

Velkommen til Posterutstilling

Til Pasientsikkerhetsuka er alle ansatte i Vestre Viken invitert til å lage poster over faglig arbeid som bidrar til pasientsikkerhet. I år mottok vi 24 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.

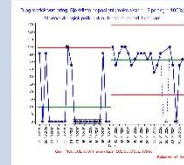


PHR Diagnostisk vurdering

Resultater fra et forbedringsprogram ved Nevropsykologisk poliklinikk, Asker DPS

Bakgrunn og mål for forbedringsarbeidet:

- Redusere (uønsket) variasjon
- Fremme samarbeid
- Pakkeforløp: krav om diagnostisk vurdering og differensialdiagnostisk vurdering.
- Dokumentet blir synlig: gjenfinne de faglig gode vurderingene i journal (Pasientsikkerhet).
- «Innen mars 2020 skal alle pasienter ha dokument Diagnostisk vurdering i henhold til klinikkens retningslinjer og kvalitets kriterier»



Figur 1. SPC: Journalgjennomgang med sjekkliste. Nye pasienter med 1. samtale for minimum 6 uker siden fra måletidspunkt. Eksklusjon: Korono-relatert utsettelse.

Tiltak som bidro til forbedret måling:

- Utarbeidelse av sjekkliste iht krav pakkeforløp
- Denne presentert i personalmøte
- Implementering
- Basismåling SPC
- Ny måling SPC
- Brukerinvolvering: pasienter og henviser
- Dokumentet opprettes i klinisk møte

Teamet:

Sammensetningen av teamet er veldig viktig.

- Lederforankring / lederdeltakelse: løfte meningen
- Medarbeider med «autoritet» i ansattgruppen
- Deltakelse fra stab: facilitator og pådriver

Vesentlig at teamet er omforent / har gjennomarbeidet målsætningen med arbeidet:

- Hva/ hvordan måle?
- Hvilke tiltak må til?
- Systemer
- Prosess, variasjon
- Læring gjennom erfaring



Bilde: (fra venstre) Line M. Brager-Larsen, Kristian Oltedal og Hedda Hellkås.

Skår i Life QI:

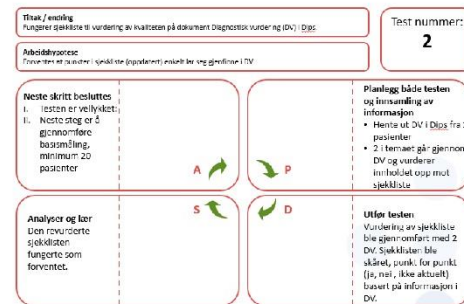
Forbedret kvalitet og forekomst av dokumentet i journal fra 19 % til over 80%.

4.0

Significant improvement

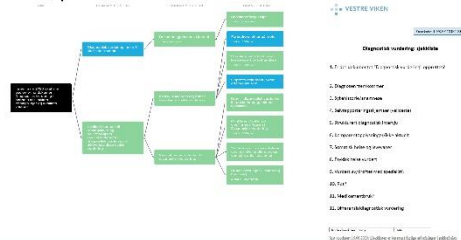
Expected results achieved for major subsystems. Implementation (training, communication etc.) has begun for the project. Project goals are 50% or more complete. ✓

PDSA:



Hva vi har lært og veien videre:

- Kvaliteten bedre på bakgrunn av prosessen (bidrar til påminnelse om flere momenter; sjekkliste)
- Refleksjon: Myndighetenes krav til dokumentasjon opp i mot kvalitet og effektivitet
- Videre: Sikte opprettholdelse av dokumentet. Avd. se på hvordan prosjektet bidrar til mål om klinisk beslutning innen forløpstid



Utarbeidet av: Teamleder: Hedda Hellkås (forløpskoordinator -stab), måleansvarlig: Kristian Oltedal (psykologspesialist –Nevro), teammedarbeider: Line M. Brager-Larsen (seksjonsleder) og prosessveidder: Elin Kufås (spesialrådgiver i stab)

Økt pasientsikkerhet ved blodtransfusjon

Elektronisk identitetskontroll med mobilappen Bedside Control

Bakgrunn

I Norge registreres årlig ca. 10 hendelser der pasienter har fått feil blodprodukt ved transfusjon. Årsaken er som oftest feil ved identitetskontroll av pasient og blodpose rett før selve transfusjonen, og det kan få alvorlige følger for pasienten.

Vestre Viken HF innfører i løpet av 2019 elektronisk identitetskontroll ved å ta i bruk mobilappen Bedside Control ved våre fire somatiske sykehus (Drammen, Bærum, Ringerike/Hallingdal og Kongsberg).

Gevinster

Styrket pasientsikkerhet:

- Redusere risiko for feil ved manuelle rutiner
- Redusere risiko for alvorlige komplikasjoner og/eller død ved transfusjon
- Blodbanken får elektronisk tilbakemelding om transfusjonen ga komplikasjoner eller ikke

Standardiserte arbeidsprosesser og frigjort tid til pasientrettet arbeid:

- Redusert papirbruk, færre arbeidstrinn og felles rutiner ved alle de fire sykehusene
- Mindre tid brukt til skanning og manuell overføring av dokumenter
- Pasientidentitet og blodprodukt kan kontrolleres av en sykepleier (ikke to som tidligere)



Sykepleierne Hanne Opsand og Toiba Krljic ved Medisin 3 Drammen sykehus (f.v.) og Tanja Linkjær og Cathrine Winsnes Lange ved Medisinsk dagpost Bærum sykehus (f.h.) bruker nå Bedside Control.



Overbioingenjører Vendula Wamstad (f.v.) og Inga Hauglum (f.h.) ved Blodbanken har vært med på utvikling og implementering.

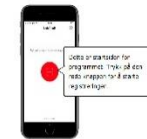
Metode

- Appen Bedside Control er utviklet av Vestre Viken, Sykehuspartner og leverandør av blodbankens datasystem (LabCraft).
- Utvikling og innføring av appen ble gjennomført som et prosjekt med en bredt sammensatt styringsgruppe (deltakere fra blodbanken, de fire sykehusene, e-helse, Sykehuspartner og LabCraft).
- Følgende implementeres i hele Vestre Viken:
 - Samme type pasientarmbånd med 2D strek-kode
 - E-læringskurs og felles prosedyrer
 - Eget sikret trådløst nettverk
 - Elektronisk styring av tilgang til appen
 - Dedikerte iPhone'er som brukes til denne appen

Resultat og videre arbeid

- Svar på spørreundersøkelse hos pilot på Medisin 3 ved Drammen sykehus viste:
 - Appen oppleves som brukervennlig og nyttig
 - Tidsbruk i forbindelse med transfusjon er redusert
- En ny spørreundersøkelse til helsepersonell som bruker appen planlegges i 2020.
- Det er meldt inn som forbedringsforslag at data fra transfusjoner skal registreres direkte i MetaVision (elektronisk kurve)
- Det er inngått avtaler om drift og forvaltning med LabCraft og Sykehuspartner.

Slik fungerer appen:



➤ Etter transfusjon brukes appen tilsvarende, og avsluttes med å registrere om det ble komplikasjoner



Forbedringspotensial ved prehospital undersøkelse av psykisk syke pasienter?

Ambulanseavdelingen i Prehospitaltjenester fikk indikator på et forbedringsområde etter gjennomgang av statistikk og samtaler med noen ansatte som opplevde usikkerhet, for lite erfaring og trening på håndtering av psykisk syke pasienter i 2018. Dette ble derfor vårt KF arbeid i 2019/2020.

«Stemmer indikatoren?»

For å finne ut av det ble det skåret ca. 100 journaler for å finne baseline. Utgangspunktet var turer der pasienten er hentet i private hjem eller offentlige rom og ikke tilsett av lege før vår ankomst. For Drammen ambulansesasjon viste baselinen å være 38%.

Det var overraskende lavt! Vi ønsket å se om dette var en trend i hele tjenesten og skåret derfor et likt antall journaler fordelt på resten av tjenesten for sammenligning. Resultatet viste at det var tilsvarende på øvrige stasjoner.

Dette viste at våre indikatorer var riktig og et stort forbedringspotensiale på området.

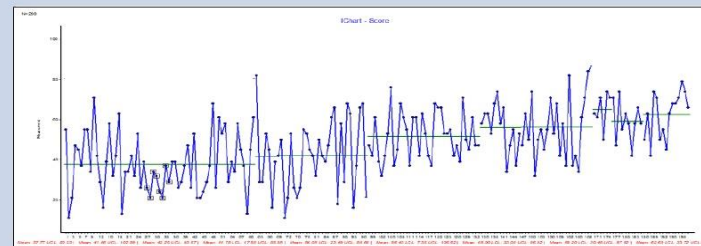
«Med god endringskultur og åpenhet for å skape forbedring vil vi øke kvaliteten og bedre dokumentasjonen i forbindelse med prehospital undersøkelse av psykisk syke pasienter»

Metode:

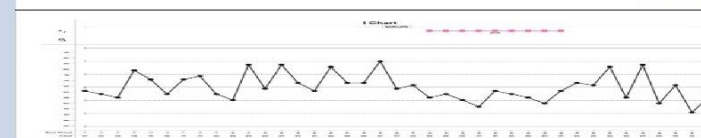
Vi valgte Drammen ambulansesasjon som plassering for forbedringsarbeidet, da vi var avhengig av en viss strøm av pasienter for å måle utviklingen.

Ved å innføre forbedringsteam med lokale endringsagenter for å fremme forbedring ble det en god endringskultur.

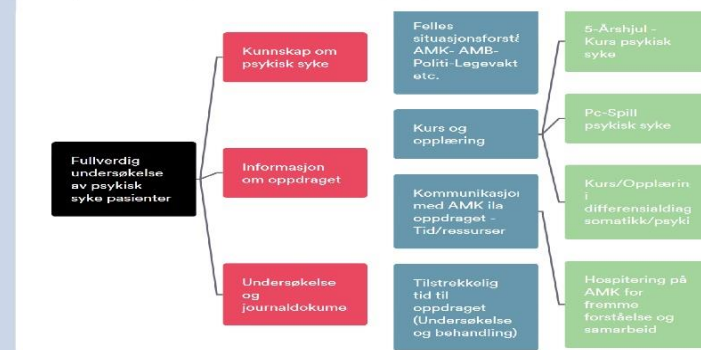
Videre ble det utarbeidet et elektronisk skåringskjema* basert på vår elektroniske pasientjournal. Skjemaet er laget slik det gis ett poeng for hvert av punktene i journalen man har gjennomført. En kan også få poeng selv om en ikke har gjennomført ett aktuelt punkt, forutsatt at det er dokumentert hvorfor på et saklig grunnlag. Dersom alt er utført/dokumentert vil man oppnå en skår på 100%. For at det alltid ble vurdert likt, er det kun en person som har gjennomført skåring av journaler.



Figur 2: SPC diagrammet viser utviklingen fra oppstart frem til mars 2020. Baselinen viser økning fra 38% til 62,6 % i løpet av perioden.



Figur 3: SPC diagrammet fra august med skåring av 39 journaler viser en baseline på 64%.



Figur 4: Driverdiagram med mål til venstre og tiltak som kan testes ut med enkelte målinger til høyre.

Resultat

Underveis har vi benyttet morgenmøter til formidling av resultater og måletall. Det har skapt motivasjon og et ønske om å oppnå gode resultater. Skåringer som er gjennomført gjennom hele prosjektperioden viser en markant økning av baseline og mindre variasjoner i SPC diagrammet. Se figur 2 og 3.

Nå ønsker vi at forbedringsprosjektet videreføres ved at teamet ved Drammen ambulansesasjon deler sitt arbeid og erfaringer med de øvrige ambulansesasjonene i vår tjeneste. På den måten vil vi øke kvaliteten og opplevelsen til hele denne pasientgruppen i vårt nedslagsfelt.

«Det mest givende har vært å se hvor engasjert fagmiljøet blir når de setter i gang med et arbeid som dette. Vi ser at fokus i seg selv stimulerer til forbedring og dette vil først og fremst komme pasientene til gode.»

Vitalia			
Undersøkelse	Utført	Nei OK	Poeng
Respirasjon	Ja	<input type="checkbox"/>	1
Puls	Ja	<input type="checkbox"/>	1
SpO2	Nei	<input type="checkbox"/>	0
BT (Syst)	Nei	<input type="checkbox"/>	0
BT (Diast)	Nei	<input type="checkbox"/>	0
EKG	Nei	<input checked="" type="checkbox"/>	1
Blodsukker	Nei	<input type="checkbox"/>	0
Temp	Nei	<input type="checkbox"/>	0
VAS	Nei	<input type="checkbox"/>	0
Brgset Violence Check	Ja	<input type="checkbox"/>	1
Total score			4
Prosentvis oppnåelse			40 %

REGISTRERINGSKJEMA			
Undersøkelse	Utført	Nei OK	Poeng
Respirasjon			
Puls			
SpO2			
BT (Syst)			
BT (Diast)			
EKG			
Blodsukker			
Temp			
VAS			
Brgset Violence Check			
Total score			4
Prosentvis oppnåelse			40 %

Figur 1: *skåringskjema

Riktig antibiotikabruk ved Bærum sykehus

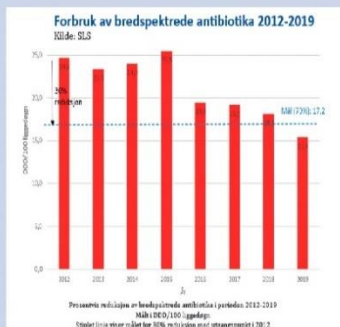
- hvordan kjempe mot vindmøller?

Bakgrunn

- Forskning har vist at riktig bruk av antibiotika (ab) gir økt overlevelse, færre bivirkninger, færre liggedøgn og mindre resistensutvikling
- Globalt sees en økende forekomst av multiresistente bakterier,
- og norske sykehus skal derfor redusere forbruket av bredspektrede* antibiotika
- Antibiotikateamet ved Bærum sykehus har jobbet målrettet med antibiotikastyring siden vinteren 2019 for å oppnå en riktigere antibiotikabruk ved sykehuset

Mål

Redusere forbruk av bredspektrede ab med 30% innen utgangen av 2020 sammenlignet med 2012



Materiale og metode

Forbruket av ab ved Bærum sykehus har vært høyt sammenlignet med landsgjennomsnittet. Mange tiltak er iverksatt i løpet av 2019, se avsnitt Forbedringstiltak under:

I dette arbeidet har vi tatt utgangspunkt i to sengeposter (generell medisinsk og gastrokirurgisk) med spesielt høyt forbruk. Kliniske farmasøyter har gjort ukentlige målinger av bredspektrede ab og registrert resultatene av følgende parametre:

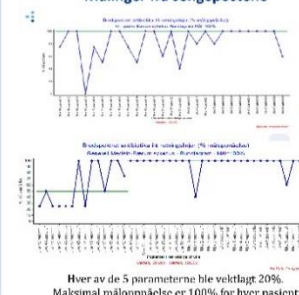
1. Er de nasjonale retningslinjene fulgt?
2. Er begrunnelse for valg av ab dokumentert?
3. Er revidering innen 72 timer gjort?
4. Er mikrobiologiske prøver avlest og vurdert?
5. Er tiltak vurdert eller gjennomført etter anbefaling fra farmasøyt eller lege?

Forbedringstiltak

Vi har gjennom arbeidet vårt erfart at flere faktorer er avgjørende for å oppnå korrekt antibiotikaforskrivning:

- lett tilgjengelig kompetanse (klinisk farmasøyt og lege)
- antibiotikavisit v/farmasøyt og lege
- lommekort tilgjengelig for klinikerne
- risikotavle med egen kolonne for ab
- forankring av arbeidet hos sykehusledelsen og rapportering

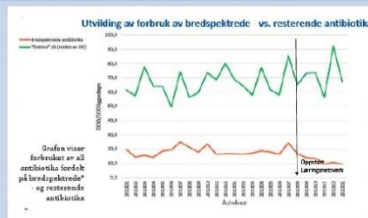
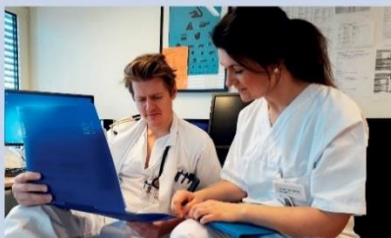
Målinger fra sengepostene



Resultat

Målingene fra sengepostene viste at tiltakene førte til at:

- Retningslinjene følges i større grad
- Begrunnelse for valg av ab dokumenteres i journal i større grad
- Råd fra kliniske farmasøyter og leger tas til etterretning i stor grad
- Mindre bruk av bredspektrede ab



* karbapenemer, penicilliner med enzymhemmere, 2. og 3. generasjons cefalosporiner og kinoloner

Oppsummering og videre plan

Forbruket av bredspektrede ab ved Bærum sykehus fra 2012 tom. 2019 er redusert med 37,4%, men ligger fortsatt høyt.

Vi mener at det viktigste virkemiddelet for å oppnå riktig ab- bruk er lett tilgjengelig kompetanse, gjerne daglige vurderinger av infeksjonslege og diskusjon rundt valg av antibiotika. Vi vil fortsette dette arbeidet framover. De kliniske farmasøytene vil fortsette å registrere ab-bruk, og forbruket rapporteres kvartalsvis til sengepostene.

Utarbeidet av Bærum sykehus' deltakere i «Læringsnettverk for antibiotikastyring Helse Sør-Øst»: Ane Kristine Natvik, Birgitte Søby Weum, Else Johanne Rønning, Ellen Sannes Risvoll, Christine Dahl Hamnvik

4 gode vaner

Bedre klinisk kommunikasjon ved Bærum sykehus

KOMMUNIKASJONSKURSET 4 GODE VANER

- Ved å trene opp konkrete ferdigheter kan helsepersonell lære hvordan de mer systematisk kan kommuniserer best mulig med pasienten.
- "The four habits approach to effective clinical communication" er en metode for pasientorientert kommunikasjon utviklet av Kaiser Permanente i USA
- Er den første store kommunikasjonsmodellen med dokumentert effekt.
- Bygger på fire ulike vaner med målsettinger for kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient.

Helsepersonell skal utøve god klinisk kommunikasjon, og skal kommunisere profesjonelt, hvilket innebærer faglig, personorientert og helsefremmende kommunikasjon

(Eide & Eide, 2017)

Gode kommunikative evner er en ferdighet som kan læres

(Tjora, 2008; Gulbrandsen 2008; Franke & Stein, 1999)

<p>Vane 1: Invester i begynnelsen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Etabler god kontakt tidlig • Få fram hva pasienten har på hjertet • Planlegg konsultasjonen/sykehusoppholdet/dagen/behandlingsplanen sammen med pasienten
<p>Vane 2: Utforsk pasientperspektivet</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Utforsk pasientens forståelse • Sjekk pasientens forventninger • Få fram betydningen av sykdommen for dagliglivet
<p>Vane 3: Vis empati</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Vær åpen for pasientens følelser • Gi tydelig uttrykk for empati • Vis empati også nonverbalt • Vær oppmerksom på dine egne reaksjoner
<p>Vane 4: Invester i avslutningen</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gi informasjon (diagnostisk el terapeutisk) • Involver pasienten i avgjørelser om behandling (samvalg) • Gi pasienten opplæring • Avslutt og sjekk ut på en ryddig måte



**We are what we repeatedly do.
Excellence then is not an act, it is a habit.**
Aristoteles

PRAKTISK GJENNOMFØRING

- Tverrfaglige kurs (hvert på 2 dager) – tilsammen 4 i året
- Ledelsesstyrt påmelding – over 80 deltagere per år
- Interne instruktører
- Undervisning i plenum og i grupper
- Bruk av rollespill og læring der deltagerne deler sine erfaringer, perspektiver, utfordringer og strategier

MÅL

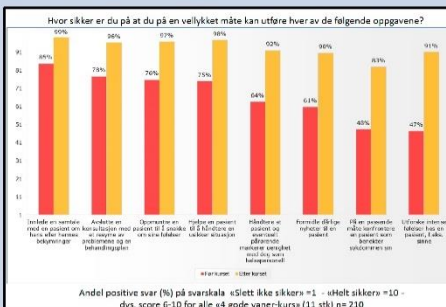
God klinisk kommunikasjon bidrar til å:

- bedre pasienttilfredsheten
- øke pasientenes etterlevelse av råd gitt i behandling
- redusere antall klager og konflikter

EVALUERING

Deltagerne vurderte sin kommunikasjonskompetanse som vesentlig høyere etter gjennomført kurs.

Fra oppstart i 2015 til og med mai 2019 har 210 kursdeltagere vurdert egen kommunikasjonskompetanse før (i rødt) og etter (i gult) kurs.



NEWS2 skår ≥ 5 i akuttmottaket predikerer alvorlig forløp og død hos pasienter med Covid-19

Resultater fra kvalitetsstudien COBRA (COvid-19 at Bærum hospital – Acute care and outcome)

Bakgrunn

- Kliniske skåringsverktøy er nyttige for å identifisere pasienter som har økt risiko for alvorlig sykdomsforløp og død
- Ved stor pasienttilstrømning i akuttmottaket og presset kapasitet, er behovet for raskt å kunne identifisere pasienter med behov for tett overvåking særlig stort
- NEWS2¹, qSOFA², SIRS-kriterier³ og CRB-65⁴ er i utstrakt bruk som hjelpemidler til å identifisere infeksjonspasienter med risiko for alvorlig forløp
- Nytteverdien av disse skåringsverktøyene hos pasienter innlagt på sykehus med Covid-19 har ikke vært undersøkt tidligere

¹National Early Warning Score 2; ²quick Sequential Organ Failure Assessment; ³Systemic Inflammatory Response Syndrome; ⁴Confusion, Respiratory rate, Blood pressure, Age > 65 years

Mål

- COBRA er en kvalitetsstudie ved Bærum sykehus
- Da Covid-19 kom til Norge i slutten av februar var det svært mye vi ikke visste om sykdommen
- Omfanget av utbruddet var ukjent, men prognoser tilsa stor pasienttilstrømning og at kapasiteten ved sykehuset kunne blitt utfordret
- Hensikten med denne studien var å kartlegge symptomer og funn, behandling, sykdomsforløp og komplikasjoner hos pasienter innlagt med Covid-19
- Vårt hovedmål var å lære om den nye sykdommen underveis, slik at vi fortløpende kunne forbedre håndteringen av pasientgruppen
- Vi ville undersøke hvor nyttige ulike kliniske skåringsverktøy var for å identifisere pasienter som utviklet et alvorlig forløp som følge av Covid-19

Metode

- Alle pasienter innlagt ved Bærum sykehus på grunn av Covid-19 i løpet av utbruddets første 50 dager (9.mars til 27.april 2020) ble inkludert
- NEWS2-skår, qSOFA skår, SIRS kriterier og CRB-65 skår ble beregnet basert på første undersøkelse i akuttmottaket
- Vi definerte alvorlig forløp som *død under sykehusoppholdet eller behandling på intensivavdeling*
- Vi beregnet sensitivitet og spesifisitet med 95% konfidensintervall med MEDCALC statistical software (<http://www.medcalc.org>) og sammenlignet skåringsverktøyenes nytteverdi med DeLong's test

National Early Warning Score (NEWS) 2

NATIONAL EARLY WARNING SCORE 2 (NEWS2) ¹			SCORINGSKJEMA			
PSYKOLOGISKE PARAMETERE	Parameter	enh.	3	2	1	0
Respirasjonsfrekvens	RF	min	≥ 8	7	6	5
O2-metning - Hb1	SpO ₂	%	≤ 91	92-93	94-95	≥ 96
O2-metning - Hb2	SpO ₂	%	≤ 83	84-85	86-87	≥ 88 på luft på 10', 95-96 på 15'
Romluft-til-eksponert	O ₂	lit/min	Okkogen		Romluft	
Spirometri	BT-Sys	mmHg	≤ 90	91-100	101-110	111-219
Respirasjonsfrekvens	PRx	mmHg	≤ 40	41-50	51-90	91-110
Respirasjonsfrekvens	ACVPU	mmHg			A-våken	≥ 131
Temperatur	Temp	°C	≤ 35,0	35,1-36,0	36,1-38,0	38,1-39,0

NEWS2 skåringskjema brukes ved gjennomføring av målinger, og angir en poengsum for hver av de kliniske parameterne

(Kilde: Vestre Viken e-håndbok: 93408)

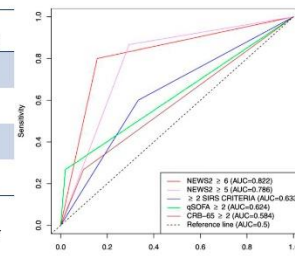
- Alle pasienter skal skåres ved innleggelse.
- Ved uventet forverring av pasientens tilstand og før overflytting mellom avdelinger skal pasienten skåres på nytt.
- Ved skår 5-6 skal lege vurdere pasienten innen 1 time
- Ved skår ≥ 7 skal lege vurdere pasienten innen 30 minutter

Resultat

- 66 pasienter ble inkludert i analysen (gjennomsnittsalder 68 år)
- 15 pasienter (23%) hadde et alvorlig sykdomsforløp og 13 pasienter (20%) døde
- NEWS2 skår ≥ 5 identifiserte alvorlig sykdomsforløp med 87% sensitivitet, som var signifikant bedre enn de andre undersøkte skåringsverktøyene (p-verdi < 0.05)

	Sensitivitet % (95% konfidensintervall)	Spesifisitet % (95% konfidensintervall)
NEWS2 skår ≥ 5	86.7 (59.5-98.3)	70.6 (56.2-82.5)
qSOFA skår ≥ 2	26.7 (7.8-55.1)	98.0 (89.6-100.0)
≥ 2 SIRS kriterier	60.0 (32.3-83.7)	66.7 (52.1-79.2)
CRB-65 skår ≥ 2	26.7 (7.8-55.1)	90.2 (78.6-96.7)

Tabellen viser de ulike skåringsverktøyenes evne til å predikere et alvorlig sykdomsforløp ved Covid-19. NEWS2 med cut-off verdi 5 sensitivitet, mens qSOFA hadde svært lav sensitivitet og er dermed lite egnet til formålet. Figuren viser Receiver Operator Characteristic curves for alle skåringsverktøyene og illustrerer at NEWS2 skår 5 eller 6 har best evne til å identifisere pasienter som utvikler et alvorlig sykdomsforløp (Area Under the Curve).



Konklusjon

- Én av fire pasienter hadde et alvorlig sykdomsforløp
- NEWS2 skår ved innkomst identifiserte 9 av 10 pasienter med Covid-19 som utviklet et alvorlig forløp og var klart bedre egnet til dette formålet enn de andre testene i studien
- Alle pasienter som legges inn på sykehus med Covid-19 bør skåres med NEWS2
- qSOFA er uegnet til å identifisere Covid-19 pasienter med risiko for alvorlig forløp

Kartlegging av kirurgiske sårinfeksjoner

Bakgrunn:

- Usikkerhet rundt faktisk antall infeksjoner
- Ønske om å inkludere ansatte om forslag til forbedringstiltak
- Ønske om å inkludere pasientene i prosjektet

Mål: Å kartlegge antall kirurgiske sårinfeksjoner ved plastikkirurgisk poliklinikk

Definisjon sårinfeksjon:

Overfladiske sårinfeksjoner er her definert som en overfladisk hudinfeksjon relatert til operasjonssåret innen **30 dager** etter kirurgi

Metode: 1. Ansatte fylte ut et skjema med forbedringsforslag. 2. Informasjonsskriv og telefonsamtale med pasienter for kartlegging av antall infeksjoner etter kirurgi.

Kartlegging av infeksjonsfrekvensen før Covid-19:

Gjennomføring:

Kartlegging av infeksjonsfrekvensen FØR tiltak. Pasienter operert i perioden 18.11.19 – 18.12.19 ble inkludert og oppringt 4 uker etter poliklinisk operasjon. De ble spurt om de hadde hatt infeksjon i såret eller ikke. Gjennomføring av forbedringstiltak.

Resultat:

6/112 (5,3 %) fikk overfladisk kirurgisk sårinfeksjon.



Kartlegging av infeksjonsfrekvensen under Covid-19:

Gjennomføring:

Pasienter operert i perioden 25.03.20 – 25.04.20 ble inkludert og oppringt 4 uker etter poliklinisk operasjon. De ble spurt om de hadde hatt infeksjon i såret eller ikke.

Endringer i organiseringen under Covid-19:

- Endring i personalet: operasjonssykepleiere fra dagkirurgen var ikke kjent med rutinene
- Nytt akuttmottak «vegg i vegg»
- Annen kategori av pasienter i gangene utenfor operasjonsstuene

Resultat:

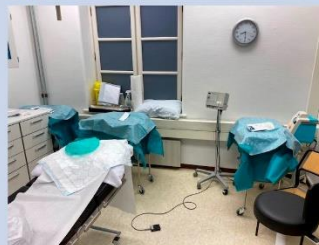
14/109 (12,8 %) fikk overfladisk kirurgisk sårinfeksjon.

RESULTAT FØRSTE OG ANNEN PERIODE:

	1) Måleperiode høsten 2019	2) Måleperiode våren 2020
Antall opererte / svar	117 / 112	112 / 109
Svarprosent	95,7	93,3
Antall infeksjoner	6	14
Infeksjonsfrekvens	5,30 %	12,80 %
Behov for antibiotika	3	7

Eksempel på gjennomført forbedringstiltak:

FØR:



ETTER:



Konklusjon:

- Plastikkirurgisk poliklinikk har lav infeksjonsfrekvens.
- Ekstraordinære situasjoner påvirker resultatene.
- Til tross for at de nye operasjonssykepleierne hadde utmerket kompetanse, var det en uvant arbeidssituasjon for dem.
- Fast personell er av stor betydning.
- Det er fortsatt en del å hente på forbedret infrastruktur.

Elektronisk rekvirering av Covid-19 analyser

Papirrekvisisjon VS elektronisk rekvisisjon

Introduksjon og metode

- Elektronisk rekvirering av laboratorieprøver har vært i bruk lenge og bidratt til å redusere manuelle registreringsrutiner. Dette har ført til økt sikkerhet mtp korrekt pasientinformasjon og forbedret riktig ID-merking av prøvemateriale.
- Legevakter og institusjoner har ikke hatt mulighet til å ta i bruk elektronisk rekvirering på grunn av mangler i IT-systemene.
- Interactor er et nytt elektronisk rekvireringsverktøy som er tatt i bruk hos legevaktene/teststasjonene i Vestre Viken for å elektronisk rekvirere Covid-19 PCR analyser.

Rekvirering på papir og ID merking av prøve



Personell som betjener Corona-tlf registrerer informasjon fra pasienter via tlf. samtale.



Informasjon overføres til rekvisisjonen på papir.



Rekvisisjonen overleveres til legen som skal ta prøven.



Prøven merkes kun med lab-nummer.



På sykehuset registreres rekvisisjonene og prøvene før de settes til analysering.

Elektronisk rekvirering og ID merking av prøve



Personell som betjener Corona-tlf, registrerer informasjon fra pasienter via tlf. samtale og samtidig generer de elektronisk rekvisisjon.



Prøverør og etiketter overleveres til legen som skal ta prøven. Legen merker prøven og desinfiserer den etter prøvetaking av pasient.



Prøverør er merket med lab-nr., i tillegg til pasient og rekvisit-informasjon. Laboratoriet har all nødvendig informasjon når prøven ankommer.

Fordeler med elektronisk rekvirering VS papir-rekvirering

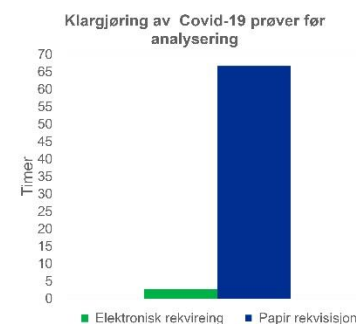
	Papirrekvisisjon	Elektronisk rekvisisjon
Registrering av personinformasjon	3 ganger	1 gang
Papirrekvisisjon og smitteoverføring	Rekvisisjonen kan gå mellom 4 personer	0
Estimert ressursbruk på rekvirering (av rekvisient)	3/3	1/3
Risiko for feil ID-merking av prøve	Kun rekvisisjonsnummer på etikett → stor risiko	Pasientinformasjon på etikett → mindre risiko
Svartid	Mange ledd ved innregistrering → lengre svartid	Prøven settes rett på instrument → kortere svartid

Tabell 1: Fordeler med elektronisk rekvirering sammenlignet med papirrekvisisjon.

Antall prøver og tidsforbruk

På en dag kan det komme opp mot 1000 rekvisisjoner av Covid-19. For å håndtere en slik mengde har elektronisk rekvirering vært en forutsetning. Estimert tidsforbruk for å klargjøre en prøve rekvirert på papir er ca. 4 min. før den kan analyseres, mens det tar ca. 10 sek. om den er rekvirert elektronisk. For 1000 rekvisisjoner utgjør det en besparelse på 64 timer. Dermed er det mulig å ta imot og svare ut alle prøvene på kort tid.

Figur 1 viser forskjellen på tidsforbruk ved mottak av elektroniske VS papir rekvisisjoner på laboratoriet før prøvene er klare til analysering.



Figur 1: Figuren viser tidsforbruk på laboratoriet når rekvisisjonene mottas på papir eller elektronisk. Dette er et eksempel for mottak av en dags rekvisisjonsmengde (1000 rekvisisjoner).

Konklusjon

Elektronisk rekvirering sikrer riktig pasientinformasjon og reduserer feil grunnet færre manuelle innregistreringsrutiner som. Svartid blir kortere ved elektronisk rekvirering grunnet besparelse i innregistreringstid. Det hadde ikke vært mulig for laboratoriet å ta imot denne mengden prøver uten elektronisk rekvirering.

Alle pasienter skal få time innen planlagt tid ved medisinsk poliklinikk, Kongsberg sykehus

Innen 1. oktober 2020 skal ingen pasienter stå med passert planlagt tid

Bakgrunn for forbedringsarbeidet

- Det var et stort antall pasienter som sto på venteliste med passert planlagt tid og dermed ikke fikk behandling/kontroll til avtalt tid
- Høsten 2019 bestemte ledergruppen ved Kongsberg sykehus at dette måtte forbedres
- Det ble utpekt en forbedringsagent som deltok i Vestre Vikens opplæring i forbedringsarbeid
- Forbedringsteamet besto av lege, sekretær og avdelingssykepleier ved medisinsk poliklinikk, avdelingssjef medisinsk avdeling og teamleder/forbedringsagent og veileder



Endringsideer

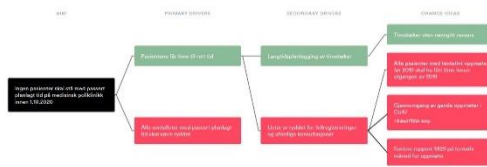
Langtidsplanlegging av timebøker

- Dette hadde vært et tema i lengre tid
- Timebøker uten ressursnavn ble satt opp i DIPS sånn at pasienter kunne få time direkte, i stedet for å bli satt på venteliste.
- Fra 1.2.2020 får de fleste pasientene med seg tidspunkt for neste kontroll før de forlater poliklinikken

Rydding i ventelistene

- Avslutte feilregistreringer
- Ferdigstille uferdige konsultasjoner
- Lukke henvisningsperioder
- Gi time til de som har ventet lenge

Driverdiagram



Målinger

- **Rapport D-4829**
 - Antall passert planlagt tid
 - Antall som venter på time de 3 neste månedene
- **Rapport D-6813**
 - Primærhenvisninger mottatt per uke per fagfelt
 - Antall henvisninger avsluttet med «Behandles avtalespesialist»
 - Antall kontakter avsluttet med «Pasientønsket utsettelse»
- **Status venteliste poliklinikk**
 - Antall på venteliste per fagfelt
 - Antall passert planlagt tid
 - Antall tentativ måned resten av inneværende år, neste år og året deretter
 - Antall tentativ måned ikke utfyllt

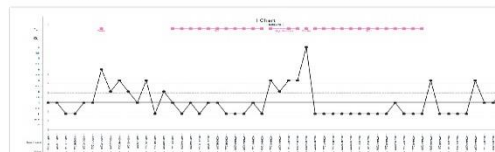


Utvikling passert planlagt tid

Ved ukentlige kjøringene av DIPS-rapport D-4829 har vi fått en oversikt over antall pasienter som står med passert planlagt tid. Som tabellen viser har vi kommet et godt stykke på vei. Fra start på 1328 pasienter i uke 37/19 til laveste tall 103 i uke 36/20.

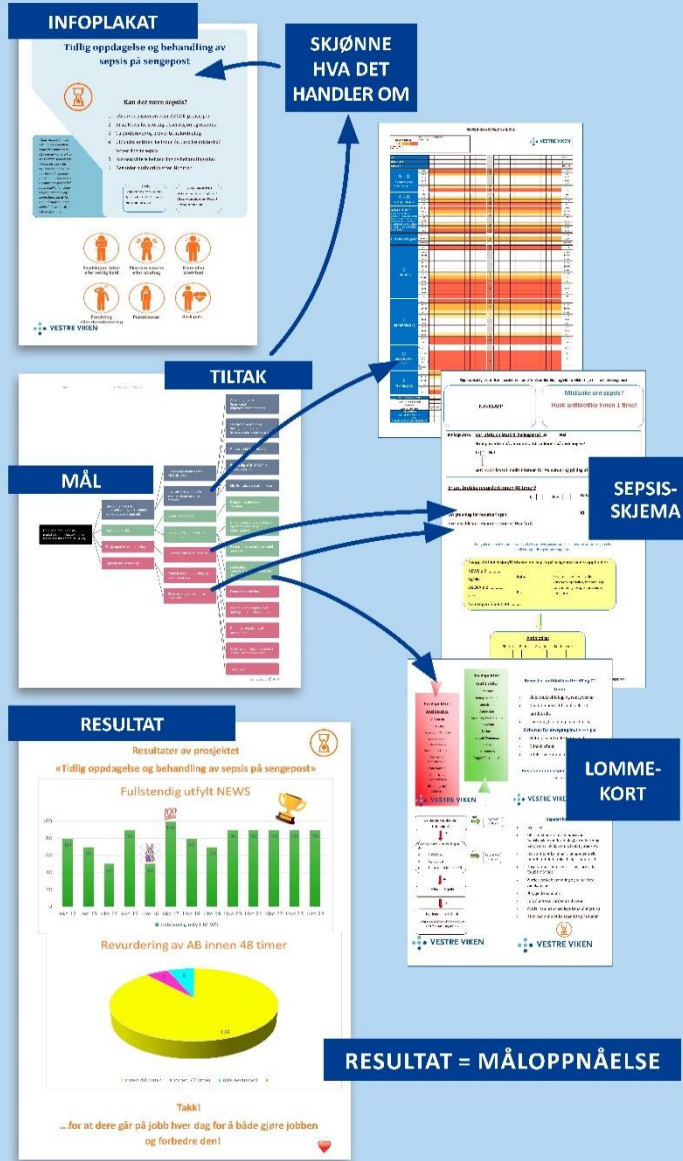
Balansert mål

I tillegg til de nevnte målingene har vi også målt om fokus på Passert planlagt tid har gitt utslag på antall fristbrudd. Som tabellen viser er det i perioder fristbrudd, men det er usikkert om dette er på grunn av fokus på Passert planlagt tid. Det høyeste antall fristbrudd ble målt i uke 14 og var på grunn av Covid-19.





TEAM: Prosjektleder Hjørdis Saastad, Overlege Hege Næss, Måleansvarlig Mari Thingelstad og Veileder Hilde Eriksen Bråten



INFOPLAKAT

Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost

Kan det være sepsis?

1. Akutt innlekkelse av etterbehandling
2. Feil bruk av legemidler (antibiotika)
3. Feil bruk av legemidler (antibiotika)
4. Ukorrigerte bløddreieproblemer
5. Ukorrigerte bløddreieproblemer
6. Ukorrigerte bløddreieproblemer

VESTRE VIKEN

SKJØNNE HVA DET HANDLER OM

Table with columns for patient ID, name, and various clinical parameters over time. The table shows data for multiple patients, with some cells highlighted in red and yellow to indicate critical values or trends.

TILTAK

Flowchart detailing clinical interventions and actions for sepsis management, including steps like 'Tilleggsbehandling', 'Kontroll', and 'Oppfølging'.

SEPSIS-SKJEMA

MÅL

Flowchart detailing the goals and objectives of the project, such as 'Redusert dødelighet' and 'Rask diagnose'.

LOMME-KORT

RESULTAT

Resultater av prosjektet

«Tidlig oppdagelse og behandling av sepsis på sengepost»

Fullstendig utfyllt NEWS

Revurdering av AB innen 48 timer

Takk!
...for at dere går på jobb hver dag for å både gjøre jobben og forbedre den!

RESULTAT = MÅLOPPNÅELSE

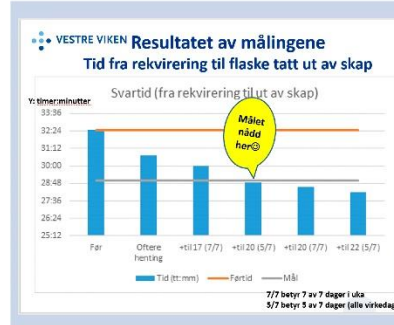
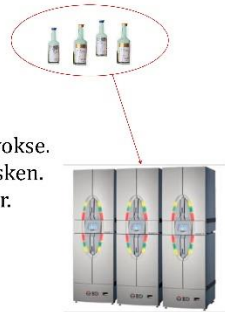
Raskere svar på blodkultur

Forbedringsprosjekt som gir bedre pasientbehandling

Problemstilling: Redusere tid fra rekvirering til svar.

Bakgrunn

- Blodkulturer settes inn i varmeskap for at bakteriene skal vokse.
- Dersom det er bakterier i blodet, vil disse formere seg i flasken. Skapet varsler om det er vekst i flasken. Dette tar flere timer.
- Flasken tas ut og arbeidet starter med å identifisere bakterien, og finne egnet antibiotika (viderearbeid).



Resultat

Test nr. 1 Ofteare innsetting i skapet

➤ Resultat: Reduksjon svartid 01:45 timer

Test nr. 2 Utvidet åpningstid

➤ Resultat:

- Hverdager til kl. 20: Reduksjon svartid 1:52 timer
- Hverdager til kl. 22: Reduksjon svartid 2:32 timer
- Alle dager til kl. 17: Reduksjon svartid 0:42 timer
- Alle dager til kl. 20: Reduksjon svartid 2:11 timer

Mål

Det er avgjørende at flaskene blir satt raskt inn i skapet, og at viderearbeidet kan starte så raskt som mulig etter at flasken har bakterievekst

Konkret mål definert:

Tid fra rekvirering til påbegynt viderearbeid av positive blodkulturer skal være mindre enn 29 timer innen 15.03.2020



Fagbioingeniør Heidi Plum Bjonness setter blodkulturflasker inn i Bactec-skap

Konklusjon:

Målet blir nådd når blodkulturflaskene settes oftere inn i Bactec, og åpningstid utvides til kl. 20 på hverdager.

Vi har lært at:

- Det er fint å simulere mulige endringer og å teste ut i småskala
- Det er viktig med god planlegging og godt samarbeid på tvers av seksjonene

Tiltak utført:

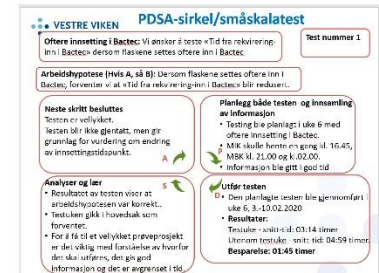
- Nytt skap installert i 4.etg. (medfører raskere innsetting)
- Endring av åpningstid er under utredning

Veien videre:

Målinger og kartlegging av rutiner på de andre sykehusene i Vestre Viken.

Metode

- Verktøy i Forbedringsmetodikk og programmet LifeQI.
- Måle svartid
- Konkret mål ble definert
- Idemyldring med utarbeidelse av Driverdiagram
- PDSA-sirkler: To ideer ble valgt ut for testing
 - Test nr. 1 Ofteare innsetting var småskalatest i en uke
 - Test nr. 2 Utvidet åpningstid var simuleringstest
- Målinger gjennomført



Rørpost – bare rør eller viktig hjelpemiddel?

Fra prøvetaking direkte til laboratoriet

Introduksjon

Mikrobiologisk seksjon (MIK) har lenge hatt formening om at mange prøver blir levert til oss først en god stund etter at de er tatt. Dette gjør i sin tur at prøvesvar blir forsinket. Er det mulig å optimalisere prøveflyten og forkorte svartiden?

Høsten 2019/våren 2020 deltok MIK i Opplæringsprogram for forbedringsagenter i Vestre Viken (VV). MIK deltok med forbedringsarbeidet «Optimalisering av prøveflyt til LAB», og posteren er en presentasjon av dette.

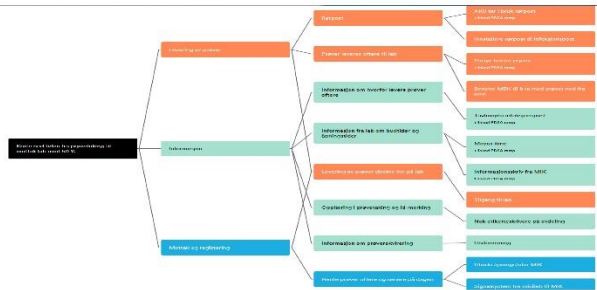


Forbedringsteamet med bioingeniører fra laboratoriet og sykepleiere fra sengeposter.

Metode

Vi kartla nå-situasjonen og lagde driverdiagram for hva som skulle til for å nå målet. Vi fant tre primærdrivere som omhandlet informasjon, levering av prøver og mottak av prøver. Brainstorming ga mange forbedringsideer, blant annet et forslag om å bruke rørpost. På vårt sykehus er det kun rørpost mellom Akuttmottaket (AKU) og seksjon for medisinsk biokjemi (MBK), så rørpost til mikrobiologi var urealistisk. Men, vi tok det med likevel.

Flere av forbedringsideene ble testet vi ut ved hjelp av PDSA-sykluser; Plan, Do, Study, Act. Vi testet ut informasjon på fagdager, tavlemøter og personalmøter. Vi lagde informasjonsoppslag om MIK og hvorfor rask prøvelevering er viktig. Og vi vurderte om portører kunne levere prøver. Vår «urealistiske» forbedringside med rørpost ble testet i tre sykler. Den siste test-syklusen gikk over en lengre periode bl.a for å se om det kunne ha noen uforutsette, uheldige konsekvenser. For å fremstille forbedringsarbeidet og målinger grafisk brukte vi et elektronisk forbedringsverktøy, Life QI.



Driverdiagram



Rørposten på Bærum sh

Mål

Korte ned tiden fra prøvetaking til mottak MIK med 50 %

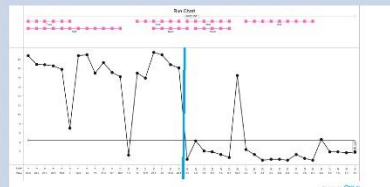
Visjon

Fra prøvetaking direkte til laboratoriet



Resultater/Målinger

Vi talte timer fra AKU rekvirerte en prøve i Dips til prøven var registrert inn i Analytix, MIKs datasystem. Tidspunktet i Dips kunne brukes fordi AKU rekvirerer prøven samtidig som den tas. Tidene ble lagt inn i måleskjema i Life QI. Første måleserie er før testing av rørpost og andre måleserie er perioden med uttesting av rørposten. Det ble et signifikant nivåskifte; leveringstiden ble forkortet med 73%! Uttestingen viste også at bruk av rørpost ikke medførte uheldige konsekvenser for noen.



Pasientprøver og tid fra rekvirering til mottak MIK
X-aksen = prøver, Y-aksen = tid i timer

Konklusjon

Det er mulig å optimalisere prøveflyten og forkorte svartiden! Det er svært travelt på AKU og det er vanskelig for de ansatte å gå fra for å levere prøver. Noe så enkelt som rørpost forkortet tiden fra en prøve tas i AKU til den leveres MIK med 73 %. Bruk av rørpost fikk prøvene raskt til laboratoriet og viste at vi dermed kunne korte ned svartiden med opptil ett døgn. Forbedringsteamet anbefaler at det anskaffes rørpost flere steder på Bærum sykehus. Det vil forbedre svartid på prøver også fra sengepostene, og frigjøre tid for postpersonell.

Daglig visitt på Intensiv – med en humoristisk vri

Bakgrunn

- Sykepleierne scoret dårlig på samarbeid med andre yrkesgrupper på medarbeiderundersøkelsen
- Høsten 2019 ble det dannet en samarbeidsgruppe med sykepleiere og leger
- Gruppas første fokusområde – Den daglige visitten

Mål

- Forbedringsarbeid med fokus på bedre kommunikasjon og organisering på Intensiv
- Formidle en revidert retningslinje, med et kjent og seriøst budskap, på en humoristisk måte

Metode

- Kampanje over 14 dager
- Alle leger / sykepleiere hadde den samme internundervisningen før oppstart
- Felles lunsj fredagen før kampanjestarten
- Daglige filmklipp – visualisering av 12 punkter i retningslinjen
- Visning av ca. 30 sek. filmklipp ifm. morgenrapporten for leger og sykepleiere
- Filmklippene ble i tillegg daglig sendt på mail til alle ansatte på Intensiv.
- Plakater med de 12 punktene på strategiske plasser i avdelingen
- Deltakerne i filmklippene var personale på Intensiv, mtp å øke tilhørigheten / fellesskapet

Resultat

- Gode tilbakemeldinger: «Utrolig morsomt, jeg ler så jeg griner», « Dere får poengtert budskapet», «Som en julekalender, ny luke hver dag med overraskelser», «Flott kampanje», «Mange har blitt mer bevisste», «Fantastisk», «Morsomt», «Humor er veien å gå»

Konklusjon

- Fokus på kommunikasjon og organisering av Intensivavdelingen er viktig ut ifra et pasientsikkerhetsperspektiv
- Tilleggseffekten ble også et oppsving i arbeidsmiljøet, hvilket i sin tur bidrar til et bedre samarbeid
- Oppfølgingen av kampanjen ble ikke som tenkt pga Covid -19. Tilbakemeldingene fra sykepleierne var at samarbeidet med legene hadde vært kjempebra i Covid-19 perioden. Økt fokus på samarbeid i forkant kan ha hatt positiv effekt

Bilder fra tre av de tolv filmklippene som ble brukt i kampanjen.



Gjennomgang av medisiner



Tverrfagligmøte



Lange og korte mål



Samarbeidsgruppe, Intensiv DS VV
Fra ve. øverst Unn Simonsen, Stephan Balsliemke, Ingvill Olsen, Ingvild T Heien, Annelie Johansson og Hilde Kollevold.

NIHSS – Akutt hjerneslag

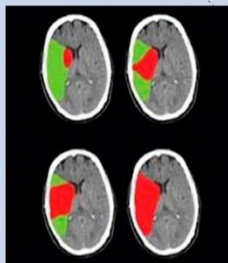
Sikre at NIHSS blir utført i henhold til nasjonale retningslinjer

Bakgrunn


- Lave skår i Norsk hjerneslagregister
- Dette utgjør en fare for pasientsikkerheten



- Målet i akutt slagbehandling er å redde hjerneceller
- Tiden er hjerneslagets fiende nr 1
- Akutt forverring kan oppstå tross anbefalt behandling og er forbundet med dårligere prognose
- Ved å observere slagpasienten regelmessig første 72 t, kan man oppdage forverring tidlig og innlede effektiv behandling.



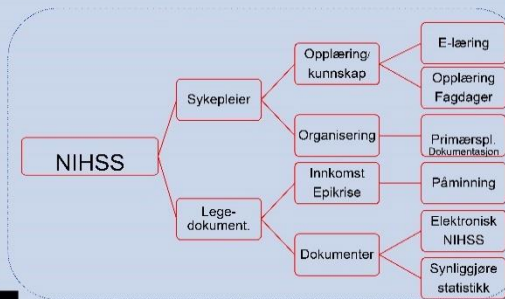
Penumbrasonen



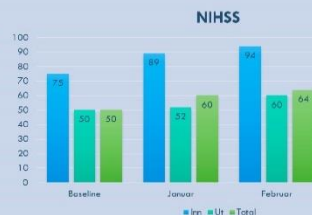
NIHSS
Skårings skjema

Test av 11 neurologiske funksjonsområder skal utføres x 8 første 72 timer

Driverdiagram – tiltak som ble fokusområder



Resultat



Tiltak som virker

- God fagkunnskap om hjerneslag – sykepleiere
- Gode hjelpemidler som maler for slag innkomst/-epikrise – leger
- God kommunikasjon mellom leger og sykepleiere

Veien videre

- Elektronisk NIHSS
- Aktiv bruk av e-læringsprogram – årlig sertifisering
- Bruke statistikk aktivt – Norsk hjerneslagregister

Delirium – diagnostikk, forekomst og spesielle utfordringer

Resultater fra kvalitetsstudien COBRA (Covid-19 at Bærum hospital – Acute care and outcome)

Bakgrunn

- Om lag én av fire pasienter innlagt på sykehus med Covid-19 opplever et alvorlig sykdomsforløp
- Fra andre pasientgrupper vet vi at delirium kan påvirke sykdomsforløpet negativt og er forbundet med økt dødelighet
- Smitteverntiltak kan både tenkes å forverre delirium, og være vanskelige å gjennomføre ved delirium

Mål

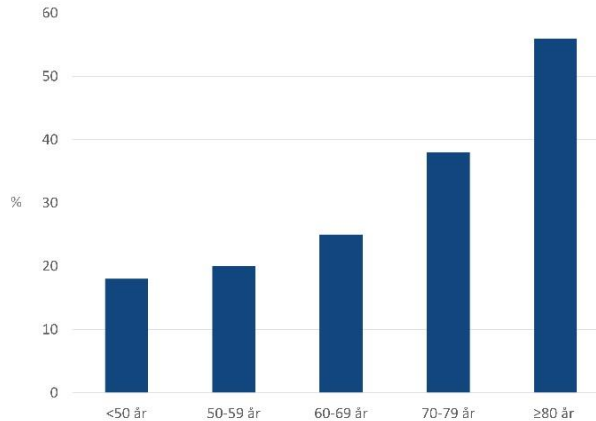
- COBRA er en kvalitetsstudie ved Bærum sykehus
- Hensikten med studien var å kartlegge symptomer og funn, behandling, sykdomsforløp og komplikasjoner hos pasienter innlagt med Covid-19
- Med mål om å øke bevisstheten rundt delirium og spesielle utfordringer ved Covid-19, ønsket vi å kartlegge forekomst og subtyper

Metode

- Alle 74 pasienter innlagt ved Bærum sykehus på grunn av Covid-19 fra 9.mars til 7.mai 2020 ble inkludert
- Delirium ble diagnostisert av to geriater i henhold til DSM-5-kriterier, ved gjennomgang av pasientjournaler
- Delirium ble klassifisert i motoriske subtyper ved hjelp av Delirium Motor Subtype Scale

Resultater

- 25 pasienter (34%) hadde delirium i løpet av sykehusoppholdet
- Forekomsten økte med økende alder (Figur)
- 9 pasienter hadde hyperaktivt delirium, 6 pasienter hadde hypoaktivt delirium og 10 hadde blandet type delirium
- Hos flere pasienter med hyperaktivt delirium var det utfordrende å overholde smitteverntiltak
- Svært få pasienter ble screenet med 4AT



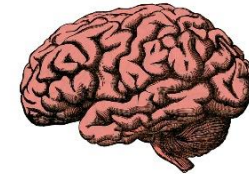
Figur. Forekomst (%) av delirium per aldersgruppe blant pasienter innlagt på Bærum sykehus på grunn av Covid-19

- ✓ For å kunne forebygge delirium, er det viktig å identifisere pasienter med høy risiko for tilstanden tidlig etter innleggelse
- ✓ Bruk strukturerte kartleggingsverktøy for diagnostisering hos pasienter med høy risiko eller der delirium mistenkes.
- ✓ **4AT** anbefales brukt som kartleggingsverktøy hos pasienter med høy risiko eller der delirium mistenkes.
- ✓ Ved unormal 4AT-skår, bør pasienten undersøkes nærmere med tanke på kognitiv svikt og/eller delirium.
- ✓ Pårørendeskjema er et nyttig verktøy for å skille delirium fra demens
- ✓ Ikke-medikamentelle tiltak er førstevalg i behandlingen av delirium

Kilde: E-håndbokprosedyre VV Delirium hos somatiske pasienter (70924)

Fakta om delirium

- **Delirium kjennetegnes av**
 - ✓ **Unormal bevissthet** (pasienten kan være enten søvnløs eller unormalt søvngig)
 - ✓ **Redusert oppmerksomhet**
 - ✓ **Kognitive problemer** (for eksempel desorientering)
 - ✓ **Akutt debut og ofte svingende forløp**
- **Delirium subtyper:**
 - ✓ **Hyperaktivt:** Agitasjon, psykomotorisk uro, rastløshet
 - ✓ **Hypoaktivt:** Inaktivitet, redusert bevissthet, nedsatt psykomotorisk tempo
 - ✓ **Blandet type:** Både hyper- og hypoaktive symptomer



- Delirium er svært vanlig blant pasienter innlagt på sykehus med akutte tilstander
- Delirium forårsakes ofte av akutt somatisk sykdom og infeksjoner er blant de hyppigste utløsende faktorene for delirium
- Eldre pasienter, personer med kognitiv svikt og svært alvorlig syke pasienter har høyest risiko for delirium

Konklusjon

- Én av tre pasienter innlagt med Covid-19 hadde delirium i løpet av oppholdet
- Alle pasienter med mistanke om Covid-19 bør screenes for delirium med 4AT i akuttmottaket
- Helseforetakets prosedyre for diagnostikk, forebygging og behandling av delirium bør revideres og tilpasset den økte bruken av smitteverntiltak som Covid-19 medfører

PLO - Helseopplysninger til rett tid

Neurologisk sengepost - DS

Bakgrunn for forbedringsarbeidet

- Det har lenge vært en utfordring ved neurologisk sengepost at pasienter med behov for kommunal oppfølging etter utskrivelse, varsles for sent gjennom PLO (elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger)
- Det mistenkes at dette indirekte fører til unødvendig flere liggedøgn; noe vi også har sett flere konkrete eksempler på
- Kommunene rapporterer at neurologisk sengepost sender helseopplysninger av god kvalitet, men en gjenganger har vært at omfattende pleie- og rehabiliteringsbehov varsles for sent. Dette ville vi gjøre noe med!

Mål for prosjektet

Sikre at alle pasienter innlagt ved neurologisk sengepost, som er aktuelle for kommunale tjenester, varsles med første helseopplysning innen 24 timer



«rett pasient, i rett seng - til rett tid»



PDSA sirkel 1:

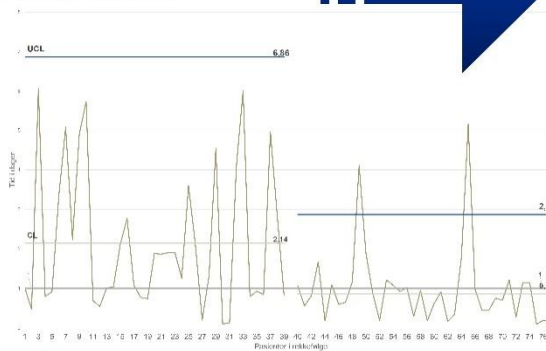
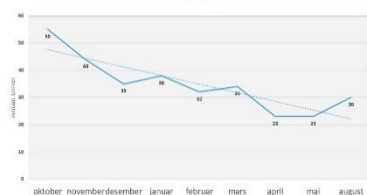
• Innføring av egen kolonne for PLO aktuelt/ikke aktuelt på previsittliste

• Gode resultater, men usikker sammenheng

• Ansås likevel som et godt verktøy for bevisstgjøring og påminnelse. Derfor innført i hele avdelingen fra 27.12.19

2 måneder etter prosjektets start gikk snitttiden fra innleggelse til 1. helseopplysning sendt, ned med 20 timer. Etter 6 måneder var den redusert med 30 timer.

Timer fra innleggelse til 1. helseopplysning - hele avdelingen



Baseline oktober 2019

Mai 2020

Diagrammet viser nå langt mindre variasjon i tidsbruk fra innleggelse til 1. helseopplysning

Veien videre

- 2020/2021: oppstart med mindre opplæringsgrupper i PLO for å sikre kompetansen hos den enkelte ansatte
- Fortsette daglig bevisstgjøring på pulsmøtene, av viktigheten av tidlige helseopplysninger
- Kontinuerlig gjennomgå månedrapporter i DIPS for å måle tidsbruk fra innleggelse til PLO-link opprettet

Palliativt tilbud på Kongsberg Sykehus

Nyetablering av Palliativt team & Reetablering av Palliativt enhet



Magnar Kvitberg, Gernot Ernst, Anna Schloss, Nora Mæhlend, Silje Løver Aukrust, Annemarike Bruinisma, Elisabeth Stokmo (sosionom) er ikke med på bildet.

Palliativt team kan bistå ved blant annet:

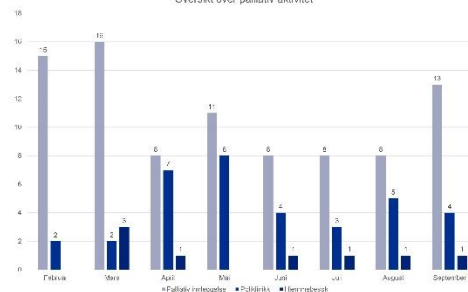
- Diagnostikk og behandling av smerter, eller andre symptomer, inkludert avanserte prosedyrer for smerte- og symptomlindring
- Oppfølging av tiltak til optimal effekt er oppnådd
- Ivareta pasient og pårørende med psykiske, sosiale, eksistensielle problemstillinger, og tilfeller med spesielle behov
- Ved vurdering og indikasjon for oppfølging av væske-, og ernæringsbehandling hjemme

«Alle avdelinger som har kreftpasienter eller andre pasienter med behov for palliasjon, skal gi god smerte- og symptomlindring, og god terminal pleie og omsorg».

Nasjonalt handlingsprogram for palliasjon i kreftomsorgen.

- Det ble høsten 2018 etablert en arbeidsgruppe for å bedre strukturen og tilbudet til palliative pasienter
- Besluttet å etablere **en palliativt enhet og et tverrfaglig palliativt team bestående av lege, sykepleier, fysioterapeut og sosionom**
- Tilbyr tilsyn på alle sengeposter, poliklinikk, telefonoppfølging og hjemmebesøk
- Sykepleier i palliativt team er en koordinator i teamet, fungerer som bindeledd mellom sykehus og kommunehelsetjenesten
- Pasientene som henvises vil oftest ha en kreftsykdom i bunn med utfordrende og sammensatte problemer og symptomer. Tilbudet gjelder alle pasienter i palliativ fase, uavhengig av diagnose

Oversikt over palliativ aktivitet



Palliativ enhet:

- To dedikerte senger, lokalisert på medisin 2
- Daglig visitt/tilsyn med palliativt team i samarbeid med medisinske leger
- Bruk av kartleggingsverktøy
- Systematisk familie/pårørendearbeid
- Systematisk bruk av individuell plan
- Palliativ fysioterapi



Det palliative teamet hadde offisiell åpning 3. februar 2020

Samarbeid med kommunen og kompetanseheving

- Ukentlige palliative møter med førstelinjetjenesten, hvor palliativt team, ressursykepleiere, kreftkoordinator og lindrende enhet deltar
- Det palliative teamet kan bistå tilsynsleger og fastleger ved behov
- Ansvar for kompetanseheving både internt og eksternt
 - Arrangere internundervisning
 - Arrangere fagdager for sykepleiere "Nettverk for ressursykepleiere" i samarbeid med kreftkoordinator.
 - Arrangere nettbasert undervisning

Kontoret til palliativt team er lokalisert på medisin 2, rom D201. Pusset opp på dugnad, og fått midler av VAKS til nye møbler. Rolig og fin atmosfære.



Tidlig rehabilitering og fysioterapi hos pasienter innlagt med Covid-19

Resultater fra kvalitetsstudien COBRA (COvid-19 at BæRum hospital – Acute care and outcome)

Bakgrunn

- Om lag én av fire pasienter innlagt på sykehus med Covid-19 opplever et alvorlig sykdomsforløp
- Fra andre pasientgrupper vet vi at tidlig rehabilitering kan ha avgjørende betydning for sykdomsforløp og forekomsten av senskader, men få studier har undersøkt om tidlig rehabilitering og fysioterapi er trygt og bør anbefales hos pasienter med Covid-19
- En arbeidsgruppe fra fagråd rehabilitering i Helse Sør-Øst utga 12.juni 2020 anbefalinger om *Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med COVID-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten i Helse Sør-Øst*

Anbefalinger om rehabilitering ved Covid-19

- **Betydningen av tidlig mobilisering er fremhevet og anses som trygg**
- **Tidlig rehabilitering må gjennomføres og planlegges parallelt med medisinsk behandling**
- Komorbiditet og funksjonsnivå har betydning for både forventet nytte av rehabilitering og behovet for rehabilitering
- Man bør vie ekstra oppmerksomhet til pasienter i arbeidsfør alder
- Anbefalingene omhandler primært pasienter behandlet i intensivavdeling
- Arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i fasemodellen innen rehabilitering – fra intensivopphold til senfase
- Ved ny bølge bør det tidlig legges føringer for hvordan rehabilitering skal gjennomføres med nødvendige smittevernhensyn
- Anbefalingene er basert på regional konsensus

(Kilde: Pasientforløp for rehabilitering av pasienter innlagt med COVID-19 sykdom i spesialisthelsetjenesten, Helse Sør-Øst, 12.06.2020)

Mål

- COBRA er en kvalitetsstudie ved Bærum sykehus
- Hensikten med studien var å kartlegge symptomer og funn, behandling, sykdomsforløp og komplikasjoner hos pasienter innlagt med Covid-19
- Vårt hovedmål var å lære om den nye sykdommen underveis, slik at vi fortløpende kunne forbedre håndteringen av pasientgruppen
- Med tanke på å utarbeide lokale retningslinjer for tidlig rehabilitering og fysioterapi, har vi kartlagt mobilisering, fysioterapibehandling og tidlig rehabilitering blant pasienter innlagt med Covid-19 på Bærum sykehus under første bølge av sykdomsutbruddet

Metode

- 74 pasienter innlagt ved Bærum sykehus på grunn av Covid-19 fra starten av utbruddets første 60 dager (9.mars til 7.mai 2020) ble inkludert, 13 av disse ble behandlet på intensiv- eller intermediaeravdeling
- Ved gjennomgang av pasientjournaler, kartla fysioterapeuter tidlig mobilisering, henvisninger til fysioterapi, fysioterapibehandling og rehabiliteringsbehov

Resultater

- Gjennomsnittlig antall døgn på sykehus var 10, 44 pasienter (59%) var innlagt i >7 døgn
- 49 pasienter (66%) var selvhjulpne i mobilisering, 20 pasienter (27%) ble mobilisert ved hjelp av sykepleier i løpet av de første døgnene på sykehuset
- 11 pasienter (15%) ble henvist til fysioterapi i løpet av oppholdet, 7 av disse var <70 år og 7 var pasienter behandlet på intensiv- eller intermediaeravdeling
- 9 pasienter ble mobilisert med hjelp av fysioterapeut, 7 fikk fysioterapi i seng og 8 fikk lungefysioterapi. I tillegg gjorde 7 pasienter øvelser i seng og 9 pasienter pusteøvelser med veiledning av sykepleier
- 12 pasienter ble utskrevet til rehabilitering i hjemmet (10) eller institusjon (2)



Konklusjon

- Nesten alle pasientene ble mobilisert tidlig og to av tre pasienter var selvhjulpne
- Overraskende få pasienter ble henvist til fysioterapi, men flere pasienter fikk hjelp til mobilisering, øvelser i seng og pusteøvelser fra sykepleier
- Erfaringer fra utbruddets første fase, og regionale anbefalinger kan danne grunnlag for revisjon av lokal prosedyre (*VV e-håndbok-dokument 105086*) for fysioterapi ved Covid-19
- Lokale prosedyrer bør basere seg på regionale anbefalinger, ny kunnskap fra første del av utbruddet, og ta hensyn til smitteverntiltak og mulighet for stor pasienttilstrømming

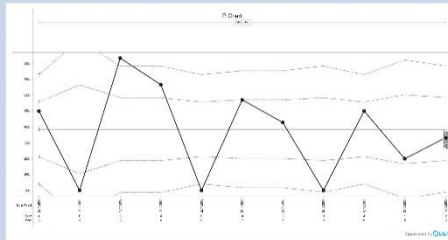
«BEDRE ARBEIDSFLYT KIR B RS»

Redusere total oppholdstid for pasientene på Dagkirurgisk avdeling Kir B med 30 minutter fra september 2019 til desember 2020 (sluttidspunkt forskjøvet grunnet covid 19)

Tiltak gjennomført eller underveis: PDSA gjennomført

- DIPS OPERASJONSMELDING UTFYLT
- PLANLAGT ANESTESI UTFYLT I DIPS
- DECT-TELEFONER TIL OPERATØRER
- SMS-VARSLING TIL PASIENTER
- STRUKTUR PÅ MORGENRAPPORT
 - OPERATØRER SNAKKER INN PASIENTER FRA 07:30
 - OPR- OG ANE.SPL RAPPORT ETTER SJEKKLISTE
- FORBEDRINGSTAVLE
- SKJEMA SOM VISER ARBEIDSFLYT

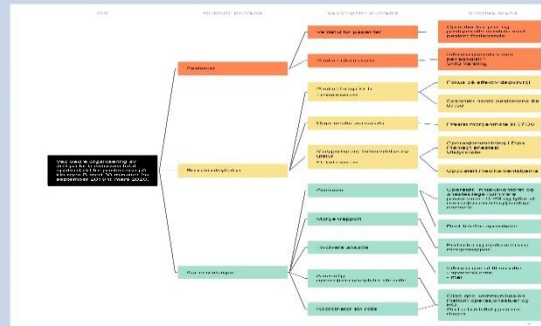
BASELINE OPERASJONSMELDING DIPS FYLT UT



SJEKKLISTE FOR PERSONELL PÅ KIR B

07:30 – 07:35	Møte kjøkken kir b stuefordeling
07:30 – 07:45	Operatør snakker inn første pasient
07:35 – 07:55	Koordinator / PO-spl klarjør første opr-pasient (PVK, Oppkobling X3, pre nød)
07:45 – 07:55	Anestestiltynn på PO.
07:55-07:56	Hvert operasjonsteam forbereder på hver sin operasjonstue
	<input type="checkbox"/> Operasjonsmelding DIPS <input type="checkbox"/> Klargjør operasjonsstyr <input type="checkbox"/> Klargjør anestesiapparat/anestesiutstyr/medisjoner <input type="checkbox"/> Revidering <input type="checkbox"/> Evt blodprøve <input type="checkbox"/> Rtg kontroll preoperativt
07:59-07:56	Fellesrapport anestesi- og operasjon på hvert team
	<input type="checkbox"/> E.oring <input type="checkbox"/> Parallell kjøring opr i aue <input type="checkbox"/> Spesielle instruks (for eksempel P34 / ICD, protese, metall, ryggbrøklener, sautte) <input type="checkbox"/> Musik på aue <input type="checkbox"/> Lumsopprykkent
07:55	Operasjonsteam heater første operasjonspasient
	<input type="checkbox"/> Trygg kirurgi

DRIVERDIAGRAM



RS KIR B - ARBEIDSFLYT

MORGENMØTE:

- Morgenmøte 07:30 for operatør, anestesilege, koordinator/PO-spl, anestesi- og operasjonssykepleiere
- Operatør og anestesilege gjennomgår operasjonsprogrammet for best mulig pasientflyt
- Ansvarlig opr-spl påser at operasjonsmelding er utfyllt på dagens pasienter

HOVEDANSVARLIG KOORDINATOR:

- Bruker DeCT-telefon 8190
- Sik gjennom forberedingsstue på morgenen
- Har oversikt over dagsprogrammet, aktivitet og ressurs til operasjonstuen, postop og sekretærtjeneste
- Har fortløpende kommunikasjon med ansvarlig opr-spl Kir B om endringer/pasientflyt gjennom dagen
- Møter ansvarlig opr-spl kl 15:00 hver dag for å gå gjennom neste dags program, samt grønt kors
- Ved vurdering av strykninger: mot slutten av dagen skal end-spl på anestesi og operasjon, koordinator og ansvarlig opr-spl kl 16:00 møtes i aue for å diskutere dette i dialog med operatør og anestesilege
- Igangsette gjeldende planer ved brann/evakuering
- Operasjonplanlegg hver torsdag kl 06:00-09:45
- Være oppdatert i forhold til styringsindikatorer og målinger vedrørende aktivitet i Kir B
- Ved overtid er det avd-spl anestesi og operasjon som skal vurdere dette

ANSVARLIG OPERASJONSSYKEPLEIER:

- Bruker DeCT-telefon 8191
- Legger seg på DIPS på prosjektor før morgenmøtet, påser at operasjonsmelding er utfyllt på dagens pasienter
- Gir beskjed til koordinator/PO ved endringer og strykninger av operasjonsprogram
- Møte med koordinator PO kl 15:00 hver dag for å planlegge neste dag, samt grønt kors
- Ha oversikt over dagsprogrammet, inkludert aktivitet og ressurser til opr-stuene
- Sikre at nødvendig utstyr er tilgjengelig til de ulike prosedyrene
- Gi avd-spl cpr. til 6029 beskjed dersom det har skjedd noe spesielt (utstyr/logistikk)
- Ved vurdering av strykninger: mot slutten av dagen skal end-spl på anestesi og operasjon, koordinator og ansvarlig opr-spl Kir B møtes i aue for å diskutere dette i dialog med operatør og anestesilege

OPERATØR:

- Sjekk eget dagsprogram i DIPS tre dager før Kir B operasjonsdag og fyll ut/signer operasjonsmelding
- Påse et tidsskille før og etter flyt
- Vært til morgenmøtet Kir B kl 07:30
- Hoved operatør tar DECT-telefon 6340 og 6342
- Pre-operativ samtale med pasient, merking av operasjonsfelt etc.
- følger pasientene til postoperativt
- Ansvar for pre- og postoperativ samtale med pasient fortløpende for å sikre optimal pasientflyt (informasjon om inngrep, oppfølging og forhold/registrer etter inngrep)
- Ved endring av operasjonsprogrammet skal koordinator ha beskjed fortløpende på tlf. 8190
- Tilstede i aue i tillegg til være ferdig til pasienten er rezeklar
- Dersom telefonforstyrrelse dagen etter inngrep avbeiser at pasienten har faglig spørsmål som sykepleier ikke kan svare på, vil du som operatør bli kontaktet

ANESTESILEGE:

- Møter direkte opp på PO etter morgenmøtet for pre operativ samtale med pasient
- Påse at neste pasient blir tilstett kontinuerlig gjennom dagen. Signere på «anestesileger»-feltet på anestesi-journalen når pre operativ samtale er utført
- Sikr gjennom neste dags operasjonsprogram og fyller ut «planlagt anestesi» i DIPS

BARN:

- Dersom 2 barnsteam (ØNH-barn i tillegg til kirurgiske barn) skal disse være på Kir B (1 barnsteammode)
- ØNH-barn skal være på stue 2 kir b
- Anestesi-lege fra hovedoperasjon har ansvaret for ØNH-barn (etter innledding, første pasient på hovedoperasjon)

Pneumonibehandling på Ringerike sykehus - i tråd med nasjonale føringer?

Medisinsk avdeling: Overlege Lars Thoresen, infeksjonssykepleier Mari Thingelstad, farmasøyt Ida Moen

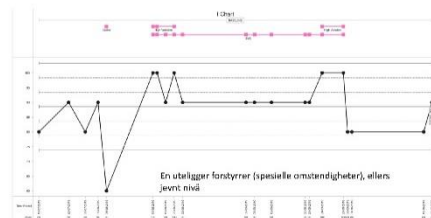
Bakgrunn

- Del av HSØ læringsnettverk «Antibiotikastyring HSØ» sept. 2019/mars 2020
- Del av nasjonalt mål om 30% reduksjon av antibiotika i perioden 2012-20
- Valgte fokus på pneumonibehandling
- Pneumoni er en av de vanligste antibiotikakrevende diagnosene

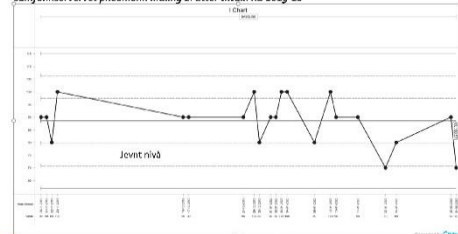
Hva gjorde vi?

- **Lommekort:** Laget og distribuerte antibiotika lommekort for leger og sykepleiere. Småskaletestet.
- **Undervisning** til fagmiljøene
- **Informasjon** til aktuelle ledere
- **Journalgjennomgang ved start og slutt av perioden**
 - Utviklet sjekklister til bruk ved gjennomgang av journaler. Omregning av kvalitet i prosent etterlevelse hvor 100% er «full pott». Sjekklister og poengfordeling ble småskaletestet og forbedret i flere omganger før endelig versjon (PDCA).
 - Kvalitetsvurderte dokumentasjonen mtp
 - målinger og avklaringer før behandlingsstart
 - selve antibiotikabehandlingen
 - revurdering av antibiotika

Graf 1
% etterlevelse av nasjonale føringer for diagnostikk og antibiotikabehandling til pasienter med samfunnservvert pneumoni. Måling 1, base line, RS 2019



Graf 2
% etterlevelse av nasjonale føringer for diagnostikk og antibiotikabehandling til pasienter med samfunnservvert pneumoni. Måling 2. Etter tiltak, RS 2019-20



Høyresidig midtlappspneumoni. Brukt med tillatelse

Målsetting

Alle pasienter med hoveddiagnose samfunnservvert pneumoni på medisinsk avdeling på RS skal få diagnostikk og behandling 100% i tråd med nasjonale retningslinjer innen sluttrapporten leveres 3.mars 2020. Pasienter fra andre sykehus er ekskludert. Pasienter fra KAD/sykehjem inkludert.

Resultat

Kvaliteten ble målt til 89% i begge målinger.

Kort prosjektperiode og færre pasienter enn forventet medførte for kort tid mellom målingene. Base line juli-oktober, godt utgangspunkt. Tiltaksperiode nov-jan 2020. Siste måling måtte avsluttes medio februar for å nå frist for sluttrapport. Få pasienter gjorde at en måtte hente dokumentasjon fra innleggelse helt tilbake til november 2019. Dermed ingen registrert endring.

MEN

Vi har fått grundig dokumentasjon på

- **At kvaliteten på antibiotikabehandlingen på RS er god**
- **Hva som kan forbedres**
 1. Økt bruk av Q-sofa score. Dette tror vi er bedret i ettertid
 2. Noen antibiotikakurer er sannsynlig litt for lange
- **SPC:** At tidslinje på 21 punkter gir et godt bilde av status og kan stoles på

Konklusjon:

Lokalt antibiotikateam (sammenfallende med prosjektteamet) har fått et godt utgangspunkt til målrettet videre arbeid.

Ny måling er under vurdering.

Sjekklister ved journalgjennomgang:	Måling 1 Base line Av 21	Måling 2 Av 21
Målinger/avklaring før behandlingsstart.		
Q-sofa score dokumentert	12	12
NDWS-registrering gjennomført	21	21
Er blodkultur tatt før oppstart AB	20	21
Er nasopharyngeal/expectorator, prøver og/feller urin antigen tatt	21	19
Indikasjon dokumentert	21	21
Nasjonale føringer fulgt?		
Brev/håndbrosjyret antibiotika --- i tråd med Nasjonale føringer	20	17
Dose antibiotika --- i tråd med Nasjonale føringer	20	20
Lengde på AB-kur - i/fo - antall dager --- i tråd med Nasjonale føringer	21	16
Revurdering av antibiotika:		
Rose avlysning revurdering i kurve	utgitt	utgitt
Revurdering av antibiotika innen 48-72 t	21	21

Prosjekt Korridorpasienter

Ringerike sykehus 2019-20

Prosjektleder Overlege Hege Næss, veileder og prosjektstøtte Fagsjef kvalitet Else Breines

Utfordringen og...



Helse direktorats krav om klingen korridorpasienter på norske sykehus, frengår av Oppdrags- og bestillings dokumentet 2019 (HSD)

Prosjektets målsetting

- Belyse faktiske forhold, årsaker og sammenheng i dagens utfordring med korridorpasienter
 - Identifisere områder hvor endring kan bidra til løsning eller forbedring
 - Foreslå konkrete tiltak og sette dem i en handlingsplan
- Reduksjon av liggedøgn på korridor

Hva er problemet med å ha korridorpasienter?



Om prosjektarbeidet

- Ledelsesforankring med mandat og med innspill fra strategisamling for RS ledere, klinikktiltalsvalgte og verneombud samt etablering av styringsgruppe
- Brukerrepresentanten vår ble utfordret og kom med innspill fra Vestres Vikens brukrutvalg.
- Innhentet erfaringer fra andre sykehus (Haraldsplass, Bergen og SUS, Stavanger)
- Brukt anbefalte verktøy som driverdiagram, prosesskartlegging, årsakskartlegging, datainnsamling og egne målinger
- Idédugnad og vurdering av forslag (tverrfaglig, praktisk, nytte/effekt og ressursbruk)
- Anbefaling, rapport og ansvarsoverføring. Prosjektgruppens anbefalinger er behandlet i styringsgruppen, fordelt på ansvarsområder og satt inn i en Handlingsplan

Tre hovedanbefalinger i sluttrapporten

1. Styrke bemanning og kompetanse
2. Øke antall polikliniske ø-hjelp timer og subakutte polikliniktimer
3. Tilpasse tilbud/drift til sesongvariasjon i pasienttilstrømmingen

Iversatt felles tiltak

Styrket kapasitet og kompetanse med 1 overlege og 2 LIS2/3 knyttet til akuttmottaket

Veien videre

- Vi fortsetter å jobbe med handlingsplanen, flere viktige tiltak er gjennomført, noen er under arbeid
- Oppfølging av gjennomførte tiltak og måloppnåelse med statistikk og målinger

Medisinsk avdeling - tiltak

- Konfereringstelefon for fastleger. Overlege besvarer henvendelser
 - Poliklinisk time innen 1-3 dager som alternativ til innleggelse
 - Dagbehandling Lunge: BiPap- og LTOT kontroller
 - Rask lab-diagnostikk for pasient som venter på avklaring før utreise fra AKU
 - Prosjekt Cerebrale hendelser, et forbedrings-prosjekt i kompetanseprogrammet Kontinuerlig forbedring.
- Her ble anbefalte verktøy benyttet: Definerings av prosjekt, driverdiagram, PDSA, målinger og kartlegginger.

Vi måler gjennomføring av enkelttiltak
Eksempel: Måling av tiltaket - Fra døgn til dag/poliklinikk-hotline



R E S U L T A T E R

Kirurgiske avdelinger - tiltak

- Fra døgn-til-dag i akuttmottak
- Rutineforbedring:
 - Tidlig-visitert for å unngå at utreisebeslutning blir tatt for sent
 - Forberede neste dags utskrivning i tide (epikriser, resepter, ol.)
- Bruke SDI for å redusere liggedøgn før coloningrep
- Redusere antall «0-dagsliggere»/omfang av misvisende data
- Prosjekt Proteseoperasjoner for å optimalisere liggetid - i oppstartfase
- Prosjekt «Bedre pasientflyt kir B»



Læring

- Å definere prosjektet slik at man kan arbeide med en noenlunde felles problemforståelse, har vært viktig.
- Involvering og forankring i kjernevirksomheten er en forutsetning: Vi fikk god kjennskap til pasienters og hverandres utfordringer knyttet til korridorbelegg, økt forståelse for hvor sammensatt utfordringen er.
- Solid og klar ledelsesforankring ved oppstart og underveis har vært en styrke i arbeidet.

Temperaturmåling på RS

Rektal-/axillær måling kontra øretemp – hva er best?

Bakgrunn

- Problemstilling som på nytt dukket opp igjen ifm «Tidlig oppdagelse sepsis»-prosjekt på post i 2019
- RS benyttet tradisjonelt rektal og axillær temperaturmåling
- Måling via øre samt under tunge har vært prøvd, men forkastet pga dårlig kvalitet og validitet
- Ønsket å se om øretempmåling har bedre kvalitet nå enn ved tidligere utprøving

Eksempler på fordeler

- Hyppigere målinger, NEWS 2 er innført
- Samarbeidende instanser bruker øretemp
- Øretempmåling er raskere og enklere
- For pasienter som er rektumamputerte
- For pas med inflammasjoner/sår/diare
- Etikkk/verdighet
- Traumepasienter
- Hygiene/smitte
- Ressursbesparende
- Mindre smertefullt
- Eliminasjon av axillærmåling
- Økonomisk gevinst



Eksempler på ulemper

- Feilmåling
 - Brukerfeil
- Fant få argumenter..

Hva gjorde vi?

- Målinger av 181 pasienter
- Kir, med,gyn,ort
- Alle typer diagnoser

HYPOTESE OG MÅL

Hypotese: Øretemp gir like korrekt måling som rektalmål. Prosjektet kan gi oss grunn til å endre praksis på RS.

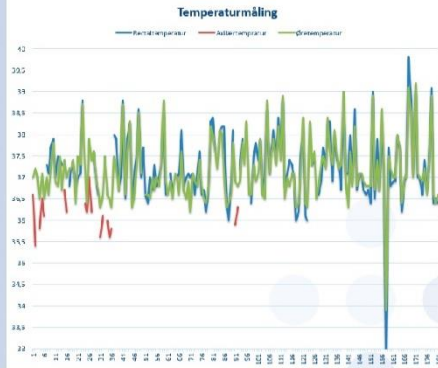
Mål: Teste om øretempmåling er like pålitelig som de rektale temperaturmålene brukt på RS. Ved lik kvalitet å få aksept for å endre praksis på hele sykehuset ila vinteren (2019/2020).

Utsnitt av målingene

Temperaturmåling

nr	ST1	ST2	ST3	Diagnose
1	36,8	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
2	36,8	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
3	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
4	36,8	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
5	36,8	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
6	36,8	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
7	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
8	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
9	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
10	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
11	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
12	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
13	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
14	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
15	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
16	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
17	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
18	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
19	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
20	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
21	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
22	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
23	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
24	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
25	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
26	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
27	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
28	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
29	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
30	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
31	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
32	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
33	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
34	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
35	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier
36	37,4	37,0	37,0	Infeksjoner i øvre luftveier

Målinger totalt 181 pasienter (4 etg.og akutt mottak)



Konklusjon

- Differansen mellom rektal og øretemp var ubetydelig (0,5 gr)
- Axillær temperaturmåling gir store avvik

Resultat

- Ledelsesforankret, beslutning ble tatt
- Nye temperaturmål ble kjøpt inn for hele sykehuset i desember 2019 og opplæring ble gitt

Takk til med-tek Magnus og Petter for godt samarbeid og økonomisk bidrag til innkjøp!

Takk til alle sykepleiere og hjelpepleiere på RS som hjalp oss med registreringen!

Vi vil nå ut til deg!

Informasjonsskjermer og Everbridge når du trenger informasjon og vi ønsker å informere.

Store eller små forhold, informasjon er viktig. På Kongsberg er de fleste på hils, uavhengig av klinikktilhørighet eller avdeling. Til tross for dette opplevde vi, at det å få ut rett informasjon, til den rette ansatte, var en utfordring.

Dette har vi gjort noe med.

I dag opplever vi - at vi når den vi ønsker - når vi ønsker - med det vi ønsker - via den kanalen vi ønsker.

Webpro

Informasjonsskjermer

Dette er en Power Point basert web løsning.

- Power Pointene vises fortløpende, i tillegg kan det kjøres rulletekst, bilder, film og streaming.
- Presentasjonen settes opp med dato og klokkeslett, skjermvisnings tid og intervall. Det kan også vises internundervisning på skjermen.
- Skjermene er hovedsakelig plassert ut på pauserommene.
- Programvaren kan administreres fra både privat og jobb PC.
- Tilgangen til å legge ut Power Point er bygd opp hierarkisk.



Everbridge

Everbridge

Everbridge er Vestre Vikens varslingssystem for beredskap.

- Telefon nummer til alle ansatte på Kongsberg, uavhengig av klinikktilhørighet er lagt inn.
- SMS og/eller talemeldinger til de ansatte kan sendes ut med få tastetrykk.
 - Spesielle grupper, enkelte avdelinger eller alle ansatte.
- Nivåene for melding og varsling er tilgangsstyrt.

Informasjon vi har gitt - og ansatte har fått

Informasjonsskjermene:

- Korona informasjon, tiltak og organisering
- Smittevern
- Sommerhilsen
- Quiz
- Pasientsikkerhet informasjon
- Driftsmessige praktiske orienteringer
- Avdelingsinformasjon
- Økonomi

Everbridge:

- SMS/Tale-Beredskapsvarsling
- SMS/Tale: Varslingsøvelse
- SMS: Corona testing
- SMS: Corona informasjon
- SMS: Ny innkjøring og parkering
- SMS: Sommerhilsen
- SMS/Tale: Gass mulig evakuering
- SMS: Oppussing garderobe

Å sikre familieinvolvering i psykosebehandling

Gir trygghet for ansatte, pasienter og deres familier når sykdommen rammer.

Bakgrunn

Forskning viser at pasienter med psykoselidelser og deres familier har stort utbytte av at familien involveres. Familieinvolvering har vist seg å bedre lidelsens forløp og prognose (Pharoah et al, 2010, Camacho-Gomez & Castellvi P, 2019). Til tross for at systematisk familieinvolvering er anbefalt som førstevalgs behandling i internasjonale og nasjonale retningslinjer ved psykoselidelser, er det kun implementert i begrenset omfang i klinisk praksis. I prosjektet har vi valgt å benytte behandlingsmetoden Psykoeduktivt familiesamarbeid (PEF). Metoden fokuserer på pasientens og familiens behov for kunnskap om den psykiske lidelsen og hvordan håndtere denne. PEF er solid evidensbasert og anbefalt i flere faglige nasjonale retningslinjer.

Mål

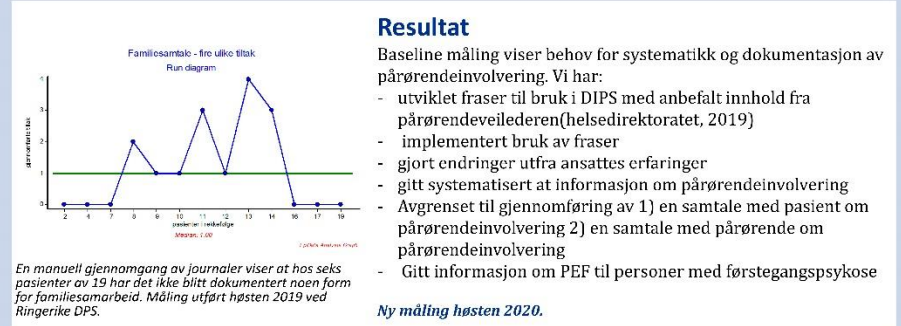
Å sikre et systematisk pårønderarbeid ved Døgnseksjonen ved Ringerike DPS:

- Alle pasienter og deres nærmeste pårørende skal får tilbud om en samtale hver om betydningen av pårørendeinvolvering
- Alle pasienter med førstegangspsykoser og deres pårørende skal få informasjon og tilbud om Psykoeduktivt familiesamarbeid



Metode

- Tverrfaglig sammensatt forbedringsteam fra ulike nivåer i klinikken
- Ledelsesforankring
- Involvering av brukerspesialist
- Utvikling av tiltak basert på nasjonale føringer for pårønderarbeid
- Bruk av PDSA for å teste ut og justere tiltak i liten skala i oppstartsfasen
- Involvering av alle ansatte ved enheten gjennom kursdeltagelse, fagdager, internundervisning og ordinære møter i seksjonen
- Utvikling av fraser til DIPS som også skal benyttes i dokumentasjonsarbeid i andre deler av klinikken
- Måling av tiltakene



Konklusjon

Involvering av familien er nå i ferd med å bli bakket inn i det ordinære behandlingstilbudet ved døgnposten. Familiesamarbeidet blir synliggjort ved systematisk dokumentasjon i DIPS. Prosjektet har gitt de ansatte kompetanse om pårørendeinvolvering og en forståelse av den store betydningen pårørendesamarbeid har for behandlingen. Pårørendeinvolvering er nå i ferd med å gi pasienter og pårørende en større trygghet og forutsigbarhet i møte med helsetjenesten.



Forbedringsteamet har utarbeidet posteren:

Rønnaug Nerbråten, Camilla Marseth, Mari-Anne Strøm, Ola H Fauske og Elinor Grøthe fra Ringerike DPS i samarbeid med Hilde Nymoen og Mia Iversen fra FoU-avdelingen i Klinikken for psykisk helse og rus. **Kontakt:** mia.iversen@vestreviken.no