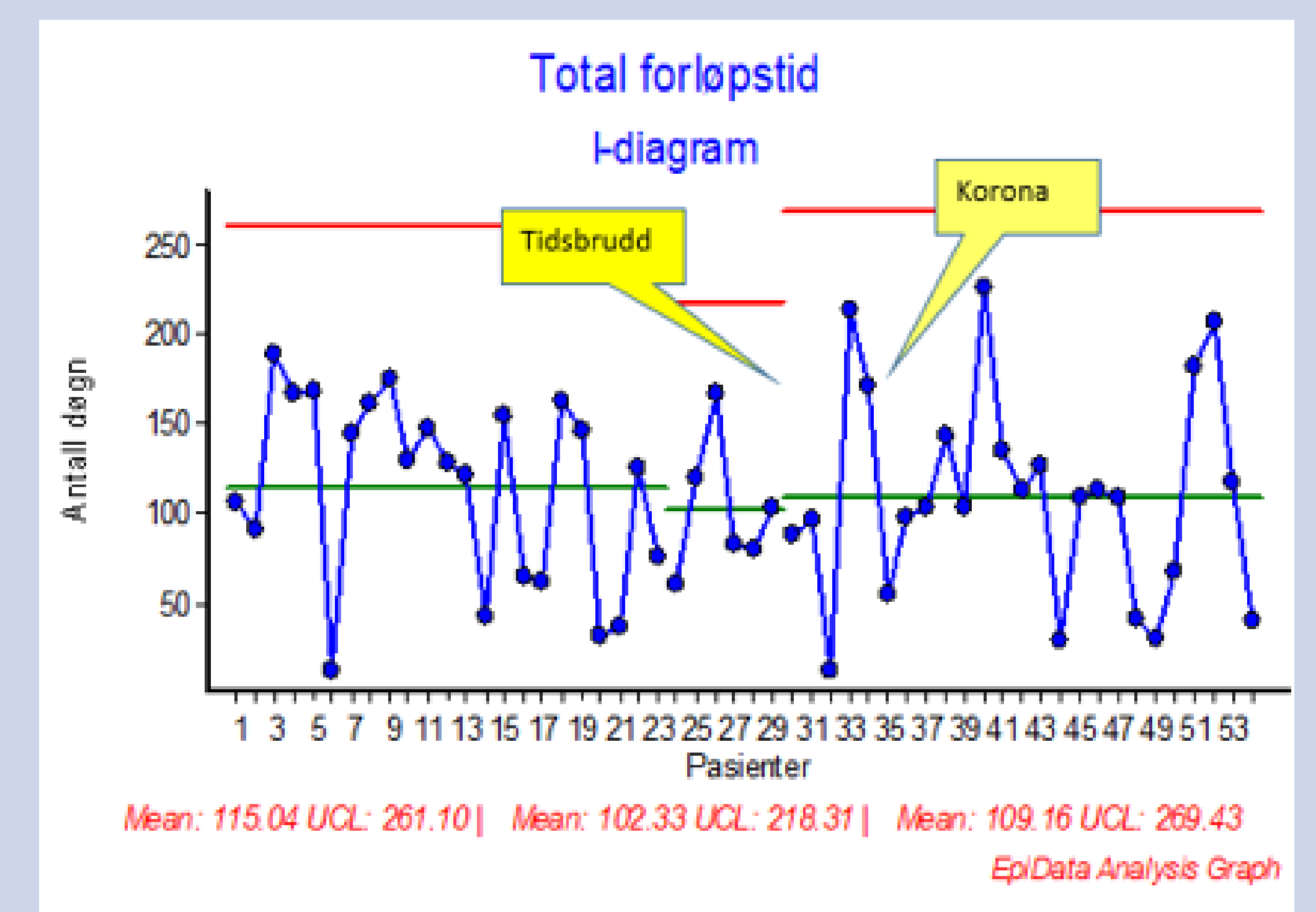
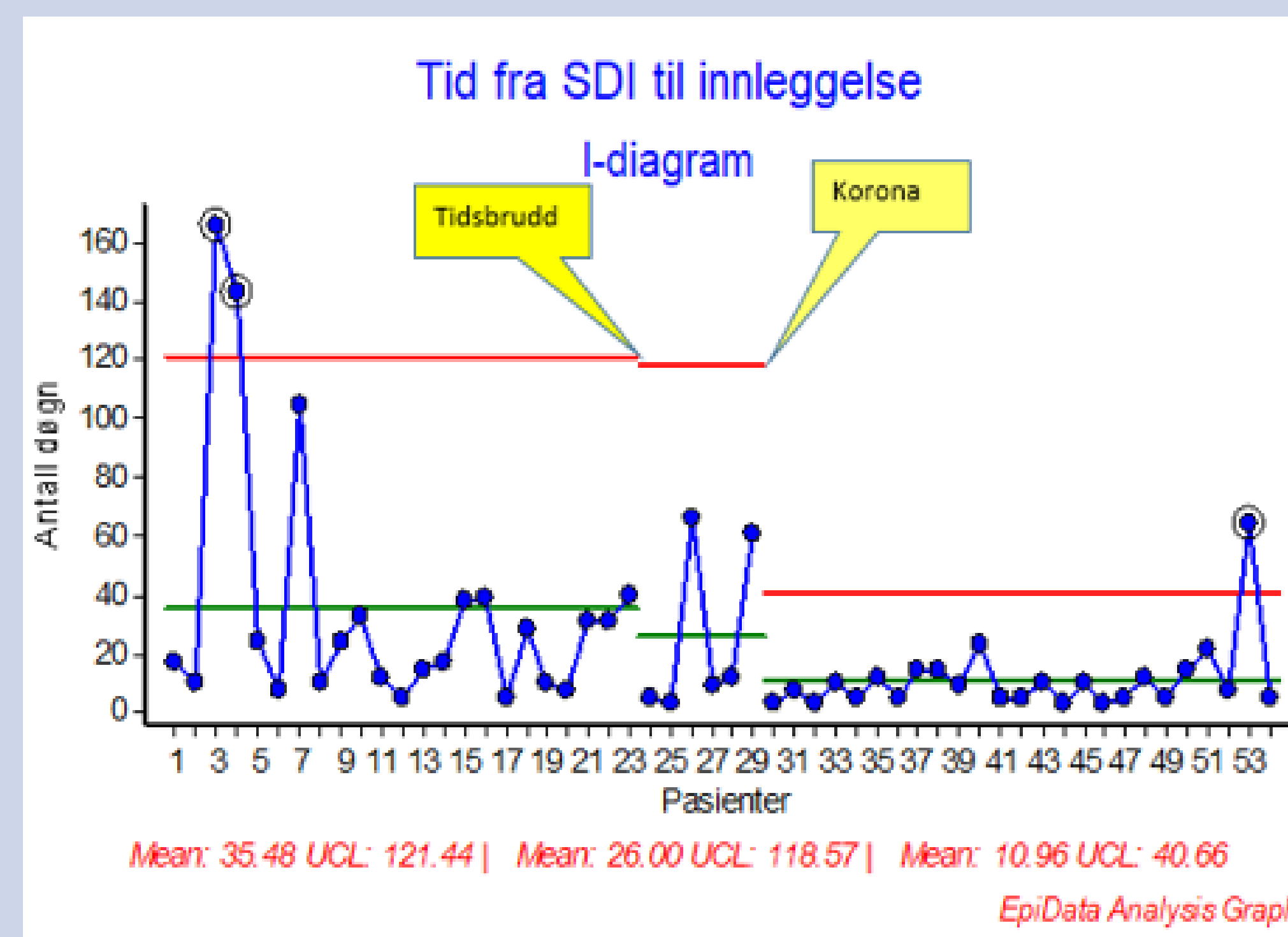
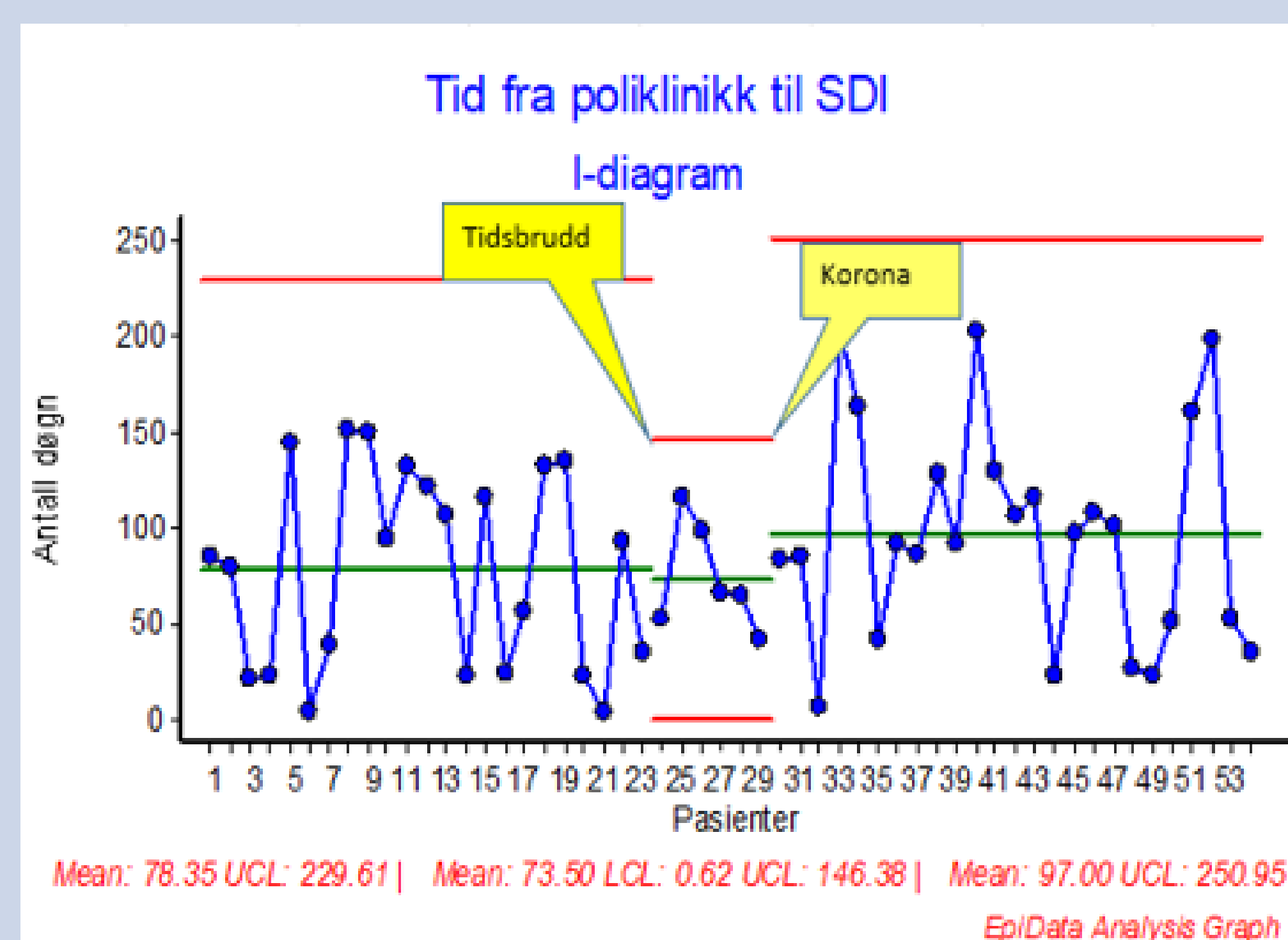
Metode

- Kartlagt pasientforløpene gyn elektive pasienter og elektivt sectio, inkludert utfordringer knyttet til kvalitet og effektivitet
- Før og etter målinger
 - Brukerundersøkelse
 - Forløpstid
 - Ventetid gjennom SDI-dagen

Resultater

- Flyttet gyn SDI til Kvinne Barn enheten
- Gyn pasientene får alle sine kontroller og behandling på samme sted
- Etablert ny rutine og effektivisert kartleggingsnotat for sykepleier

Resultat baselinemålinger



Fra normal-periode til etter 1.koronabølge ser vi endringer: 1.Tid fra poliklinikk til SDI øker. 2. Tid fra SDI til innleggelse minker mye. 3. Total forløpstid endrer seg lite, da disse to oppveier hverandre.

Ettermålinger planlagt til november 2021

Konklusjon

- Gode målinger gir informasjon om hvordan vi fungerer og hvordan vi oppleves av pasientene, og viser effekt av tiltakene våre
- Prosjektet har gitt en bedre fleksibilitet i forhold til å fylle operasjonsprogrammet
- Mulighet for flere sykepleiere på Kvinne Barn poliklinikken å lære SDI-rutinene, slik at driften blir mer robust og mindre sårbar
- Arbeidet med større fleksibilitet, både med tanke på færre oppmøter og lettere kunne fylle operasjonsprogrammet fortsetter.

PRAKSISKONSULENTORDNINGEN (PKO) I DEN HELHETLIGE SAMHANDLING RUNDT PASIENTER

Med pasienten i fokus.

Hva er PKO

Er samarbeide mellom fastleger, sykehusleger og kommune! Vi jobber med å

- Kjenne til hverandres hverdag,
- Lage gode behandlingslinjer og pasientløp.
- Lage trygge overganger mellom nivåer
- Skape arenaer og utvikle gode faglige rutiner for samarbeide.



Hva jobber vi med?

Samarbeide.

Pasientløp hjem til hjem

Pakkeforløp (Kreft – PHR - hjerneslag)

Pasientsikkerhetskampanjen

Trygg utskrivning /epikrisemal

Samstemming legemiddellister

Oppgaveglidning mellom leger alle nivåer (samarbeidsrutiner, samarbeidsutvalg leger)

Digital samhandling

Papirløse epikriser

E-resept, multidose

DIPS Inreraktor

Likeverdige helsetjenester (tolketjenester, Ressurspoliklinikk mm)

Prosjekter/publikasjoner

Avslag henvisninger DPS 2018

Avslag henvisninger bildediagnostikk KMD 2018

Henvisningskvalitet til med pol Drammen: artikkel i Tidsskriftet 2009

Reinnleggelser hjertesviktpasienter Bærum sykehus 2012-2014

Publikasjon HSØ

Innleggelse i medisinsk avdeling – hvem legger inn og hvorfor: artikkel i Tidsskriftet 2018

Dialogmelding - helseforetak – legekantor.

en sikker, elektronisk dialog mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten. Vestre Viken var pilot HF



For fastleger i hele Vestre viken



Faglig påfyll for fastleger, sykehusleger og andre.



Elektronisk nyhetsbrev.



Masse info på vestreviken.no

Tilbakemeldinger:

Helsepolitikere: Praksiskonsulentordningen (PKO) har i vesentlig grad bidratt til å forbedre samhandlingen mellom allmennleger og leger og ledelse i sykehus.

Vestre Viken : Utviklingsplan 2035: Praksiskonsulentene er et viktig bindeledd mellom sykehuset og fastlegene i kommunene, og bidrar til gode løsninger spesielt i arbeidet med å forbedre pasientenes overganger mellom sykehus og hjem. Praksiskonsulentene har en sentral rolle i forbedringsarbeid og bidrar til styrket arbeid med kvalitet og pasientsikkerhet.

Fastlegene: Gjør «mye bra». Opplevs som del av sykehuset. Mye fra sykehuset til fastlegene, mindre andre veien.

Rådgivende medisinsk utvalg, RMU

Samhandling om pasientsikkerhet gjennom nivåene i helsetjenesten

- RMU ble opprettet i 2019 og består av fire sykehusleger, to kommuneoverleger, to fastleger, en sykehjemslege, en legevaktslege og en lege fra PKO.
- Skal bidra til økt pasientsikkerhet gjennom å:
 - forbedre oppgavefordelingen mellom spesialist- og primærhelsetjenesten,
 - kvalitetssikre overganger mellom tjenestenivåene.
 - etablere og formalisere samhandlingsrutiner.
- Tar utgangspunkt i legeforeningens anbefalinger om samarbeid mellom fastleger og sykehus.
- Forankret i LSU som et rådgivende organ.

Arbeidsform

- Arbeidsgrupper gjennomgår utvalgte tema som angår samhandling mellom sykehus, kommune og fastleger.
- Arbeidsgruppene vurderinger tas opp i RMU. Utvalgets innstilling sendes så videre for eventuelt vedtak i regi av LSU.
- RMU representerer således et pågående fleksibelt prosjekt som jobber med Legefaglig samhandling mellom førstelinjetjenesten og spesialisthelsetjenesten ved Drammen sykehus.
- Områder der det råder usikkerhet kan når som helst meldes inn for vurdering i RMU.

Arbeid

1: Legemiddelsamstemming (LMS).

RMU har behandlet de viktigste problemstillingene rundt oppdateringen av pasientenes legemiddel-lister i overgangene mellom sykehus, fastleger og kommunehelsetjeneste.

Utvalget har utarbeidet anbefalinger rundt samarbeidet om samstemming av listene for å begrense muligheten for feil.

Anbefalinger om sentral prioritering i utvikling av elektroniske verktøy for å lette og kvalitetssikre arbeidet.

2: Begrensning av livsforlengende behandling.

Det er viktig at vurderinger rundt begrensning av livsforlengende behandling er faglig godt begrunnet, at beslutningene gjøres i samarbeid med pasienter og pårørende, og at det er god kommunikasjon om konklusjonene i overgangen mellom behandlere. RMU har utarbeidet anbefalinger om dette, og har også laget et forslag til prosedyre for avklaringsamtalen.



Pågående arbeid

KAD-plasser:

RMU ønsker å nedsette et arbeidsutvalg for å se på muligheten til å få mer strømlinjeformet inngang til KAD. Det er ønske om å se på rutiner, diagnostisk sløyfe og mest mulig hensiktsmessig bruk av plassene. RMU ønsker tilbakemelding fra sykehus-avdelingene og kommunene om mulige deltakere i et arbeidsutvalg.

