



Sluttrapport – delprosjekt

| | |
|--------------------------|--|
| Hovedprosjekt: | «Sammen om kompetanseheving» |
| Delprosjekt: | «Sammen om kompetanseheving» - Forprosjektet |
| Rapportdato: | 10.02.2012 |
| Delprosjektleder: | Hege Berntzen |

1. Sammendrag

Dette forprosjektet har vært et samarbeid mellom utviklingssentre for sykehjem og hjemmetjenester i Akershus, kommunene Enebakk, Ski og Sørum, samt Akershus universitetssykehus og Vestre Viken HF Bærum sykehus. Hensikten med arbeidet, er å bestemme om ALERT-konseptet skal brukes eller eventuelt utvikle et kompetanseprogram for å heve grunnleggende observasjons- og handlingsberedskapen til sykepleiere og hjelpepleiere/omsorgsarbeidere/helsefagarbeidere (heretter helsefagarbeidere) i kommunehelsetjenesten. Forprosjektet har som mandat å utarbeide en implementeringsstrategi med innholdet i kurset, sørge for god forankring hos ledere og leger, lage en plan for opplæring av instruktører, lage en evalueringsstrategi, kostnadsberegne kurset, samt lage en spredningsstrategi rundt det kommende kurset. Prosjektet omhandler både hjemmetjenesteneste og sykehjem. På første møte i prosjektgruppen ble det bestemt at vi benytter ALERT-konseptet som kursinnhold, da vi mener at det aller meste er overførbart til kommunehelsetjenesten.

2. Innledning

2.1 Beskrivelse av ALERT-konseptet

Akershus universitetssykehus, sykehuset Østfold og Bærum sykehus har arrangert ALERT-kurs siden 2007 for både sykepleiere og hjelpepleiere. Det er foretatt en god evaluering, med både evaluering av kursdagen, elektroniske spørreskjemaer utdelt en måned etter kurset, og fokusgruppe-intervjuer.

ALERT-kurset er utviklet etter et engelsk konsept med bakgrunn i intensivlegers gjennomgang av unødvendige dødsfall. De fant flere fellesnevner; mangelfull kunnskap og ferdighet i systematiske pasientobservasjoner, for sen oppstart av adekvat behandling og manglende innsikt om tidsfaktorens betydning, feil behandlingsnivå, dårlig kommunikasjon mellom helsepersonell, uklare ansvarsforhold/organisering og dårlig kontinuitet (Einarson, Jaeger, Melby og Brudvik, 2011). Kurskonseptet er utarbeidet for å forbedre disse faktorene.



Konseptet er diagnoseuavhengig, hvor det å oppdage symptomene er sentralt. Målet er å øke kompetansen til helsepersonell i å gjenkjenne akutt dårlige pasienter på et tidlig tidspunkt og iverksette gode tiltak slik at man unngår forverring hos pasienten. En av arrangørene av kurset, sier at ”dette er det nærmeste man kommer et kurs i klinisk blikk”, og en av grunntankene er å forebygge sykdom i stedet for å behandle. Kurset bygger på prinsipper rundt kompetanseheving hos voksne, som omfatter «*aktivt engasjement, personlig motivasjon, opplevelsesbasert innlæring, relevans for praksis, tydelige mål og refleksjon over praksis. Det oppfordrer deltakerne til å tenke over hva de skal gjøre neste gang de står oppe i en liknende situasjon*» (kursboken ALERT, 2003). Kursdeltakerne arbeider med å lære å se tidlige symptomer på utvikling og forverring av tilstand ved å bruke blant annet observasjoner basert på syn, hørsel, lukt og å kjenne (svært viktig særlig i hjemmetjenesten, hvor man ikke alltid har nødvendig utstyr tilgjengelig) i tillegg til bruk av elektromedisinsk utstyr. Feilkilder ved bruk av slikt utstyr blir også gjennomgått.

Kurset består av en lærebok (i dag på svensk, men målet er å oversette denne til norsk) og et ettdags-kurs. På kursdagen er det teoretisk gjennomgang av ABCDE (Airway, Breathing, Circulation, Disability, Exposure - en systematisk gjennomgang av vitale observasjoner hos pasienten) og MEWS (Modified Early Warning System - en systematisk oversikt over målinger og observasjoner for å kunne se risikopasienter, alvorlighetsgrad og når neste observasjon bør gjøres). Se vedlegg 3. Kurset har gode powerpoint-illustrasjoner; ett av eksemplene er hva som skjer i kroppen ved hypotensjon; hvor vi ser når de forskjellige vitale organene tar skade av det lave blodtrykket. Teoridelen gjennomgår også hensikten med ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation - en strukturert måte å formidle informasjon tverrfaglig om pasienten), og viser til forskning som viser at mange feil i helsetjenesten skyldes dårlig kommunikasjon. Kommunikasjonssvikt er identifisert som årsak til cirka 70 prosent av alle uønskede hendelser (studie til Chassin og Becher fra 2002, Aase 2010). I tillegg gjentas det hele tiden under kurset at man skal tenke “Klarer jeg meg selv nå, eller trenger jeg hjelp av flere?”. Konseptet består også av en etikk-del, og en del om observasjon av smerter.

Etter teoridelen er det praktiske case, hvor deltakerne deles inn i grupper. Instruktører på hver arbeidsstasjon gir ut oppgaver til sykepleier og hjelper, pasient og observatør, pasientene får vite litt om hvordan de skal spille sin rolle. Så skal sykepleier og hjelper ved bruk av ABCDE observere pasienten og ta målinger - ved først å sjekke frie luftveier, så respirasjonsobservasjoner, så sirkulasjon og så videre. De forhåndsbestemte verdiene deles ut av instruktøren når deltakerne sier de vil måle noe. Ut fra dette skal de gjøre nødvendige tiltak uavhengig av diagnose. MEWS og ISBAR benyttes også i forhold til vurdering og rapportering av pasienten (se vedlegg 4; case). Etter hvert case er det en gjennomgang av hva som skjedde i caset. Her gis det rom for refleksjon rundt praktisk bruk av kunnskapen man har tilegnet seg.

2.2 Bakgrunn for kursene

Studier viser at pasientskader oppstår som følge av at forverret tilstand hos pasientene ikke blir observert tidnok, at nye medikamenter ikke videreføres, at retningslinjer ikke etterleves, at observasjoner ikke rapporteres og at tiltak ikke dokumenteres (Krogstad, 2010). De engelske intensivlegene bak ALERT så at tidlige observasjoner av vitale symptomer kan



forebygge unødvendig sykdomsutvikling hos pasienten, og at systematisk tenking vil kunne øke pasientsikkerheten ytterligere. Dette er overførbart til sykehjem og hjemmetjeneste.

I kommunehelsetjenesten vet vi at samhandlingsreformen har økt kravene til kompetanse. Det forventes at kommunene i større grad gir omsorg og behandle flere av pasientene sine selv i stedet for å legge dem inn på sykehus. De vil også i noen grad motta pasienter tidligere etter sykehusopphold enn i dag. Kompetansen rundt observasjoner og tiltak rundt pasienter må derfor være god for å tilfredsstille disse utfordringene. Dette er selvsagt også til pasientenes beste, ved at de får omsorg og behandling nærmest mulig hjemmet. Spesielt for dårlige sykehjemspasienter vil det være en stor fordel å unngå innleggelser med den uroen og forvirringen som dette kan gi.

Kompetanse på observasjoner og handlingsberedskap i forhold til akutt dårlige pasienter, vil også ha overføringsverdi til andre deler av kommunehelsetjenesten. Flere av områdene i dagens pasientsikkerhetskampanje omhandler å bli god på observasjoner og se tidlige tegn på sykdomsutvikling hos pasienten. Det er et mål å forebygge trykksår, fall og urinveisinfeksjoner, bli bedre på å observere og dokumentere virkninger og bivirkninger av legemidler, og starte behandling tidligere ved hjerneslag. Den nye stortingsmeldingen som kommer i 2012, skal være med på å utvikle trygge og sikre tjenester. Observasjoner og det å finne gode tiltak for pasienten blir en viktig del av tjenesten.

3. Mål

I dette forprosjektet er målet å beskrive et opplæringsprogram, kostnader, evalueringsstrategi og en plan for implementering.

Effekt målet med kompetansehevingen er å øke kvaliteten på tjenestene for pasienter og brukere gjennom:

- Økt kompetanse hos sykepleiere og hjelpepleiere i kommunehelsetjenesten til å identifisere symptomutvikling tidlig
- Økt handlingsberedskap i forhold til å iverksette tiltak, men også forebygging
- Økt dokumentasjons-, kommunikasjons- og samhandlingskompetanse

4. Gjennomføring

4.1 Prosjektmøter

Et oppstartsmøte for utviklingsentrene dannet grunnlag for videre arbeid blant annet med å informere om prosjektet i kommunene i Akershus og finne interessante og gode samarbeidspartnere. Vi ønsket deltakerkommuner fra flere deler av Akershus. For å informere de øverste lederne i kommunene som samarbeider med Ahus, ble det holdt et innlegg på det årlige Losbyseminaret i Lørenskog. Her holdt to av prosjektmedlemmene et foredrag både om utviklingscenterets arbeid generelt, og om ALERT-konseptet spesielt med



samhandlingsreformen som bakgrunn. Det ble også gjort en henvendelse til “Kompetansehjulet” i Follo og Asker kommune.

Prosjekt- og styringsgruppa har hatt ett felles møte, og prosjektgruppa har hatt to møter i tillegg. Utover det har vi hatt ett møte med en del av gruppa om evalueringsstrategi, og ett med skriving av prosjektdirektiv og forberedelse for skriving av prosjektsøknad. Referatene fra møtene ligger vedlagt. Disse er også sendt ut underveis til styringsgruppe og til utviklingscenteret i Østfold.

4.2 Samarbeid med helseforetakene

Ansvarlige for ALERT-kursene har deltatt aktivt i prosjektgruppen (en fra Ahus og en fra Bærum sykehus). De har deltatt på alle møter, og kommet med god informasjon og svært nyttige innspill underveis, både om deres direkte erfaringer om gjennomføring av kurset og innholdet, deres kjennskap til copyright og organisasjonen bak ALERT, og målet med og effekten av ALERT. De har også snakket mye om kritiske suksessfaktorer som leder- og legefankring. Dette samarbeidet er helt nødvendig for å få til kursene. Kompetanseavdelingen på Ahus som skal også ha ansvaret for evalueringen som omhandler simulering.

4.3 Samarbeid med Ambulerende team på Ahus

Vi har også hatt tre møter med ambulerende team på Akershus universitetssykehus. Ambulerende team gir tilbud om praktiske prosedyrekurs ute i institusjoner og hjemmetjeneste, og er i dag i ferd med å starte casebaserte kurs basert på ABCDE-tenkningen for akutte syke pasienter. Vi har et godt samarbeid, og har også jobbet sammen for å se på deres case for undervisningen.

4.4 Samarbeid med Utviklingscenteret for sykehjem i Østfold og Oslo

Utviklingscenter for sykehjem i Østfold og Oslo har også planer om å etablere ALERT i kommunehelsetjenesten. Vi har hatt samtaler med dem underveis i forhold til størrelse i implementeringen, samarbeid med sykehusene, dokumentasjon og instruktørutdanning. Dette samarbeidet vil øke utover i neste del av vårt prosjekt.

5. Resultater

5.1 Kurskonseptet

På første møte i prosjektgruppen ble det bestemt at vi benytter ALERT-konseptet som kursinnhold, da vi mener at det aller meste er overførbart til kommunehelsetjenesten. Noe av stoffet må imidlertid tilpasses noe – og tones noe opp eller ned i forhold til viktighet. Blant annet gjelder dette sykehusenes fokus på intensivoppfølging, hvor vi i kommunene heller vurderer et annet omsorgsnivå, for eksempel sykehusinnleggelse.

Nivået som undervisningen legges på vil være nødvendig å vurdere underveis i instruktørgruppa. I prosjektgruppa tar vi utgangspunkt i at det er større spredning på



kunnskapsnivået hos sykepleierne og helsefagarbeiderne i kommunene enn på sykehus. Det blir derfor viktig å bruke et forståelig språk, og ha trygge omgivelser slik at alle tør å spørre om det de lurer på så de får utbytte av undervisningen. Kursene på sykehusene er felles for sykepleiere og helsefagarbeidere, og kursene ble evaluert like bra for begge faggruppene. De ansvarlige for kursene sier at innholdet når de aller fleste; de som har høyt kunnskapsnivå får flere knagger å henge kunnskapen på, mens de som har lavere kunnskapsnivå lærer noe nytt.

Kursboken og alle casene er gjennomgått av legen som er referanseperson som tilsynslege for sykehjem og fastlege i dette prosjektet. Hun mener det er en god lærebok med mye nyttig kunnskap på få sider - som er overførbar til kommunehelsetjenesten, selv om en del av stoffet er direkte relatert til sykehus.

Vi ønsker å kjøre kurset for hele avdelinger; en sykehjemsavdeling og en hjemmetjenesteseone/distrikt i hver av deltakerkommunene i piloten. En seone eller avdeling vil omfatte rundt 20 sykepleiere/helsefagarbeidere fra hver avdeling/seone i Enebakk, Sørums og Lørenskog kommune. I Bærum vil prosjektet omfatte ett distrikt i hjemmetjenesten, og en korttidsavdeling på sykehjem med ca 100 ansatte.

5.2 Instruktører

Opplæring og skoling av instruktørene er svært viktig for å få gode kurs og dermed en effekt for kursdeltakere og arbeidsplasser. Det er en utfordring å finne de riktige sykepleierne til denne oppgaven; de må være faglig sterke, og også ha formidlingsevne og engasjement. Det bør være minimum åtte instruktører totalt. Flere av kommunene i prosjektet er relativt små, og det er en fordel at de samarbeider om kursene. Vi har fått anbefalt å inngå avtale med instruktørene for minimum to år, slik at alle tenker igjennom før man starter opp at dette er noe man ønsker å holde med en stund framover.

Det lages en plan for opplæringen og oppfølgingen av instruktørene. Instruktørene i helseforetaket har ansvaret for at opplæringen gjennomføres. Vi ønsker at gruppa av instruktører arbeider på tvers av kommuner, og er deltakere i et læringsnettverk. Det bør derfor være regelmessige møter i gruppa med gjennomgang av kontinuerlige kursevalueringer, hva som fungerer, og hva som ikke fungerer i opplegget; særlig gjelder dette hvilket nivå man velger å legge seg på.

Vi har også fått anbefalt å ha en utenfor instruktørgruppa til å ha ansvar for logistikken rundt instruktørene og konseptet når de starter opp. Det er en stor jobb å sette opp kursdatoer, kalle inn instruktører og reservere rom, i tillegg til å gå igjennom evalueringene i ettertid og kommunisere med instruktørgruppa. I tillegg skal kursboken deles ut i god nok tid til å kunne leses før kurset.

5.3 Evaluering

Vi har et ønske om å evaluere prosjektet godt, og håper å benytte Kirkpatrick's fire nivåer for å måle effekt av tiltak.



- Med å måle på **reaksjonsnivå** menes at det i skjemaer utfylt på kursets siste dag fylles ut f.eks hvordan personen likte rommet, foredragsholderen, dennes faglige tyngde eller presentasjonsform. I de siste årene er det også blitt mer vanlig å spørre om oppfattet nytteverdi i forhold til jobb.
- Det neste nivået, **læring**, innebærer at deltakeren også testes, eller må igjennom en kort eksamen for å se hvor mye man har lært under kurset. Dette blir vanligvis gjennomført når kurset slutter.
- Nivå 3 – **atferd** – betyr å evaluere om personen som har gått på kurs har endret atferd. F.eks dersom kurset handler om lederstiler, så vil det være naturlig at omgivelsene og kollegaene i løpet av noe tid bør kunne merke en endring i lederstiler eller repertoaret lederen spiller på i utøvelsen av lederrollen. Dette måles ofte ved å bruke 360-graders evalueringer.
- Det siste nivået, **resultater**, innebærer å måle hvordan dette som er lært har påvirket virksomheten. F.eks om lederstilene fører til mer kreativitet, lavere turnover, færre registrerte personalkonflikter osv.

De siste to nivåene gjennomføres ofte en stund etter selve opplæringen har funnet sted på grunn av at varig endring på disse nivåene tar tid å få på plass (Øhrn, HR Norge).

Vi viser til referat fra møtet om evaluering, hvor Maren Sogstad fra Senter for omsorgsforskning på Gjøvik deltok (vedlegg 2, referater). Vi har satt opp et forslag om evalueringsmåter, men ser at dette kan bli ressurskrevende, og vil derfor vurdere dette nærmere. De evalueringsmåtene vi har satt opp, er:

- Kursevaluering etter kurset (nivå 1)
- Elektroniske spørreskjemaer til deltakerne en måned etter kurs (nivå 1 og 2)
- Vurdering av dokumentasjon/pasientjournaler med telling før og etter kurs (nivå 1-3):
 - o Risikoobservasjoner og hva som settes i gang med tiltak
 - o Telling av antall observasjoner som BT/P, temperatur, respirasjonsfrekvens og endring i bevissthetsnivå
- Måle kultur for pasientsikkerhet
- Simulering (nivå 1-3)
- Kvalitative intervjuer med avdelingssykepleiere/ev. tilsynsleger ved sykehjem (nivå 1-4)

Vi har også vurdert for å se på om antall innleggelses i sykehus kan være et mål, men da det settes i gang mange tiltak i forbindelse med samhandlingsreformen, vil det være vanskelig å se hvilket tiltak som eventuelt gir effekt. Den enkelte kommune kan eventuelt se på dette ved en senere anledning, når bestillerkontorene/tildelingskontorene får verktøy til å se på dette.

5.4 Informasjon om forprosjektet

Det er viktig at prosjektet samarbeider med andre kommuner og virksomheter som har planer om å etablere Alert for å dele kunnskap og erfaringer. I tillegg til utviklingssentrene for sykehjem i Østfold og Oslo, etablerer også Oslo legevakt dette konseptet nå.

Sykehusene har erfart at det er svært viktig med forankring med ledelsen og leger. Dette ønsker vi å gjøre gjennom informasjon på ledernivå i kommunene. I tillegg har vi ønske om å informere på samarbeidsmøter for fastleger, i nettverk for sykehjemsleger og på legevakten.

6. Økonomi/ressurser

Utviklingssentrene søkte om stimuleringsmidler fra Fylkesmannen til gjennomføringen av dette forprosjektet, og fikk kr 100.000 hver. Disse er brukt til prosjektleder og kompensert



arbeidstid i forbindelse med møter og arbeid med prosjektet for prosjektdeltakerne fra kommunene.

7. Delprosjektets anbefalinger

7.1 Kritiske suksessfaktorer

Kompetanseavdelingen på Ahus gir tydelige tilbakemeldinger om viktigheten av god leder- og legefankring. Vi har derfor diskutert dette mye, og har valgt å sette datoer for informasjonsmøte for ledere og eventuelt leger i de kommuner som deltar i prosjektet, og som ønsker dette for å motivere lederne før oppstart av piloten

Det er viktig at de som skal på ALERT-kurs er godt forberedt. De får utdelt boken Alert på forhånd og oppfordres til å lese denne. Etter kurset er det viktig at de følges opp, slik at de tar i bruk metodene fra kurset for å utvikle sin egen kompetanse. Uten en leder som legger klare føringer og legger til rette for å bruke kunnskapene fra kurset ved å vise til og etterspørre, vil effekten av kurset bli mindre for både den enkelte og for avdelingen

Legene bør også informeres og få tilbud om å delta på kursene. Både Bærum og Østfold sykehus benytter i dag MEWS for utregning av score med både leger og sykepleiere ev. hjelpepleiere, men Ahus benytter ikke denne måten å score på da legene ikke er involvert i ALERT. Vi ønsker derfor at leger også deltar på ALERT-kursene.

Gode instruktører er svært viktig i kurset. Samtidig er det viktig at instruktørene arbeider sammen om stoffet både i teoridelen og i casene og utvikler dette, samtidig som de utvikler hverandre.

I neste del av prosjektet vurderes det om prosjektgruppen skal deles inn i mindre grupper, slik at man får mindre arbeidsområde. Grupper oppdelt i kursopplegg, instruktør opplæring, evaluering og spredning/informasjon kan være gode inndelinger.

Vi er også avhengig av midler for å gå i gang med en pilot for å kunne frikjøpe instruktører og deltakere. Samtidig er vi avhengige av å beholde samarbeidet med de kommunene som fortsetter i prosjektet.

8. Videre i prosjektet

Helsedialog utlyser prosjektmidler; støtte til samhandlingstiltak mellom helseforetak og kommuner i slutten av februar måned. I samarbeid med Ahus og Bærum sykehus søker vi om idler til å dekke neste del av prosjektet; et pilotprosjekt hvor vi prøver ut ALERT i fire kommuner. Dette vil omfatte instruktør opplæring, kursgjennomføring, evaluering og informasjon/spredning. Hele prosjektgruppen, bortsett fra Ski kommune, fortsetter i neste del av prosjektet.

Vi har startet på et prosjektdirektiv og en milepælsplan, men ønsker innspill fra styringsgruppa før vi gjør denne ferdig. Vi har satt dato for at de to dagene med instruktørkurs skal være fullført innen 1. september 2012, og første kursdag for personale skal være



gjennomført 1. oktober 2012. Vi legger også med kostnadsberegning på neste del av prosjektet, men denne omfatter ikke simulering som del av evaluering.

9. Dokumentasjon og referanser

Aase, Karina (red.). *Pasientsikkerhet – Teori og praksis i helsevesenet*. Universitetsforlaget. 2010.

Dansk selskab for patientsikkerhed. Håndbok i sikker muntlig kommunikation.
http://sikkerpatient.dk/media/10302/haandbog_i_sikker_muntlig_kommunikation.ashx.pdf

Dansk selskab for patientsikkerhed. *ISBAR tjekliste. Sikker muntlig kommunikation om borgerens helbredstilstand*
http://patientsikkerhed.dk/fileadmin/user_upload/documents/primaersektor_01/Isbar/100111_DSP_Laminat_kort_02.pdf

Einarson, Elisabeth, Jaeger, M., Melby, A.M., Brudvik, M. *Kvalitetsforbedring – Pasientsikkerhet*. 2011. www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/pasientsikkerhet/ALERT

Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. 25. *Mestring, muligheter og mening. Framtidas omsorgsutfordringer*. 2005-2006.

Helse- og omsorgsdepartementet. St.meld. 47. *Samhandlingsreformen. Rett behandling – på rett sted – til rett tid*. 2008-2009

Marshall, S., Harrison J., Flanagan, B. *The teaching of a structured tool improves the clarity and content of interprofessional clinical communication*. *Quality and Safety in Health Care* 2009; 18:137-140. Doi:10.1136/qshc.2007.025247

Smith, Gary. *ALERT – Akuta livshotande händelser – igenkännande och behandling. En multiprofessionell kurs om vård av akut sjuka patienter*. 2:a upplagan, Portsmouth Hospitals NHS Trust

SBAR - modell för bättre kommunikation mellan vårdpersonal. Ineffektiv kommunikation bidrar til majoriteten av skador i vården. 2008. *Läkartidningen* nr. 26-27. Volym 105, side 1922-25

Øhrn, Henrik. *Evaluering av kompetansetiltak*.
http://www.hrnorge.no/Norsk/Spesialmapper/Skjulte_artikler_til_linker_i_andre_artikler/Temaark/Evaluering+av+kompetanseutvikling.9UFRLYWI.ips

10. Vedlegg

Vedlegg 1: Direktiv for forprosjektet

Vedlegg 2: Møtereferater

Vedlegg 3: Informasjon om ALERT fra sykehuset i Østfold

Vedlegg 4: Case

Vedlegg 5: Kostnadsberegning for pilot



Vedlegg 1

Prosjekt Forum

Prosjektforum AS
 Postboks 130, 4631 Ås
 Telefon: +47 68645770
 Epost: post@prosjektforum.no

PROSJEKTDIREKTIV

for

Utvikling av kurs i kommunehelsevesen for å øke observasjons- og handlingskompetanse

Prosjekt navn Sammen om kompetansetving Utført av Dato

Planlagt startdato 01.09.2011 **Planlagt slutt dato** 31.01.2012

Oppdragsgjver

Prosjektleder Utviklingscenter for hjemmetjenester og sykehjem i Akershus

Prosjekt type

A. Organisering

Prosjektgruppe

- Prosjektleder

- Prosjektdekkere

| Tittel | Navn | Antatt dagverk |
|------------------|--------------------------------------|----------------|
| Prosjektleder | Haga Berntsen, Lorenskog sykehjem | |
| Spesialkonsulent | Elisabeth Ørneson, Åhus | |
| Avdelingsleder | Solveig Sladheim, Røyrvad hjemmet | |
| Fagkonsulent | Ein Myhne, Sorum kommune | |
| Avdelingsleder | Anne Berit Johansen, Bærum komm | |
| Rådgiver | Kari Oa, Lorenskog sykehjem, Utvik | |
| Rådgiver | Bent Skjerve, Bærum kommune, Utv | |
| Sykepleier | Marion Ludvigsen, Lorenskog sykehjem | |
| | Wenche Amussen, Ski kommune | |
| | Nina Amundsen, Ski kommune | |
| | Monica Jaeger, Bærum sykehjem | |
| | Katrine Windt, Østebakk kommune | |
| | Aud Marie Ellingsgård, Østebakk komm | |

Styringsgruppe

- Leder

- Sekretær

- Deputat

| Tittel | Navn | Virksomhet |
|-------------------|---------------------------|-------------------------|
| Distriktsleder | Evelyn Jakobsen | Bærum kommune, hjemmet |
| Seniorrådgiver | Kristin Frøgel, Lillevold | Fylkesmannen i Akershus |
| Institusjonsleder | Amfinn Galsberg | Lorenskog sykehjem |
| Sekretær | Haga Berntsen | Lorenskog sykehjem |

Referansepersoner/-gruppe

| Tittel | Navn | Virksomhet |
|-------------------------|---|-------------------------------|
| Prosjektleder | Elisabeth Ørneson | |
| Fagkonsulent | Evelin Merud, Åhus | |
| | Mari Holseth | |
| Leder | Maren Sogstad, Sentral for omsorg/Sentral for omsorgsplaner | |
| | Ambulansesjef, Åhus | Åhus |
| Lege | Jan Emil Kristoffersen? | Sentral for samhandling, Åhus |
| Tilvaretagelse/Fastlege | Anna Pedersen, Sorum kommune | Sorum kommune/Sorum |

© Prosjektforum AS

Side 1 av 4



B. Prosjektbeskrivelse

Her skal det gis en beskrivelse og begrunnelse for hvorfor prosjektet er nødvendig

- A hindre et eksisterende problem
- Å unngå en mulighet
- Å gi uttrykk for et planer og overordnede verdier

Bakgrunn for prosjektet - Problembeskrivelse

Samhandlingsreformens føringer i forhold til den nye fremtidige kommunedelen og synliggjøring av kravene til et kompetent helsepersonell i alle deler av helsetjenesten tydeliggjør behovet for økt kompetanse rundt observasjonskompetanse og handlingsberedskap.

Dette forprosjektet skal utrede og utvikle et opplæringspakke for ansatte i kommunehelsetjenesten i Aleshus for å øke observasjonskompetansen og godberedte handlingsberedskap. Utviklingen vil bygge på de erfaringer Ahus og Vestre viden har gjort gjennom utvikling og gjennomføring av undervisningskonseptet "AERT" som har som fokus å oppøve evnen til å gjenkjenne risiko situasjoner og iverksette adekvate tiltak for å forhindre eller redusere en negativ sykdomsutvikling og hindre unødvendige sykehjemsinnleggelse.

Prosjektet er et samarbeid mellom utviklingsentrene i sykehjem og hjemme tjenester i Aleshus, og kommunene Enebak, Ski og Serum. Prosjektet omfatter både hjemme tjenester og sykehjem. Både Barne sykehus og Ahus er representert i prosjektgruppen.

Effektene skal oppmåles og evalueres i en evaluering gjennomføres

Tidspunkt, uke 3-5 år

Beskriv prosjektet som er mulig å gjennomføre, 1-4 effektmål per målgruppe

Ønsker gjerne tidsplan for effektene.

Effekt mål

Det overordnede målet for prosjektet vil ha direkte nytteverdi for pasienter/brukere gjennom bedre kvalitet på tjenestene som følger av:

- Økt kompetanse hos ansatte i pleie- og omsorgstjenestene i forhold til tidlig identifisering av helseproblemer
- Økt evne til gjenkjenning av potensielle problemer hos pasienter/brukere
- Økt handlingsberedskap i forhold til iverksettelse av både behandling og forebyggende tiltak
- Økt dokumentasjons-, kommunikasjons- og samhandlingskompetanse

Beskriv de mål som skal endes i løpet av prosjektperioden, det vil si hvilke faktorer i prosjektet er ansvarlig for å løse opp.

Verktøyn og kvanifiserbare

Resultatmål

Beskrivelse av opplæringsprogram/strukturer, evalueringstrategi og plan for implementering.

Resultatene skal i størst mulig grad bli målt i effektene blir målt på lang tid. Antall evalueringer bør være fra et til fire

Beskriv gjennomføringsmetode i prosjektet som er realistisk og eller kostbare. Utgå fra enkle og enkeltilgjengelige

Hvordan skal man måle og sikre på at resultatene

Hovedtiltak

Samarbeide med flere Aleshus-kommuner og -institusjoner; og også på tvers med hjemmetjeneste/sykehjem områdene

- Vurdere om "Aert"-kursset kan benyttes i kommunehelsetjenesten for å nå våre effekt mål
- Undersøke hva som er svakheter i kunnskap/kompetanse i dag rundt observasjons- og handlingskompetanse for å nå effektmålene
- Eventuelt utarbeide case-basert kurs (kall "Aert"); men kanskje deler av dette) ut fra dagens og framtidens behov
- Utarbeide case som er vinklet mot kommunehelsetjenesten
- Utvide evalueringstrategi
- Opplæringsprogram med oppfølging med veiledning/opplærings-oppfølging og veiledning
- Kostnadsberegning
- Se videre på strategisk kompetanse utvikling



Vedlegg 2

Referat fra møte «Sammen om kompetanseheving» 09.11.2011 (Kari Os, Berit Skjerve, Hege Berntzen (ref.))

| Sak: | Referat: | Ansvar: | Frist: |
|---------------------------------------|---|--|------------------------------|
| Prosjektdirektiv: | Se revidert direktiv. Følgende kontaktes for referansegruppe: <ul style="list-style-type: none"> - Elisabeth Østensvik v/Hege - Eva Linnerud v/Kari - Marit Hofseth v/Kari - Jan Emil Kristoffersen v/Kari - Sonja Brugmann v/Kari (- Mera Grepp v/Berit - Maren Sogstad ønsker skriftlig forespørsel om å delta | | 22.11.2011 |
| Møteplan for oppstartsmøte 22.11.2011 | Styringsgruppa innkalles til første møte Presentasjon av deltakerne Informasjon om Alert ved Elisabeth (også om copyright) Hvor overførbart er Alert til kommunehelsetjenesten? Erfaringer av kurs og E-læring så langt Målgruppe Konklusjoner Milepælsplan Et møte før jul, et etter jul, arbeidsgrupper i tillegg Inndeling i arbeidsgrupper Opplæringsprogram Kostnader Evaluering | Hege minner om at alle må ta E-læringen Hege lager korte punkter for erfaringsutveksling om overførbarhet Hege har videre møtedatoer klare | 22.11.2011 |
| Samarbeid med referansepersoner | Kontakte ambulerende team igjen. Ønsker møte i forkant av første prosjektgruppemøte. De vurderer å starte med noe liknende kurs på sikt. Ønsker også statistikk over unødvendige innleggelseser Ønsker også kontakt med samhandlingsavdelingen ang. elektroniske meldinger og meldingsutveksling | Hege kontakter ambulerende team. Kari kontakter enhet for samhandling v/Sonja Brugmann ang. statistikk | 14.11.2011 22.11.2011 |
| Evaluering | Maren Sogstad, senter for omsorgsforskning, har tilbudt oss veiledning ifht. evaluering Mulig Ahus v/HØKH kan hjelpe oss mer? | Kari kontakter HØKH | 22.11.2011 |
| Alert-kursbok | Ønske om å dele ut denne på første møte til prosjektdeltakere | Hege kontakter Elisabeth | 22.11.2011 |
| Budsjett | Ble vurdert om vi skal gi rund sum eller beregne ifht. reisevei/lønn til prosjektdeltakerne. Rund sum beregnet på rundt 15 timer jobb er forslag i første omgang | Berit beregner sum; ca 10.000 per deltaker eksternt? Kari/Hege vurderer hva som ev. trengs av utstyr | 22.11.2011 |



Referat fra møte “Sammen om kompetanseheving”, 22. november 2011

Tilstede: Kristin Fragell Lillevold, Evelyn Jacobsen, Arnfinn Gisleberg (styringsgruppa)
 Marion Ludvigsen, Katrine Windt, Solveig Stadheim, Eva Bassøe, Kari Anette Os, Elisabeth Einarson, Anne Berit Johansen, Wenche Arnesen, Nina Amundsen, Monica Jaeger, Berit Skjerve, Aud Marie Ellingard, Hege Berntzen, ref.
 (prosjektgruppa)

| Sak: | Referat: | Ansvar: | Frist: |
|---|--|---------|--------|
| Introduksjon: | <p>Kari Os viste presentasjon fra Losbys-seminaret dagen før, hvor dette prosjektet ble presentert sammen med flere andre kompetansetiltak ifht. samhandling (se utdelt presentasjon). Alert er hittil ikke brukt i kommunehelsetjenesten. Dette prosjektet har et stort nedslagsfelt og dermed et godt materiale for en evaluering. Vi vil få veiledning av Senter for omsorgsforskning på Gjøvik med dette.</p> <p>Vi vil også samarbeide med Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester i Østfold, som også er i ferd med å starte opp med disse kursene.</p> | | |
| Presentasjon av hvordan Alert gjennomføres ved Ahus, ved Elisabeth Einarson, supplert av Monica Jaeger Bærum sykehus: | <p>Hensikt og omfang:</p> <ul style="list-style-type: none"> Kurset er laget for å løfte grunnkompetansen generelt; genialt som grunnlag for alle avdelinger ved ikke å være bundet opp mot diagnose eller spesialiteter. Kommentar fra Monica ved Bærum sykehus: “Har vært bedt om et kurs i “klinisk blikk” og dette er det nærreste man kommer” Mellom 1500 og 2000 har deltatt på kursene (se evaluering ved å følge denne linken): http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Pasientsikkerhet/ALERT Alert knyttes opp mot HLR Alert-konseptet er utviklet i England av intensivpersonell. Alert brukes ved Ahus HF, Vestre Viken HF og Sykehuset ØstfoldHF, som har dannet eget Alert-nettverk i Norge. Det ønskes eget norsk senter blant annet for oversettelse av bok, som kommer i ny svensk oversettelse over nyttår Lisens for kurset er prisen på boken, kr 250. Boken er forventet lest i forkant av kurset. E-læringen er en informasjon om kurset, ikke en undervisning i Alert En gevinst ved Alert er at leger, spl. og helsefagarbeidere blir mer kjent med hverandres kompetanse; øker samarbeid og diskusjon Viktig her også at lederne “eier” konseptet for å få nødvendig fokus og vedlikehold av kunnskapen i praksis. Bør være minimum en repetisjon årlig i forbindelse med fagdag, men dette er ikke satt i system hverken på Ahus eller i Bærum <p>Deler av Alert:</p> <ul style="list-style-type: none"> Bærum/Østfold har tatt med konseptets Etikk-del. Det er også en del om smertelindring, som verken Bærum eller Ahus har tatt i bruk. Det ønskes en egen rubrikk for MEWS i sykepleierdokumentasjonen (i prosjektet er tre dokumentasjonssystemer representert, Gerica, Profil og Helios) Ahus ønsker å ta i bruk poengskalaen i MEWS som allerede er gjort i sykehusene i Østfold og Bærum ISBAR er et produkt utenfor copyright, og MEWS kan endres noe. Casene er styrt en del, men må forsøke å få til omgivelser hvor våre spl. og helsefagarbeidere kjenner seg hjemme. Er egentlig allikevel overførbart ved at dette ikke er diagnosestyrt. <p>Instruktører:</p> <ul style="list-style-type: none"> Instruktørene har dagsseminar og oppfølgingskurs. Kursleder fra Lund i Sverige kreves til nye kunder/brukere av Alert, 20 deltakere per kør. Kostnader er reise for kursleder, og kr 2000 per deltaker. Veilederne har bundet seg for to år. I skrivende stund er det andre organisasjoner som også vurderer Alert, og da kan det bli samarbeid med disse om instruktørutdanning og oppdatering På hver kursdag bør det helst være to som har teoriundervisningen, deretter fire instruktører med fire case, som alle deltakere er innom. Totalt åtte timers kurs, to av dem praktiske | | |
| Erfaringer fra kurset/overførbarhet: | <p>Fire fra prosjektgruppa har deltatt på kurset, en av dem (Marion) som sykepleier på Ahus. Hun har senere praktisert dette, og er fornøyd med utbyttet. Ellers har Solveig, Anne-Berit og Hege deltatt. De har alle gode erfaringer, og mener alle deler er direkte overførbare, men at det trengs å “tone ned” noe av det mest akutte og tilpasse casene noe.</p> | | |
| Kommentarer fra møte-deltakerne: | <ul style="list-style-type: none"> Det ble kommentert at konkrete risikofaktorer som infeksjoner, sår, fall, ernæringsbehov osv. faller utenom kurset. Hadde det vært mer hensiktsmessig å strukturere undervisningen rundt dette? Samtidig ser vi at økt observasjonskomp. kan gjøre at vi tidligere ser utvikling av sår, at vi unngår fall pga. observasjoner i BT/P/CNS, at vi ser tegnene til infeksjon | | |



| | | | |
|----------------------|--|--|--|
| | <p>tidligere enn vi gjør i dag, osv.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Demente er en risikogruppe på grunn av uklarhet og forvirring som vanskeliggjør CNS-observasjoner. Dette er nærmere omtalt i kursboken. Her står det også mye blant annet om referanseverdier hos eldre. • Må være obs på hvor mye det er plass til i kurset for eksempel om det er mulig å lage en dokumentasjonsdel. Kurset er allerede omfattende tidsmessig. Kan ev. lages som to halvdagsamlinger, som også er enklere for daglig drift | <p>Berit Skjerve sender ut kursboken til hver enkelt</p> | |
| <p>Konklusjoner:</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Vi går for å benytte Alert • Vi får låne bøker fra Bærum. Disse sendes ut så snart vi får dem • Deler oss i arbeidsgrupper med følgende mål: <ul style="list-style-type: none"> - Kurs/case: Alle er bedt om å skrive ned pasientforløp; med BT/P og andre observasjoner/målinger, hvordan pasienten har det, og hvordan det går for å lage case. Dette kan gjerne knyttes opp mot områder hvor du ser usikkerhet hos pleiepersonalet, og ser som årsak til unødvendige innleggelser. Det kan være vanskelig å lage dette uten å ha deltatt på kurs; vi melder fra om ledige plasser etter hvert. Vi oppfordrer de som har vært på kurs om å ta kontakt med andre som ikke har deltatt, og utarbeide noe sammen (se ellers nedenfor). - Finne bakgrunnsinformasjon for pasientsikkerhet: Hvorfor blir pasienter unødvendig innlagt på sykehus, hva er personalet mest usikre i forhold til: Alle forsøker å finne informasjon om dette ut fra egne arbeidsområder, Kari kontakter Ahus. - Instruktørkurs/-oppdatering: Elisabeth Einarson, Monica Jaeger - Informasjon: Finne ut hva som skjer rundt omkring og informere om dette prosjektet - Evalueringsgrupper: Berit Skjerve, Kari Os, Hege Berntzen + andre som ønsker. Si fra! - Ny søknad: Diskuterer dette på neste møte <p>Mål til neste møte:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alle lager utkast til case alene eller sammen med en av de andre (se maillisten) og skriver litt om dette. Lages på bakgrunn av områder du ser er viktig å bli bedre på ute i praksis. Husk at alle case skal inneholde problemstillinger knyttet til ABCDE • Evalueringsgruppa må ha noen tanker om evalueringen klar til diskusjon • Kontinuerlig fokus på informasjon ut/inn i prosjektet • Alert-instruktørene ser etter samarbeidspartnere <p>Gi tilbakemelding om det er noe du ønsker å arbeide med – det er veldig fint om du for eksempel ønsker å arbeide med evaluering eller med instruktørdelen! Da tar du kontakt med Hege.</p> <p>De neste møtene i prosjektgruppa blir 15. desember og 17. januar fra 11-15 med servering av lunsj her på Lørenskog sykehjem. Meld fra om forfall.</p> | <p>Berit</p> <p>Alle skriver pas.-forløp for case</p> <p>Alle ser på forbedringsområder, og Kari kontakter Ahus</p> <p>Elisabeth/Monica</p> <p>Berit/Kari/Hege/alle</p> <p>Berit/Kari/Hege/alle som ønsker</p> | |

Liten forklaring av casene:

Fire-fem på hver gruppe:

- Sykepleier
- Hjelper
- Pasient
- Observatør

Pasienten får en oppgave/rolle av instruktøren uten at resten får høre; kan være å være urolig, rope, skjelve osv. Så skal hjelper eller sykepleier komme til, og ved hjelp av observasjoner i ABCDE komme fram til riktige tiltak. De skal også be om hjelp når de mener de trenger dette underveis. Når de nevner observasjoner de ønsker tatt - som for eksempel respirasjonsfrekvens, BT/P-taking, blodsukker og så videre - får de verdiene opplest av instruktøren. Dersom de går over på neste bokstav før de har gjort de nødvendige observasjonene og ev. tiltakene, blir de stoppet av instruktøren.

Underveis må de også ringe lege ved å benytte ISBAR.

Gjennomgang av situasjonen etterpå, hvor observatøren er sentral. Rollene byttes om; totalt fire case på Ahus-kurset.



Referat fra prosjektgruppe-møte “Sammen om kompetanseheving”, 15. desember 2011

Tilstede: Marion Ludvigsen, Katrine Windt, Solveig Stadheim, Elin Myhre, Kari Anette Os, Elisabeth Einarson, Anne Berit Johansen, Wenche Arnessen, Berit Skjerve, Hege Berntzen, ref.

| Sak: | Referat: | Ansvar: | Frist: |
|--|---|----------------------|----------------------|
| | Tok utgangspunkt i utdelt milepælsplan og prosjektdirektiv, og gikk igjennom: | | |
| Ferdigstilte case: | Alert på Ahus har kun hatt fire case - som er blitt endret litt underveis. Vi tok sikte på å ha fire ferdige case i løpet av dagen. Disse sendes ut i egen mail. Vi forsøker å få med litt etikk i noen av dem, og lager case med utgangspunkt i: <ul style="list-style-type: none"> - Hjerte - Hypoglycemi - KOLS - Infeksjon | Hege | 17.01.12 |
| Møte ang. evalueringsmetoder: | Maren Sogstad fra Senter for omsorgsforskning kommer på møte 6. januar 9-11 med de som ønsker (blir på prosjektkontoret her på Lørenskog sykehjem) for å gi oss tips om evaluering. Katrine, Kari, Elisabeth og muligens Berit har sagt de kommer, men de som ønsker kan møte opp. Dette er evaluering både av hva kursdeltakerne mener etter kurset, men også effekten av kurset i møtet med pasientene etter en periode. Merkes det på kvaliteten at personalet har tatt kurset? Maren har nevnt at samhandlingsreformen kan lage grunnlaget for evaluering vanskelig ved at det allikevel blir færre innleggelser og raskere utskrivninger. Derfor er det viktig å finne gode indikatorer. Ahus har også gjort en kjempejobb i evalueringsarbeidet, som vi også kan dra mye nytte av med evaluering kursdagen, fokusgruppeintervjuer, samt elektroniske spørreskjemaer (se samme link som tidligere http://www.helsebiblioteket.no/Kvalitetsforbedring/Pasientsikkerhet/ALERT) Bærum kommune har tall på innleggelser over en tre måneders periode i hjemmetjenesten. Dette er tall vi kan se på og bruke. De har også beskrevet tre pasientforløp, som Berit sender ut. | De som ønsker å møte | 06.01.12 |
| Lege kommenterer kursopplegg: | Det ble kommentert at to ting kunne vært gjort annerledes i Ahus sitt Alert-opplegg; forankring til ledere og til legene. Kan Forum for sykehjemsmedisin brukes som arena for informasjon og dermed forankring? Bør legene ha eget kurs? Kan vi arbeide opp mot kommunelegene og legevaktslegene (fire legevakter totalt)? Ønsker også kommentarer til det faglige innholdet; blant annet med kommentarer til å gi oksygen og væske. Alert er knyttet opp mot pasientsikkerhet på nettet; Elisabeth sjekker opp mulig kopling mot pasientsikkerhetskampanjen; kan ev. også være midler å hente der til videre prosjekt. Katrine og Elin utarbeider informasjon om prosjektet til distribusjon; vi forsøker å informere i naturlige sammenhenger hvor vi selv deltar eller kan delta; E-læringen kan være fin å bruke. | Berit | 17.01.12 |
| Hva trenger vi økt kompetanse i (kursinnhold)? | Se punktene for hva casene bør inneholde. Kari venter på svar på hvilke pasienter som legges inn fra kommunehelsetjenesten fra samhandlingsavdelingen på Ahus. Alert er jo ikke knyttet opp mot diagnose, men mot observasjoner og tiltak. Derfor viktig å knytte alt vi gjør opp mot ABCDE-tankegangen (også når det gjelder psyk.). | Kari Alle | 17.01.12 17.01.12 |
| Instruktør-opplæring: | Oslo legevakt er i ferd med å starte med Alert, men kurs for instruktører allerede i januar. Etter mars har vi mulighet til å få instruktørkurs med norske instruktører (fra Ahus/Bærum) etter endringer i organisasjonen i Sverige. Dette passer også tidsmessig for oss. Elisabeth mener tilpasningen til kommunehelsetjenesten vil gå bra. Å finne de riktige instruktørene i kommunene blir viktig, faglig sterke, pedagogiske evner. Noen til case, noen til undervisning, noen til begge. Det er ytre ønske om to dagers instr. kurs for å ha mer mulighet til praktisk egentrening. Vi prøver å tenke fire instruktører fra hver av kommunene som er representert i prosjektet. De som underviser bør være utdannet minimum sykepleiere. Ellers bør undervisning som gies bli gjort mer og mer i form av ABCDE-tankegangen. Ambulerende team på Ahus er i ferd med å gjøre dette; starter også case-kurs rettet | | |



| | | | |
|--------------------------------|--|-------|----------|
| | <p>mot akutt dårlige eldre med samme prinsipp (2-3 timers kurs). Bærum kommune som ikke har dette tilbudet, tar det opp i sin organisasjon.</p> <p>En manual til hjelp for instruktørene er i ferd med å ferdigstilles; ferdig ca 5. januar. Funksjonsbeskrivelse for instruktører vurderes skrevet. Er et møte i Alert 29. og 30. mars i Ørebro. Om noen ønsker å delta der, må dere si fra.</p> <p>Østfold v/utv.senteret for sykehjem i Østfold har kommet omtrent så langt som oss. Kan vi samarbeide med dem om instruktør opplæringen?</p> | | |
| Kostnadsberegning: | For nye prosjektsøknader vil det være stor hjelp å estimere pris per deltaker per kurs. Berit forsøker dette. | Berit | 31.01.12 |
| Ny prosjekt søknad/direktiv | Interesserte melder seg. Ellers ser Lørenskog sykehjem på dette | Hege | |
| Ferdigstille opplæringsplanen: | <p>Må tenke over følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prosess/metode (i Alert-konseptet), men noe justering - Innhold (i Alert-konseptet), men noe justering - Læreforutsetninger – Det ble diskutert rundt hvilket nivå man skal legge undervisningen. Noe uenighet, men det er trolig stort sprik i akutt-kunnskapene til personalet i kommunehelsetjenesten. Må sørge for trygghet under kurset for at deltakerne skal tørre å spørre, og så er det et krav at alle leser boken før kurset. At kurset er motiverende og engasjerende, er også viktig. Ahus har sett at sykepleiere ofte får gjentatt og bearbeidet kunnskapen sin – får flere knagger å henge kunnskapen på, mens hjelpepleierne får ny kunnskap. Kurset passer derfor begge grupper. Alle i avdelingen må delta på kurset, ikke bare noen. - Mål: Forutse og observere dårlige pasienter tidligere, hindre unødige innleggelser – men noen må allikevel innlegges! Rekruttering og beholde personale. Kompetanse til de nærmest pasienten. Samarbeid mellom kommuner. - Vurdering: En god evaluering vil bedre mulighetene til å få midler senere til å drifte/frikjøpe for framtidige kurs. Devaluering underveis – og se på forskjellige nivåer. - Rammefaktorer: Størrelse på pilotprosjektet fortsatt usikkert; mulig å ha mål om en sykehjemsavdeling og en omtrent liknende størrelse i hjemmetjenesten (en sone i mellomstore kommuner) i hver av kommunene som er med? - Viktig hele tiden å tenke ABCDE, ikke diagnose <p>Andre tanker: Bør vi ha stående ordinasjoner til bruk hos akutt dårlige? Bør instruktør oppgaven være meritterende – en sertifisering? Bør legene ha eget Alert-kurs? Elisabeth ønsker ikke korte kurs; enten fullt kurs eller bare informasjonsmøte. Hvordan nå kommunelegene/legevaktlegene? Hvordan dokumentere observasjonene i ulike dokumentasjonssystemer? Alle sjekker sine egne systemer. Profil har etter nylig oppdatering mulighet til å velge hvilke variabler som skal dokumenteres, og kan trolig legge inn målingene i Alert-konseptet.</p> | | |
| | | | |

Nytt møte 17. januar 2012. Meld fra om du ikke får kommet. Kan du også gi tilbakemelding per mail om hvordan du ønsker utbetalt pengene som følger plassen din i prosjektgruppa (kr 9.000 per medlem). Oppgi kontonummer.

Vi benytter samtidig anledningen til å ønske dere en koselig jul – og et spennende nytt år!



Referat fra møtet om evaluering av prosjektet "Sammen om kompetanseheving" 6. januar 2012

Til stede: Berit Skjerve, Elisabeth Einarson, Maren Sogstad, Hege Berntzen (ref.)

Det ønskes fra gruppen at vi får til evaluering på første (reaksjoner), andre (læring) og tredje nivå (atferd) i Kirkpatrick sine fire nivåer for å måle effekt i forhold til oppsatte mål av tiltak. Kan også hende vi får til fjerde nivå (resultater)

- Med å måle på **reaksjonsnivå** menes at det i skjemaer utfylt på kursets siste dag fylles ut f.eks hvordan personen likte rommet, foredragsholderen, dennes faglige tyngde eller presentasjonsform. I de siste årene er det også blitt mer vanlig å spørre om oppfattet nytteverdi i forhold til jobb.
- Det neste nivået, **læring**, innebærer at deltakeren også testes, eller må igjennom en kort eksamen for å se hvor mye man har lært under kurset. Dette blir vanligvis gjennomført når kurset slutter.
- Nivå 3 – **atferd** – betyr å evaluere om personen som har gått på kurs har endret atferd. F.eks dersom kurset handler om lederstiler, så vil det være naturlig at omgivelsene og kollegaene i løpet av noe tid bør kunne merke en endring i lederstiler eller repertoaret lederen spiller på i utøvelsen av lederrollen. Dette måles ofte ved å bruke 360-graders evalueringer.
- Det siste nivået, **resultater**, innebærer å måle hvordan dette som er lært har påvirket virksomheten. F.eks om lederstilene fører til mer kreativitet, lavere turnover, færre registrerte personalkonflikter osv.

De siste to nivåene gjennomføres ofte en stund etter selve opplæringen har funnet sted på grunn av at varig endring på disse nivåene tar tid å få på plass. (hentet fra link som også inneholder link videre til foredrag av Kirkpatrick:

<http://www.hrnorge.no/Norsk/Spesialmapper/Skjulte artikler til linker i andre artikler/Temaark/Evaluering+av+kompetanseutvikling.9UFRLYWI.ips>). Vi diskuterte oss fram til følgende mulige evalueringer som vi må se nærmere på:

| Evalueringsmåte: | Nivå/hva måler vi: | Hvilke grupper: | Hva slags spørsmål: | Utfordringer: |
|--|---|---------------------------------------|--|-----------------------------------|
| Evaluering ut fra Ahus sin undersøkelse ifht. Alert: Spørreskjema etter kurs Elektronisk spørreskjema på mail etter en måned | Nivå 1 Nivå 2 Måling av opplevelsen om egen kompetanse hos personalet | Alle som har gjennomgått Alert-kurset | Tillegg til Ahus sine spørsmål: <ul style="list-style-type: none"> • I hvilket grad bruker du flere observasjoner enn før kurset? • I hvilken grad tar du observasjoner som BT/P/respirasjon oftere enn før? • Bruker du Alert-tankegangen kun på dårlige pasienter, eller på andre også? I så fall når bruker du kunnskapen? • I hvilken grad er det flere fagdiskusjoner nå enn tidligere? • I hvilken grad liker synes du at ISBAR fungerer i din jobb-hverdag? • I hvilken grad synes du at ABCDE fungerer i din jobb-hverdag? • I hvilken grad synes du at MEWS fungerer i din jobb-hverdag? • Kjenner din leder til Alert? | |
| Vurdere dokumentasjon: | Nivå 1-3 | | | Stor forskjell på dokumentasjon i |



| | | | | |
|--|---|--|--|---|
| Gjennomgå 10 journaler før/etter Alert-kurs i hjemmetjeneste/sykehjem i hver kommune | <ol style="list-style-type: none"> 1. Se i hvilken grad risiko/observasjoner blir vurdert i dokumentasjonen, og om dette fører til tiltak i pasientjournalen 2. Se på forskjellige variabler, er variablene oftere tatt enn før Alert-kurs?: <ul style="list-style-type: none"> • BT/P • Temperatur • Respirasjons frekv. • Bevissthet | | | utgangspunktet. Flere årsaker kan gi bedre dokumentasjon; andre tiltak for bedring av dokumentasjon samtidig. Behov for felles dokumentasjonsskjema? Avgrense perioden ifht. andre feilkilder som omlegging av dokumentasjonssystemer osv. Kari Os ringer Ragnhild Hellesø om det finnes noe skjema for dette (hun har tatt doktorgrad i sykepleiedokumentasjon). |
| Måle kultur for pasientsikkerhet | Nivå 1-3 | En avdeling med gjennomgått Alert-kurs, en avdeling i annet sykehjem i samme kommune uten Alert-kurs | Spørreskjemaer: ”Safety attitude questionnaire” ”Self-esteem scale” | |
| Simulering | Nivå 1-3 Bruk av videolab. på Ahus. Case utarbeides og analyseres av utdannet personale på Ahus/ev. med veiledning fra Gjøvik | Halvt år etter gjennomgått Alert-kurs; gruppe med kurs og gruppe uten kurs. 5 case i serie (både syke og friske ”pasienter” og 10 grupper) | Se på atferd; hvordan resonerer de i praktiske case uten kurs/med kurs | Bør de som deltar være noe vant til simuleringsøvelser? |
| Evaluering utført av leger, avdelingssykepleiere og instruktører | Nivå 1-4: Kvalitative intervjuer etter kursene | Tilsynsleger, fastleger | <ul style="list-style-type: none"> - I hvilken grad er det endringer i observasjoner? - I hvilken grad er det endringer i handlinger/tiltak? - I hvilken grad er det endringer i kommunikasjon? - I hvilken grad er personalet blitt tryggere i observasjoner og handlinger? - I hvilken grad er personalet blitt tryggere på å mestre akutsituasjoner? | |



| | | | | |
|--|--|--------------------|---|------------------------------------|
| | | | <ul style="list-style-type: none"> - I hvilken grad fanges dårlige pasienter opp tidligere nå enn før kurset? - I hvilken grad er tidspunktet for når lege kontaktes blitt annerledes? - I hvilken grad ser personalet mer sammenhenger mellom observasjoner nå enn før? - I hvilken grad er det mer fagdiskusjoner i avdelingen din? - I hvilken grad er det mer etiske diskusjoner i avdelingen din? | |
| Spørreskjema til instruktørene, ev. samtale i gruppe, se link om læringsnettverk nedenfor | Nivå 1-2 Måling av hvordan instruktørene mener kurset var | Alle instruktørene | Spørsmål rundt gjennomføring av kurset | |
| Se på et visst antall innleggelser, se etter om anbefalte observasjoner ble gjort eller ikke. Kunne innleggelsen vært unngått? | | | | Vurdere om dette er mulig å få til |

Ellers:

- Analysering av evalueringsmaterialet blir ressurskrevende. Mulig å knytte til oss masterstudenter ev. doktorgrad? Store muligheter for artikkelsskriving i ettertid.
- Å måle innleggelser blir for komplisert nå. Dette kan ev. gjøres i kommuner senere; med avdelinger med gjennomgått undervisning og ikke undervisning. Bestillerkontorer/tildelingskontorer får kanskje etter hvert et verktøy man kan benytte til slik telling av innleggelser for eksempel korte over 1-2 døgn. Hege hører om dette finnes allerede i dag.
- Alert tilhører allikevel ikke Pasientsikkerhetskampanjen, men står som verktøy for pasientsikkerhet i Helsebiblioteket. Det er heller ikke plass til flere tiltak enn det er i dag iflg. "I trygge hender". Hjemmetjenesten har imidlertid ingen tiltak, så Berit hører med dem.
- Bør instruktørgruppa bygges opp som læringsnettverk? Se <http://www.kunnskapssenteret.no/Nyheter/L%C3%A6ringsnettverk+%E2%80%93+positiv+men+begre+nset+effekt+p%C3%A5+kvalitetsforbedring.14274.cms>
- Ahus starter med mer leder- og legeforankring rundt Alert; oppstart på nevrologisk avdeling. Bruker leger som er opptatt av Alert som metode.
- Ny bok på norsk kommer allerede til høsten! Dermed blir det kanskje naturlig å vente med oppstart av kursene til høsten? Vi diskuterer dette.
- Vi venter fortsatt på svar fra dr Kristoffersen, lege Samhandlingsavdelingen på Ahus ang. hvordan vi kan informere legene. Wium/Pedersen er også kontaktet om det samme; sykehjemsnettverk, fastlegenettverk.
- Kari snakker med Utviklingscenteret i Østfold om progresjonen hos dem.



Referat fra prosjektgruppe-møte "Sammen om kompetanseheving", 17. januar 2012

Tilstede: Marion Ludvigsen, Solveig Stadheim, Elisabeth Einarson, Monica Jaeger, Aud Marie Ellinggard, Nina Amundsen, Anne Berit Johansen, Berit Skjerve, Hege Berntzen, ref. (alle kommuner unntatt Sørumsund var med på møtet)

| Sak: | Referat: | Ansvar: | Frist: |
|--------------------------|--|-----------------------|---|
| Gjennomgang av referatet | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Casene</u> er ferdige, og er gjennomgått av flere. De er vedlagt; vi tar gjerne imot kommentarer, særlig om verdier som ikke passer overens! Casene endres fortløpende – også når kursene starter til høsten. De er oversendt ambulerende team, Ahus, som skal begynne med case som undervisningsform. - <u>Gjennomgang av evaluering</u>; se eget punkt - <u>Forankring ledere/leger</u>; se eget punkt - <u>Instruktører</u>: Ikke sikkert at boka er klar på norsk til høsten, men vi håper på dette, ellers bruker vi boken på svensk. Etter vurdering, ble det bestemt at opplæring av instruktører starter til høsten for å unngå at sommerferien splitter opplæring og oppstart. Man kan ha som mål at de første instruktørene blir hovedressurser etter hvert. Manual/funksjonsbeskrivelse for instruktørene er snart klar fra Ahus sin side. Det blir vanskelig å finne fire sykepleiere fra hver kommune som kan fritas fra vanlig drift, og det gjelder også å finne de rette menneskene. Vi går derfor ned fra 20 instruktører til ca halvparten. Her må vi slå instruktørgruppa sammen på tvers av kommuner, og forsøke å drive denne som et læringsnettverk; se link i referatet fra evalueringsmøtet. Monica presiserer at kompetansen som instruktør må vedlikeholdes, stoffet må "holdes varmt". - Berit ser på kostnadsberegning for ny prosjektsøknad. Vi prøver å få til en sykehjemsavdeling og en hjemmetjenestesone fra hver kommune (med omtrent samme størrelse). Usikkert om vi får det til, se pkt. forankring. Beregningen må også inneholde priser for leie av lokaler, forankring ute i kommunene til ledere/leger osv. | Alle gir kommentarer! | Endres fortløpende, også når kursene starter til høsten |
| Evaluering | <p>Referatet fra evalueringsmøtet ble gjennomgått. Fortsatt ønske om å gjøre denne evalueringen grundig og på flere nivåer.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ahus er veldig klare for å utføre simuleringsdelen! Dette gir dem god kompetanse - Det må jobbes mer med evalueringsdelen (skjemaer/spørreguider, analyser...) underveis i neste del av prosjektet, men vi forsøker å evaluere omtrent det som referatet sier - med unntak av at evaluering utført av instruktørene har ingen hensikt, så dette strykes - Pasientsikkerhetskampanjen deler ut spørreskjemaer i februar/mars, og dette kan kanskje danne utgangspunkt for bruken av målingen av | Hege | 30.01.12 |



| | | | |
|---|--|---|--|
| | kultur med skjemaene "Safety attitude questionnaire" og "Selfasteeme scale". Dette sjekkes ut. | | |
| Forankring | Vi har fortsatt en jobb å gjøre med lederne. Usikkerhet blant annet i Ski kommunen om de får stilt med mer enn hjemmetjeneste i piloten. Alle kommuner må derfor sjekke ut hva vi har mulighet til ifht. instruktører og kurs til våren. Da er det viktig å ha lederne med! Brosjyre utarbeides av Elin og Katrine. Vi har fortsatt ikke fått alle svarene fra legene som Kari Os har tatt kontakt med. Monica og Elisabeth sjekker ut med egne ledere at de kan ta oppgaven med opplæring av instruktører | Elin og Katrine Kari Monica/ Elisabeth | 30.01.12 30.01.12 30.01.12 |
| Nytt prosjektdirektiv/ny prosjektsøknad | Vi satte opp 30. januar klokka 11-15 som et ekstra, siste møte i denne delen av prosjektet. Det er noe forfall denne dato, derfor er det usikkert om møtet flyttes, men i så fall gir vi ny beskjed. Fint om minst en fra hver kommune kan møte. Her setter vi opp plan med dato for våren, for instruktøropplæring, kurs og evaluering osv. slik at dette blir mest mulig ryddig og forutsigbart for kommunene, og så lager vi prosjektdirektiv for neste trinn av prosjektet. Solveig, Anne Berit og Aud Marie har til nå sagt at de ønsker å delta, men alle kan gjerne komme. Her trenger vi mange innspill! | Minst en fra hver kommune | |
| Prosjektet så langt | Hege tar kontakt med styringsgruppa, og overleverer rapport om prosjektet så langt. | Hege | 31.01.12 |

Alle kommuner/deltakere må gi tilbakemelding om følgende snarest mulig:

- Trenger man hjelp til forankring hos lederne? Muligens vil vi kunne ligge mer i forkant ved at for eksempel Kari og Elisabeth (som foredraget på Losbyseminaret) – og gjerne en som er kjent med Alert (for eksempel Marion) i praktisk arbeidshverdag, kunne ha innlegg på kommuners ledermøter. Gi tilbakemelding om dette er ønskelig!
- Hvor mange ansatte dreier det seg om som skal på kurs dersom vi sier at en sykehjemsavdeling og en sone i hjemmetjenesten skal delta? Kun sykepleiere/hjelpepleiere, og faste ansatte. Ca 20 per avdeling/soner?
- Sjekke ut hvor mange potensielle instruktører man har, og hvor mange som har mulighet til å være med på dette ifht. drift
- Har kommunen brukbare rom til å holde Alert-kurs?
- Har fått kontonummer av noen av dere, men mangler flere, slik at vi kan sette inn prosjektgrupper?

Dette må Hege få beskjed om innen 30. januar!



Referat fra prosjektgruppe-møte “Sammen om kompetanseheving”, 6. februar 2012

Tilstede: Elisabeth Einarson, Eva Linnerud Nysether, Aud Marie Ellinggard, Katrine Windt, Elin Myhre, Nina Amundsen, Wenche Andressen, Anne Berit Johansen, Berit Skjerve, Kari Os, Hege Berntzen, ref.

| Sak: | Referat: | Ansvar: | Frist: |
|---------------------------|---|---------|--------|
| Gjennomgang av referatet: | <ul style="list-style-type: none"> - Møtet i Sverige i mars er avlyst, i stedet blir det et møte på Arlanda flyplass. Prosjektet vårt deltar derfor ikke her, men mottar referat etter møtet - Oversettelse av boken til norsk er usikker. Ny informasjon etter møtet på Arlanda 29. mars 2012. Vi bruker ellers den svenske boken - Gjennomgang av casene; Katrine, Elisabeth og Hege gjør dette | Hege | |
| Forankring: | <ul style="list-style-type: none"> - Ledere og leger ønskes på kurs når disse starter til høsten - Ski trekker seg fra neste del av prosjektet pga. andre prioriteringer. De ønsker imidlertid en oppdatering innimellom - Sørums kommunen ønsker infomøte om Alert hvor seksjons-, virksomhets- og avdelingsledere deltar. Noen av avdelingslederne har erfaring fra Alert med at de som tar kurset, ikke benytter kunnskapen videre. God informasjon om kurset og hvor viktig avdelingsleder er i bruk av denne kunnskapen er derfor viktig. 10. april klokka 14-15, Sørums rådhus, er satt av som dato for denne informasjonen; Kari Os, Elisabeth Einarson og Marion Ludvigsen drar dit på ledermøte denne dagen | | |
| Prosjektet videre: | <ul style="list-style-type: none"> - <u>Instruktører:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Eva Linnerud Nysether fra kompetanseavdelingen på Ahus minner om at å finne de riktige sykepleierne til denne oppgaven er en kritisk suksessfaktor. Hun anbefaler også å kjøpe fri en med riktig kompetanse til å sørge for oppfølging og logistikk rundt denne gruppa. Bestilling/distribusjon av bøker, bestilling av rom, invitere til kurs osv. tar mye tid • Kompetansegruppa på Ahus, som skal kurse instruktørgruppa, må delta på de første kursene til de nye instruktørene – dette ligger i konseptet. Det beregnes derfor 5-8 dager fra Elisabeth og Monica. Dette er lagt inn i kostnadsberegningen - <u>Brosjyren:</u> Er utarbeidet av Katrine og Elin. De har gjort en god jobb; og har fått noen tilbakemeldinger av gruppa. Brosjyren er ment til utdeling til ledere og andre i kommunene til profilering av Alert; ikke til deltakere på kurset. Blant annet er det bedt om utsagn om praktisk betydning av Alert. Her har vi noen forslag: “Alert har gjort det lettere for meg å fange opp/se dårlige pasienter i tide...”, “Alert har gjort meg mer oppmerksom på hva man bør observere...”, “Alert har gjort at jeg | | |

Ferdig i god



| | | | |
|--------------------|---|--------------|-----------------------------|
| | <p>har fått en bedre kommunikasjon med lege i en akuttsituasjon...”, “Alert er det nærmeste et kurs i klinisk blikk”. Kom gjerne med flere forslag. Kari Os kontakter Utviklingscenteret i Østfold om bruk av informasjonsarket til sykehusene i Østfold.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Usikkert hvem som skal delta i prosjektgruppe og styringsgruppe, men deltakerne fra prosjektgruppa i dag fortsetter videre. Kan være lurt å dele gruppa inn i deler; oppfølging av instruktører, evaluering, økonomi, spredning/informasjon osv. | Katrine/Elin | tid til møtet 10.04.2012 |
| Søknad om midler: | Vi søker Helsedialog om midler; mulighet til å søke er først i slutten av denne måneden, ikke lagt ut på nettet ennå. | | |
| Prosjektrapporten: | Sendes ut 15. februar. Kom med innspill innen 21. februar. Da sender vi den og referater, kostnadsberegning osv. til styringsgruppa slik at de kan gi oss innspill om det videre prosjektet. | | |



Vedlegg 3



SYKEHUSET ØSTFOLD



Akutte livstruende hendelser - gjenkjenning og behandling

Umiddelbar vurdering



Fullstendig pasientbedømming



Videre plan. Formidle pasient informasjon



MEWS Modified Early Warning Score

| Score | 3 | 2 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 |
|--------------|---------------|-----|------------------------|-------------------|--------------------|--------------------|---------------|
| Resp. frekv. | >30 | <9 | 9-14 | 15-20 | 21-29 | >30 | |
| Puls/min | >130 | ≤40 | 41-60 | 61-100 | 101-110 | 111-129 | >130 |
| Syst. BT | >200 | ≤70 | 71-80 | 81-100 | 101-199 | >200 | |
| Temp °C | >38,5 | ≤35 | 35,1-36 | 36,1-38 | 38,1-38,5 | >38,5 | |
| CNS | Reagerer ikke | | Nyttikommen forvirring | Klar og orientert | Reagerer på titale | Reagerer på smerte | Reagerer ikke |

Kontakt sykehusets lege ved alvorlig ure over pasientens tilstand, og/eller ved:
+ Diuresis <200 ml de siste 6 timer
+ SpO2 mindre enn 90 % til tross for O2-behandling
+ Ved hjemmets brukles gjeldende alarmruter

ABODE - OBSERVASJON AV PASIENTER OG TILTAK

| | |
|----------------------|---|
| A AIRWAY | Er luftveier åpne? <ul style="list-style-type: none"> Kjeftstikk, oksygen, stabil sideveie, sug tilstrekkelig |
| B BREATHING | Respirasjonslyd? SaO2? Respirasjonslyd? <ul style="list-style-type: none"> Er konsistent ventilasjon med pockel-masse |
| C CIRCULATION | Perifer puls? Pulsert? Hørskeleis? <ul style="list-style-type: none"> kapillær utfylling innen 3 sek? Indikatorer: f.eks. skolekoll, finger |
| D DISABILITY | Besinnelse? Pupillene? <ul style="list-style-type: none"> Er pupillene like? Er de reaktive? |
| E EXPOSURE | Temperatur? Fullstendig kroppundersøkelse <ul style="list-style-type: none"> Tilskudd etter omstendighetene |

ISBAR - KOMMUNIKASJON OM PASIENTER

| | |
|----------------------|--|
| I IDENTIFISER | Pasienter dag, din funksjon og avdeling <ul style="list-style-type: none"> Oppgi pasientens navn og fødselsnummer |
| S SITUASJON | Utgangspunkt... <ul style="list-style-type: none"> Utgangspunkt for observasjon, tiltak, resultater/risiko |
| B BEKREFT | Utgangspunkt... <ul style="list-style-type: none"> Utgangspunkt for observasjon, tiltak, resultater/risiko |
| A ANALYS | Utgangspunkt... <ul style="list-style-type: none"> Utgangspunkt for observasjon, tiltak, resultater/risiko |
| R RÅD | Utgangspunkt... <ul style="list-style-type: none"> Utgangspunkt for observasjon, tiltak, resultater/risiko |



Case 1: Hjertet

Læringsmål:

Systematisk ABCDE-metodikk
MEWS - tenke alvorlighetsgrad og hvor ofte vi tar observasjoner
ISBAR - kommunikasjon

Roller (fordeles):

Pasient, sykepleier/hjelper/observatører får informasjon om læringsmålene og bakgrunn for caset:

Mannlig pasient blir funnet på toalettgulvet, klar og orientert, med kjent angina pectoris og forstørret prostata (ønsker ikke utredning og behandling for dette). Sykepleier og observatører gjør vurdering ifht. ABCDE og får verdiene etter hvert. Benytt også ISBAR og MEWS.

Pasient:

Du blir funnet på toalettgulvet på ettermiddagen. Du har forsøkt å komme deg til toalettet for å late vannet uten å få det til, og mens du er der, får du - i tillegg til speng - også smerter i brystet som stråler ut til venstre skulder som du gjenkjenner som angina pectoris. Du får ikke til å tilkalle hjelp; bare ynke deg på grunn av store smerter. Du har rask respirasjonsfrekvens.

Vedlegg 4

Du har dette utstyret tilgjengelig:

- BT-apparat med normal mansjett
- Pulsoksymeter
- Temperaturmå
- Blodsukkerapparat
- Glukagon til injeksjon
- Enkelt sårutstyr
- Oksygen
- EKG kan bestilles via ambulanse

| Kliniske tegn: | Start: | Etter nitro.: | Etter kateterisering: | Manglende beh.: |
|---------------------|---|---|--|----------------------------|
| A – Luftveier | Fri | Fri | | |
| B – Respirasjon | Oksygenmetning: 92 Resp.frekv: 25 pr. min. Rytme: Regelmessig Dybde: Overflatisk Symmetri: Lik | 94 22 | 96 18 | 88 27 |
| C – Sirkulasjon | Kapillær fylningsgrad: 5 Perifer temperatur/farge: Kald blå Farge: Kald/klam Perifer puls/rytme: 120, ureg. Blodtrykk: 180/100 O2 metning: 92 Diurese: Ingen | 3 Økende kald og klam 100 160/100 94 | 2 Bedre farge 80 140/90 96 | 6 Blekere 88 |
| D – Bevissthetsnivå | Klar/orientert, ynker seg, smertepåvirket Blodsukker: 5,2 Pupiller: Normale | Økende urolig, smertepåvirket | Roligere, i stand til å kommunisere | Ikke bevisst |
| E - Eksponering | Temperatur: 37,2 Ev. EKG: Ischemi Ingen tegn til brudd Noe hoven rundt anklene Full blære | | | |

Korrekte tiltak:

Berolige pasienten
Nitroglycerin
Ringe lege
Gi oksygen
Kateterisering

Samtale med lege:

I - (Identification): Hei, dette er Anna Ann fra s601; jeg ringer angående Per Olsen f 1/1-28

S - (Situation): Vi har en pasient som har blitt akutt dårlig, funnet på gulvet på toalettet, store smerter; tar seg til brystet, men har bedret seg noe etter en tabl. nitroglycerin. Smertene har endret seg litt nå; gir uttrykk for magesmerter akkurat nå.

B - (Background): Fra tidligere klar og orientert, angina pectoris og forstørret prostata

A - (Assessment): Kald, klam hud, cyanotisk på lepper og fingre i forkant av nitro. Ikke febril, ikke tegn til brudd. Hans saO2 er 92, rf 25 og BT 180/100, P 120 ureg. SaO2 94 og rf 22 og BT 160/100, P 100 etter nitro. Trolig full blære; ikke kjent vannlatning siste døgn.

R - (Recommendation): Skal jeg gi en nitrotablett til, fortsette med oksygen, og forsøke å engangskateterisere? (her må man også vurdere om man har kompetanse til å kateterisere menn...)



Case 2: Hypoglycemi

Læringsmål:

Systematisk ABCDE-metodikk

MEWS - tenke alvorlighetsgrad og hvor ofte vi tar observasjoner

ISBAR - kommunikasjon

Roller (fordeles):

Pasient, sykepleier/hjelper/observatører får informasjon om læringsmålene og bakgrunn for caset:

Sykehjem: Det er vaktskifte og du kommer på vakt. De andre er opptatt, så du tar klokken - selv om du ikke kjenner

pasienten. Hjemmetjenesten: En trygghetsalarm går hos en pasient du ikke kjenner, og du reiser til vedkommende da du

ikke får kontakt. Du finner pasienten i sengen, "snøvler" og virker noe beruset og sløv, blek og klam med overflatisk respirasjon.

Sykepleier og observatører gjør vurdering ifht. ABCDE og får verdiene etter hvert. Benytt også ISBAR og MEWS.

Pasient:

Du ligger på senga og er slapp og sløv. Prøver å formidle at du er sliten, men har vanskelig for å snakke, så du "snøvler". I løpet av et par minutter mister du bevisstheten.

Du har dette utstyret tilgjengelig:

- BT-apparat med normal mansjett
- Pulsoksymeter
- Temperaturmå
- Blodsukkerapparat
- Glukagon til injeksjon
- Enkelt sårutstyr
- Oksygen
- EKG kan bestilles via ambulanse

| Kliniske tegn: | Start: | Pas. blir bevisstløs: | 15 min etter glukagon: | Manglende beh.: |
|---------------------|---|---|------------------------------|------------------------|
| A – Luftveier | Frie | Bevisstløs | Frie | |
| B – Respirasjon | Oksygenmetning: 90 Resp.frekv: 10 pr. min. Rytme: Regelmessig Dybde: Overflatisk Symmetri: Lik | 87 10 Overflatisk | 92 15 Normalisert | 0 Respirasjonsstans |
| C – Sirkulasjon | Kapillær fylningsgrad: 3 Perifer temperatur/farge: Noe cyanose Farge: Blek, klam Perifer puls/rytme: 110, regelmessig Blodtrykk: Pas. er for tykk for mansjetten O2 metning: 90 Diurese: Ingen | 4 Økende kald og klam 120 87 | 3 Bedre farge 90 92 | - - - |
| D – Bevissthetsnivå | Sløv, "snøvler", reagerer på tiltale Blodsukker: 2,1 Pupiller: Normale | Bevisstløs, noe reaksjon på smerte Bl.s. 1,8 | Reagerer på tiltale 2,8 | Ikke bevisst 0,5 |
| E - Eksponering | Temperatur: 36,8 | | | |

Korrekte tiltak:

Stabilt sideleie

Glukagon

Ringe lege

Gi Glucose 500 mg/ml dersom man har dette

Gi oksygen

Vurdere insulin doseringen ut fra blodsukkerkurve og matinntak

Hele tiden berolige pasienten

Samtale med lege:

I - (Identification): Hei, dette er Anna Ann fra s601 jeg ringer angående Per Persen, f 1/1-28

S - (Situation):

Vi har en pasient som har blitt akutt dårlig, endret bevissthetsnivå fra klar og orientert til sløv, men svarer på tiltale, "snøvler". Ikke alkoholinntak. Ble i løpet av et par minutter ikke kontaktbar, men med noe reaksjon på smerter.

B - (Background):

Kjent diabetes, fikk insulin insulatard for fire timer siden. Spist minimalt i dag.

A - (Assessment):

Blek og klam i huden. Ikke febril. Bl.s. var 2,1 og er fallende, nå etter noen minutter 1,8. Hans saO2 er 90, falt raskt til 87 da han ble ikke kontaktbar. Rf 10, BT er ikke målbart da pasienten er for adipøs for mansjetten, men perifer puls er palpabel, så BT er minimum 80 systolisk. Har fått en injeksjon med glukagon nå nettopp, startet med oksygen på brille.

R - (Recommendation):

Skal vi fortsette med oksygen til metningen er blitt over 95? Ta blodsukkermålinger hver time så lenge pasienten bedrer bevissthetsnivået? Det virker som om pasienten har god effekt av glukagon-sprøyten; er jo også en adipøs mann, som vanligvis spiser godt. Vi gir pasienten honning og søt saft så snart pasienten er våken nok, og forsøker med brødkiver om en stund. Kan vi også lage en plan for videre insulin dosering?



Case 3: KOLS

Læringsmål:

Systematisk ABCDE-metodikk

MEWS - tenke alvorlighetsgrad og hvor ofte vi tar observasjoner

ISBAR - kommunikasjon

Roller (fordeles):

Pasient, sykepleier/hjelper/observatører får informasjon om læringsmålene og bakgrunn for caset:

Mens du er hos pasienten din med medisiner, ser du at kona, som er på besøk, virker dårligere enn hun pleier. Hun ligger framoverlent over bordet etter å ha spist sammen med pasienten. Hun har pipende, hvesende, surklende respirasjonslyder. Sykepleier og observatører gjør vurdering ifht. ABCDE og får verdiene etter hvert. Benytt også ISBAR og MEWS.

Pasientens kone:

Du sitter sammen med din mann som nettopp har besøk av sykepleier/hjelpepleier. Du er klar og orientert, og har en kjent KOLS i nivå 2.

Den siste tiden er du blitt tyngre i pusten og tåler anstrengelser dårlig (blant annet måltider). Du skal til lungepol. neste dag, og gruer deg. Du har inhalator i lommen, men orker ikke bruke den. Du bruker ikke oksygen.

Du har dette utstyret tilgjengelig:

- BT-apparat med normal mansjett
- Pulsoksymeter
- Temperaturmål
- Blodsukkerapparat
- Glukagon til injeksjon
- Enkelt sårutstyr
- Oksygen
- EKG kan bestilles via ambulanse

| Kliniske tegn: | Start: | Etter inhalator: | Etter oksygen og hvile: | Manglende beh.: |
|---------------------|---|---|--|--|
| A – Luftveier | Frie, men er obstruktiv | Mindre anstrengt | Mindre anstrengt | |
| B – Respirasjon | Oksygenmetning: 85 Resp.frekv: 24 pr. min. Rytme: Regelmessig Dybde: Overflatisk, anstrengt, løfter skuldrene og lener seg framover. Pipende, hvesende, surklende respirasjonslyder Symmetri: Lik | 87 21 Overflatisk, anstrengt | 90 19 Noe overflatisk | 26 Økende anstrengt |
| C – Sirkulasjon | Kapillær fylningsgrad: 6 Perifer temperatur/farge: Cyanotisk Farge: Varm, klam Perifer puls/rytme: 105, regelmessig Blodtrykk: 160/100 O2 metning: 87 Diurese: Ingen kjent | 5 Noe bedre farge, men varm og hektisk 100 150/100 89 | 3 Bedre farge 85 130/90 92 | 8 Økende blek - 180/110 85 |
| D – Bevissthetsnivå | Våken, men sliten Blodsukker: 5,4 Pupiller: Normale | | | |
| E - Eksponering | Temperatur: 36,8 Ingen spesielle funn | | | |

Korrekte tiltak:

Berolige pasienten

Administere/hjelp pårørende med medikasjon hun selv har i lommen

Oksygen etter avtale med legen

Forstøver

Samtale med lege:

I - (Identification): Hei, dette er Anna Ann fra s601 jeg ringer angående Petrine Persen, f 1/1-28

S - (Situation):

Vi har en pårørende som har blitt akutt dårlig. Iflg. mannen har hun KOLS, nivå 2. Hun er våken, men sliten og henger over bordet; har pipende, hvesende og surklende respirasjon, og bruker mye hjelpemuskler. Er ikke febril.

B - (Background):

Iflg. mannen er hun frisk med unntak av sin KOLS, men er blitt dårligere i pusten den siste tiden, tåler lite anstrengelser. Har mye angst i forbindelse med pusten.

A - (Assessment):

Oksygenmetning 85, BT 160/100, P 105. Etter at hun fikk to puff av inhalatorene sine med ventoline/atrovent, er metningen stigende til 87. BT 150/100, P 100. Ikke febril. Mindre pipende og hvesende respirasjon, men fortsatt overflatisk og anstrengt pust nå.

R - (Recommendation):

Har akkurat startet med litt oksygen på brillekateter, 4 liter foreløpig, men skruer ned til 1 liter nå. Virker som situasjonen roer seg, men jeg ønsker tilsyn for å avklare at hun ikke har noen pneumoni og vurdere innleggelse; er svært engstelig. Skal vi fortsette med oksygen til metningen er rundt 90? Skal vi holde henne her fram til legetilsyn, og gi henne forstøver med ventoline 5 mg og atrovent 0,25 mg?



Case 4: UVI

Læringsmål:

Systematisk ABCDE-metodikk

MEWS - tenke alvorlighetsgrad og hvor ofte vi tar observasjoner

ISBAR - kommunikasjon

Roller (fordeles):

Pasient, sykepleier/hjelper/observatører får informasjon om læringsmålene og bakgrunn for caset:

Pasienten blir funnet på gulvet på morgenen, er langtkommet dement, men til vanlig rolig. Hun har vært sliten de siste dagene og har drukket minimalt. Sykepleier og observatører gjør vurdering ifht. ABCDE og får verdiene etter hvert. Benytt også ISBAR og MEWS.

Pasienten:

Er langtkommet dement, men nå også urolig og forvirret. Du har en UVI, har ubehag fra urinveiene, og er kvalm. Du har ingen brudd etter fallet fra sengen, og har heller ikke noe behov for å late vannet.

Du har dette utstyret tilgjengelig:

- BT-apparat med normal mansjett
- Pulsoksymeter
- Temperaturmåler
- Blodsukkerapparat
- Glukagon til injeksjon
- Enkelt sårutstyr
- Oksygen
- EKG kan bestilles via ambulanse

| Kliniske tegn: | Start: | En time etter oksygen og febernedsettende: | Etter å ha fått væske to timer: | Manglende beh.: |
|---------------------|--|--|--|---|
| A – Luftveier | Frie | Frie | Frie | |
| B – Respirasjon | Oksygenmetning: 90 Resp.frekv: 20 pr. min. Rytme: Regelmessig Dybde: Overflatisk, anstrengt Symmetri: Lik | 94 17 Overflatisk, anstrengt | 95 14 Noe overflatisk | 26 Økende anstrengt |
| C – Sirkulasjon | Kapillær fylningsgrad: 5 Perifer temperatur/farge: Cyanotisk Farge: Kald, blå Perifer puls/rytme: 110, regelmessig, men bløt Blodtrykk: 100/60 O2 metning: 90 Diurese: Tørr bleie | 4 Bedre sirkulert Noe bedre farge 100 100/60 94 Tørr bleie | 3 Bedre farge 90 110/70 95 Tørr bleie | 7 Marmorert Økende blek - 180/110 |
| D – Bevissthetsnivå | Forvirret, urolig (endring fra tidligere), sliten Blodsukker: 4,2 Pupiller: Normale | Roligere, sliten | Sover rolig | |
| E - Eksponering | Temperatur: 38,9 Noen mindre hudavskrapninger, ellers ingen smerter eller tegn til brudd. En kateterprøve viser mye utslag Tørre slimhinner i munnen Kvalm og brekker seg litt, ingen skader i hodet etter fallet | 37,9 | 38,1 | |

Korrekte tiltak:

Berolige pasienten

Gi febernedsettende

Gi 250 ml væske raskt, deretter 750 ml sakte inn

Vurdere oksygen

Lege vurdere antibiotikabehandling

Samtale med lege:

I - (Identification): Hei, dette er Anna Ann fra s601 jeg ringer angående Petrine Hansen, f 1/1-28

S - (Situation):

Funnet pasient på gulvet, trolig ligget der en times tid. Cyanotisk på hender og føtter, vanligvis rolig, men nå forvirret, urolig, men svært medtatt. Ingen tegn til brudd, men gir uttrykk for smerter og ubehag.

B - (Background):

Langkommen dement dame, tidligere lårhalsbrudd etter fall fra sengen

A - (Assessment):

Temp. 38,9. BT 100/60, P 100 regelmessig og bløt, resp.frekvens 20. Oksygenmetning 90. Kvalm og brekker seg, men ingen skader i hodet.

R - (Recommendation):

Har gitt henne febernedsettende og kvalmestillende, som ser ut til å hjelpe. Kan jeg gi 250 ml væske raskt inn iv, og deretter la resten gå sakte inn? Kan jeg gi henne oksygen så hun kommer opp mot 95 i oksygenmetning? Jeg har ringt pårørende; skal vi vente på dem så de blir med på å vurdere antibiotika?



Vedlegg 5

| Kostnadsberegning av prosjektet | Antall dager: | Antall deltakere: | Pris: | |
|--|---------------|-------------------|-------|----------------|
| Prosjektgruppe: | | | | |
| 12 prosjektmøter á 12 deltakere (halve dager) | 12 | 12 | 1500 | 216000 |
| Prosjektleder/ instruktørkoordinator 50% stilling i 2 år | | | | 600000 |
| Instruktørutdanning: | | | | 0 |
| 8 dager hver for to instruktører fra Ahus (inkl. oppfølging under kurs før de nye blir selvstendige) | 8 | 2 | 3000 | 48000 |
| 8 deltakere frikjøpes tre dager til kurs og oppstartsmøter | 3 | 8 | 3000 | 72000 |
| Møter i instruktørgruppa, 12 halvdagsmøter gjennom to år | 12 | 8 | 1500 | 144000 |
| | | | | 0 |
| Kursgjennomføring av 16 kurs á 14 deltakere: | | | | 0 |
| 2 instruktører hele dager | 16 | 2 | 3000 | 96000 |
| 2 instruktører halve dager | 16 | 2 | 1500 | 48000 |
| 3 kommuner med 40 deltakere hver | 1 | 120 | 3000 | 360000 |
| Bærum kommune med 100 deltakere fra hjemmetjenesten | 1 | 100 | 3000 | 300000 |
| | | | | 0 |
| Evaluerings: | | | | 0 |
| Gjennomgang av kursevaluering etter hvert kurs | 0,25 | 16 | 3000 | 12000 |
| Utsending av kursevaluering, gjennomgang av svar | 2 | 1 | 3000 | 6000 |
| Gjennomgang av 20 journaler i hver kommune om risiko og tiltak, før og etter intervensjon | 2 | 4 | 3000 | 24000 |
| Gjennomgang av 20 journaler i hver kommune, telle observasjoner, før og etter intervensjon | 2 | 4 | 3000 | 24000 |
| Utarbeide intervjuguide, intervjuer med avdelingsledere, bearbeide | 2 | 4 | 3000 | 24000 |
| Utarbeide intervjuguide, intervjuer med tilsynsleger, bearbeide | 1 | 4 | 3000 | 12000 |
| Dele ut spørreskjema om pasientsikkerhet, bearbeide | 2 | 4 | 3000 | 24000 |
| Simulering (dette er ikke lagt inn i kostnadsberegningen) | | | | 0 |
| Prosjektstøtte: | 10 | 1 | 3000 | 30000 |
| | | | | 0 |
| Spredning/informasjon (prosjektrapport): | 5 | 2 | 3000 | 30000 |
| | | | | 0 |
| Totalt | | | | 2070000 |