

Prosessforbedring på Blakstad Sykehus

Prosjektnavn:
Læringsnettverk i prosessforbedring på Blakstad sykehus

Oppdragsgiver:
Arnfinn J Holten
Divisjonsdirektør for Divisjon psykisk helse
Sykehuset Asker og Bærum

Prosjektperiode:
Februar 2003 – juni 2004

Prosjektleder:
Trulte Konsmo

Prosjektmedarbeidere:
Michael de Vibe og Bengt Karlsson

Rapporten er skrevet av
Trulte Konsmo i samarbeid med Michael de Vibe
og alle tilretteleggerne

Stiftelsen GRUK
Nedre Hjellegate 1
3724 Skien

Tlf 35 58 40 40
gruk@gruk.no
www.gruk.no

Nyttig læring for fremtiden!

Nå er prosjektet *Læringsnettverk i prosessforbedring* på Blakstad sykehus gjennomført. Tre akuttposter og to poster for psykosebehandling og rehabilitering har deltatt. Det har vært stort engasjement og hver enkelt post som har deltatt har lært seg å arbeide systematisk for å bedre pasientbehandlingen.

Det er viktig stadig å ha fokus på å bedre kvaliteten på pasientbehandlingen. Da er det nødvendig å få fram synspunkter og erfaring vedrørende den behandling som gis, for så å foreta forbedringer på de områder der det viser seg å være mulig. Dette må gjøres gjennom systematisk arbeid. Stiftelsen GRUK hadde utviklet opplegget *læringsnettverk i prosessforbedring* og sa seg villige til å innføre denne arbeidsmåten på Blakstad sykehus. Det er vi svært takknemlige for!

Fokuset har vært rettet mot å få til en god samordning av behandlingstilbudet og gi pasienter og pårørende større innflytelse. I hver enkelt post som har deltatt ser man vesentlige forbedringer på disse områdene. Dette er forbedringer som de ansatte selv har tatt initiativ til og fått gjennomført. GRUK har gitt god metodisk veiledning og har ved det vært en viktig og nødvendig støtte i en travel klinisk hverdag i den enkelte post.

Det er viktig at dette systematiske arbeidet føres videre. Vi må tenke igjennom hvilke ressurser som må tilrettelegges for å sikre det.

Vi ønsket opprinnelig å bedre samordningen av hele behandlingstilbudet til psykisk syke på tvers av linjene. Siden Asker- og Bærum-klinikken samt kommunene Asker og Bærum dessverre ikke så seg i stand til å delta i denne omgang, har vi i stedet valgt å forbedre behandlingstilbudet inne på den enkelte avdeling på Blakstad.

Samtidig som det gjennom prosjektet er skjedd forbedringer på den enkelte post og i samarbeidet mellom dem, er situasjonen den at det stadig er overbelegg på akuttpostene og driftsproblemer der. Det tilsier at man fortsatt har store utfordringer når det gjelder behandlingsskapasitet og samarbeid. Derfor blir det fortsatt viktig å arbeide med forbedringer på dette området. Dette prosjektet gir et godt utgangspunkt for dette.

Etter at læringsnettverket nå er vel gjennomført, står man overfor at man skal overføre deler av virksomheten til Aker sykehus HF. Den akuttposten som har pasienter fra Follo-regionen blir overført, og dette er en vanskelig situasjon både for posten og sykehuset. Dette er svært beklagelig fordi dette er en god post som gjennom dette prosjektet har vist stor evne til å drive med systematisk forbedringsarbeid.

For at et prosjekt skal bli vellykket så trengs det dyktige og interesserte prosjektledere, veiledere og medarbeidere. Det har vi hatt i dette prosjektet. Takk derfor til GRUK, kvalitetskonsulenten vår og medarbeiderne i de enkelte postene for godt utført arbeid!

Arnfinn J Holten
Divisjonsdirektør for Divisjon psykisk helse
Sykehuset Asker og Bærum

Sammendrag

På Blakstad sykehus er det gjennomført et prosjekt for å lære ledere og medarbeidere fra ulike profesjoner å bruke prosessforbedring for å forbedre kvaliteten på sine tjenester. Prosjektet har vært organisert som et læringsnettverk for å bringe organisasjonen gjennom en styrt endringsprosess. 2 langtidsposter og 3 akuttposter har deltatt i prosjektet, og hver post har vært representert med en tverrfaglig prosjektgruppe.

De har lært å kartlegge sentrale arbeidsprosesser, finne forbedringsområder, iverksette forbedringstiltak på en systematisk måte og dokumentere resultatene. Postene har selv valgt hvilke prosesser de ønsket å forbedre.

Langtidsavdelingen har valgt prosesser som har dreid seg om inntak og utskrivning, og har utviklet programmer for å sikre disse prosessenes kvalitet.

De tre akuttpostene har arbeidet spesielt med det tverrfaglige samarbeidet, gjennom sitt arbeid med behandlingsmøtene. Ved å bedre kvaliteten på disse møtene, øker både tverrfagligheten, den faglige kvaliteten, ressursutnyttelsen og trivselen blant de ansatte. Akuttpostene har også arbeidet med pasientstyrt forbedringsarbeid. De har fokusert spesielt på å styrke pasientenes informasjon og medvirkning, og har utviklet programmer for å sette dette i system. En av postene har også arbeidet med å forbedre aktivitetstilbudet for pasientene. Evalueringen av læringsnettverket viser at man nå tar brukermedvirkning mer på alvor.

To av postene har arbeidet med å forbedre miljøet i posten. Arbeidsmiljøet har blitt vesentlig bedre, noe som gjenspeiles i en drastisk reduksjon av sykefraværet. Alle postene har gjennomgått mange viktige og bevisstgjørende diskusjoner gjennom forbedringsarbeidet, og alle har erfart at det tverrfaglige samarbeidet har blitt styrket.

Alle postene ønsker å fortsette arbeidet med prosessforbedring.

Innhold

Sammendrag	3
1.0. Innledning	6
1.1. Bakgrunn for prosjektet.....	6
1.2. Mål med prosjektet.....	6
1.3. Prosessforbedring	7
2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet.....	8
2.1. Etablering og forankring	8
2.2. Prosjektorganisering.....	8
2.3. Gjennomføring av prosjektet.....	9
3.0. Bedre samarbeid med hverandre og med pasientene ved akuttpost 4A	11
3.1. Beskrivelse av akuttpost 4a.	11
3.2. Organisering av forbedringsarbeidet	11
3.3. Forbedring av behandlingsmøtet.....	12
3.3.1. Mål for behandlingsmøtet	12
3.3.2. Gjennomføring av forbedringsarbeidet	12
3.3.3. Resultater og erfaringer med vårt nye behandlingsmøte.....	15
3.4. Større grad av pasientmedvirkning og bedre informasjon	16
3.5. Hva vi lærte og hvor veien går videre	16
4.0. Bedret mottak og utskrivning for pasienter ved post 1B.....	17
4.1. Beskrivelse av langtidspost 1b	17
4.2. Organisering av forbedringsarbeidet	17
4.3. Mottak av nye pasienter	18
4.3.1. Tegning av flyt	18
4.3.2. Mål for forbedringsområdet	18
4.3.3. Program, sjekklister og intervjuguide.....	18
4.3.4. Erfaringer så langt	20
4.4. Utskrivningsprosessen.....	21
4.4.1. Mål for utskrivningsprosessen	21
4.4.2. Program og sjekklister for utskrivning	21
4.4.3. Erfaringer med bruk av sjekklister for utskrivning	22
4.5. Læringsutbytte og veien videre for posten.....	22
5.0. Et bedre arbeidsmiljø på post 2B.....	23
5.1. Beskrivelse av akuttpost 2B	23
5.2. Organisering av forbedringsarbeidet	23
5.3. Miljøseminar på Sole Hotell	23
5.3.1. Bearbeide postens historie.....	24
5.3.2. Løsningsfokusert tilnærming.....	25
5.3.3. Pasientstyrt forbedringsarbeid.....	25
5.3.4. Prioritering av forbedringsområder	26
5.4. Forbedring av behandlingsmøtet og styrking av pasientenes informasjon og medvirkning	27
5.4.1. Erfaringer og resultater.....	27
5.5. Oppfølging av personalet etter dramatiske hendelser	28

5.6. Sosialt miljø i posten	30
5.7. Læringsutbytte og tanker om fremtiden	31
6.0. Bedre kvalitet på behandlingsmøtene i akuttpost 2A	33
6.1. Beskrivelse av akuttpost 2A	33
6.2. Organisering av forbedringsarbeidet	33
6.3. Pasientstyrt forbedringsarbeid	34
6.3.1. For- og ettermøter med pasientene	34
6.3.2. Erfaringer og resultater	36
6.4. Forbedring av behandlingsmøtene	37
6.4.1. Mål for behandlingsmøtet	38
6.4.2. Gjennomføring av forbedringsarbeidet	38
6.4.3. Erfaringer og resultater	39
6.5. Læringsutbytte, innsikter og veien videre	40
7.0. Bedre samhandling mellom åpen og skjermet gruppe på post 4b	42
7.1. Kort beskrivelse av rehabiliteringspost 4b	42
7.2. Organisering av forbedringsarbeidet	42
7.3. ”- Det verste med å være her er tiden vi venter på å få komme hit”	43
7.3.1. Mål for ventefasen	43
7.3.2. Utvikling av ny prosedyre	43
7.3.3. Resultater av forbedringsarbeidet	44
7.4. Bedre samhandling mellom åpen og skjermet gruppe	44
7.4.1 Mål	44
7.4.2 Identifisering av problemer og muligheter	45
7.4.3. Endringer i postens daglige rutiner	45
7.4.4. Evaluering av tiltakene	46
7.5. Læringsutbytte, innsikter og veien videre	47
8.0. Evaluering av læringsnettverket	48
8.1. Synet på pasientene	48
8.2. Helhetlige tilbud	48
8.3. Ledelse og miljøet i posten	49
8.4. Aktiviteter i læringsnettverket	50
8.5. Veien framover	51
9.0. Konklusjoner og anbefalinger	52
Oversikt over vedlegg	54

1.0. Innledning

1.1. *Bakgrunn for prosjektet*

Blakstad sykehus innledet et samarbeid med Stiftelsen GRUK - gruppe for kvalitetsutvikling i sosial- og helsetjenesten - etter at de hadde sett nytten av de to opplæringsprosjektene GRUK hadde ledet for Asker og Bærum i samarbeid med Allklinikken i Asker og Bærum, samt for Folloklinikken og alle deres samarbeidende kommuner. Disse læringsnettverkene dreide seg om å lære en metode for å koordinere det psykososiale arbeidet (KPA) til psykisk syke personer med langvarige og sammensatte behov.

For å bedre tilbudet til pasientene på tvers av linjene, var det lenge planer om å lage et prosjekt hvor både Blakstad sykehus, DPS og kommunene skulle inngå. Samtidig pågikk det store omorganiseringer av helseforetaket, og Folloklinikken og Follo-kommunene ble overført til Aker HF. Man oppnådde ikke enighet om et felles prosjekt, og Blakstad besluttet derfor å etablere et læringsnettverk for kvalitetsforbedring internt i Blakstad sykehus. Fem poster skulle delta; to langtidsposter og tre akuttposter.

Samarbeidet med kommunene og DPS er ivaretatt parallelt med prosjektet ved at man har avholdt halvårlige seminarer med deltakelse fra kommunene, Asker- og Bærum-klinikken og Blakstad om individuell plan. GRUK har hatt ansvar for det faglige opplegget i samarbeid med FOU-enheten på Blakstad.

1.2. *Mål med prosjektet*

Strategiplanen for Blakstad sykehus HF hadde følgende overordnede mål for perioden 2002 – 2003:

- Pasienter og pårørende og samarbeidspartnere skal være tilfredse med våre tjenester
- Foretaket skal kontinuerlig arbeide med kvalitetsforbedring og kostnadseffektivitet
- Foretaket skal være en attraktiv arbeidsgiver som har et arbeidsmiljø som preges av trivsel og faglig utvikling

Blakstad sykehus så det som en viktig hovedutfordring å *bedre pasientflyten og samordningen av tjenestene for å gi et mer helhetlig og tilpasset tilbud*. Etableringen av læringsnettverket innebar opprettelse av nye lærings- og utviklingsarenaer som legger til rette for og opprettholder samarbeidet på tvers av yrkesgrupper og avdelinger. Utgangspunktet for å bedre kvaliteten på tjenestene ved hjelp av prosessforbedring er pasientenes forløp. Man ser på mulighetene til å forbedre ulike sider ved kvaliteten, - inkludert hvordan tjenestene samordnes.

En annen viktig hovedutfordring for sykehuset var å *gi pasienter og pårørende større innflytelse over utformingen av tilbudene både på individ- og systemnivå*. I denne sammenheng pekte strategien på at man blant annet bør videreutvikle systemer for tilbakemelding fra brukere og pårørende om tjenestetilbudet. For at pasienter og pårørende skal ha innflytelse på utformingen av tjenestetilbudet burde de også trekkes inn i større grad når disse planlegges. Det var også behov for at man ble flinkere til å ivareta pasientenes behov for å bli kjent med sine behandlingsmuligheter og rettigheter.

En tredje hovedutfordring i strategien var *å beholde og rekruttere kvalifisert personell*. Man ville fokusere og videreutvikle en bedriftskultur som preges av å være løsningsorientert, lærevillig, hjelpsom og med høy faglig kvalitet som alle ansatte kan være stolte av.

Man så at dette prosjektet ville være et viktig bidrag for å nå de ulike målene i strategiplanen. Målet med prosjektet var *å lære opp ledere og medarbeidere fra ulike profesjoner på ulike avdelinger i å bruke prosessforbedring for å forbedre kvaliteten på sine tjenester*.

Målene for prosjektet skulle videre prioriteres og konkretiseres sammen med deltakerne i læringsnettverket. Hver post skulle få hjelp til å tydeliggjøre områder som egnet seg for prosessforbedring, og velge ut arbeidsområder som representerte utfordringer for dem.

1.3. Prosessforbedring

Fokuset i prosessforbedring er pasientenes forløp på tvers av profesjoner og avdelinger. Forbedringsarbeidet består i å kartlegge, analysere og forbedre kvaliteten på disse prosessene. WHO definerer *kvalitet* som høy faglig standard, høy brukertilfredshet, god ressursutnyttelse, god tilgjengelighet og kontinuitet, samt lav risiko for skader og bivirkninger.

Metoden er egnet til å forbedre kvaliteten på svært ulike arenaer, men det kreves at man tilpasser den til konteksten. Stiftelsen GRUK har erfaring med metoden fra kommunehelsetjeneste, somatiske og psykiatriske sykehus. Vi har også tilpasset metoden til den akuttmedisinske kjeden, samt til medikamenthåndtering på tvers av etater i kommuner. Prosessforbedring av psykiatriske sengeposter er beskrevet av Stiftelsen GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie nr 5 /2001.

Prosessforbedring er nyttig både til å forbedre deler av prosessen på ett tjenested og til å se på hele prosessen på tvers av flere tjenestesteder eller nivåer. Siden læringsnettverket ble avgrenset til Blakstad sykehus, har man kun arbeidet med prosessene innad.

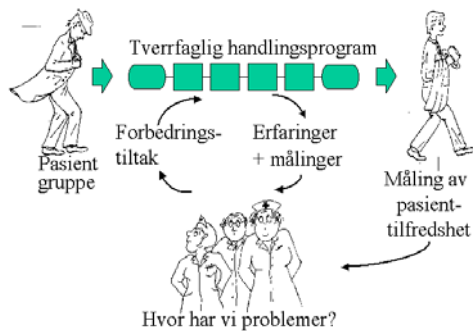
Man velger ut de prosessene som er vanlige for mange pasienter, som har betydning for pasientenes helse og livskvalitet, og som man vet kan være problematiske. Disse prosessene er tverrfaglige og kan for eksempel dreie seg om utredning, behandling eller utskrivning. Eller man kan forbedre utvalgte sider ved hele pasientens opphold, for eksempel hvordan man ivaretar informasjon og medbestemmelse. Man kan også begrense seg til å forbedre en sentral aktivitet, slik som et behandlingsmøte.

Proessen beskrives i et flytskjema, hvor alle yrkesgruppene bidrag tydeliggjøres. Dette gir et felles bilde av det som foregår. Flytskjemaet er et nyttig utgangspunkt for kritisk tenkning i forhold til verdisyn og tenkning i avdelingen, samt hvorfor man egentlig gjør det man gjør. Det er viktig at hele den tverrfaglige personalgruppa involveres i denne bevisstgjøringsprosessen. Noen ganger er det nyttig å gjøre målinger for å få mer kunnskap om hvordan prosessen fungerer. Det kan være tidsmålinger, skademeldinger, avvik osv

Man kan også måle pasientenes tilfredshet for å finne forbedringsområder. (Pasientstyrt forbedringsarbeid i psykiatriske sengeposter er beskrevet av GRUK i Statens helsetilsyns utredningsserie 6-2001.) Fokusgruppeintervju er en annen måte å få fram pasienter og pårørendes ideer til forbedringsområder.

På denne bakgrunn beslutter man hvilke forbedringstiltak man vil iverksette i prosessen. Man utvikler en forbedret, standardisert prosess som beskrives i et *handlingsprogram*. Programmet er igjen utgangspunkt for en *sjekkliste*, hvor man kan måle i hvilken grad man følger opp programmet, slik at pasientene har fått de undersøkelsene, den behandlingen, informasjonen osv. man har blitt enige om at de skal ha (*programoppfyllelsen*).

Forbedringene kan evalueres og dokumenteres gjennom at man gjør nye målinger av pasienttilfredshet og av programoppfyllelse.



Figur 1. Gangen i prosessforbedring.

2.0. Organisering og gjennomføring av prosjektet

Prosjektet har vært organisert som et læringsnettverk. Dette er en metode for å bringe organisasjoner gjennom en styrt læringsprosess. Ved å tydeliggjøre ansvar og oppgaver for alle ledd i organisasjonen i forbedringsarbeidet, vil endringer som oppnås lettere innarbeides i vanlig drift. Gjennomføringen av læringsnettverket skaper nye læringsarenaer som sikrer at man lærer mye om og av hverandre på tvers av avdelingene, og således utnytter og sprer den kompetansen som finnes i organisasjonen.

2.1. Etablering og forankring

Etablerings- og forankringsfasen har strukket seg over 15 måneder, og har foregått i nært samarbeid mellom direktøren, kvalitetskonsulent Hilsen Moen og GRUK.

De første planleggingsmøtene foregikk i november 2001. Man ønsket å få med hele tiltakskjeden i læringsnettverket; både DPSene, noen kommuner og Blakstad sykehus. I juni 2002 ble det derfor arrangert et halvdagsseminar for alle ledere på Blakstad sykehus, Allklinikken i Asker og Bærum, Folloklinikken, samt alle de som hadde fungert som tilretteleggere i kommunene i KPA-prosjektene. Det var også representanter for brukere og pårørende tilstede.

I løpet av høsten 2002 ble det holdt flere informasjonsmøter for Bærum kommune og for Folloklinikken. På grunn av omorganiseringer og uenighet i ledelsen, bestemte man seg etter hvert for å begrense prosjektet til Blakstad sykehus. Det ble deretter holdt informasjonsmøter for alle postene, før læringsnettverket startet opp.

2.2. Prosjektorganisering

I løpet av høsten 2002 ble det opprettet en *styringsgruppe* for prosjektet. Denne besto av direktør Arnfinn Holten, avdelingssjef for langtidsavdelingene Tor Helge Notland, avdelingssjef for akuttavdelingene Rune Tuft, kvalitetskonsulent Hilde Skredtveit Moen,

representant fra LPP, Aud Annaniassen og representant fra Mental Helse, Jorunn Bjørge. Fra GRUK har Michael de Vibe og Trulte Konsmo deltatt. Styringsgruppa har bidratt til å sikre forankringen og har hatt tre møter.

På hver av de 5 postene som har deltatt har det blitt opprettet en *prosjektgruppe*. Disse har bestått av lederne for avdelingen og man har sørget for å få med representanter fra alle profesjoner. De fleste avdelingene har også valgt å få med representanter for miljøpersonalet. Prosjektet har også lagt stor vekt på at man kontinuerlig involverer resten av personalet gjennom møter og diskusjoner i avdelingen. Forbedringsarbeidet medfører en del skrive- og målearbeid, og hver arbeidsgruppe har derfor hatt en *tilrettelegger* til å gjøre dette arbeidet. Tilretteleggerne har fått frigjort ½ - 1 dag i uka.

Læringsnettverket har bestått av de 5 prosjektgruppene. For å styrke pasienter og pårørendes innflytelse, har også representanter for Landsforeningen for Pårørende i Psykiatrien (LPP) og Mental Helse deltatt i læringsnettverket.

Prosjektet har vært ledet av Trulte Konsmo, Michael de Vibe og Bengt Karlsson fra Stiftelsen GRUK. Dette har foregått i nært samarbeid med kvalitetsrådgiver Hilde Moen, Mariann Drolsum Vold og Bjørg Landmark fra FOU-enheten. Hilde Moens gode kjennskap til sykehuset og de ansatte har gitt nyttige innspill til prosjektledelsen, i tillegg til at hun har tatt seg av en del veiledning i forhold til Excel. Samarbeidet med FOU-enheten har bidratt til å styrke forankringen, og vil også være viktige i videreføringen.

2.3. Gjennomføring av prosjektet

Læringsnettverket har vart i 17 måneder, fra februar 2003 – juni 2004. Det har foregått en rekke forskjellige aktiviteter i læringsnettverket:

Forkurs for tilretteleggere dreide seg om å gi tilretteleggerne en innføring i tegning av flytskjemaer, bruk av Excel og Power Point, samt Outlook Express.

Oppstartseminar foregikk over to dager med en ukes mellomrom og var lagt til Leangkollen for å få ro til å arbeide. Adm.dir. Erik Omland i helseforetaket Asker og Bærum, samt direktør Arnfinn Holten deltok på åpningen. I tillegg til alle arbeidsgruppene, deltok representanter for pasienter og pårørende, klinikkledelsen, samt FOU-enheten. Her ble det gjennomgått teori om prosessforbedring og arbeidsgruppene begynte på arbeidet med å velge prosess, kartlegge den i flytskjemaer og sette mål.

Erfaringsseminarer er en felles læringsarena for alle arbeidsgruppene. I tillegg har representanter for pasienter og pårørende, klinikkledelsen, samt FOU-enheten deltatt. Her har arbeidsgruppene lagt fram arbeidet sitt for hverandre og fått veiledning og tilbakemelding etter behov på dette både fra de andre gruppene og fra GRUK. I denne sammenhengen har reflekterende team vært mye brukt. Deler av dagene har også vært brukt til arbeid i gruppene og litt undervisning. Det har vært avholdt 6 erfaringsseminarer.

Veiledningsseminar for tilretteleggere har vært et forum hvor de har fått veiledning på rollen sin og på det metodiske. Opprinnelig var det planlagt å ha veiledningsseminar hver annen måned, men de fleste av disse har blitt erstattet av veiledning av arbeidsgruppene. Denne avgjørelsen ble tatt i samråd med alle deltakerne i læringsnettverket. Det er vært 3 veiledningsseminarer.

Veiledning av arbeidsgruppene er en ny aktivitet i GRUKs læringsnettverk. Flere av arbeidsgruppene valgte veiledning i posten med hele personalgruppa tilstede. Dette har vist seg å være svært nyttig og har blitt gjennomført 5 ganger a 75 minutter for hver gruppe.

Hver arbeidsgruppe ble anbefalt å *ha ukentlige møter à ½ time*. De fleste postene har valgt å ha lengre møter sjeldnere. Postene har arbeidet jevnt og trutt med forbedringsarbeidet, selv om alle har opplevd travle perioder hvor man har måttet prioritere arbeidet med pasientene.

Tilretteleggerne har hatt tilbud om *ukentlig veiledning over telefon og e-mail*. Våren 2004 har det imidlertid vært store IT-problemer på sykehuset, noe som har vanskeliggjort kommunikasjonen.

Læringsnettverket ble avsluttet med en sluttkonferanse, hvor erfaringene og resultatene som blir omtalt i denne rapporten ble lagt fram. Etter at læringsnettverket nå er avsluttet, er de fem postene selv i stand til å forbedre nye prosesser i sin virksomhet i samarbeid med FOU-enheten.

3.0. Bedre samarbeid med hverandre og med pasientene ved akuttpost 4A

ved tilrettelegger Bente Mæhlum

3.1. Beskrivelse av akuttpost 4a.

Psykiatrisk akuttpost 4a yter øyeblikkelig hjelp og innleggelse til mennesker i krise. Mange av pasientene har psykoseproblematikk og legges inn under tvangsparagraf, og mange er suicidaltruet. Målet med behandling i akuttposten er å hjelpe pasienten tilbake til den tilstanden hun var i før krisen inntrådte. Primæroppgaver for akuttavdelingen er kriseintervensjon, utredning og iverksetting av behandling. Posten har stort press og kort liggetid, og har derfor innført kognitiv terapi som behandlingsform for å kunne tilby pasientene en effektiv og virksom behandling. Andre behandlingsformer benyttes også.

Posten har tolv plasser, hvorav fem i en egen skjermet enhet. Gjennomsnittlig liggetid er ca 16 dager. Median liggetid er 6 dager, dvs at mange ligger svært kort hos oss. Ofte er det overbelegg; gjennomsnittlig utnyttelsesgrad i 2003 var 116,3%.

Posten har 32,5 stillinger fordelt på psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere og miljøterapeuter. To overleger / psykiatere, en assistentlege, en psykolog, sosionom og fysioterapeut er også tilknyttet posten. I tillegg har posten forskjellige typer studenter.

3.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Prosjektgruppen har vært utsatt for noe turbulens, men den harde kjernen har bestått av avdelingssykepleier Odd Magne Westerheim, assisterende avdelingssykepleier Bente Mæhlum – som også har fungert som tilrettelegger og hjelpepleier Hege Myhrvold. Hege går i turnus og har stor kontaktflate i posten, og ble trukket inn i gruppa for å styrke personalets følelse av eierskap og deltakelse i prosjektet. Overlege Birgit Kruska deltok til høsten 2003, da Åse Lyngstad overtok hennes stilling. Psykolog Randy Nærheim og sosionom Bodil Sørensen har også deltatt i perioder.

Prosjektgruppen har hatt møte hver uke. Vi har lagt stor vekt på å involvere personalet underveis og begynte med dette allerede på et avdelingsseminar høsten 2002. Her introduserte vi prosjektet og gjorde oss kjent med pasientstyrt forbedringsarbeid. Vi intervjuet hverandre både for å bli kjent med intervjuguiden og for å avdekke hvordan vi trodde at pasientene så på posten vår.

Siden har vi brukt ulike fora til å involvere personalet:

- Vi har hatt tverrfaglige personalmøter annen - hver fjerde uke med hovedfokus på prosessforbedring
- Fagmøte med personalet hver uke
- Tverrfaglig veiledning det første året
- Internundervisningen hver uke har også fokusert på prosjektet

Tilrettelegger opplevde starten litt tung, fordi hun i tillegg til merarbeid i form av skriving, læring og motivasjon av medarbeiderne, også måtte få full opplæring i data. Etter hvert ble

arbeidet både morsomt og inspirerende. Tilrettelegger har i gjennomsnitt brukt en halv dag pr uke til prosjektarbeidet.

På Blakstad skjer det store forandringer. Sykehuset er slått sammen med Bærum til et Helseforetak. Blakstad skal overføre et antall pasienter til Oslo-psykiatrien. Det har lenge vært usikkert om post 4a skal bestå eller nedlegges. Det har derfor vært tungt å arbeide med prosjektet i perioder. Imidlertid ble vi på et personalmøte enig om å fullføre prosjektet. Det gir oss noe konkret å arbeide med i en usikker tid, det er mye læring i dette arbeidet, og det er spennende å se resultatet av arbeidet vi har holdt på med i halvannet år.

3.3. Forbedring av behandlingsmøtet

Innledningsvis tegnet vi flytskjema over pasientens hovedprosess gjennom posten. Etter veiledning fra GRUK valgte vi ut en liten del å jobbe med. Behandlingsmøtet ble valgt fordi vi stadig diskuterte dette møtets tid, form, innhold, tidsbruk på fremlegg, opplevelse av at miljøterapien ble lite vektlagt, hvordan vi skulle få til pasientmedvirkning osv.

Behandlingsmøtet foregår tre ganger i uken og varer en halv time. Det hadde en viss struktur, men var preget av mange avbrytelser. Det var uenighet om hva som skulle vektlegges og det ble sjelden tid til å trekke konklusjon fordi alle måtte løpe til neste møte. Pasientene visste sjelden at de skulle "tas opp", og fikk derfor ikke fremmet sine ønsker og behov i forhold til behandlingen.

Personalet var uenige om møtets innhold og viktighet. Vi var "snille" mot hverandre og sa lite om dette, men var frustrerte over hvordan andre så på egen viktighet i forhold til fag og kompetanse, og for at pasientene kanskje ikke fikk optimal behandling.

3.3.1. Mål for behandlingsmøtet

Vi ønsket å systematisere og kvalitetssikre behandlingen, og derfor ville vi forbedre praktisk gjennomføring og innholdet i behandlingsmøtene.

Mål for behandlingsmøtet på posten:

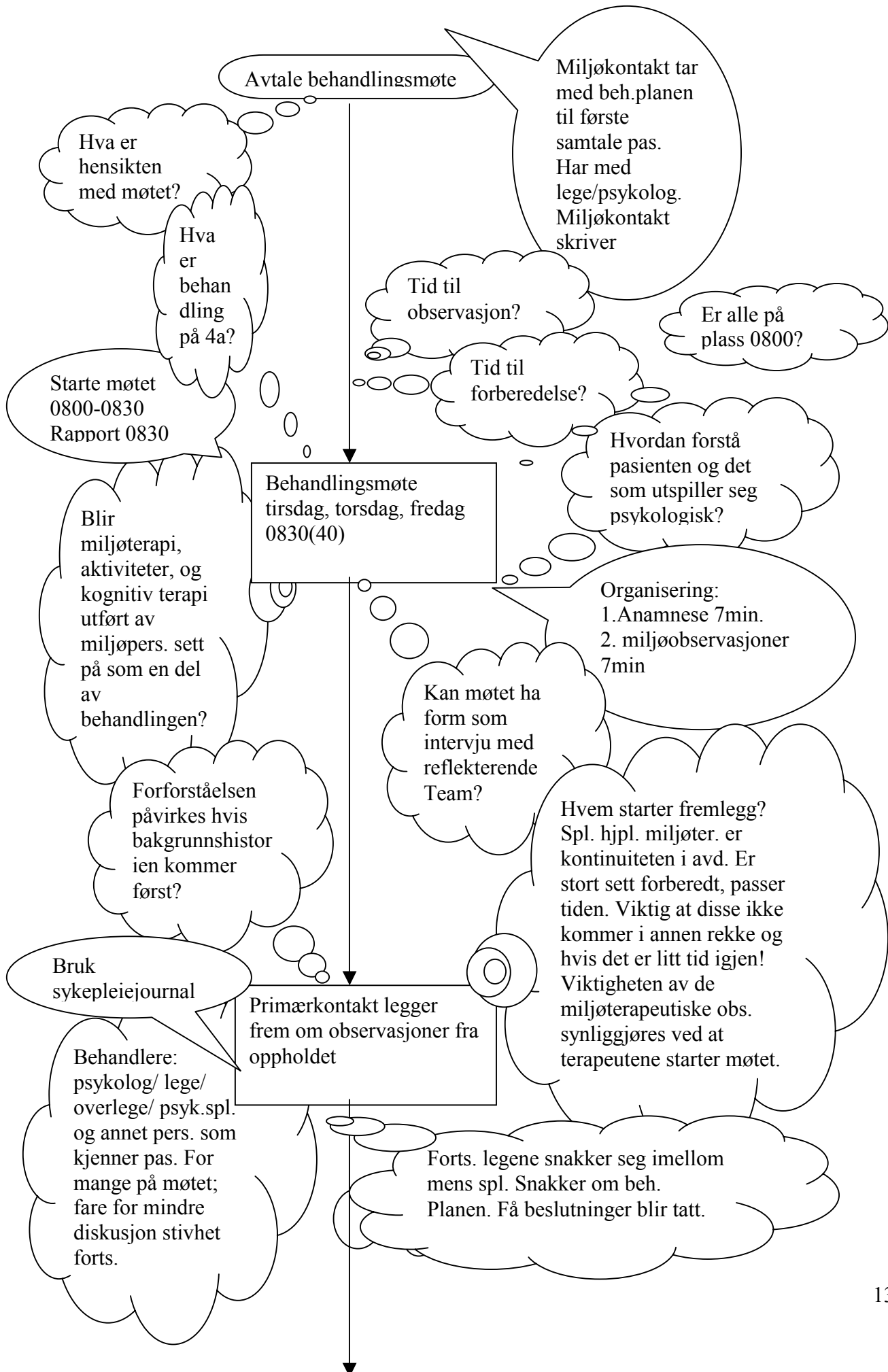
Å danne oss en tverrfaglig felles forståelse av pasienten, gjennom en tverrfaglig drøfting av behandlingsopplegget som skal danne grunnlaget for utarbeiding av en behandlingsplan i samarbeid med pasienten.

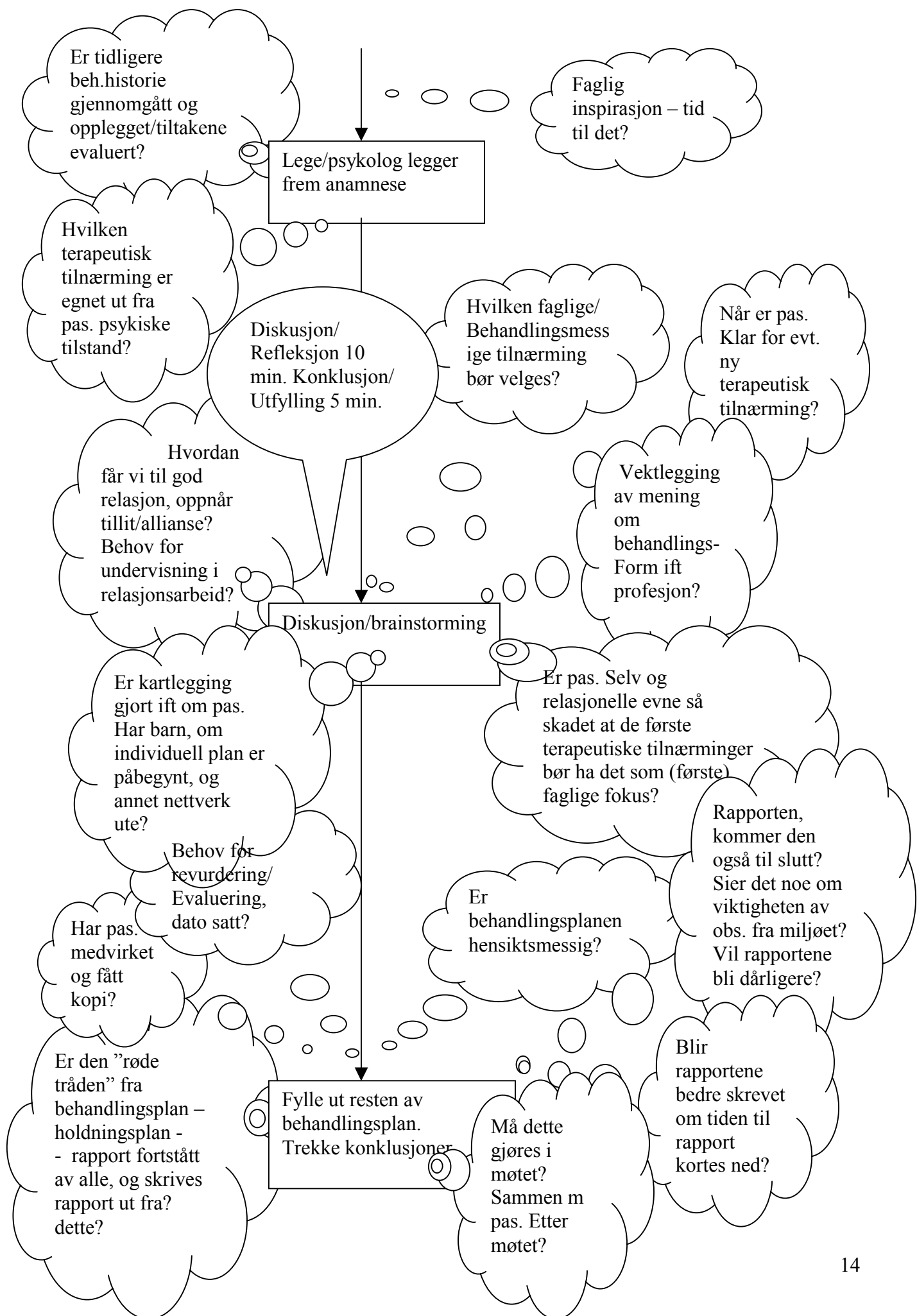
3.3.2. Gjennomføring av forbedringsarbeidet

Vi laget flytskjema over behandlingsmøtet (se figur 2). Hele personalgruppen deltok ivrig, og stilte mange viktige kritiske spørsmål til møtet og de grunnverdiene som ble avspeilet der. Disse spørsmålene ble satt inn i flytskjemaet symbolisert som skyer. Vi hadde behov for avklarende diskusjoner om postens menneskesyn, verdier, holdninger, syn behandling og på hverandres kompetanse osv. Til dette brukte vi tverrfaglig veiledning, lunsjen, fagmøtet, internundervisningen og ellers alle tilgjengelige fora, inkludert erfaringsseminaret. Dette var svært nyttig.

Alle forslagene til forbedringer som ble lansert ble også tegnet inn i flytskjemaet som snakkebobler.

Fig 2. Flytskjema behandlingsmøte avdeling 4a





Den første endringen vi gjorde var å flytte behandlingsmøtet til kl.0800. Tidligere startet det 0830, eller når rapporten var ferdig. Med stadig overbelegg i posten strakk det seg ofte utover tiden. Behandlingsmøtet ble da forkortet eller utsatt. Vi innførte også en struktur og at innleggene måtte tidsbegrenses. Dette ble det tilretteleggers oppgave å håndheve.

For å ivareta pasientenes rett til å medvirke i egen behandling, besluttet vi å innføre en forsamtale med pasienten hvor de får informasjon om behandlingsmøtet. Der blir de også spurt om sine ønsker og mål. Samme dag som møtet er holdt, får de informasjon fra møtet av lege, psykolog eller sykepleier. De får også kopi av behandlingsplanen.

Vi hadde fra før veiledende mal for fremleggene på behandlingsmøtet; en for miljøpersonalet, og en for lege/psykolog. Disse ble bearbeidet, systematisert og satt opp punktvis. Ut fra dette og våre avklarende diskusjoner om verdier, samt våre ønsker om å involvere pasientene mer, laget vi et nytt program for gjennomføring av behandlingsmøtet. Programmet gjorde det enklere og raskere å planlegge fremlegg til møtet og ble tatt i bruk forsommeren 03.

På bakgrunn av programmet laget vi en sjekkliste, slik at vi kunne måle programoppfyllelsen på møtene (se vedlegg 1). Tilrettelegger fylte ut sjekklisten og krysset av for om punktene ble helt, delvis eller ikke gjennomgått – eller om de ikke var aktuelle for den enkelte pasient.

3.3.3. Resultater og erfaringer med vårt nye behandlingsmøte

Programoppfyllelsen ble målt på 17 møter sommer og høst –03. Målingene viste at vi var blitt flinke til å følge opp på noen områder; for eksempel fikk vi fram pasientens forventninger og mål på 75% av møtene. Men pasientene var bare informert om behandlingsmøtet i 38%, og individuell plan var vurdert i 56%. Minitimeam (et lite møte i behandlingsteamet rundt pasienten) var bare holdt i 13%.

Resultatene ble drøftet med personalet, som synes det var inspirerende å få denne tilbakemeldingen, men også var enige om at vi burde bli bedre på noen områder. Vi diskuterte også hvilket nivå på programoppfyllelse som er tilfredstillende, uten at vi satte noe bestemt tall på dette. Etter dette brukte vi en lang periode sjekklisten kun til kontroll på møtene, for å øke programoppfyllelsen.

Våren –04 sjekket vi igjen 21 nye behandlingsmøter. Medianen for oppfyllelse var hevet fra 58% til 75%, og det synes vi var bra. Fortsatt var det noen områder vi ikke var gode nok på; men informasjon om behandlingsmøtet var nå 65% og minitimeam ble holdt i 50%.

Personalet forteller at de opplever økt oppmerksomhet for hverandres kompetanse. Vi mener at dette igjen har ført til bedre samarbeid mellom faggruppene, noe som igjen kommer pasientene til gode, fordi vi gir en bedre samlet behandling.

Fra å jobbe flerfaglig på behandlingsmøtene hvor vi var opptatt av vårt eget fags betydning, jobber vi nå i mye større grad tverrfaglig og samarbeider bedre ut fra pasientenes behov.

Vi ønsket også å måle pasienttilfredshet for å evaluere om pasientene er blitt mer tilfredse med informasjonen de mottar. Vi har lagt opp til å gjennomføre 20 intervjuer i denne sammenhengen, men etter at det er bestemt at 4a skal nedlegges, har folk i stor grad også nedlagt forbedringsarbeidet. Det er trist, for hele posten deltok med interesse i dette

spennende arbeidet. Vi har bare fått intervjuet 9 pasienter, og dette er for få til å kunne vurdere resultatene. Det ser imidlertid ut som tilfredsheten har økt når det gjelder informasjon, mens den har gått litt tilbake på andre områder.

3.4. Større grad av pasientmedvirkning og bedre informasjon

Pasientintervjuene viste at de var tilfredse med den respekten og støtten de mottok, men også at vi hadde noen områder vi måtte forbedre. Resultatet av 21 intervjuer avdekket at pasientene syntes de fikk medvirke lite i egen behandling og også at de ikke var tilfredse med den informasjonen de fikk. Personalet lot seg inspirere til å forbedre disse to områdene.

Vi gikk i gang med arbeidet på samme måte som tidligere. Denne gangen gikk alt lettere fordi vi hadde fått erfaring. Flytskjema over pasientens vei gjennom posten ble tegnet, med fokus på alle situasjoner hvor pasientmedvirkning og informasjon var aktuelt. Også dette flytskjemaet ble fylt med skyer over spørsmål vi måtte avklare gjennom diskusjoner. Det viser personalets store interesse for prosjektet.

På bakgrunn av dette, samt Pasientrettighetsloven, lagde tilrettelegger og et annet medlem i gruppen et program for pasientmedvirkning og informasjon, se vedlegg 2.

Ut fra programmet lagde vi sjekkliste for pasientmedvirkning, se vedlegg 3.

Sjekklisten ligger nå sammen med papirene som skal fylles ved innkomst av ny pasient. Slik oppnår vi at de brukes fra første stund. Sjekklisten har gitt mange aha-opplevelser for personalet, idet vi blir minnet på alt pasientene har krav på å få informasjon om som er så lett å glemme. Vi ser imidlertid at ikke alle miljøkontaktene følger opp dette. I skrivende stund har vi bare fått inn 11 fullt utfylte skjemaer. Antakelig er det også her postens nedleggelse som gjør at arbeidet ikke lenger oppleves meningsfullt.

3.5. Hva vi lærte og hvor veien går videre

I løpet av prosjektperioden har vi lært å forbedre kvaliteten gjennom pasientstyrt forbedringsarbeid og prosessforbedring.

Avdelingssykepleier skrev sammen med prosjektleder en artikkel til Tidsskriftet Sykepleien nr.21/2003 om "Prosessforbedring – en praktisk og nyttig metode for å forbedre kvaliteten", som gjenspeilet våre gode erfaringer fra det første halve året i prosjektet. Vi har opplevd det som bevisstgjørende og inspirerende arbeid, og hadde klare tanker om hvordan vi ønsket å videreføre dette. Det blir dessverre ikke aktuelt å fortsette her vi er, fordi 4a nedlegges 31/12-04. Da spres personalet for alle vinder. Det er utrolig trist for alle oss som har vært med på å drive denne posten frem til en veldrevet akuttpost. Her finnes svært mange faglig godt kompetente medarbeidere. Posten drives godt, med høy faglig kompetanse og høy grad av forsvarlighet på alle plan. Dette prosjektet har også styrket vårt tverrfaglige samarbeid. Det arbeidet vi har nedlagt for å gjøre behandlingen både optimal og mer effektiv, oppleves nå som nesten bortkastet. Vi håper imidlertid at noe av kunnskapen hver av oss har fått, kan komme til nytte på våre nye arbeidsplasser.

4.0. Bedret mottak og utskrivning for pasienter ved post 1B

av tilrettelegger Tor Berlid

4.1. Beskrivelse av langtidspost 1b

Post 1B er en lukket langtidsavdeling, med tretten døgnplasser og et varierende antall pasienter som får oppfølging etter utskrivning fra posten. Pasientsammensetningen er svært variert både når det gjelder alder og behandlingstid, men alle har en alvorlig sinnslidelse og ofte med tilleggspromblematikk. Behandlingstiden på posten kan variere fra ca et halvt år til flere år.

Formålet med posten er å gi et strukturert behandlingstilbud av høy kvalitet til pasienter med alvorlige sinnslidelser, som har behov for langvarig behandling og rehabilitering i lukket avdeling med høyt omsorgsnivå.

Posten tilbyr et forutsigbart, strukturert og trygt behandlingsmiljø hvor hver enkelt pasient får et skreddersydd behandlingstilbud ut fra sine livsmål og behov. Avdelingen har en eklektisk tilnærming som innebærer bruk av biologiske, psykologiske, sosialpsykiatriske, funksjonsbevarende og funksjonssøkende arbeidsmetoder. Målet er å gi best mulig symptomlindring, symptom-mestring og funksjonsheving. Videre skal vi i samarbeid med pasienten søke utviklingsmuligheter og tilrettelegge for løsninger som kan gi den enkelte opplevelse av mestring og livskvalitet.

Posten har 30 stillinger i miljøet med variert utdanning; spesialsykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere/ spesialhjelpepleiere, miljøterapeuter og en vernepleier. I tillegg til miljøpersonalet har vi overlege, assistentlege, psykologspesialist, sosionom og aktivitør.

4.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Deltagere i prosjektgruppa ved oppstart av prosjektet var avdelingssykepleier Anders Bjerke, overlege Unni Lise Briseid, psykolog Marianne Opaas, ass.avdelingsjef Ragnhild Wangen og ass. avdelingssykepleier Tor Berlid, som har fungert som tilrettelegger. Fra april 03 har også gruppeleder Gro Øien og sosionom Monica Evensen vært med i prosjektgruppa.

Prosjektgruppa satte seg som mål å møtes på et fast tidspunkt en gang i uka for å jobbe med forbedringsarbeidet. Tilrettelegger skulle ha avsatt tid til å jobbe mellom hvert møte i prosjektgruppa. For å trekke med det øvrige personale ble det satset på informasjonstavle og avsatt tid hvor prosjektgruppa informerte om arbeidet sitt og personale kunne komme med innspill som gruppa jobbet videre med. Det var tenkt å bruke både deler av personalmøte og egne møter til prosessforbedring.

Prosjektgruppa kom godt i gang med forbedringsarbeidet, men hadde problemer med å få med seg personalet. Dette skyltes primært situasjonen på posten, med en svært ressurskrevende pasient som krevde mye tid og ressurser. Tilrettelegger fikk derfor også i en periode liten tid til å jobbe med prosjektet. Etter påske ble situasjonen i posten bedre og vi utarbeidet mål, program og sjekklister for mottak av nye pasienter ved posten. Personalet var ikke så mye med i prosessen, men ga uttrykk for at de var fornøyde med resultatet og så på det som et nyttig verktøy i det daglige arbeidet med pasientene.

Vi startet på et nytt forbedringsområde september 2003 med et dagsseminar med hele posten tilstede og veiledning fra GRUK. Dette førte til et betydelig høyere engasjement blant personalet, slik at prosessen med nytt forbedringsområde gikk bedre. Mindre sykefravær og at vi hadde vært igjennom forbedringsprosessen en gang allerede, gjorde at vi var ferdig med vårt andre område i begynnelsen av februar.

4.3. Mottak av nye pasienter

Som vårt første forbedringsområde valgte vi mottak av nye pasienter i posten. Vi definerte at mottaksfasen skulle vare i fire uker fra pasienten var kommet til avdelingen og avsluttes med et behandlingsmøte.

Bakgrunn for valget av forbedringsområder skyldes dels at vi ble anbefalt dette av GRUK på oppstartkonferansen og dels at vi så at dette var et område hvor vi hadde noe å hente. Ved å sikre mottaket ville vi komme fortere i gang med behandlingen av pasientene. Vi kunne sikre at pasienten følte seg tryggere den første tiden på posten og at ansvarsforholdet mellom de enkelte faggrupper ble klarere.

4.3.1. Tegning av flyt

Etter at vi hadde valgt forbedringsområdet ”mottak av ny pasient” startet prosjektgruppen opp med å lage et flytskjema for denne prosessen. Mesteparten av dette arbeidet ble gjort på oppstartkonferansen. Flytskjemaet ble presentert for resten av personale og de kom med nyttige innspill (se vedlegg 4). Vi så raskt at vi hadde noe å hente på å lage et program for mottak og en sjekkliste for faglig standard ved mottak.

En av ”mytene” ved avdelingen har vært vi har så god tid fordi pasientene skal være her så lenge. Ved å tegne flytskjema så vi at vi hadde mye å hente på å sikre kvaliteten i de første ukene etter mottak. Det var mye tilfeldigheter som styrte mottaksfasen og det arbeidet som ble gjort, og når det ble gjort, ble i stor grad avgjort av hvem som tok i mot pasienten.

4.3.2. Mål for forbedringsområdet

Etter at flytskjema ble utarbeidet begynte vi å se på målene for mottaksfasen. Vi formulerte følgende mål:

- Oppnå trygghet og tillit for pasienten i posten
- Personalet skal bli kjent med pasienten
- Skape et godt grunnlag for videre behandling

Målene ble diskutert med resten av personalet og var utgangspunkt for videre arbeid med program for mottak og sjekkliste.

4.3.3. Program, sjekkliste og intervjuguide

Vi så behov for å måle hvordan pasientene var tilfreds med mottaket i posten og bestemte oss for å lage et intervjukskjema for pasienttilfredshet i mottaksfasen. Det ble lagt mye arbeid i intervjuet for å få nyttige data. Siden det dreier seg om et lite antall pasienter, utarbeidet vi en guide med åpne spørsmål for å få mest mulig informasjon av pasientene.

Prosjektgruppen utarbeidet også et program for mottaksperioden på bakgrunn av flytskjemaet (se vedlegg 5). Dette var igjen utgangspunktet for en sjekkliste (se figur 3).

Figur 3: Sjekkliste for mottak av nye pasienter

Sjekkliste for faglig standard ved mottak av ny pasient for post 1B

(perioden varer fra mottak til 3-4 uker etter og munner ut i et behandlingsmøte)

Navn: _____

				Program-oppfyllelse
Ansvar		Utført dato	sign	0-ikke utført 1-delvis 2-helt
gr.leder	Gruppeleder/miljøkontakt har avtalt dag og klokkeslett for overflytting			
miljø.kon	Har vist pasienten rundt i avdelingen Gitt orientering om faste rutiner/ døgnrytme			
miljø.kon lege/psyk.	Har hatt inkomstsamtale med lege/ psykolog og miljøkontakt.			
miljø.kon	Miljøkontakt/ gruppeleder har skrevet en inkomstrapport.			
lege/ psyk	Psykolog/lege og miljøkontakt her revidert hovedkort og sjekker at medisin-kardex er ført			
lege/psyk	Journalgjennomgang ved lege/psykolog			
lege/psyk	Første kontakt med pårørende			
gr.leder	Pasienten har hatt en fast kontakt på kvelds/ dag tid hele første uken			
lege/psyk	Lege/ psykolog har avtalt hyppighet og tidspunkt for pasientsamtaler.			
miljø.kon	Miljøkontakt har gjennomført Funksjons og interesse/ressursregistrering			
sosionom	Sosionom har gjort pasientintervju " kartlegging av sosiale data ved inntak"			
lege/psyk	Lege/psykolog har sjekket tidligere utredninger og undersøkelser.			
lege/psyk	Det er blitt gjort en PANSS			
avd.leder	Gjennomført intervju for pasienttilfredshet i mottaks fasen			
miljø.kon	Behandlingsmøte			
			Sum	0

Kommentarer:

Arbeidet ble presentert for personalet som trodde det kunne være et nyttig verktøy i det daglige arbeidet. Det ble bestemt at vi skulle begynne å bruke verktøyene ved mottak av neste pasient.

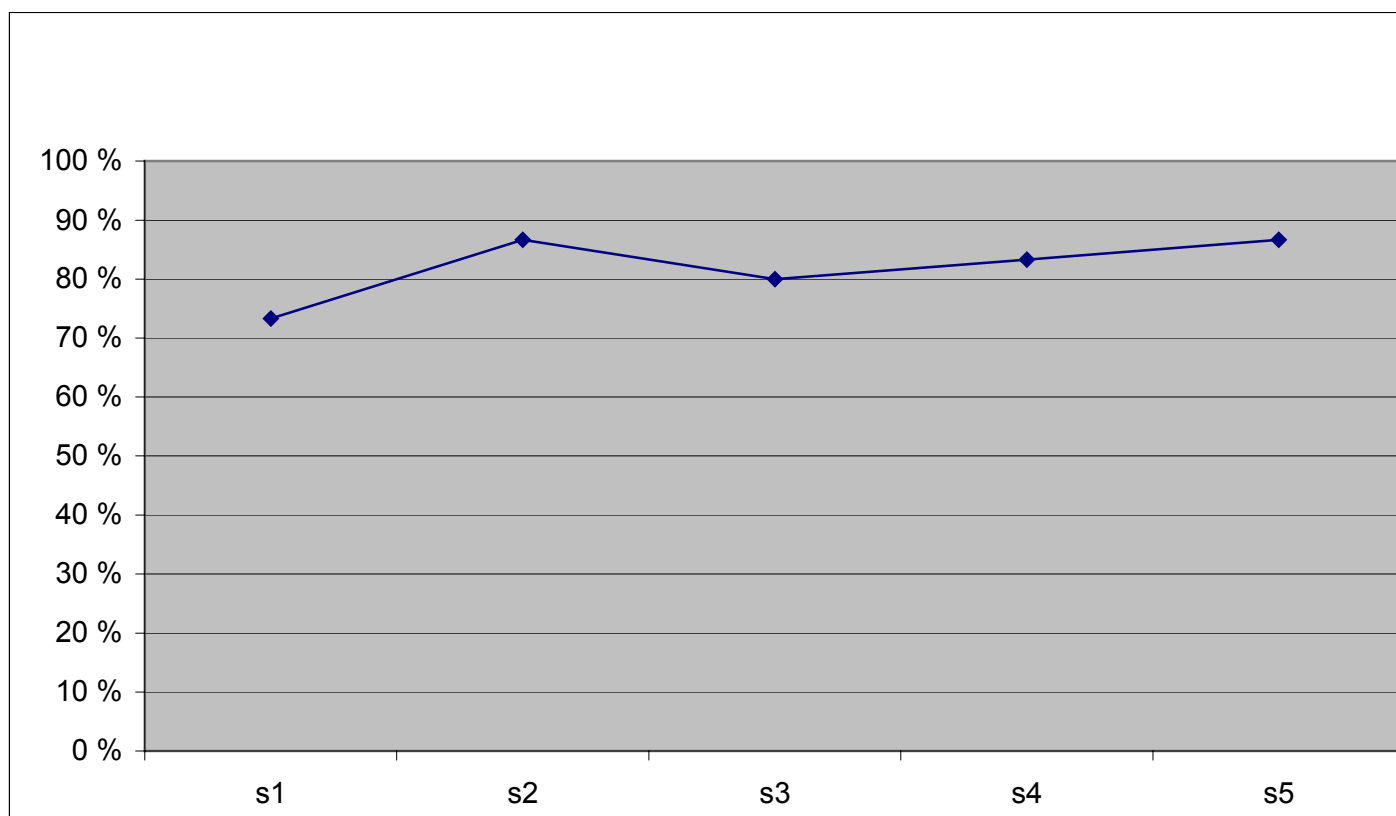
4.3.4. Erfaringer så langt

Program, sjekklister og intervju ble bruk første gang i slutten av august 03.

Etter at vi hadde prøvd dette ut på tre pasienter, viste det seg at pasientintervjuene ikke fungerte tilfredstillende. De svarene vi fikk var mye preget av tilfeldigheter og pasientens svingende dagsform. Dataene vi fikk egnert seg ikke til å bruke i det videre forbedringsarbeidet og derfor valgte vi ikke å gjøre intervju av pasientene fremover. Vi vurderer i stedet å innføre en trekantsamtale etter ca fire uker, hvor lege/psykolog og miljøkontakt snakker med pasienten om hvordan han har opplevd den første tiden hos oss.

Frem til mars 2004 har vi brukt program og sjekklister på fem pasienter. Sjekklister har vært opplevd som et nyttig arbeidsredskap i det daglige arbeidet med mottak av nye pasienter. Det bidrar til å sikre den faglige standard i posten og de forskjellige faggruppene samarbeider godt om program og sjekklister. Tilbakemeldingen fra personalet er at dette er et nyttig arbeidsredskap, som hjelper dem i møte med pasienten den første tiden. Sjekklister for mottak er i ferd med å bli en integrert del av den faglige standarden ved posten og de fem første målingene av programoppfyllelse viser et høyt og jevnt skår. Målingene av programoppfyllelse er gjort på fem pasienter fra august 03 til mars 04.

Figur 4: Programoppfyllelse for mottaket hos 5 pasienter



4.4. Utskrivningsprosessen

Etter sommeren valgte vi nytt forbedringsområde, som ble utskrivning av pasienter fra posten. Bakgrunn for dette valget var at vi hadde flere pasienter på vei ut fra posten utover vinteren og våren. Vi så det som viktig å sikre kvaliteten i utskrivningsprosessen og mente at dette ville kunne engasjere personalet, fordi det ville kunne hjelpe dem i arbeidet med utskrivning av hver enkelt pasient.

Alle ansatte på posten deltok på et dagseminar i september med veileder fra GRUK tilstede. Det første vi måtte ta stilling til på seminaret var når utskrivningsprosessen starter. Etter en grundig diskusjon kom vi frem til at den bør starte kort tid etter at mottaksfasen er avsluttet. Vi lagde utskrivningsflyt for 1B og noen foreløpige mål for utskrivningsprosessen.

4.4.1. Mål for utskrivningsprosessen

Arbeidet med å lage mål har vært en lang prosess som har foregått parallelt med utarbeidelse av program og sjekklister.

Hovedmål:

God faglig standard i utskrivningsprosessen

Delmål:

- Hensiktsmessig oppgavefordeling mellom de ulike faggruppene i posten
- Pasienten er deltagende i planlegging av utskrivningsprosessen
- Samarbeid med DPS og/ eller kommunen er etablert og ansvarsområder er avklart
- Familie og eventuelt andre viktige personer trekkes i størst mulig grad med i utskrivningsprosessen
- Pasienten har nødvendig oppfølging etter utskrivning

4.4.2. Program og sjekklister for utskrivning

I begynnelsen av november hadde vi et miniseminar med personalet hvor de jobbet først individuelt, siden i plenum med momenter som burde være med på sjekklister for utskrivning. Vi opplevde et stort engasjement og fikk mange nyttige innspill.

Prosjektgruppa jobbet videre med dette utover høsten og vinteren. Vi så etter hvert at sjekklister ville få et stort spenn; noe ville være på plass mange måneder før utskrivning, mens noe måtte skje kort tid før utskrivning. Vi hadde også diskusjoner om hva som hørte til utskrivningsfasen og hva som eventuelt skulle inn i en midtfase. Den endelige sjekklister ble delt i to; en for de siste 14 dagene og en for resten av perioden (vedlegg 6 og 7).

Sjekklister ble lagt frem på et personalmøte i begynnelsen av februar. Personalet syntes at den klargjorde ansvar og ville bli et nyttig arbeidsredskap i utskrivningsprosessen.

Vi bestemte oss for å prøve ut sjekklister fra midten av februar og frem til sommeren.

4.4.3. Erfaringer med bruk av sjekklister for utskrivning

Vi har foreløpig brukt sjekklister ved to utskrivninger. Erfaringene så langt viser at sjekklisten er klargjørende når det gjelder fordeling av ansvar mellom de enkelte faggrupper og at den sikrer at samarbeidet med kommunen fungerer og at ansvaret i dette samarbeidet blir fordelt. Den er også et nyttig arbeidsredskap i det daglige arbeidet med pasienten i utskrivningsfasen; den fungerer som en huskeliste slik at den faglige standarden ved utskrivning blir fulgt. Siden det er såpass sjelden at vi skriver ut pasienter, er det lett å glemme noe.

Det virker også som pasientene føler at vi tar dem mer seriøst når vi har en sjekklister med klare momenter vi skal gjennomføre før de blir skrevet ut. De kan også følge med på sjekklister og påpeke punkter som ikke er blitt gjort eller at noen punkter ikke er aktuelle for dem.

Det virker som de punktene vi har i sjekklister er svært aktuelle i forhold til vår pasientgruppe, og at det er en stor grad av programoppfyllelse. For de to pasientene som har blitt utskrevet etter at programmet var ferdig, ligger programoppfyllelsen på 94 og 86 %.

4.5. Læringsutbytte og veien videre for posten.

Posten synes at prosessforbedring er en nyttig metode for å forbedre vårt daglige arbeid. Vi har fått et mer bevisst forhold til hva vi gjør og hvorfor vi gjør det. Videre er det blitt klarere hva som er den enkelte faggruppes ansvarsområde og ansvaret er blitt klarere fordelt. Vi har sett at det kan være vanskelig å få personalet med i forbedringsarbeidet i en travel hverdag, men personalet opplever at sjekklister er et nyttig redskap de kan bruke i sitt daglige arbeid med pasienten. Det sikrer kvaliteten i det arbeidet de gjør og fungerer som en huskeliste.

Prosjektgruppa vil fortsette å fungere etter at dette prosjektet er over. Vi vil fortsette å bruke prosessforbedring som metode. Vi vil før sommerferien evaluere det arbeidet som er gjort, og vurdere om det trengs å gjøres noen forandringer på sjekklister og program, og erfaringer med bruken så langt.

Høsten 2004 vil vi begynne å forbedre fasen mellom mottak og utskrivning.

5.0. Et bedre arbeidsmiljø på post 2B

av tilrettelegger Kristin Oudmayer og prosjektleder Trulte Konsmo

5.1. Beskrivelse av akuttpost 2B

Post 2b er en voksenpsykiatrisk akuttavdeling med 12 sengeplasser, hvorav 5 tilhører en skjermet enhet. Posten har som formål å intervensere og behandle akutte tilstander for innbyggere bosatt i Bærum kommune.

Behandlingen består i hovedsak av miljøterapi, psykomotorisk trening og medikamentell behandling. Det er vektlagt at posten skal fremstå med en trygg og rolig atmosfære, hvor både pasienter og pårørende skal føle seg velkomne og ivaretatt. Posten har spesialisert seg på å kartlegge situasjonen til pasienters barn under 18 år, samt sette i gang oppfølgingstiltak for disse.

Posten har 33,3 faste stillinger med miljøterapeuter, hjelpepleiere, sykepleiere og assistenter. I tillegg har posten to overleger, to assistentleger, en psykolog, en fysioterapeut og en sosionom. Posten samarbeider tett med to faste representanter fra ettervernspoliklinikkens uteteam.

5.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Postens ledelse består av avdelingssykepleier Per Arne Engerly og per i dag avdelingsoverlege Sjur Seim. I tillegg er det en for tiden ubesatt assisterende avdelingssykepleier-stilling, og en gruppeleder på hver enhet.

Post 2b valgte tidlig i prosjektperioden at prosjektgruppen skulle ha en noe bredere sammensetning enn opprinnelig tenkt. Dette fordi man ønsket å styrke samarbeidet innad på posten. Bakgrunnen for dette var at posten over lengre tid hadde slitt med store konflikter og svært høyt sykefravær (26,7%). For å styrke samarbeidet og for at avdelingen skulle få et eierforhold til prosjektet, ble det valgt inn to representanter fra miljøet.

Det har pga konflikter ved posten vært noe skifte i prosjektgruppens sammensetning. Etter Sole-seminaret (omtales i 5.3.) i september 03; da prosjektarbeidet for alvor tok form, har gruppen vært stabil og bestående av avdelingssykepleier Per Arne Engerly, gruppeleder Harald Opperud, psykolog Arne Guldvog, konst.overlege Harald Brauer, fullmektig/hjelpepleier Vera Knutsen og hjelpepleier Kristin Oudmayer. Sistnevnte har fungert som tilrettelegger og har gjennomsnittlig jobbet en dag i uken med oppgaver knyttet til prosjektet. For at prosjektet ikke skulle tappe avdelingen for urimelig mye ressurser, har det i stor grad blitt leid inn personale for tilretteleggeren på disse dagene. Gruppen har hatt fast møtetid hver tirsdag, noe som har fungert tilfredsstillende i perioder.

5.3. Miljøseminar på Sole Hotell

For å hjelpe posten til å komme ut av de konfliktene og problemene de slet med, ble det høsten 03 arrangert et todagers miljøseminar for hele personalet på Sole Hotell. I tillegg deltok klinikkensjefen og verneombudet. Michael de Vibe og Trulte Konsmo fra GRUK ledet seminaret.

Målet med seminaret var å:

- Bearbeide viktige hendelser i avdelingen og hjelpe til med å finne nøkler for å utvikle et løsningsfokuset arbeidsmiljø.
- Prioritere hva som bør forbedres gjennom prosessforbedring.
- Knytte prosessene med arbeidsmiljø og prosessforbedring sammen, slik at de kan forsterke hverandre positivt.

Det var nødvendig å rydde opp i postens historie for å komme videre på en konstruktiv måte. Det var også viktig å snu kulturen fra å være problem- og konfliktorientert til å bli løsningsfokuset. Det var pekt ut noen syndebukker i avdelingen, og vi ønsket å hjelpe dem til å skifte fokus til arbeidsprosessene og hva de hver i sær bidro med. Prosessforbedring får fram disse dimensjonene. Sist, men ikke minst, var det viktig at disse prosessene ble knyttet sammen slik at de kunne forsterke hverandre positivt.

5.3.1. Bearbeide postens historie

Vi brukte en halv dag på å arbeide med postens historie. Den metoden vi brukte til dette er utviklet ved Herlev sykehus i Danmark. Målene med denne økta var å:

- Få fram hvor mangfoldig historien var
- Forstå – og respektere - hverandre bedre
- Legge noe bak seg
- Lære av hendelsene
- Ta med videre det vi ønsker

I denne sammenhengen var det viktig å styrke kulturen for konstruktiv dialog og vise at det ikke er farlig å si noe. Samtidig skulle det som skjedde være overveid og respektfullt.

Hver enkelt ble bedt om å tenke på tre betydningsfulle hendelser og hvordan de påvirket arbeidet. Det kunne være noe som hadde vært bra og ikke vært bra, eller begge deler. Deretter skulle de fortelle om disse hendelsene til en annen og prioritere tre til fremlegg. Fremlegget skulle være konstruktivt og gjerne inneholde metaforer. Det var hengt opp 15 meter gråpapir på veggen, og alle kom fram parvis og skrev / tegnet sine fortellinger inn på en lang tidsakse. De andre satt rundt og lyttet. Man kunne gjerne stille spørsmål og anerkjenne hverandres erfaringer, men det var ikke lov å henge ut noen eller diskutere noe. Etter hvert dannet det seg en lang mosaikk av fortellinger på godt og vondt. Mange fortalte om samhold og episoder hvor de opplevde støtte fra kollegaer. Det kom også fram vonde ting, for eksempel episoder hvor personalet hadde opplevd vold fra pasienter eller vært i truende situasjoner, hvor de hadde følt seg sviktet fordi ledelsen ikke fulgte dem opp etterpå. Mange tegnet; eks. ømme tær, blomster, en saks i brystet, at de sto alene eller var omgitt av kollegaer.

Deretter ble postens historie sortert ut fra spørsmålene:

- Hva vil dere legge bak dere?
- Hva har dere lært?
- Hva vil dere gjøre mer av som dere har lyktes i?
- Hvilke ressurser og verdier kan dere bygge på?
- Hvilke ønsker og mål har dere for fremtiden?

Lederne tok ansvar og ga personalet respons og løfter om å gjøre det de kunne med de problemene som var kommet fram.

5.3.2. Løsningsfokusert tilnærming

Resten av den første dagen på miljøseminaret ble deretter brukt til å arbeide med løsningsfokusert tilnærming – LØFT . Denne tilnærmingen er utviklet av Gro Johnsrud Langslet og består av et sett grunnleggende trossetninger:

- Det vi tror, påvirker hva vi leter etter og snakker om. Dette bygger på den samme innsikten som selvoppfyllende profetier, og det er viktig at disse er positivt formulert.
- Det finnes både Problemer og Ikke-problemer. Det er nyttigere å fokusere på det som virker enn det som ikke virker.
- Man trenger ikke å forstå nøkkelen til løsning – finn heller nøkkelen til løsning! Det er viktig å kartlegge hva som kjennetegner situasjonen når problemene er løst, hva folk ønsker av endringer og hva de allerede har satt i gang av slike endringer.
- Atferd som gis oppmerksomhet, gjentar seg. Problemsnakk kan forsterke problemene.
- Språk skaper virkeligheter. Det er viktig å skape gode sirkler ved å sette ord på det positive som skjer.
- Små endringer skaper større endringer. Det er viktig å ta ett skritt av gangen og sikte seg inn mot små, enkle endringer.
- Endring er unngåelig og stabilitet er en illusjon. Man bør lete etter unntak fra problemene.
- De saken gjelder vet best hva som er lurt å gjøre, selv om de ikke alltid er bevisst dette.

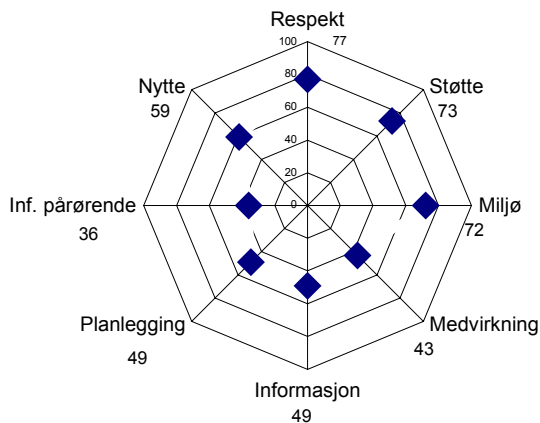
Personalet ble inndelt i grupper hvor de ut fra en løsningsfokusert tilnærming skulle beskrive hvordan de ønsket at et godt arbeidsmiljø på posten skulle være. De ønsket at alle skulle bidra gjennom evnen til å være åpent tilstede med seg selv og den andre, vise hverandre anerkjennelse, respekt og ærlighet, humor og kjærlighet. Ledelsen skulle ha et spesielt ansvar for å være samordnet og tydelig, sørge for klar ansvars- og rollefordeling, samt klare rammer for arbeidet.

Denne bolken ble avsluttet med en hjemmeoppgave for å hjelpe hver enkelt til å ta ansvar og snu blikket fra å observere og forklare alle problemene til å se etter det som allerede skjer som man ønsker mer av. Alle skulle bestemme seg for tre ting som de selv skulle gjøre for å få til et godt arbeidsmiljø. De skulle også legge merke til og bekrefte hverandre når det skjedde noe som de ønsket skulle fortsette å skje.

5.3.3. Pasientstyrt forbedringsarbeid

Før seminaret hadde tilrettelegger gjort intervju med 19 pasienter for å få fram hvordan de opplevde posten. Intervjuguiden er utarbeidet av GRUK (Helsetilsynets utredningsserie 6-2001).

Resultatene ble lagt fram på seminaret, og viser at pasientene opplevde behov for forbedring på flere viktige områder; medvirkning, informasjon og planlegging ved utskrivelse. Når det gjelder informasjon til pårørende er dette tallet misvisende lavt, fordi det ikke er korrigeret for pasienter som ikke har pårørende eller ikke ønsker at de skal informeres. Samtidig ble personalet glade for at de scoret såpass høyt i forhold til respekt, støtte og miljøet i posten.



*Figur 5:
Pasienttilfredshet i % hos 19
pasienter på post 2B*

5.3.4. Prioritering av forbedringsområder

På bakgrunn av resultatene av intervjuene med pasientene og det man ellers hadde jobbet med på miljøseminaret, gikk personalet igjen i grupper for å finne ut hvilke områder de ville prioritere å forbedre. De ble enige om å prioritere tre områder:

A: Behandlingsmøte er det viktigste tverrfaglige forum i posten. Dette var for mye legestyrt og for lite tverrfaglig. Flere hadde tatt opp hendelser knyttet til disse møtene da de fortalte avdelingens historie. Samtidig viste målinger at svært mange av pasientene var misfornøyde med informasjonen de mottok og at de i for liten grad fikk delta i planleggingen av egen behandling.

B: Flere hadde fortalt om manglende oppfølging fra ledelsen etter at de hadde opplevd episoder med vold eller mulig smitte fra pasientene. Det var et åpenbart behov for å utvikle prosedyrer for slik oppfølging.

C: Intervjuene med pasientene hadde avdekket at mange følte seg ensomme og at de savnet muligheter for meningsfulle aktiviteter i avdelingen.

Tre grupper fikk ansvar for å prosessforbedre hver sin prosess og resten av personalet skulle involveres fortløpende gjennom møter og informasjonstavle. Prosjektgruppa skulle ha ansvar for det første området, samt å veilede de to nye gruppene med støtte fra GRUK. I sammensetningen av de nye gruppene la vi vekt på medarbeidernes erfaringer og interesser, og sørget for tverrfaglighet. Disse gruppene definerte selv hva de trengte av ressurser og ledelsen sikret rammene og styringen med forbedringsarbeidet. Gruppene var litt for forsiktige i sine anslag for hvor mye tid de trengte og måtte etter hvert be om mer tid.

5.4. Forbedring av behandlingsmøtet og styrking av pasientenes informasjon og medvirkning

Prosjektgruppa (jmf 5.2) har vært ansvarlig for å forbedre behandlingsmøtet på en slik måte at man sikrer pasientene økt medvirkning i egen behandling, samt at de får bedre informasjon. Gjennomføringen av pasientstyrte intervjuer høsten 03 viste som tidligere nevnt at posten scoret svært lavt på enkelte områder som omhandlet medvirkning og informasjon.

Hele posten ble involvert i arbeidet med å tegne flytskjema som beskrev denne prosessen og reflektere over hva som var problematisk og hva som burde gjøres annerledes. Tilrettelegger fra post 2a deltok på et personalmøte for å fortelle om deres arbeid på samme område.

Tidligere hadde vi 2 behandlingsmøter i uka. For at flest mulig pasienter skal få ha sitt eget møte i løpet av innleggelsen, har vi nå økt dette til 4 ganger i uken. Program og sjekklister for behandlingsmøte post 2B ble utformet (se vedlegg 8 og 9). De tydelig gjør ansvar og oppgaver for møtet og hjelper oss til å sjekke om vi følger det vi har blitt enige om.

I likhet med de andre akuttpostene ble vi enige om at det ikke ville være noen god løsning for våre pasienter å delta på selve behandlingsmøtet. De er for dårlige og det deltar svært mange ansatte i møtet. For å sikre at pasientene får god informasjon og får medvirke i egen behandling, har vi i stedet innført at miljøkontakt eller gruppeleder avholder for- og ettermøter sammen med pasientene og det ble utviklet en sjekklister for dette (vedlegg 10) Formøte skal sikre pasientene informasjon om hvem som er dens kontaktpersoner i avdelingen, rettigheter ift klageadgang, informasjon om møtet som skal holdes – og dets fokus, samt gi pasienten mulighet til å komme med ønsker om hva som skal diskuteres/avklares på møtet. Informasjonen dette møtet gir, bringes inn som eget punkt på behandlingsmøtet.

Ettermøtet avholdes av miljøkontakt eller gruppeleder så raskt som mulig etter behandlingsmøtet. Ettermøtene skal sikre at pasienten blir informert om konklusjonene fra behandlingsmøtet. Dette kan dreie seg om alt fra utgangstatus, oppfølgingsgrad i miljøet, utskrivningsdato, endringer i medisiner og planlagte samarbeidsmøter med eksterne eller interne partnere.

5.4.1. Erfaringer og resultater

Tilbakemeldinger så langt tyder på at selv om langt fra alle pasienter mener noe om hva som skal tas opp, føles det svært godt å bli spurt – og mange overraskes over at deres mening skal være tellende. Flere av dem som har jobbet lenge ved posten har tidligere praktisert denne formen uformelt. Nyere medarbeidere som ikke har praktisert dette, angir at dette for- og ettermøtet ved flere anledninger har blitt oppfattet som et vendepunkt i relasjons- og alliansebygging med pasientene.

Erfaringene viser at man ikke i tilstrekkelig grad rekker å konkludere som ønsket i løpet av ett møte. Vi bør fortsatt minne hverandre på at vi innledningsvis i møtet skal fastslå hva som er hovedfokus for møtet, noe som varierer avhengig av den enkelte pasient. Mange brikker faller som oftest allikevel på plass. Man får i stor grad initiert det videre behandlingsforløp – noe

pasientene opplever som oppklarende, til tross for at det ikke alltid er enighet om innholdet i konklusjonene.

Behandlingsmøtene er nå mer tverrfaglige i sitt fokus. Posten opplever en økt bevisstgjøring på betydningen av å trekke med sosionom og fysioterapeut – og de er nå faste deltakere på behandlingsmøte. Det er satt av egen tid til innspill fra disse. Miljøarbeiderne opplever at de benyttes i større og bredere omfang enn tidligere, og føler seg mer inkludert og aktive i behandlingen av pasientene.

Arbeidsmiljøet som helhet har igjen blitt påvirket av dette. Personalet føler seg løftet frem og sett i form av funksjon og person – ikke utelukkende på bakgrunn av formell kompetanse. Personalet opplever å få utvidede og definerte ansvarsoppgaver for sine pasienter, noe det bare har kommet positive tilbakemeldinger om. Videre har dette arbeidet også hentet opp igjen og skapt ny bevissthet rundt gamle holdninger i forhold til pasientmedvirkning. De ansatte og deres holdninger er postens viktigste ressurs.

5.5. Oppfølging av personalet etter dramatiske hendelser

Til å forbedre oppfølgingen av personalet etter dramatiske hendelser ble det nedsatt en gruppe med assistent Dag Erling Engberg, assistent Nils Jørgen Gjestvang, sykepleier Inger Sare Slåtta og verneombud Siv Anne Stenberg. De to førstnevnte hadde begge opplevd slike hendelser.

Gruppens mandat var å utarbeide et forslag til prosedyre for oppfølging av personalet etter dramatiske hendelser. De laget et utkast som ble lagt fram for Prosjektgruppen og senere for de øvrige ansatte på et personalmøte. Responsen var svært positiv og mange hadde refleksjoner rundt temaet. Posten opplevde allerede da at en økt bevisstgjøring i forhold til å ivareta og se hverandre i og etter vanskelige situasjoner.

Høsten 2003 var uvanlig hektisk og dette gjorde at man først fikk tatt i bruk den nye prosedyren på nyåret 2004.

Skjemaet skal brukes som en registrering av hendelsen og iverksatte tiltak for å ivareta personalet best mulig i etterkant. Videre skal skjemaet synliggjøre og sikre videre oppfølging dersom dette skulle vise seg nødvendig. Skjemaet skal fylles ut av ansvarsvakt eller delegert personale på aktuelt skift. Et vesentlig aspekt ved bruk av skjemaet er at man kan melde et behov på andres vegne. Erfaringer viser at det av ulike årsaker kan være vanskelig å gjøre dette selv. Avdelingssykepleier har ansvaret for å sikre oppfølgingen.

Avdelingssykepleiers erfaring så langt tilsier at det er lettere for ham å få en oversikt over hendelsen og hva som har blitt gjort, samt initiere videre og rett oppfølging i etterkant. Det har også kommet mange positive tilbakemeldinger fra øvrige av personalet. Det oppleves positivt at et slikt skjema eksisterer og det virker forpliktende for ledelsen med tanke på videre oppfølging.

Registrering av dramatisk hendelse**Dato:** / -

(Punkt 1 og 2 fylles ut så raskt som mulig etter hendelsen av ansvarsvakt/delegert personale på det aktuelle skiftet)

1 Registrering av hendelse

- Type hendelse (vold, trusler, smittefare, annet): _____
- Tid og sted for hendelsen: _____
- Pasientens navn: _____
- Personalets navn (evt. flere): _____
- Eventuelle tilleggsopplysninger: _____

2 Tiltak

- Ble personalet tatt hånd om umiddelbart etter hendelsen? (Ja/Nei) _____
- Hvis ja, på hvilken måte? _____
- Hvem er varslet? (Overspl., v.h. lege, avd.spl) _____
- Er det gjennomført debriefing av hendelsen? (Ja/Nei) _____
- Er det behov for akutt hjelp til noen av de involverte? (Ja/Nei) _____
- Eventuelle tilleggsopplysninger (iverksatte tiltak, ønsker etc): _____

(Skjemaet underskrives og legges i posthyllen til avd.spl)

Underskrift: _____

(Punkt 3 følges opp av avd.spl. i samarbeid med avd. overlege)

3 Videre oppfølging og bearbeiding av hendelsen

- Alt involvert personell er varslet (dato og klokkeslett) _____ og innkalt til gjennomgang av hendelsen (dato og klokkeslett) _____ sammen med avd.spl., gruppeleder, avd. overlege, psykolog _____
- Personell tilstede på gjennomgang av hendelse: _____
- Viktige elementer som ble tatt opp: _____
- Er det behov/ønske om videre oppfølging av hendelsen? (Ja/Nei) _____
- Hvis ja, hva slags oppfølging? (blodprøve/samtale/somatisk undersøkelse etc) _____
- Neste tidspunkt for oppfølging av hendelsen (dato og klokkeslett): _____
- Er det fare for ettervirkninger/senskader? _____

Videre oppfølging/tiltak/annet: _____

Er de involverte tilfreds med oppfølgingen de har fått? (Ja/Nei)

Dato og underskrift (personal): _____

Dato og underskrift (avd.spl.): _____

Erfaringene viser at posten ikke bruker skjemaet i utstrakt grad. Så langt er kun 4 skjemaer fylt ut, til tross for en tid med tungt pasientbelegg. Vi har definert at det skal være en lav terskel for å bruke dette skjemaet – både på egne og andres vegne, og gitt konkrete eksempler i skjemaet på hva slike hendelser kan være. Erfaringer med skjemaet skal taes opp på personalmøter fremover.

Som en direkte følge av dette arbeidet har miljøterapeut Egil Eide og sykepleier Inger S. Slåtta arrangert et mini-seminar om debriefing for personalet. Tanken var at personale som går med definert ansvar på posten skulle få økt sin kompetanse på området. Målet var at personalet skulle føle seg trygge på å iverksette tiltak rettet mot de involverte i en dramatisk hendelse.

Seminaret ble gjennomført to ganger på to uker, med til sammen 18 deltagere. Seminaret bestod av teori, rollespill, diskusjoner og bevisstgjøring av egne holdninger. Det har i etterkant kommet mange positive tilbakemeldinger på dette tiltaket. Det oppleves en betydelig større bevissthet rundt temaet. Folk etterlyser i større grad fora hvor man kan få bearbeidet og snakket igjennom hendelser. Videre oppleves det en større åpenhet i personalgruppen og man snakker uformelt sammen i større grad enn tidligere.

5.6. Sosialt miljø i posten

For å bedre tilbudet til pasientene i posten, ble det dannet en gruppe med hjelpepleier Kari Oline Granlien, miljøterapeut Egil Eide, aktivitør Annki Ruud og fysioterapeut Lise Lunde. Deres mandat var å utarbeide et forslag til program for meningsfylte aktiviteter, basert på pasientenes egne erfaringer.

Resultatene fra intervjuene med pasientene gav en klar indikasjon på at dette var et område posten burde forbedre. Tallene viste at hele 71% følte seg ensomme i avdelingen og at kun 39,5% opplevde å ha mulighet for meningsfylte aktiviteter.

På bakgrunn av dette bestemte gruppen seg for å snakke nærmere med pasientene om hva de opplevde som meningsfylte aktiviteter, samt få vite mer om deres opplevelse av ensomhet i avdelingen. Gruppens medlemmer hadde uformelle samtaler med mange pasienter om dette. Tilbakemeldingene viste at mange pasienter følte seg ensomme både fordi de hadde manglende kontakt med nettverkene sine ute, samtidig som de opplevde personale som svært travle og med liten mulighet til å være sammen med dem. Dette problemet var størst på åpen enhet. Når det gjaldt tilbud om meningsfylte aktiviteter, viste samtalen at mange ikke hadde fått opplysninger om tilbudene som allerede fantes ved posten og sykehuset. Pasientene etterlyste aktiviteter med mulighet for mer fysisk utfoldelse, samt mulighet for å benytte aktivitør og de aktivitetene hun kunne tilby på kveldstid også.

Gruppen lagde en ny informasjonsbrosjyre om posten, med synliggjøring av eksisterende aktiviteter og ukeplan. Dette gjorde også personalet mer bevisste på hvilke tilbud posten har, og de har senere uttrykt en følelse av i større grad å forplikte seg til å følge opp og legge til rette for gjennomføring av disse tilbudene. Gjennom dette arbeidet konkluderte posten med at det i første omgang ikke manglet på aktiviteter, men at disse i for liten grad ble brukt på en systematisk måte som sikret at flest mulig av pasientene fikk glede av dem.

Tidligere hadde posten en krok ute i stuen som fungerte som aktivitetsrom. Her var det mye støy forbundet med trafikk i posten og samtaler/aktiviteter andre steder i stuen. Spisestuen på åpen gruppe ble omgjort til ”Drodlestua”. Dette har blitt et aktivitetsrom med mulighet for diverse aktiviteter som maling, tegning, hekling, lesing, lytte til musikk – og med mulighet for å lukke døren. Det ble under innredningen vektlagt at man både kunne ha tett kontakt med pasientene, men også legge til rette for at de kunne skjerme seg med aktiviteter – men allikevel delta i et felleskap. Aktivitøren besluttet i samråd med avdelingssykepleier å arbeide noen kveldsvakter hver måned, for at det med jevne mellomrom skulle være mulighet for denne type aktiviteter også på kveldstid. Dette rommet er nå kun stengt mellom 11.15-12.15 hver dag, og benyttes i stor grad av pasienter sammen med personale, eller alene. Mange uttrykker at dette rommet har en tiltalende og beroligende atmosfære.

Personalet som tidligere ikke har hatt et eget rom å avvikle sin lunsj i, benytter nå dette rommet til det formålet. Personalet uttrykker også stor tilfredshet med dette, og det kan virke som flere er bevisste på å få avviklet lunsjen sin og delta i fellesskapet nå enn tidligere.

Tidligere har posten hatt morgenstrek under veiledning av fysioterapeut en dag per uke. For å kunne imøtekomme pasientenes ønske om økt fysisk aktivitet, har aktivitøren fått veiledning hos fysioterapeutene, om hvordan og hvorfor man kan drive slike øvelser. Hun planlegger nå å gi pasientene et utvidet tilbud på dette området.

Posten har tidligere definert to av personalet som fritidskontakter. Disse har hatt ansvar for å følge opp aktiviteter i regi av Fritidsavdelingen på sykehuset. Gjennom vinteren 04 har flere personale i økende grad ønsket å være involvert i dette arbeidet. Dette har ført til at post 2b ukentlig har deltatt med pasienter på vinteraktiviteter. I tillegg fikk to pasienter reise en uke på Skifestivalen sammen med et personale. Det virker som dette arbeidet føres videre over i den nye årstiden, ved at pasienter allerede har vært på sykkeltur og kajakkstur.

Arbeidet med dette området viser at det gjennom lang tid har vært lagt et godt grunnlag for gjennomføring av meningsfulle aktiviteter ved post 2b. De siste årenes turbulens og usikkerhet i posten har redusert personalets fokus på dette området. Dette arbeidet har skapt en ny bevisstgjøring og engasjement blant personalet. Vi er mer aktive med pasientene enn på svært lenge – selv om rammebetingelser hva økonomi og personalressurser angår er uforandret. Pasientene roser oftere personalet for deres fleksibilitet og vilje til å delta /engasjere seg. Flere har også uttrykt at de har opplevd mer av slike aktiviteter og hyggelige stunder på 2b, enn på mange år ute i sitt virkelige liv. Fortsatt har posten utfordringer på dette området i forhold til at pasientene skal oppleve personalet som mer synlig i miljøet og tilgjengelige for kontakt, når det kan være vanskelig som pasient selv å ta initiativet.

Det er nettopp gjennomført en ny serie med intervjuer i posten, men på grunn av stort overbelegg har man ikke klart å fremstille resultatene før denne sluttrapporten gikk i trykken.

5.7. Læringsutbytte og tanker om fremtiden

Som påpekt underveis i dette kapittelet har posten opplevd store gevinster av prosjektperioden. Vi har hatt et innholdsrikt og svært bevisstgjørende halvannet år på 2b. Sykefraværet på avdelingen har blitt redusert kraftig de siste 7 månedene fra 26,7% til 9,1 %, noe som illustrerer at arbeidsmiljøet har blitt betydelig bedre. Det har vært godt å få tilbake

ansatte fra sykemeldinger og fast personell som har vært i permisjon. I tillegg har posten fått flere nyansatte med en positiv innstilling.

De store forbedringene er et resultat av mange faktorer; posten har fått en stabil ledelse, personalet har blitt involvert i å forbedre sentrale områder med prosessforbedring, og det har skjedd viktig bevisstgjøring av hvordan den enkelte kan bidra ved å være mer løsningsfokuset. Den tverrfaglige veiledningen i posten som startet i høsten 03 har også vært veldig nyttig.

I mai 04 hadde avdelingen en halvdags oppfølgingsseminar med GRUK. På seminaret fortalte personalet at man nå opplever mindre snakk i krokene og at ting tas opp mer direkte med dem det gjelder. Det er en mer positiv stemning i posten og det er større toleranse for forskjellig syn. Man har blitt flinkere til å anerkjenne hverandre og kommunikasjonen mellom de to gruppene i posten har også blitt bedre. Det tverrfaglige samarbeidet er styrket og man bruker hverandre mer. Det har skjedd en demokratisering i posten og ansatte opplever å bli hørt på en annen måte enn før. Da deltakerne på seminaret ble bedt om å skåre sin opplevelse av arbeidsmiljøet på en skala fra 0-10, var det stor enighet om at denne var 3,2 før Soleseminaret og at man nå var på 6,8. Man ønsket å nå 8,3.

Tilbakemeldinger fra pasientene tyder også på at posten er på riktig vei mot det vi håper å oppleve som varige og gode forbedringer.

Posten har besluttet at arbeidet med prosessforbedring skal fortsette fra høsten av. Man vil avgjøre hvem man ønsker at en ny prosjektgruppe skal bestå av på det siste personalmøtet før sommeren. Den nåværende prosjektgruppen består frem til den nye gruppen er i gang. Overlege og avdelingssykepleier er selvsagte medlemmer av gruppen framover. Den nåværende tilrettelegger fortsetter i sin funksjon frem til assisterende avdelingssykepleier er på plass fra nyåret. Etter dette skal tilrettelegger knyttes inn som en ressursperson ved behov, og assisterende avdelingssykepleier skal ha det overordnede ansvaret. Fra høsten 04 settes det av ett personalmøte hver måned til å drøfte forbedringsarbeid ved posten. Pasientintervjuer skal danne grunnlag for valg av nye områder, og man skal gjennomføre 20 intervjuer ca. hver 4. måned.

Prosessforbedring knyttet sammen med løsningsfokuset tilnærming til postens miljømessige utfordringer, kan ikke sies å ha vært annet enn vellykket. Når planene for prosjektets videreføring skal gjøres, må det samtidig gjøres noen erkjennelser om at arbeidet til nå også har hatt sin pris. Det å drive mange parallelle grupper slik 2b har gjort, er svært ressurskrevende for en post. Med tanke på den positive effekten disse gruppene har hatt i sin helhet – ønsker vi å drive prosjektet videre i samme ånd når nye forbedringsområder skal velges til høsten – dog med noe lavere ambisjonsnivå og med lengre tidsperspektiv på hvert enkelt område.

6.0. Bedre kvalitet på behandlingsmøtene i akuttpost 2A

av tilretteleggere Maud Barmoen og Anders Krøvel

6.1. Beskrivelse av akuttpost 2A

Post 2a er en av tre akuttposter ved Blakstad Sykehus. Det er en lukket akuttpost med plikt til å gi øyeblikkelig hjelp til pasienter fra sektor Asker, Nesodden og Enebakk. Vi har også noen pasienter fra Bærum. Målgruppen er pasienter med psykoser, depresjoner og personlighetsforstyrrelser. Vi har 12 pasientrom, derav 6 på skjermet enhet. Vi jobber i to team og samme personale følger pasienten fra innleggelse til utskrivelse, selv om pasienten bytter fra skjermet til åpen enhet. Ofte er det overbelegg i posten, og vi kan på det meste ha opp til 18 pasienter innlagt. Pasientene blir i posten til den akutte krisen er over, og overflyttes da enten til andre interne poster eller utskrives med tilrettelagt oppfølging ute. Innleggelsestiden er kort, halvparten av pasientene har et opphold på 6 døgn eller kortere. Gjennomsnittlig liggetid er 15 døgn. Vi har ca 300 innleggelser pr år.

Personalet består av to avdelingsoverleger, en psykolog, to assistentleger, en fysioterapeut, en sosionom, en avdelingssykepleier og en ass. avdelingssykepleier. Posten har 32,34 stillingshjemler knyttet til miljøet, en aktivtør, miljøterapeuter, sykepleiere og hjelpepleiere med og uten videreutdanning i psykisk helsearbeid. I tillegg har vi en del ufaglærte/ekstravakter, hvorav noen har lang erfaring. Posten har jevnlig sykepleierstudenter både fra grunnutdanning og videreutdanning og politistudenter. Av og til har vi også lege-, sosionom, hjelpepleierstudenter og hospitanter.

6.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Prosjektgruppa har bestått av overlege Ole-John Botten, psykolog Randy Nærheim, avdelingssykepleier Håkon T. Johansen, ass. avdelingssykepleier Maud Barmoen, og hjelpepleier Anders Krøvel. Randy Nærheim var først med i prosjektgruppa ved 4a, som har valgt samme forbedringsområde som 2a.

I løpet av tiden som prosjektet har pågått har kontinuiteten i arbeidet vært litt vekslende på grunn av sykdom, ferieavvikling, og ikke minst overbelegg i posten, siden det direkte pasientarbeidet til enhver tid skal prioriteres. Vi har imidlertid hatt lange perioder med jevnlig, korte møter, godt engasjement og mange drøftinger. De siste månedene har vi hatt faste dager og klokkeslett for prosjektgruppemøtene. Det har bidratt til at det er lettere å planlegge, og vi møtes selv om vi ikke alltid blir fulltallige.

Det har også vært bra engasjement blant medarbeiderne. De har vært nysgjerrige og stilt en del spørsmål rundt prosjektet og forbedringsområdene. Vi har ikke opplevd noen motstand mot innføring av denne nye metoden, bortsett fra at de har vært noe kritiske til innføring og bruk av nye skjemaer i forbedringsarbeidet. Dette skyldes at vi fra før av har svært mye papirarbeid. Dette håper vi blir bedre når de elektroniske pasientjournalene snart skal tas i bruk.

P.g.a manglende datakunnskaper gikk det litt tungt til å begynne med. Det ble en ekstrajobb å lære seg dette ved siden av å lære en ny metode. Det har vært bra å kunne være to tilretteleggere; vi har konferert, avlastet og hjulpet hverandre. Den andre tilretteleggeren har mer PC erfaring. I perioder har det også vært store problemer med datasystemet på hele sykehuset, både på grunn av virus, omorganisering og omlegging av systemet.

6.3. Pasientstyrt forbedringsarbeid

Tilrettelegger begynte å intervju pasienter for å avdekke forbedringsområder allerede i februar 03. Vi brukte intervjuguiden som er publisert i Statens Helsetilsyns utredningsserie 6-2001. Til sammen 16 intervjuer ble foretatt i den første serien. Vi anonymiserte intervjuene, da vi tenkte det ble lettere for pasienten å gi oppriktige tilbakemeldinger. Vi kan også bli lett påvirket av svarene, og kan bli forklarende når vi vet hvilken pasient som har svart. Alle som ble intervjuet hadde vært innlagt i 6 dager eller mer, for å sikre at pasienten hadde grunnlag for å kunne svare på alle spørsmålene. Dersom for mange av spørsmålene blir besvart med uaktuelt, gir tallmaterialet et feilaktig bilde.

Vi har erfart at det er svakheter ved spørreskjemaet i forhold til mange av de pasientene som er innlagt ved en akuttpost, spesielt spørsmål om planlegging ved utskriving. Når pasienten i stedet overflyttes til annen post, blir mange av disse spørsmålene uaktuelle. Også når det gjaldt spørsmålene om informasjon til pårørende, erfarte vi svakheter i guiden. Hvis for eksempel bare et fåtall av pasientene ønsker at pårørende skal informeres, eller ikke har nære pårørende, medfører det at tallmaterialet for dette området blir skeivt i forhold til resten av undersøkelsen. Når det gjaldt spørsmålene om medvirkning i egen behandling synes vi det er logisk med en del negative svar når en pasient er innlagt mot sin vilje, blitt tvangsmedisinert og/eller har fått begrensninger i form av vedtak.

Resultatene av de 16 første intervjuene viste at vi skårer høyt på pasientenes opplevelse av respekt og støtte fra personalet og sosialt miljø i posten. Se figur 8 i pkt 6.3.2. Derimot fikk vi lavere skår på medvirkning til egen behandling, informasjon til pårørende og pasient. Parallelt med at resultatene fra intervjuene ble klare, hadde vi begynt å forbedre behandlingsmøtene våre. Vi hadde hatt diskusjoner om hvorvidt pasientene skulle delta på møtene. Personalet har gitt uttrykk for at de ikke synes at pasienten skal være til stede med tanke på å ivareta egosvake pasienter i større fora, og personalet følte at de også ville blitt hemmet i det de skulle legge frem ømfintlig informasjon. Behandlingsmøter med pasienten til stede har også vært utprøvd i posten en kort periode tidligere, uten at dette fungerte. Hvordan kunne vi da forbedre oss i forhold til pasientenes lave opplevelse av medvirkning og informasjon?

6.3.1. For- og ettermøter med pasientene

Løsningen ble at vi bestemte oss for å innføre et formøte og ettermøte med pasientene sammen med behandleren og/eller miljøkontakten. Vi laget sjekklister for for- og ettermøte med pasienten, for å sikre at pasienten fikk informasjon og kunne medvirke i egen behandling. Primærkontakten og/eller behandler har hovedansvaret for å fylle ut sjekklista. På formøtet informeres pasienten om hva vi planlegger å drøfte i behandlingsmøtet og vi spør hva pasienten ønsker at vi skal ta opp. Vi sjekker om det er foretatt en kartlegging av pasientens barn, og om det er gitt samtykke til, og innhentet informasjon fra pårørende og andre samarbeidspartnere. Videre spør vi om pasienten har individuell plan, om den eventuelt foreligger i posten, og om pasienten er informert om retten til å lese egen journal.

Sjekkliste for – og ettermøte for post 2A

Behandlingsmøte nr.....
Dato:.....

Sjekkliste for hva behandler og primærkontakt/sekundærkontakt må avklare sammen med pasienten før behandlingsmøtet, og informasjon som skal gis til pasienten.

Hensikten med sjekklista er at den skal være et hjelpemiddel for å sikre at pasienten får informasjon og får medvirke i egen behandling.

Behandler og primærkontakt er ansvarlig for å fylle ut sjekklista og ta den med til behandlingsmøtet. Obs! Ny sjekkliste brukes for hvert behandlingsmøte. Originalen legges i kardex og kopi i Mauds posthulle etter ettermøtet med pasienten. Primærkontakt har ansvaret for dette.

Kommentarer: All dokumentasjon skjer i kardex og i behandlingsplan. Kun avkrysning på sjekklista.

Obs! Spørsmål 2 i formøtet: Kan pasientens ønske bli et av hovedfokusene i behandlingsmøtet?

Navn på pasient	
Navn på behandler	
Navn på primær/sekundærkontakt	

	Sjekkliste for formøte med pasient.	Ja	Nei	Ikke aktuelt
1.	Har pasienten fått informasjon om innholdet i behandlingsmøtet?			
2.	Er pasienten spurt om hva han/hun vil vi skal ta opp?			
3.	Er pasienten informert om hva behandler/miljøpersonalet ønsker å ta opp?			
4.	Er skjemaet "Kartlegging av barn" utfylt?			
5.	Er det innhentet samtykke til, og informasjon fra pårørende?			
6.	Er det innhentet samtykke til, og informasjon fra relevante samarbeidspartnere?			
7.	Er det undersøkt om pasienten har en individuell plan?			
8.	Er det undersøkt om pasientens individuelle plan foreligger i post 2A?			
9.	Har pasienten blitt informert om rett til innsyn i egen kardex /journal?			

	Sjekkliste for ettermøte med pasient.	Ja	Nei	Ikke aktuelt
1.	Er behandlingsplanen gjennomgått sammen med pasienten?			
2.	Tilbakemelding fra pasienten om hvordan han/hun opplevde gjennomgang av lista og medvirkning til egen behandling?	Kommentarer skrives i kardex – gult ark.		
3.	Pasientene er ikke med på behandlingsmøte i dag. Hvis det i fremtiden blir åpnet for at pasienter kan delta, kunne vedkommende da tenke seg å delta i behandlingsmøtet?	Ja	Nei	Ikke aktuelt

I ettermøtet går vi gjennom konklusjonene fra behandlingsmøtet sammen med pasienten. Vi har også spurt pasientene om hva de synes om at de ikke får være med på selve behandlingsmøtet. De fleste pasientene ønsker ikke å delta på møtene, fordi de synes det ville være vanskelig å være til stede på et så stort møte med så mange ansatte. Noen svarer også at de ikke klarer å sitte i ro så lenge.

Vi har arbeidet parallelt med å forbedre selve behandlingsmøtet, og alt vårt forbedringsarbeid henger nært sammen. Vi har imidlertid valgt å fremstille arbeidet med behandlingsmøtet som et eget punkt (6.4) for enkelthets skyld.

For å bedre informasjonen til pasientene har vi fra januar 04 også startet med pasientundervisning i posten. Her underviser forskjellige yrkesgrupper om ulike temaer innenfor sine respektive fagfelt. Sosionomen har undervist om sosiale rettigheter og trygderettigheter, farmasøyten har undervist om virkninger og bivirkninger av nevroleptika, en lege underviste om symptomer ved tilbakefall ved manisk depressiv lidelse og fysioterapeuten om muskelpanseret.

6.3.2. Erfaringer og resultater

For- og ettermøtene med pasientene har medført at kommunikasjonen med pasienten kommer i gang tidligere i behandlingsforløpet. Vi har fått større klarhet i hva pasienten ønsker hjelp til under oppholdet og etter utskrivning. Dette gjør at vi unngår ”synsing” om hva vi tror er til det beste for pasienten.

Noen pasienter har gitt tilbakemelding om at de føler at for- og ettermøtene viser at de blir sett og tatt på alvor. Andre svarer at det er fint å bli tatt med på råd, og at de da ikke trenger å være til stede på behandlingsmøtet. Noen synes det er fint å få høre konklusjonene. Noen etterspør konklusjonene rett etter behandlingsmøtet, og er positivt nysgjerrige på hva som har blitt diskutert. Enkelte pasienter er for dårlige til å klare å forstå hva et behandlingsmøte er eller gi svar på spørsmål vi stiller dem på formøtet. De kan være forvirret, paranoide, eller aggressive, og har problemer med å forstå/konsentrere seg om formøtet. Så dårlige pasienter blir gjerne i posten en stund, og blir ofte i stand til å samarbeide mer etter hvert.

Det pasientene har oppgitt at de ønsker vi skal drøfte, kan defineres som ett av hovedfokusene på behandlingsmøtene. En del ønsker kan imøtekommes: for eksempel innvilge avtaleutgang, permisjoner, tilrettelegging av barnebesøk, hjelp med økonomien, fysioterapi etc. Andre ønsker er mer urealistiske og vanskelige å imøtekomme; for eksempel psykotiske pasienter som kun vil utskrives og slippe å ta medisiner. Alle ønskene blir imidlertid vurdert, og det blir gitt tilbakemelding til pasienten.

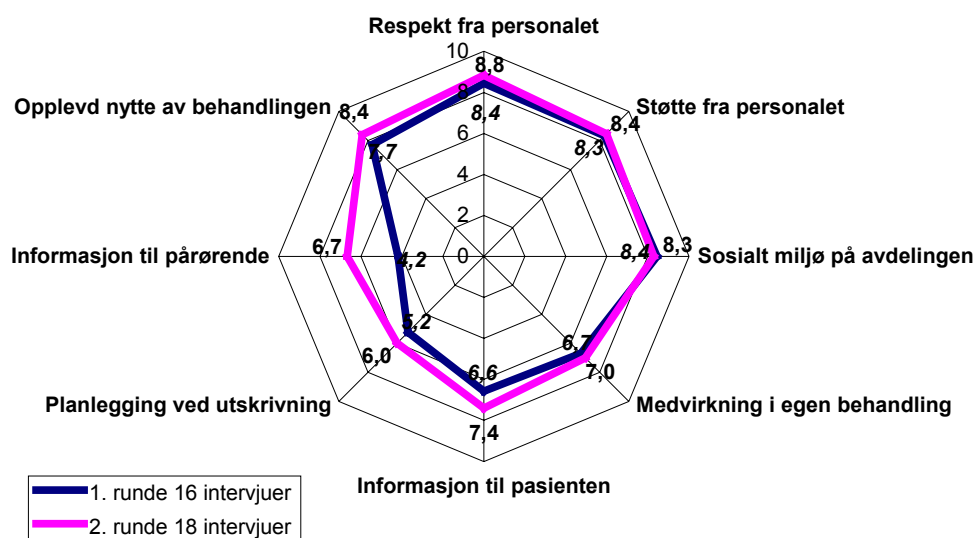
Det er ønskelig å systematisere formøte på en måte som gjør at behandler og primærkontakt får avtalt tidspunkt for dette. Det blir ofte liten tid til å snakke sammen om forberedelse til behandlingsmøte og hovedfokus. Det er derfor bestemt å bruke litt tid av fagmøtene på mandager til dette.

I pasientundervisningen har det vært stort engasjement med spørsmål og god dialog.

I perioden desember 03 – mai 04 har vi intervjuet 18 nye pasienter, for å måle om det har skjedd endringer. Vi er nå tre med ulik fagbakgrunn som har intervjuet disse pasientene.

Vi synes det er interessant å se at selv om medvirkning i egen behandling bare har steget litt i skår, så oppgir en stadig større andel av pasientene at de har hatt stor nytte av behandlingen. Vi har også lagt merke til at enkelte spørsmål i pasientintervjuet kan tolkes på ulike måter, og det har vært nødvendig at vi som gjennomfører intervjuene snakker sammen for å sikre at vi har lik forståelse. Pasientene er veldig positive til å bli intervjuet. De føler seg sett og ivaretatt. Det er kun 2 – 3 pasienter som ikke har villet la seg intervjuet. Vi har registrert at intervjuet i seg selv er kvalitetsgivende.

Figur 8: Pasientenes tilfredshet med oppholdet på 2a før og etter forbedring



6.4. Forbedring av behandlingsmøtene

Vi tegnet hovedprosessen fra innleggelse til utskrivelse på et flytskjema på opplæringsseminaret, og bestemte oss for å velge behandlingsmøtene våre som vårt første forbedringsområde.

Vi mente at disse møtene var en viktig del av pasientbehandlingen i akuttposten; både kartlegging, utredning, tiltak og evaluering skjer der. Det avholdes to møter i hvert av de to teamene i uka, og alle som hører til teamet deltar. Hvis det har vært mye kontakt mellom pasienten og et personale fra det andre teamet, deltar også vedkommende fra dette teamet. Det tas som regel bare opp en pasients situasjon i hvert møte. Siden de fleste pasientene har svært kort oppholdstid i posten, er det ikke alle pasienter som blir tatt opp på behandlingsmøtene. Man prioriterer oftest nye pasienter eller pasienter hvor det må avklares spørsmål omkring sikkerhet, eller hvor det er mye uavklart rundt behandlingen. Pasienter som skaper store miljømessige utfordringer prioriteres også.

Det var enighet om at kvaliteten på behandlingsmøtene våre varierte mye. Det virket som forberedelsen til møtene i blant var mangelfull. Det var forskjellig syn på hva som var viktig å ha fokus på, og ved noen møter uteble konklusjoner. Det var vanskelig å overholde tiden, vi kom ofte for sent i gang med behandlingsmøtene på grunn av at rapporten varte for lenge. Flere yrkesgrupper ønsket også å bidra i møtene, uten at tiden strakk til. Personalet var derfor enige i at det var en god ide å forbedre behandlingsmøtene våre.

6.4.1. Mål for behandlingsmøtet

Vår overordnede målsetting var å sikre kvaliteten på behandlingen, ved å holde høy faglig standard, god ressursutnyttelse og sikre pasientmedvirkningen. Gjennom behandlingsmøtet skal vi forsøke å danne oss et helhetlig bilde av pasienten, bestemme behandlingsopplegget og avklare ansvar og tidsrammer.

6.4.2. Gjennomføring av forbedringsarbeidet

Vi tegnet flytskjema over behandlingsmøtet som stadig ble omarbeidet. Personalet ble involvert i arbeidet med flytskjemaet og jakten etter forbedringsområder. Sammen fant vi svikt eller mangler i forhold til det som skjedde før, under og etter møtet.

Tilrettelegger var observatør på noen behandlingsmøter og tok notater for å registrere gangen i møtet. Det kom tydelig fram at mange yrkesgrupper var ivrige etter å få fram sitt syn og at disse ofte hadde forskjellig fokus på hva de snakket om. Tiden strakk ikke til og man fikk ofte ikke trukket konklusjoner.

Personalet evaluerte behandlingsmøtet slik det hadde fungert, på en skala fra 1 til 6, hvor 6 var høyeste skår. Gjennomsnittskår var 4,04. (se figur 9).

Prosjektgruppen brukte mye tid på å arbeide med innholdet i behandlingsmøtet, og gikk blant annet gjennom en gammel prosedyre for møtet. Personalet jobbet i grupper og kom med nyttige innspill før tilretteleggerne oppsummerte og samlet trådene etter mye veiledning fra GRUK på denne prosessen.

Vi så at det tidligere var for tilfeldig hvilke pasienter som ble tatt opp på behandlingsmøtene, og hva de forskjellige yrkesgruppene ville ha fokus på. Vi har derfor utarbeidet kriterier for utvelgelse av pasient til behandlingsmøtene (prioriteringer av hovedfokus). Det var videre behov for å klargjøre tydeligere hva som burde være hovedfokus i behandlingsmøtet hos den enkelte pasient, da innholdet i møtene ofte bar preg av altfor mange problemstillinger. Eksempler på ulike hovedfokus kan være vurdering av funksjonsnivå, diagnose, medikamenter, fokus på pasientens barn, og videre tiltak etter utskrivning. Vi har derfor laget et skjema i dagboka hvor alt personale kan sette opp forslag til hvilken pasient de ønsker skal tas opp, hvilke hovedfokus de ønsker å ha, og hvilke dag pasienten skal tas opp (primærkontakt/behandler må være til stede). Den endelige beslutningen om hvilke pasienter som skal opp på behandlingsmøtene resten av uka, og når, avgjøres på et tverrfaglig fagmøte hver mandag.

Det var et problem at lange rapporter ofte stjal tid fra behandlingsmøtet så lenge rapporten ble holdt først. Vi bestemte derfor at behandlingsmøtet skulle holdes fra 0800 til 0830, og rapporten fra 0830 til 0855.

Vi satte opp tidsrammer i forhold til fremlegg, tverrfaglig diskusjon og konklusjoner. De gangene vi ikke kom helt i mål med behandlingsmøtet, jobbet teamet rundt pasienten videre

med konklusjonene i et miniteam. Vi fikk for øvrig mange nyttige tilbakemeldinger på disse emnene på erfaringsseminarene.

For å sikre at behandlingsplanene skulle skrives, bestemte vi oss for å fortsette å skrive på disse under behandlingsmøtet.

Alle disse endringene ble arbeidet inn i et nytt program som ble iverksatt fra 23. juni. Vi har laget sjekkliste for å kontrollere om den nye malen for innholdet i behandlingsmøtet blir fulgt (se vedlegg 10). Tilretteleggere har målt programoppfyllelsen på 12 møter fra november 2003 til januar 2004. Etter denne målingen gjorde vi endringer ved at vi innførte flere hovedfokus i behandlingsmøtene.

Sjekklista til for- og ettermøte med pasienten har fungert som et prosessverktøy for å hjelpe personalet med å sikre og strukturere informasjonen til behandlingsmøtet. Malen og sjekklista har blitt justert og oppdatert ganske mye, da vi stadig oppdaget svakheter ved den som kunne skape misforståelser eller usikkerhet. Ved hjelp av veiledning fant vi ut at det var viktig å komme i gang med å registrere programoppfyllelse, og ta korrigeringer senere. I veiledning har vi diskutert punkter i sjekklista for programoppfyllelsen som ofte blir glemt, og dette har vært bevisstgjørende. Personalet har også fått tilbakemelding under eller etter behandlingsmøtene og dette har vært nyttig.

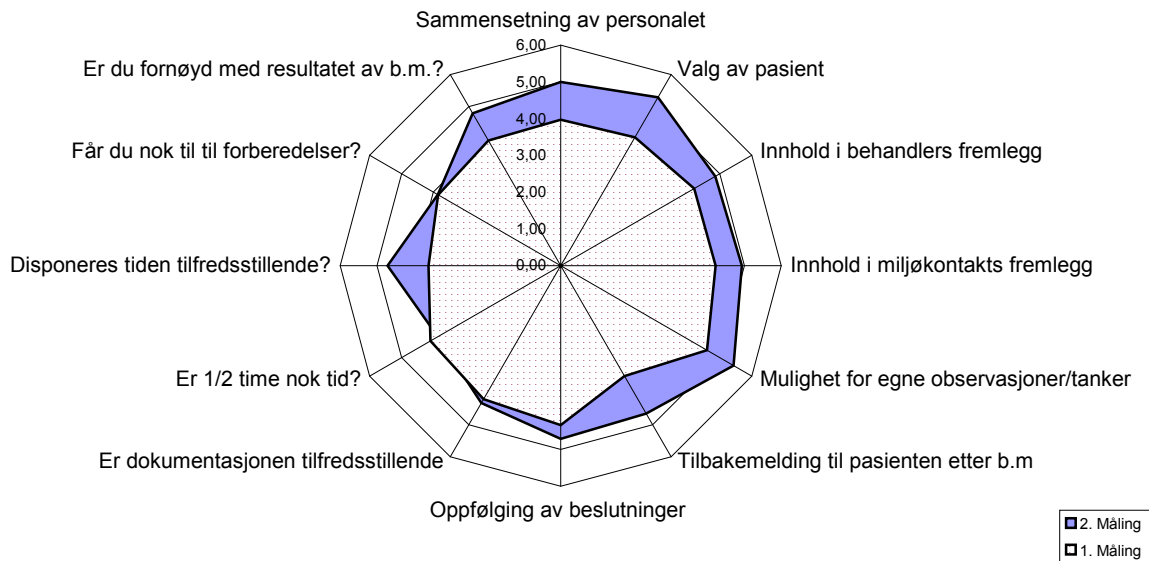
Vi har drøftet og informert om endringene på alle typer møter som avholdes i posten. Vi har også delt våre erfaringer med post 2B, og vært observatører på et behandlingsmøte på post 4a, siden vi alle har arbeidet med det samme forbedringsområdet.

6.4.3. Erfaringer og resultater

Deltagerne i behandlingsmøtet har blitt mer samkjørte og mer forberedt til møtet etter at fokus ble bestemt på forhånd. Fra mars 04 har vi endret litt på praksisen med å velge hovedfokus, ved at vi definerer flere hovedfokus som kan tas opp på behandlingsmøtene. Begrunnelsen for dette var ytterligere konkretisering av det en ville sette fokus på, slik at det ble klarere for alle hva innholdet skulle dreie seg om. Fokus skal være så presist at det styrer møtet.

Da vi igjen i mai 04 ba personalet om å vurdere hvor fornøyd de var med behandlingsmøtene var gjennomsnittsskåren gått opp 4.04 til 4.70 på en skala fra 0 til 6. Personalet synes at kvaliteten på møtene er blitt jevnt over bedre fordi vi er bedre forberedt. De mener at dette skyldes at sjekklista bidrar til at man raskere innhenter informasjon fra for eksempel pårørende, samarbeidspartnere og pasient. Videre opplever personalet at kvaliteten er bedre på møtene; de er mer strukturerte, oversiktlige og konstruktive. Det er mindre tidspress på grunn av at hovedfokus defineres klart. Færre behandlingsmøter har blitt avlyst fordi nye rutiner har gjort at alle møter mer forberedt. Det tverrfaglige samarbeidet har blitt styrket, fordi klarere fokus gjør at vi nå drar mer i samme retning. Personalet synes det er blitt større mulighet for innspill på behandlingsmøtene. Det er blitt flere miniteammøter som en naturlig oppfølging av behandlingsmøtene.

Figur 9: Personalets opplevelse av kvaliteten på behandlingsmøtene før og etter forbedringer.



Vi har også erfart at det var lite vellykket å skrive på behandlingsplanen under møtet, da det tok for mye tid.

Vi har i perioden fra januar til mai 04 registrert programoppfyllelse for 27 nye behandlingsmøter. Resultatene kan ikke uten videre sammenlignes, da vi etter hvert har fått flere hovedfokus i samme behandlingsmøte. Dette ble gjort for å få strammere rammer, og gjøre problemstillingen enda mer konkret. Dette gjør at målingen blir noe annerledes i neste sett med målinger, fordi vi måler programoppfyllelse i forhold til flere hovedfokus. I første behandlingsmøte er pasienten ny, og mange fokus skal nevnes. Det vil si at det skal gis et bredere fremlegg av pasienten. Her kunne det tidligere bli glemt noen punkter i programoppfyllelsen, men umiddelbar tilbakemelding på dette til personalet etter møtet, har etter hvert gitt stor bedring. I andre behandlingsmøtet (eventuelt senere behandlingsmøte på samme pasient) har vi færre hovedfokus, noe som setter bedre rammer rundt det som skal legges frem og måles. De nye behandlingsmøtene er nå så godt innarbeidet at det ikke er nødvendig å måle programoppfyllelse og gi fortløpende tilbakemelding.

6.5. Læringsutbytte, innsikter og veien videre

Vi opplever at det har skjedd en bevisstgjøring i forbindelse med forbedringsarbeidet. Vi er mer bevisste på nødvendig innhold i behandlingsmøtene – dette utgjør en kvalitativ forskjell fra tidligere praksis. Vi merker at pasientene føler seg mer ”i sentrum” og mer ivaretatt og at de liker å få tilbakemelding om beslutningene som fattes på behandlingsmøtene.

Vi vil evaluere sjekklista for behandlingsmøtet og for- og ettermøtet med jevne mellomrom i tiden framover for å undersøke om de er nok fokusert på det vi ønsker, slik at de kan påvirke

behandlingsmøtene våre. Vi vil i perioder måle programoppfyllelse for møtene og evaluere disse.

Vi vil fortsette med pasientstyrt forbedringsarbeid framover og vil måle pasienttilfredsheten i perioder for å sjekke om prosessene er stabile. Vi vil fortsette med å se spesielt på delområdene pasientmedvirkning og informasjon til pasientene.

Vi planlegger at alt fast personale skal begynne å intervju pasienter i en periode, fordi vi ser det som en lærerik og nyttig erfaring. Vi er klar over at faren ved at mange intervjuer er at tolkningen av uklare spørsmål kan bli noe forskjellig. Dette kan føre til at enkelte skår blir noe annerledes enn om få personer intervjuer. Personalet får informasjon av tilretteleggerne før intervjuet, og tilbakemelding etter intervjuet. Vi fortsetter også med pasientundervisning i posten.

7.0. Bedre samhandling mellom åpen og skjermet gruppe på post 4b

av tilrettelegger Wenche Kronhaug

7.1. Kort beskrivelse av rehabiliteringspost 4b

Post 4b er en rehabiliteringspost som gir behandling til pasienter som har behov for et opphold i sykehus over mer enn 6 måneder. Vi skal gi et differensiert, strukturert og målrettet behandlingstilbud til pasienter med alvorlige og sammensatte tilstander. Posten har en åpen og en skjermet gruppe.

Vi arbeider for å optimalisere pasientenes utviklingsmuligheter ved målrettet og fokusert involvering av aktuelle ledd i behandlingsskjeden. Forskrift for individuelle planer er utgangspunkt for planlegging og samarbeid rundt pasientbehandlingen. Posten arbeider for at pasienten i større grad skal være selvregulerende når det gjelder affekt og atferd, og ved inntak forventes et visst potensiale for rehabilitering. I noen tilfelle vil behandlingen dreie seg om å kartlegge og ivareta restfunksjoner, samt finne riktig omsorgsnivå i behandlingsskjeden. Posten er opptatt av å bedre samarbeidet med kommuner og andre ledd i spesialisthelsetjenesten.

Posten har 28 stillinger som jobber i miljøet; psykiatriske sykepleiere, sykepleiere, hjelpepleiere, miljøterapeuter, ergoterapeut, sosionom og fysioterapeut. Posten har fast tilknyttet assistentlege i full stilling og 1 psykologstilling, samt overlege. I tillegg har posten til en hver tid knyttet til seg personer som er under utdanning, opplæring og spesialisering.

7.2. Organisering av forbedringsarbeidet

Da vi startet opp var det tanken at vi skulle være tre personer i prosjektgruppa som skulle ha ansvaret for forbedringsarbeidet i posten. Avdelingsleder Gjermund Solli og psykolog Didrik Heggdal skulle være med fra ledersiden i posten og psykiatrisk sykepleier Wenche Kronhaug skulle være tilrettelegger. Vi fant snart ut at det ville være hensiktsmessig med en person til fra miljøet. Valget falt på Torill Hatle som er ergoterapeut og arbeider som miljøterapeut i posten. Vi ønsket også å ha med overlegen, men på grunn av hennes store arbeidspress var dette dessverre ikke mulig. Hun har blitt løpende informert og har støttet opp under forbedringsarbeidet.

Vi ble anbefalt å møtes ukentlig, men dette lot seg ikke gjennomføre. Vi har avtalt møter fra gang til gang, og det har medført litt ekstra arbeid for tilretteleggeren å få samlet gruppen.

Entusiasmen for dette arbeidet var ikke på topp i utgangspunktet av flere grunner. Vi var frustrerte over at de opprinnelige planene om å få med hele tiltaksnettverket i prosjektet ikke ble noe av. Det er en veldig travel og krevende hverdag i posten og personalet synes de hadde nok å forholde seg til. Selv om prosjektgruppa skulle være hovedansvarlige for arbeidet, har det vært nødvendig å involvere alle i posten for at forbedringsarbeidet skulle bli nyttig. Selv om alle synes det er viktig med forbedringer, har det vært få som har engasjert seg når det kommer til praktisk gjennomføring. Det kan til dels skyldes arbeidspresset i posten, problemer med å prioritere bort direkte arbeid med pasientene og at man ikke har overskudd

til å engasjere seg i noe nytt og tidkrevende. Dessuten hadde posten dårlig erfaringer med tidligere prosjekter. I tillegg har sykdom og fravær av andre grunner, samt turnusarbeid gjort at det i perioder har vært vanskelig å gjennomføre forbedringsarbeidet.

I likhet med mange andre arbeidssteder i psykiatrien har posten tidligere vært preget av en arbeidskultur hvor man snakker om problemer med formål å løse dem, men at vi sjelden kom til konklusjoner med konkrete handlinger med formål å skape evaluerbare endringer.

Diskusjonene repeteres, og all snakkingen kan gi utløp for frustrasjon, men skaper også ny frustrasjon når det ikke skjer reelle endringer. Dette har vi imidlertid klart å endre gjennom dette prosjektet.

7.3. ”- Det verste med å være her er tiden vi venter på å få komme hit”

Da vi skulle velge det første forbedringsområdet, ønsket vi å forbedre samarbeidet mellom de to gruppene i posten. Vi ble veiledet til å starte med en prosess som var direkte pasientrettet fordi det er enklere når man skal lære metoden, og heller ta tak i dette senere.

Vi spurte derfor pasientene på posten hva de opplevde som vanskelig som vi burde forbedre. Flere ga uttrykk for at det verste med å være her er tiden før de fikk plass. De opplevde ventetiden fra det ble bestemt at de skulle få plass hos oss til det ble plass til dem på posten som svært vanskelig. De hadde fantasier om hvordan et opphold på en lukket langtidspost ville være og gruet seg for å komme hit. For noen ble denne ventetiden også veldig lang, i noen tilfeller opp mot 2 måneder. Vi valgte derfor å se på hvordan vi kunne gjøre denne ventetiden bedre for pasientene. Vi avgrenset prosessen vi skulle forbedre fra beslutningen om plass ble tatt til pasienten hadde vært en måned i posten.

7.3.1. Mål for ventefasen

Vi formulerte følgende mål:

- Pasientene skal bli tryggere, mer innstilt og motivert for behandling i post 4b. Behandlingsalliansen til pasientene skal bygges opp allerede fra det vedtas at de skal få plass hos oss.
- Personalet skal oppleve sammenheng i behandlingsprosessen og ha et eierforhold til prosessen.
- God ressursutnyttelse.

7.3.2. Utvikling av ny prosedyre

De eksisterte ingen prosedyre for overflytting av pasienter til post 4b. Vi laget et flytskjema (vedlegg 11) som om ga oss oversikt over hva som skjedde i posten fra pasienter ble meldt. Ut fra dette fant vi hva det var mulig å rette på for å få en bedre overflyttingsprosess. Ved å sette fokus på pasientenes forløp framfor det som skjer innenfor våre vegger, så vi muligheter til å arbeide med pasientene i tiden før det ble ledig plass hos oss. Dette ble igjen utgangspunktet for en ny, standardisert prosess i flytskjema, som så ble beskrevet i et nytt program for overflytting. Flytskjemaet og programmet ble lagt fram for personalet, som sluttet seg til dette.

For vurdere resultatene av forbedringsarbeidet laget vi tre spørreskjemaer:

- Måling av pasienttilfredshet
- Personalets vurdering av overflyttingsprosessen
- Ressursutnyttelse

Dessuten laget vi en sjekklister (vedlegg 12) som viser om hvert punkt i prosedyren er utført og av hvem. Personalet var skeptiske til å få mer papirarbeid.

For å kunne vurdere om pasientene ble mer fornøyde etter at det nye programmet ble innført, undersøkte vi tilfredsheten hos de pasientene som kom til posten før programmet ble innført.

Vi laget også en ny mappe som pasienten skal få når han har fått plass i posten. Denne inneholder informasjon om posten både for ham og for pårørende, samt sjekklister for overflyttingen slik at han selv kan følge med i om programmet blir fulgt.

Vi startet opp med bruk av den nye prosedyren 1.september-03. Det har vært nødvendig å minne en del av miljøpersonalet og individual-behandlere på å bruke prosedyren. Det har vært omtrent umulig å få personalet til å fylle ut spørreskjemaene etter overflytting.

7.3.3. Resultater av forbedringsarbeidet

Siden vi ikke har fått inn spørreskjemaene som skal brukes til vurdering av forbedringsarbeidet, har vi ikke data som viser forbedring i forhold til målsetting.

Personalet har imidlertid gitt uttrykk for at det er greit å ha en strukturert overflyttingsprosedyre. Vi håper at de etter hvert blir motivert til å bruke prosedyren uten påminnelse og at de også ser nytten av å få dokumentert effekten av dette ved å fylle ut spørreskjemaene.

Vi har også tilbakemelding fra poster som har vært involvert i overflytting av pasienter til 4B at det har vært en veldig ryddig, ordentlig og god overflytting.

7.4. Bedre samhandling mellom åpen og skjermet gruppe

Post 4b er delt i to grupper; en skjermet og en åpen gruppe. Skjermet gruppe (gruppe 2) er preget av at den har flere pasienter med selvskadingsproblematikk og spiseforstyrrelser, mens åpen gruppe (gruppe 1) har pasienter med mer klassisk schizofreni problematikk.

Tilnærmingen til behandling er ulik i de to gruppene. Skjermet gruppe er mer relasjonsbyggende, mens åpen gruppe er mer aktivitetsorientert og mer opptatt av struktur. Liggetiden for pasientene er vesentlig kortere i åpen gruppe.

Etter hvert har det utviklet seg noen problemer mellom gruppene i forståelsen av hva den andre gruppen gjør og hvorfor. Noen av personalet har gitt uttrykk for misnøye når de av og til må være med i den andre gruppen. Over tid kan dette være med å ødelegge et godt arbeidsmiljø hvis vi ikke griper fatt i det. Da vi skulle velge et nytt forbedringsområde bestemte vi oss derfor for å se på om det var mulig å bruke prosessforbedring til å bedre samarbeidet mellom de to gruppene.

7.4.1 Mål

Vårt overordede mål var å bedre samhandling mellom gruppene i post 4b.

Vi lagde også følgende delmål:

- Større tilfredshet for personalet med større forutsigbarhet og økt trivsel
- Større tilfredshet for pasientene med tryggere personale
- Bedre ressursutnyttelse når alt personale i posten er trygge på hva de skal gjøre og hvordan de skal forholde seg i ulike situasjoner
- Bedre faglig kvalitet

7.4.2 Identifisering av problemer og muligheter

Senhøsten 2003 hadde vi et seminar på Sole Hotell hvor vi ville kombinere arbeid med sosialt samvær. Vi arbeidet i grupper og plenum med å identifisere problemområder i samarbeidet og vi arbeidet med reflekterende team. Problemene som ble identifisert relaterte seg i stor grad til manglende struktur på arbeidsdagen, liten forståelse for behandlingstilnærming til pasientene i gruppene, manglende kunnskap og manglende rutiner.

Videre i denne prosessen hadde vi et par veiledninger i posten fra GRUK for å få hjelp til å involvere personalet. Dette viste seg å være vellykket, for personalet var svært engasjerte.

Personalet ble bedt om å krysse av sin opplevelse av forutsigbarhet og trivsel i arbeidsmiljøet på en skala fra 1-10. Gjennomsnitt for tilfredshet hos personalet (12 innkomne svar) er 5,5.

Begge gruppene ble bedt om å tegne sin arbeidsdag frem til vaktskifte om ettermiddagen inn i et flyskjema (vedlegg 13 og 14). Hver gruppe reflekterte over innholdet i flytskjemaet, både i forhold til egne holdninger og handlinger.

På bakgrunn av dette arbeidet, identifiserte vi følgende punkter som måtte forbedres for å nå målene om bedre samhandling:

1. Personell som har utevakt under morgenrapporten må få den informasjonen de trenger
2. Bedre planlegging og gjennomføring av dagen
3. Øke kompetansen, forståelsen og deltakelse i behandlingsprosesser
4. Håndtere situasjoner som krever fotfølging / tett oppfølging av pasienter som røyker for å løse problemet med passiv røyking
5. Øke kompetanse og faglighet i det miljøterapeutiske arbeidet.
6. Sikre gjennomføring av rutiner og prosedyrer
7. Annet som kan bedre samkjøringen rundt gjennomføring av arbeidsdagen og behandlingsplanen.

Prosjektgruppa ba to og to av personale om å utarbeide forslag til tiltak på hvert av disse punktene. Oppgavene ble fordelt ut fra hvilke områder de hadde vist engasjement i forhold til tidligere. De fikk en uke på dette, før de la fram forslagene på et personalseminar. Dette viste seg å være en meget god måte å arbeide på. Alle var engasjerte, hadde mye veldig bra å komme frem med og alt ble gjort innenfor tidsrammen. Vi brukte reflekterende team, før vi laget en endelig plan over hvilke endringer vi ville innføre.

7.4.3. Endringer i postens daglige rutiner

Postens daglige rutiner har fra midten av mai 04 blitt endret på mange måter:

For at de som har utevakt under morgenrapporten skal få den informasjonen de trenger, har vi fått en tavle på vaktrommet som daglig skal ajourføres ift hvilken status pasienten har og hvem som har permisjoner.

For å bedre planlegging og gjennomføring av dagen, må nå personalet avtale med avdelingsleder/ stedfortreder om eventuell endring til 07- vakt. Dette for å sikre at der er nok personell i posten frem til kl.15:30. Enhver har ansvar for å notere avtalene sine i hovedboken, samt tidfeste disse så langt det er mulig. Gruppelederne / gruppeansvarlig bruker tid etter rapporten for å samkjøre dagen så godt som mulig og kommuniserer i løpet av dagen etter behov.

Behovet for å øke kompetansen, forståelsen og deltakelse i behandlingsprosesser, blir dekket på flere måter: Vi driver kontinuerlig undervisning om hvordan man forholder seg praktisk i situasjoner med utagering, trening på beltefiksering og hva ulike oppfølgingsstatus innebærer. Personalet i gruppe 2 tar seg tid til en kort orientering i forbindelse med avløsning om status og viktige ting den som avløser må kjenne til for å utføre jobben sin.

Personell fra gruppe 1 bør være med i veiledningen psykologen har med gruppe 2, for å få bedre forståelse for tenkningen bak behandlingstiltakene i forhold til den enkelte pasient.

Personell fra begge grupper deltar i behandlingsmøtene.

Endringer i røyketillatelsen på posten og i sykehuset er nært forestående. Foreløpige tiltak for å løse problemet med passiv røyking er at man bruker den innebygde verandaen på gruppe 2. Her har man oversikt over pasienten selv om man står utenfor døren. Hvis nødvendig kan man på gruppe 1 være sammen med pasienten på den lille verandaen ved siden av nødutgangen

For å øke kompetanse og faglighet i det miljøterapeutiske arbeidet har vi besluttet at vi skal ha felles undervisning hele høsten 04, og at denne skal handle om bevisstgjøring i forhold til miljøterapi. Alle får utlevert og skal lese heftet om miljøterapi utgitt av Stiftelsen Psykiatrisk Opplysning, og denne legges til grunn for undervisningen. Miljøpersonalet har ansvar for undervisningen. Vi vil også bevisst bruke miljøterapi i forhold til GAF skåre og ta dette med inn i behandlingsmøter / reflekterende team.

For å sikre gjennomføring av rutiner og prosedyrer, vil to av personale gjennomgå den eksisterende prosedyreboken som er felles for sykehuset, og vurdere om det er nyttig for post 4b å ha en egen prosedyrebok som inneholder de prosedyrene som er mest aktuelle for oss. Prosedyrene skal være klare og tydelige og enkle å bruke for alle ansatte i posten. Prosedyreboken skal være i to eksemplarer, ha en spesiell farge og være lett tilgjengelig i begge gruppene. Arbeidet med dette skal være ferdig innen utgangen av oktober 2004.

For øvrig har vi bestemt at ved trekantsamtaler skal det gjennomføres for- og etter møter for individualbehandler og miljøkontakt. Hvis lege/ psykolog har samtaler alene med pasient, skal det gies tilbakemelding til miljøkontakter, slik at de har en forutsetning til å ivareta pasienten om det skulle oppstå problemer i forhold til ting som har vært emne i samtalen.

For å få en best mulig fungerende gruppe har nå to personer i hver gruppe ansvar for å vurdere strukturen i gruppen og komme med forslag til forbedringer. Vi vil også gjennomføre gruppemøter hvor en blir enige om hvordan strukturen skal være i egen gruppe.

7.4.4. Evaluering av tiltakene

For å se om vi følger opp tiltakene, har vi utviklet en sjekklister (vedlegg 15). Resultatene skal gjennomgås på personalmøte annenhver uke. Avdelingsleder eller hans stedfortreder har ansvar for at det blir gjort. Prosessen skal endelig evalueres i desember- 04. Vi vil da gjennomgå hvordan vi synes alle de nye rutinene har fungert og også evaluere om vi får utført flere gjøremål med pasienter utenfor posten fordi vi har blitt bedre til å samkjøre dagen. Slik det har vært er det ofte dobbelbooking og noe må gå ut fordi det blir for lite personell tilbake i posten. Vi håper at dette også skaper større tilfredshet hos pasienten.

I forbindelse med evalueringen i desember, skal personalet igjen krysse av sin opplevelse av forutsigbarhet og trivsel i arbeidsmiljøet på en skala fra 1-10. Personalet gir imidlertid

allerede nå uttrykk for at situasjonen er lettere, arbeidsdagen mer oversiktlig og klimaet gruppene mellom bedre.

7.5. Læringsutbytte, innsikter og veien videre

Det gjenstår fortsatt arbeid med evalueringer av forbedringsarbeidet før vi er i mål med de to områdene vi har arbeidet med. Dette arbeidet har vi planlagt å fortsette med.

Et viktig læringsutbytte er de konkrete erfaringer med hvordan vi kunne øke deltakelse og engasjement hos personalet når det gjelder utvikling av arbeidskultur. Fra organisasjonspsykologien vet vi at når medarbeidere har lav motivasjon og liten kompetanse i utviklingsarbeid, krever dette høy grad av styring, støtte og tett oppfølging. Dette må vi ta hensyn til.

Vi ser at det er behov for å kombinere konkrete prosedyrer og sjekklister i kvalitetsarbeidet med arbeidsmetoder som reflekterende team for å øke kreativiteten og deltakelse. Det er høy kompetanse i posten når det gjelder direkte pasientarbeid, og her er det et vesentlig potensiale for bedre ressursutnyttelse.

Den viktigste utfordringen framover er likevel at det arbeides med å utvikle et fungerende og samarbeidende behandlingsnettverk hvor man kan drive med prosessforbedring på tvers av linjene, slik det var planer om tidligere. På post 4b jobber vi aktivt med å videreformidle dette, men det er opp til foretakets ledelse å sørge for at det tas konkrete steg i denne retning.

8.0. Evaluering av læringsnettverket

Alle prosjektgruppene har evaluert læringsnettverket. I dette kapitlet gjengis resultatene.

8.1. Synet på pasientene

En viktig intensjon med prosjektet var å gi pasientene større innflytelse over behandlingen. Vi spurte derfor om prosjektet har hatt betydning for synet på pasientene på posten? Hvis ja, på hvilken måte?

Fire av fem poster svarte positivt på dette. De kommenterte følgende.

- *Vi har vært mer fokusert på brukermedvirkning og på pasientenes situasjon i en overflyttingsfase.*
- *Vi har blitt mer oppmerksomme på deres behov ved at vi ikke bare vet best hva om skal gjøres, men trekker pasientenes meninger inn i behandlingen. Vi har blitt mer lydhøre og tar pasientene mer på alvor.*
- *Personalet får mange aha-opplevelser. Det har skjedd en kulturendring.*
- *Gruppen tenker at synet ikke har endret seg radikalt, men at holdninger som tidligere har vært sterkt forankret har blitt hentet opp igjen og ytterligere blitt forsterket gjennom en svært viktig bevisstgjøringsprosess. Dette har ført til en økt bevissthet og respekt for pasientens rett til informasjon og medvirkning.*

8.2. Helhetlige tilbud

Et annet viktig mål med prosjektet har vært å samordne tjenestene for å gi mer helhetlige tilbud. Vi spurte om prosjektet har hatt betydning for det *tverrfaglige samarbeidet*? Hvis ja, på hvilken måte? Alle postene svarte at det tverrfaglige samarbeidet var blitt bedre og utdypet det slik:

- *Vi har fått økt bevissthet om hvem som gjør hva og økt fokus på og forsterkning av det tverrfaglige samarbeidet.*
- *Ja, vi har hatt tverrfaglige diskusjoner om verdigrunnlag. Fokus på teamarbeid har økt og alle har fått større forståelse for de forskjellige faggruppenes kompetanse.*
- *Ja, hver enkelts rolle har blitt tydeligere. Vi snakker mer sammen.*
- *Ja, i behandlingsmøtene kommer alle faggruppene mer på banen. Vi samarbeider bedre og er mer strukturerte. Møtene er mer konstruktive og oversiktelige.*

For å samordne tjenestene er det også viktig at samarbeidet fungerer godt på tvers av linjene. Det har vært mye frustrasjon over at resten av tjenestenettverket ikke deltok i dette læringsnettverket slik den opprinnelige planen var. Læringsnettverket har imidlertid skapt felles læringsarenaer for de fem postene som deltok, og vi spurte om prosjektet har hatt betydning for *samarbeidet med de andre postene* i læringsnettverket? Hvis ja, på hvilken måte? Fire poster hadde ikke opplevd at læringsnettverket hadde styrket samarbeidet på tvers av postene i særlig grad. De påpeker at det har vært lite fokus på samarbeid mellom postene, men at de har blitt bedre kjent og tryggere på hverandre – og oppdaget hvor forskjellige de er. Bare en post hadde opplevd at samarbeidet ble betydelig bedre, og de hadde arbeidet med å

forbedre prosessen for pasientene før det ble plass for dem i posten deres, dvs at de hadde utvidet perspektivet sitt fra det som foregikk på egen post til pasientenes prosess. De utdypet svaret sitt slik:

- *Økt forståelse for hverandres hverdag og det arbeidet som gjøres på andre poster. Dette kan minske frustrasjonen i de situasjonene der våre forventninger om hva som bør gjøres med pasientene ikke harmonerer med opplegget i den andre posten. Enklere å samarbeide når man kjenner hverandre. Bedre samarbeid rundt overflytting av pasienter, følger prosedyrer, andre poster kjenner våre prosedyrer, bedre kommunikasjon og forutsigbarhet pga. sjekklister.*

8.3. Ledelse og miljøet i posten

En av intensjonene med prosjektet var å bidra til å fokusere og videreutvikle en bedriftskultur som var preget av å være løsningsorientert, lærevillig, hjelpsom og med høy faglig kvalitet som alle ansatte kunne være stolte av. Prosessforbedring er et verktøy for ledere, som kan bidra til en slik utvikling av kulturen gjennom å involvere personalet i forbedringsarbeidet. Vi spurte om prosjektet har hatt *betydning for hvordan posten blir ledet?* Hvis ja, på hvilken måte? På dette området var det delte erfaringer. Det var skjedd store forbedringer på et par poster som nettopp hadde utfordringer på dette området. De kommenterte det slik:

- *Ubetinget ja. Prosjektet har båret frukter i form av viktige bidrag til å skape forutsigbarhet i ledelsen, rom for åpenhet, initiativ fra personalet uavhengig av profesjon - samt tilbakemeldinger med ulikt fortegn.*
- *Det har ført til noen strukturelle endringer og gjennomgang av rutiner. Det har avdekket et behov for å arbeide med planlegging av dagen og bedring av logistikk. Det kan også se ut til at man bør bli flinkere til å iverksette tiltak og ansvarliggjøre hver enkelt medarbeider mer.*

En post hadde ikke opplevd andre endringer i ledelsen av posten enn at behandlingsmøtene ble ledet på en annen måte. En annen post var usikker, men oppgir at lederne snakker mer sammen enn før og er samstemte. En post fremhever at miljøkontaktene tar mer ansvar og dermed avlaster behandlerne.

Vi spurte gruppene om de hadde opplevd at prosjektet hadde hatt *betydning for miljøet* i posten? Hvis ja, på hvilken måte? Begge de to postene som har arbeidet spesielt med å forbedre miljøet i posten opplever at miljøet har blitt bedre:

- *Større fokus på begge gruppenes behov. Økt forståelse for konsekvensene av å iverksette krevende behandlingsopplegg. Vil forhåpentligvis øke respekten for det arbeidet som gjøres i de forskjellige gruppene og minske motstanden mot å "måtte" gå over til den andre gruppen ved behov. Opplever noe mer engasjement på alle nivå.*
- *Personalgruppa oppleves som mer samstemte, trygge og samhandlende. Sykefraværet har gått drastisk ned.*

En post svarer at betydningen har vært både positiv og negativ. Perioder med godt engasjement er den positive virkningen, men det har også vært perioder da personalet har gitt uttrykk for at prosjektet har vært en ekstra belastning.

8.4. Aktiviteter i læringsnettverket

Aktivitetene i læringsnettverket har variert. Vi ba gruppene vurdere nytten av de ulike fora på en skala fra 1 til 5. Postene hadde ulike oppfatning om nytteverdien av de ulike aktivitetene.

Erfaringsseminarene

Nytten ble gjennomsnittlig vurdert til å være 3,2, med en spredning fra 2-4. Kommentarene gjenspeiler ulike oppfatninger av disse 6 samlingene.

- *Fint fellesskap. God øvelse for tilrettelegger i å legge frem for stor forsamling. Fint med refleksjon fra hverandre. Fint med gruppearbeid. Fint da de var lagt utenfor Blakstad, for da var det lite frafall i løpet av dagen.*
- *Liten nytte i forhold til refleksjonen. Jobbing og veiledning i gruppen har vært bra.*
- *Variabel nytte. Siste seminarer mange gjentakelser, men positivt med et større innblikk i andre posters arbeid – og en kilde til flere ideer.*

Veiledningsseminar for alle tilretteleggerne

Også på i forhold til de tre veiledningsseminarene for tilretteleggerne ble nytten gjennomsnittlig vurdert til å være 3,2, med en spredning fra 2-4. Opprinnelig var det planlagt flere slike samlinger, men disse ble erstattet av veiledning med hele arbeidsgruppen etter ønske fra deltakerne. En syntes det var synd at den opprinnelige formen med å samle alle tilretteleggerne forsvant, mens en annen syntes det var lite relevant å høre om andres arbeid i dette forum.

Veiledning av arbeidsgruppene

Gruppene har fått veiledning 5 ganger a 75 min. Alle gruppene vurderte dette som det mest nyttige; her var gjennomsnittet 4. De syntes det var positivt at alle i prosjektgruppa har fått samlet tilbakemelding. De opplevde det som nyttig og effektivt.

Telefonveiledning av tilretteleggerne

Tilretteleggerne har hatt tilbud om ukentlig telefonveiledning. Også her var gjennomsnittlig tilfredshet 3,2 med en variasjon fra 2-4. To av kommentarene illustrerer hvor ulikt dette tilbudet har blitt opplevd:

- *Det har absolutt vært nødvendig for fremdriften. Vi har fått mange gode tilbakemeldinger om hvordan vi skal strukturere arbeidet vårt og komme oss videre. Fint at dere også har vært tilgjengelige utenom avtalt veiledningstid.*
- *Uvant. Ubehagelig i begynnelsen. Opplevde det som konfrontasjon når ikke alt var gjort. Så ikke de jeg snakket med.*

Veiledning av hele posten

Etter ønske fra deltakerne har vi også tilbudt veiledning av hele posten. Bare en av postene har ikke følt behov for dette. De andre har skåret mellom 3-5, med et gjennomsnitt på 4.

Da vi spurte om hva er de var mest fornøyd med i læringsnettverket, fikk vi svar på to hovedområder; den veiledningen de hadde fått og den metoden de hadde lært:

- *At vi har hatt hele dager (seminarer etc.) utenfor sykehuset, slik at vi har kunnet konsentrert oss fullt og helt om det vi har holdt på med. Vi har hatt positive, engasjerte veiledere, som har påvirket oss på en positiv måte.*
- *Veiledningene av prosjektgruppen og arbeidsgruppene. Fleksibiliteten fra GRUK i forhold til å tilpasse prosjektet ut i fra postens behov.*
- *Genial metode. God effekt på posten, pasientene og det tverrfaglige arbeidet.*
- *Mest fornøyd med resultatet av de to områdene vi har jobbet med.*
- *Å ha gått en runde og lært oss noen redskaper. Det har hjulpet oss til å ha fokus på viktige problemstillinger, og gå inn i disse på en konstruktiv måte.*

På spørsmål om hva de var minst fornøyd med var det også ulike områder som ble pekt på:

- *Oppstarten. Vi ser i ettertid at dere kunne ha brukt mer tid på informasjonen vi fikk i oppstarten; sagt mer om strukturen /hele prosessen - spesielt i forhold til hvordan vi skulle jobbe med å få kontinuitet i dette arbeidet*
- *At vi sluttet å ha erfaringsseminar på Leangkollen. Ledelsens engasjement har minket underveis. Da vi hadde det på sykehuset måtte de gå i løpet av dagen.*
- *Kunne ønsket og fått dratt personale mer med underveis i prosessen.*
- *Minst fornøyd med egne erfaringer knyttet opp mot for mye ansvar på tilrettelegger i prosjektgruppen – det har ført til stillstand og sårbarhet ved sykdom etc.*
- *Minst fornøyd med at prosjektet ikke fulgte den opprinnelige intensjon og at ledelsen "tillot" DPS døgnenheter å trekke seg ut. Behandlingskjeden fungerer dårligere enn noen gang.*

8.5. Veien framover

Målet med læringsnettverket har vært å lære opp ledere og medarbeidere til å bruke prosessforbedring. Et viktig spørsmål blir da om de har lært prosessforbedring godt nok til at de kan fortsette på egen hånd etter prosjektets slutt. Fire av postene svarer bekreftende på dette, mens en av postene mener at denne metoden ikke er helt integrert enda. Denne posten ber FOU-enheten følge opp arbeidet videre. Andre er mer positive:

- *Gruppen føler at posten har lært en oversiktlig, nyttig og inspirerende måte å arbeide på som vil bli videreført etter prosjektperioden. Dette gir de ansatte tydelig uttrykk for!*

Alle postene sier de vil fortsette å arbeide med prosessforbedring, men to av dem synes det er en svært ressurskrevende metode. En post regner derfor med å bare bruke elementer av metoden.

9.0. Konklusjoner og anbefalinger

Dette prosjektet har medført mange viktige forbedringer på Blakstad sykehus som både pasienter, ansatte og ledere vil ha nytte og glede av. Alle postene har utført flott og viktig forbedringsarbeid og har gode resultater å vise til.

Alle de tre akuttpostene har intervjuet pasienter for å avdekke forbedringsområder. Dette har vist hvilke ubrukte ressurser som ligger i det å spørre og involvere pasientene sterkere i sin egen behandling. Postene har fokusert spesielt på informasjon og medbestemmelse for pasientene, og har utviklet programmer for å sette dette i system. En av postene har også arbeidet med å forbedre aktivitetstilbudet for pasientene.

De to langtidsavdelingene har tatt for seg prosessen med å ta imot nye pasienter. På den ene posten fortalte pasientene at det vanskeligste var ventetiden fra de fikk plass til de ble mottatt i posten. De har derfor også omfattet denne tiden i forbedringsarbeidet sitt. Begge postene har utviklet programmer for å gjøre inntaksprosessen best mulig. En av langtidsavdelingene har også forbedret utskrivningsprosessen.

Arbeidsmiljøet har blitt vesentlig bedre, spesielt på post 2B, hvor sykefraværet er redusert fra 26,7% til 9,1%. Også post 4B har endret rutinene sine og forbedret samarbeidet innad i posten. Alle postene har gjennomgått mange viktige og bevisstgjørende diskusjoner gjennom forbedringsarbeidet, og alle har erfart at det tverrfaglige samarbeidet har blitt styrket. De tre akuttpostene har arbeidet spesielt med det tverrfaglige samarbeidet, gjennom sitt arbeid med behandlingsmøtene. Ved å bedre kvaliteten på disse møtene, øker både tverrfagligheten, den faglige kvaliteten, ressursutnyttelsen og trivselen blant de ansatte. Alle disse faktorene bidrar til å bedre pasientbehandlingen, og dette gjenspeiler seg i pasienttilfredshetsmålingene.

Ledelsen har fått et godt verktøy for å utvikle og lede postene sine. Erfaringene viser at det er nødvendig at lederne involverer personalet sitt i størst mulig grad, slik at alle får et eierforhold til de nye prosessene. Miljøpersonalet har også vist at de har mange viktige ressurser å bidra med – og at de gjerne vil bidra. På post 2B har lederne maktet å snu nederlag til seier ved å gjøre bruk av alle de ressursene som finnes blant miljøpersonalet i posten.

Vi som er opptatt av kvalitetsforbedring venter på Sosial- og helsedirektoratets nye nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten *...og bedre skal det bli!* De viktigste strategiske grepene i planen er å

- Fokusere på møte mellom bruker og utøver
- Peke ut tjenesteutøvere og ledere som de viktigste aktørene
- Styrke det faglige innholdet i tjenestene
- Evaluere og forbedre tjenestene kontinuerlig
- Invitere til medvirkning fra brukere og utøvere i alle ledd
- Konkretisere kvalitetsbegrepet for praksisfeltet

Vi vil konkludere med at dette prosjektet allerede har iverksatt den nye nasjonale strategien - som ennå ikke er trådt i kraft.

For å videreføre forbedringsarbeidet på Blakstad er det viktig at ledelsen sikrer rammene. Man bør fokusere på prosessforbedring i virksomhetsplanene både for sykehuset og

for de enkelte postene. Det bør settes mål for hva man vil forbedre for det neste året. Ledelsen bør etterspørre og oppmuntre denne type arbeid. Hver post bør fortsatt ha minst en person som har et spesielt ansvar for dette arbeidet, og det bør sikres rammer i det neste året for virkelig å integrere dette i postenes daglige liv.

De som har fungert som tilretteleggere har fått viktig kompetanse som det er viktig å ta vare på og spre til flere. Det bør opprettes et fora for dette arbeidet ved sykehuset i regi av FOU-enheten, der tilretteleggerne og ledere fra postene deltar og der man får fram hva enhetene trenger for å videreføre arbeidet.

Sist - men ikke minst - vil vi peke på den store utfordringen som fortsatt er uløst; nemlig å trekke DPS og kommuner inn i arbeidet for å forbedre hele pasientenes tjenestetilbud. Denne utfordringen håper vi sykehusets ledelse vil arbeide videre med for.

Oversikt over vedlegg

1. Sjekkliste for behandlingsmøtet på 4A
2. Program for pasientmedvirkning på 4A
3. Sjekkliste for pasientmedvirkning på 4A

4. Flytskjema inntak av pasient på 1B
5. Program for inntak av nye pasienter på 1B
6. Sjekkliste for siste 14 dager før utskriving på 1B
7. Sjekkliste ved utskriving på 1B

8. Program for behandlingsmøte på 2B
9. Sjekkliste for for- og ettermøte på 2B

10. Sjekkliste for behandlingsmøte på 2A

11. Flytskjema for overflytting til 4B
12. Prosedyre og sjekkliste for pasientoverflytting til 4B
13. Flytskjema for dagen på gruppe 1 på 4B
14. Flytskjema for dagen på gruppe 2 på 4B

Vedlegg1

SJEKKLISTE BEHANDLINGSMØTET 4A	Ansvar:	Utført:(dato)	Ikke aktuelt:
Behandlingsplan i første samtale:			
Pasient informert om beh.møte:			
Behandlingsplan utfylt før møtet:			
Behandlingsmøtet startet kl 08			
Fremlegg av miljøobservasjoner -7 min.			
Fremlegg anamnese -7 min.			
Drøfting -15min:			
Innhente opplysninger fra:			
Komparent-opplysninger fra:			
Undersøkelser:			
Prøvesvar (undersøkelser/blodprøver) sett:			
Annen kartlegging:			
Utløsende faktor:			
Tentativ diagnose (ICD10)			
Eventuelle andre diagnoser:			
Mål for behandling i akuttavdelingen;			
langsiktige mål:			
Tentativ utskrivningsdato:			
Medikamentell behandling			
Terapeutisk tilnærming:			
Kognitiv terapi:			
Psykodynamisk.			
Støttende tilnærming:			
Miløterapi:			
Holdningsplan påbegynt.			
Gruppeterapi:			
Kognitiv Terapi:			
Kognitiv mappe:			
Aktiviteter:			
Suicidalvurdering/oppfølgingstatus tiltak:			
Utgangstatus vurdert:			
Utagering/sikkerhet/skjermingsbehov:			
Fysioterapi:			
Tiltak rettet mot sosiale forhold:			
Varsling av samarbeidspartnere:			
A B C skjema sendt: (ring rundt det aktuelle)			
Individuell plan påbegynt:			
Tiltak ift barn:			
Avdelingssykepleier ledet møtet:			
Konklusjon/oppsummering v/overlege:			
Miniteam avt. I dag (utfylle beh.plan ferdig):			
Samtale med pasient i dag for tilbakemeld.:			
Evalueringsdato/nytt beh.møte avtalt:			

PROGRAM FOR PASIENTMEDVIRKNING 4A

Overordnet mål : At pasienten får nødvendig informasjon og i størst mulig grad medvirker i egen behandling.

Delmål 1: På skala (0-10) økes medvirkning i egen behandling fra 5,3 til 7 innen utløpet av prosjektperioden.

Delmål 2: På skala (0-10) økes informasjon til pasienten fra 5,6 til 7,5 innen utløpet av prosjektperioden.

Innkomst :

- Spør pasienten om han ønsker at de som følger/pårørende skal være med inn i posten, være i posten en stund og evt. inviteres til å delta i litt av innkomstsamtalen med lege.
- Pasienten kan, hvis han har samtykkekompetanse, selv velge hvem han vil oppgi som nærmeste pårørende.
- Hvis pårørende ikke følger, informere pasienten om at det er vanlig at disse kontaktes.
- Avtale med pasienten hva som skal sies til de pårørende.
- Gi pasienten informasjon om hvilken paragraf han er lagt inn under, hva dette innebærer og hvorfor han ble begjært innlagt under denne paragrafen.
- Pasienten informeres om sin klagerett til KK og tilbys hjelp av personalet til å skrive denne.
- Undersøk om pasienten har barn og om de er ivaretatt.

Første døgn:

- Gi pasienten tilbakemelding på hvordan vi oppfatter hans psykiske og fysiske tilstand.
- Informer pasienten om husregler, utgangsavtaler, tilsynsgrad og lignende.
- Gi pasienten informasjon om behandlingstilbudet på posten, og gi ham informasjonsbrosjyren. Denne skal inneholde navnene på hans miljøkontakter.
- Spør pasienten hvilke forventninger han har til innleggelsen, hva han trenger hjelp med og hvilke andre behov han har.
- Tilstreb at pasienten er med og fyller ut Behandlingsplanen i første samtale med en av postens leger/psykologer.
- Finne ut om pasienten bekymrer seg for ivaretagelsen av evt. barn, når han selv er innlagt.
- Finn ut om pasienten er bekymret for ivaretagelse av andre ting, for eksempel dyr, bil, økonomi.

(fortsettelse neste side)

Videre opphold:

1. Virkedag skal pasienten få vite navn på sin lege/psykolog under oppholdet.
- Gi pasienten informasjon om at han har rett til innsyn i egen journal.
 - Informere pasienten om at vi skriver rapport om hans tilstand 3 ganger i døgnet. Fortelle hva som vektlegges i en rapport, og gi pasienten anledning til å komme med innspill. Avtale å lese rapportene sammen med pasienten, hvis dette er tilrådelig - og hvis pasienten selv ønsker det.
 - Gi pasienten informasjon om behandlingsmøtet før dette holdes. Hva møtet inneholder, hvem som er tilstede og hvorfor møtet holdes.
 - Pasienten skal oppfordres til å komme med egne synspunkter, ønsker og mål som formidles på behandlingsmøtet.
 - Etter behandlingsmøtet skal pasienten ha informasjon om hva som ble diskutert, og ha anledning til å innvirke på forslag som ble fremmet angående hans videre behandlingstilbud.
 - Pasienten skal ha kopi av Behandlingsplanen i utfylt stand.
 - Gi pasienten informasjon om hans tentative diagnose, hva denne innebærer og hvorfor den ble satt.
 - Holdningsplanen utarbeides sammen med pasienten, så langt dette er mulig. Pasienten skal ha kopi av holdningsplanen.
 - A,B,C-skjemaer fylles ut sammen med pasienten, slik at pasienten selv kan uttale seg om sine behov for hjelp/støtte etter utskrivelsen.
 - Teamet rundt pasienten bør holde seg kontinuerlig oppdatert om pasientens forventninger, behov og ønsker.
 - Pasienten bør få kontinuerlig informasjon om hva personalet mener om hans helsetilstand.
 - Pasienten bør tilbys familiesamtale, evt barnesamtale og samarbeidsmøte med eventuelle andre hjelpere. Pasienten og personalet bør i samarbeid planlegge samtalen/møtets innhold.
 - Pasienten tilbys et samarbeide om å starte opp med sin individuelle plan.
 - Pasienten får Kognitiv mappe for gjennomlesning og evt. oppstart av Kognitiv terapi.

Utskrivelse/evt. overflytning til annen post:

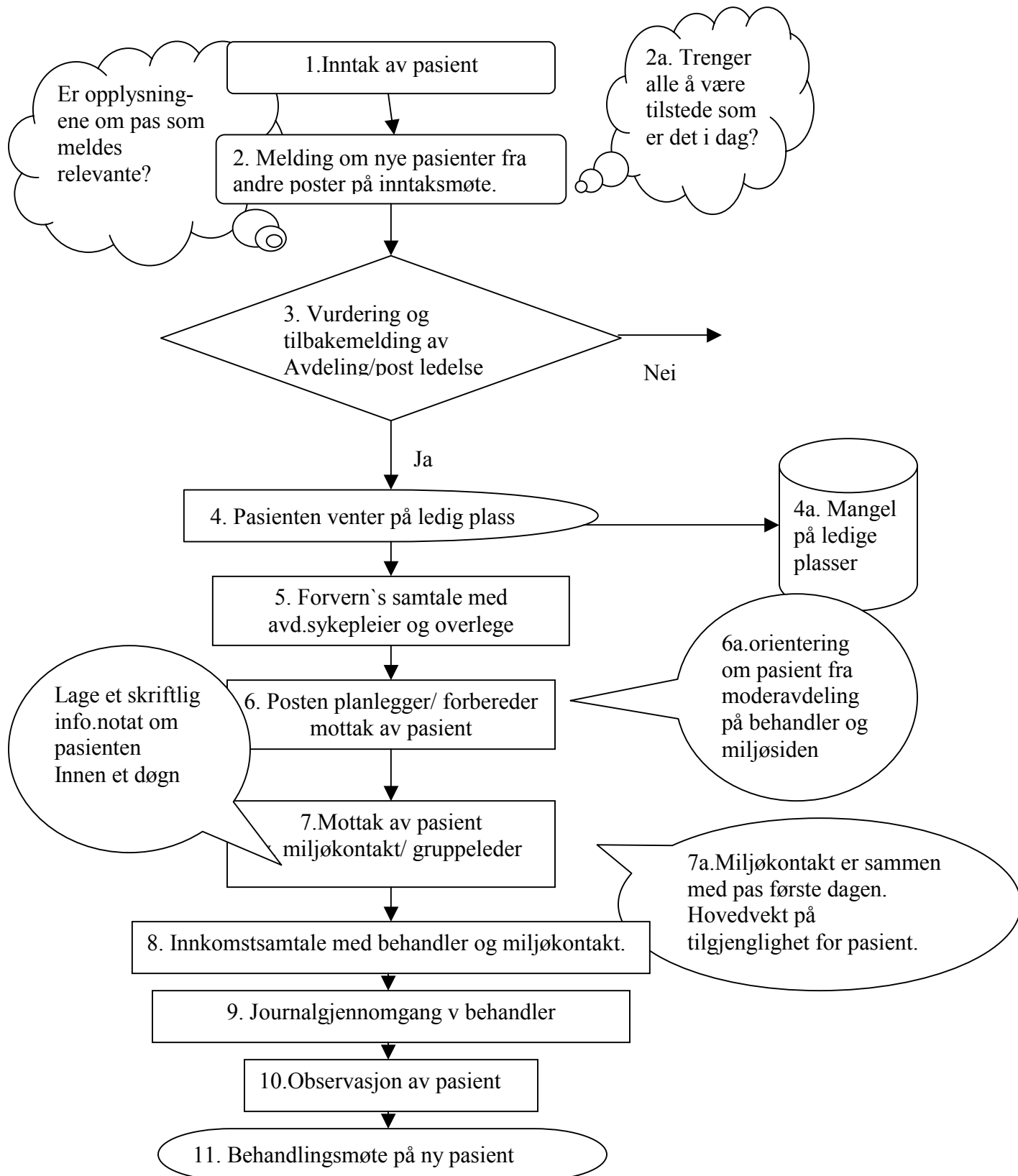
- Tilstrebe at pasienten får være med å planlegge sin utskrivelse/ evt. overflytning til annen post, at han får uttale seg om hva som må legges til rette.
- Pasienten bør gis anledning til å evaluere oppholdet. Hva som hjalp, hva ble en merbelastning? (Arkivere evalueringen i sykepleiejournal, for bruk ved eventuelt nytt opphold)
- Tilby pasienten veiledning for å finne sine varselsymptomer, slik at reinnleggelse kan forbygges.
- Pasienten informeres om hvilken diagnose som settes.

SJEKKLISTE FOR PASIENTMEDVIRKNING PÅ 4A. DATO:		SIGNATUR:
Aktiviteter :	Programoppfyllelse Utført=2, Delvis utført=1, Ikke utført=0, Ikke aktuelt=9	Kommentarer :
Ved innleggelse :		
Pasienten spurt om pårørende skal være med inn:		
Pasient oppgitt nærmeste pårørende:		
Pasient informert om at pårørende kontaktes:		
Avtalt hva vi skal si til pårørende:		
Pasient forklart om § og grunn til innl etter denne:		
Pasient informert om klagerett til KK:		
Tilbudt hjelp til å klage:		
Spurt om pasienten har barn, om disse er ivarettatt:		
Første døgn :		
Pasient informert om sin psykiske tilstand:		
Pasient informert om sin fysiske tilstand:		
Pasient informert om husregler:		
Pasient informert om utgangstatus:		
Pasient informert om eventuell oppfølgingsgrad:		
Pasient informert om postens behandlingstilbud:		
Pasient fått postens informasjonsbrosjyre:		
Navn på primærkontaktene oppgitt:		
Spurt pasienten om forventninger og om hva han trenger hjelp til:		
Behandlingsplan påbegynt sammen med pasienten i første samtale med lege/psykolog:		
Pasient spurt om bekymring for barn under innleggelsen:		
Pasient spurt om bekymring for andre ting (for eksempel dyr, bil, økonomi):		

Vedlegg 3b

Aktiviteter :	Programoppfyllelse Utført=2,Delvis utført=1, Ikke utført=0,Ikke aktuelt=9	Kommentarer :
Videre opphold :		
Pasient informert om lege/psykologs navn 1. virkedag:		
Pasient informert om rett til innsyn i journal:		
Pasient fått anledning til å komme med innspill til rapportene:		
Pasient informert om innsyn i rapporter:		
Pasient informert om behandlingsmøtets innhold:		
Pasient oppfordret til å komme med innspill til behandlingsmøtet:		
Pasient fått informasjon etter behandlingsmøtet:		
Pasient fått kopi av behandlingsplanen i utfylt stand:		
Pasient fått informasjon om tentativ diagnose:		
Holdningsplan utarbeidet i samarbeid med pasient:		
Pasient fått kopi av holdningsplanen:		
A,B,C-skjemaer fylt ut i samarbeid med pasient:		
Pasient spurt om forventninger, behov og ønsker:		
Pasient fått informasjon om hva personalet mener om hans helsetilstand:		
Pasient tilbudt familiesamtale:		
Pasient tilbudt barnesamtale:		
Pasient tilbudt samarbeidsmøte:		
Samtalen/møtets innhold planlagt i samarbeid med pasient:		
Pasient tilbudt oppstart av individuell plan:		
Pasient fått kognitiv mappe og evt tilbudt oppstart med kognitiv terapi:		
Utskrivelse/overflytting til annen post :		
Har pasient vært med å planlegge utskrivelse/overflytting:		
Fikk pasient anledning til å evaluere oppholdet:		
Fikk pasient veiledning for å finne sine varselsymptomer:		
Pasient informert om hvilken diagnose som settes:		

Flytskjema inntak av pasient post 1B



Program for mottak av pasienter ved post 1B

Perioden defineres å vare fra pasienten er i avdelingen til 3-4 uker etter og avsluttes med et behandlingsmøte.

Mål:

- 1. Oppnå trygghet og tillit for pasienten i avdelingen.**
- 2. Personalet skal bli kjent med pasienten.**
- 3. Skape et godt grunnlag for den videre behandlingen**

Første dag

- Gruppeleder/ miljøkontakt ringer og avtaler dag og klokkeslett, for overflytting. Gjøres ca 14 dager før overflyttingen.
- Miljøkontakt tar i mot pasienten.
- Miljøkontakten er sammen med pasienten, gruppeleder tar i mot papirer og overflyttingsrapport.
- Miljøkontakten viser pasienten rundt i avdelingen, gir en kort orientering om faste rutiner/ døgnrytme.
- Innkomst samtale med behandler og miljøkontakt. Det legges vekt på å ønske velkommen til avdelingen, generell orientering, pasientens ønsker og forventninger
- Vurdere: utgang, suicidalitet og farlighet. GAF skår . Revidere hovedkort. Sjekke at medisinkardex er ført.
- Gruppeleder og miljøkontakt skriver innkomstrapport. (Kort sykehistorie, viktige observasjoner/forholdsregler den første tiden)

Første uke

- Journalgjennomgang ved behandler
- En fast kontakt også på kveldstid første uken. Gruppeleder skriver inn kontaktpersonen i vaktbok/dagsplan. Miljøkontaktene har ansvaret når de er på jobb.
- Presentere posten og de tilbud vi har av gruppe / Fellesaktivitet
- Grundig rapport til alle skift om pasienten de første dagene
- Første kontakt med pårørende. Generell orientering om posten, navn på miljøkontakter og lege/psykolog.
- Lege/ psykolog starter med samtaler med pasienten, med vekt på å bli kjent, sjekker tidligere utredninger og undersøkelser. Finner form, hyppighet av avtaler orientere seg.
- Sosionomen tar kontakt med sosionom på tidligere post for å innhente relevant informasjon.

Første til fjerde uke

- Miljøkontakt starter med etablering av en relasjon til pasienten, danne seg et bilde av pasientens ressurser og problemområder.
Gjennomfører ”Funksjon og interesse/ressursregistrering.”
- Lege/ psykolog sjekker tidligere utredninger og undersøkelser. Anamnese/ nyanamnese. Det gjøres en foreløpig vurdering: diagnose, PANSS, behandling(samtale, medikasjon, somatikk.)
- Sosionom innleder samarbeid med pasienten. Det legges vekt på pasientens ønsker og behov. Det gjøres også en kartlegging av sosiale data.
- Sjekke om pasienten har individuell plan. Eventuelt starte utarbeidelse.
- Avdelingsleder/ Gruppeleder gjennomfører intervju for pasienttilfredshet i mottaksperioden.

Etter tre til fire uker avsluttes kartleggings fasen med et behandlingsmøte.

Sjekkliste siste 14 dager før utskrivning på post 1B

ANSVAR		Utført dato	Sign	Program oppfyllelse 0-Ikke utført 1-delvis 2-helt 9-ikke aktuelt
Gr.leder	Avtalt dato for utskrivning, orientert pasient og eksterne samarbeidspartnere.			
Lege/ psyk	Pårørende orientert om dato for utskrivning			
Sosionom	Avtalt dato for ansvarsgruppe møte etter utskrivning			
Miljøkontakt	Avtalt tid for første oppfølging fra kommunen			
Miljøkontakt	Sjekket at praktiske ting i leiligheten er i orden			
Miljøkontakt Gruppeleder	Sykepleie/ miljø rapport er sendt			
Lege	Nødvendige blodprøver er tatt Pasienten har fått resepter			
Lege/ Psyk	PANNS er gjort GAF er gjort			
Lege/psyk	Lege/ psykolog har hatt en avsluttende samtale med pasienten			
Miljøkontakt	Pasienten har dosett/medisiner for de første dagene etter utskrivning.			
Miljøkontakt	Avkjed i avdelingen			
Lege/ Psyk	Ut notat er skrevet og epikrise sendes i løpet av 7 dager			
Sum:				

Sjekkliste for faglig standard ved utskriving av pasient fra post 1B

Navn: _____

Ansvar		På begynt	utført	Sign	Program Oppfyllelse 0=ikke utf 1=delvis 2=helt i=ikke aktu
Sosionom Lege/psyk	Pasienten har en individuell plan Fått koordinator i kommunen				
Sosionom/ Miljøkontakt	Ansvarsgruppe er etablert og samarbeidsmøter er avtalt				
Sosionom	Avklart forhold rundt økonomi og trygd				
Sosionom	Pasienten har en tilfredstillende bolig				
Miljøkontakt	Det er etablert kontakt med psykiatritjenesten i kommunen				
Lege/ psykolog	Etablert kontakt med 2 linjetjenesten				
Miljøkontakt/ Sosionom	Pasienten har et aktivitetstilbud/ jobb				
Sosionom	Pasienten har fått oppnevnt hjelpeverge				
Sosionom/ miljøkontakt	Pasienten har fått fritidskontakt				
Sosionom	Pasienten har fått hjemmehjelp				
Lege/ Psyk	Pårørende taes med på råd, samarbeids- former er avklart				
Lege	Medisinering er avklart Somatisk status er avklart				
Lege/ psyk	Pasienten har etablert kontakt med fastlege				
Aktivitør/ Miljøkontakt	Ny funksjonsvurdering er gjort .				
Miljøkontakt	Har laget utflyttingsplan				
Sum:					

Program for behandlingsmøte Post 2B

Innhold i journalgjennomgangen: Avdelingssykepleier leder behandlingsmøtet, og sier noe innledningsvis om begrunnelsen for å ta opp pasienten på møtet. Tidsbruken på de ulike fremleggene vil derfor variere i forhold til hva som skal fokuseres på. Avdelingsleder avklarer hvem som skal *konkludere* og hvem som skal skrive *referat* fra møtet. Miljøkontakter til den aktuelle pasient skal være orientert om møtet med minst *en dags* varsel, og *formøte* med pasienten (se sjekklister) skal være gjennomført.

Tidspunkt: Tirsdag – fredag kl.08.35

Tilstede: Avdelingsleder, behandler, overlege, gruppeleder, miljøkontakter, fysioterapeut, sosionom og øvrige av gruppens personale. Det kan være aktuelt å invitere pasientens behandler ved annen avdeling eller eksternt, evt andre med god kjennskap til pasienten.

Behandlers fremlegg (10 min)

- Innleggelsesårsak, evt tidligere innleggelser og situasjon før innleggelse
- Pasientens fungering før sykdomsutbrudd, evt funksjonsfall
- Familiesituasjon og nettverk
- Helsenettverk
- Somatisk status, medikamentanamnese
- Psykologisk forståelse av pasienten
- Tema i individualsamtaler
- Individuell plan

(Ved flere behandlingsmøter på samme pasient, oppsummerer behandler kort status fra forrige møte, tilføyer evt nye opplysninger og behandlingsforløp)

Miljøkontaktens fremlegg (5 min)

- Oppsummering av pasientens psykiske og fysiske tilstand og utvikling under oppholdet
- Iverksatte tiltak og evaluering av disse
- Barneskjema
- Informere om pasientens ønsker for sitt opphold ved post 2B

Fysioterapeut, sosionom og uteteamets fremlegg (5 min)

- Fysioterapeut: Kartlegging/observasjoner, behov for/nytte av behandling
- Sosionom: Boforhold, økonomi, sysselsetting og sosiale rettigheter
- Uteteamet: Skal kontakt opprettes med tanke på (evt ny)oppfølging ute etter utskrivelse

Konklusjon (5 min)

- Videre behandling (individual og miljøterapeutisk)/utredning
- Vurdering av pasientens behov/egne ønsker
- Mål for oppholdet
- Antatt lengde på oppholdet i posten
- Overflytting, utskrivning, oppfølging videre

Etter journalgjennomgangen

- **Behandler og miljøkontakt fyller ut behandlingsplanen**
- Miljøkontakt har ettermøte med pasienten, gjennomgang av behandlingsplanen
- Miljøkontakt har ansvar for (i samarbeid med behandler) for at hovedkortet er ajourført

Behandlingsmøte nr..... Dato:.....

Sjekkliste for- og ettermøte for post 2B

Sjekkliste for hva behandler og miljøkontakter må avklare sammen med pasienten før behandlingsmøtet, og informasjon som skal gis til pasienten.

Hensikten med sjekklisten er at den skal være et hjelpemiddel for å sikre at pasienten får nok informasjon og øke den enkeltes medvirkning i egen behandling.

Miljøkontakter er ansvarlig for å fylle ut sjekklisten i forkant av behandlingsmøtet og ta den med til møtet. Det skal fylles ut ny sjekkliste for hvert møte. Originalen legges i kardex, og kopi av sjekklisten skal legges i hyllen til Prosjektgruppen.

All dokumentasjon skjer som tidligere i kardex og i behandlingsplanen. Det skal med unntak av punkt 2 i ettermøtet, kun krysses av på dette skjemaet.

Navn på pasient				
Navn på behandler				
Navn på primærkontakter				
	Sjekkliste formøte med pasient	Ja	Nei	Ikke aktuelt
1.	Har pasienten fått informasjon om innholdet og målet for behandlingsmøtet?			
2.	Har pasienten blitt spurt om hva hun/han ønsker skal bli tatt opp i møtet?			
3.	Er skjemaet "kartlegging av barn" utfylt?			
4.	Er det innhentet samtykke til og informasjon fra pårørende?			
5.	Er det innhentet samtykke til, og informasjon fra relevante samarbeidspartnere?			
6.	Er det undersøkt om pasienten har individuell plan?			
7.	Foreligger denne planen i post 2B?			
8.	Har pasienten blitt informert om rett til innsyn i egen kardex/journal?			
9.	Har pasienten, før dette møtet, – fått informasjon om hvem som er hennes/hans miljøkontakter og behandler?			
	Sjekkliste ettermøte med pasient	Ja	Nei	Ikke aktuelt
1.	Har konklusjoner og dokumentasjon i behandlingsplanen blitt gjennomgått sammen med pasienten?			
2.	Er det besluttet innkalt til samarbeidsmøte og er pasienten informert om dette?			
3.	Tilbakemelding fra pasienten om hvordan hun/han opplevde gjennomgang av listen, og medvirkning til egen behandling (kommentarer skrives på baksiden av arket)			

Sjekkliste for behandlingsmøte på 2A Dato:**Signatur:**

Programoppfyllelse:
 utført = 2, delvis utført = 1,
 ikke utført = 0, ikke aktuelt = 9

Kommentarer:**Aktiviteter:****Aktiviteter før møtet:**

Er sjekklista til formøte utfylt?

Fremlegg ved behandler:

Lengde på framlegg 7 minutter

Anamnese

Fungering før sykdomsutbrudd/

evt.funksjonsfall

Nettverk

Helsenettverk

Somatisk status

Medikamentanamnese

Psykologisk forståelse av pasienten?

Tema i individualsamtaler

Påbegynt behandlingsplan

Ekstern beholders fremlegg

Supplerende informasjon om pasienten

Miljøkontakts fremlegg

Lengde på fremlegg 7 minutter

Oppsummering av psykisk/fysisk

tilstand og utvikling siden innkomst

Tiltak og evaluering av disse

Barneskjema utfylt

Informasjon om pasientens ønsker

Individuell plan/koordinator

Sosionomens fremlegg:

Relevant info fra sosionomens fagfelt

Fysioterapeutens fremlegg:

Relevant info fra fysioterapeuts fagfelt.

Tverrfaglig drøfting/planlegging :

Lengde på drøfting 13 min.

Vurdering av pasientens ønsker

Videre behandling

Mål for oppholdet

Lengde på oppholdet

Overflytting/utskriving og oppfølging

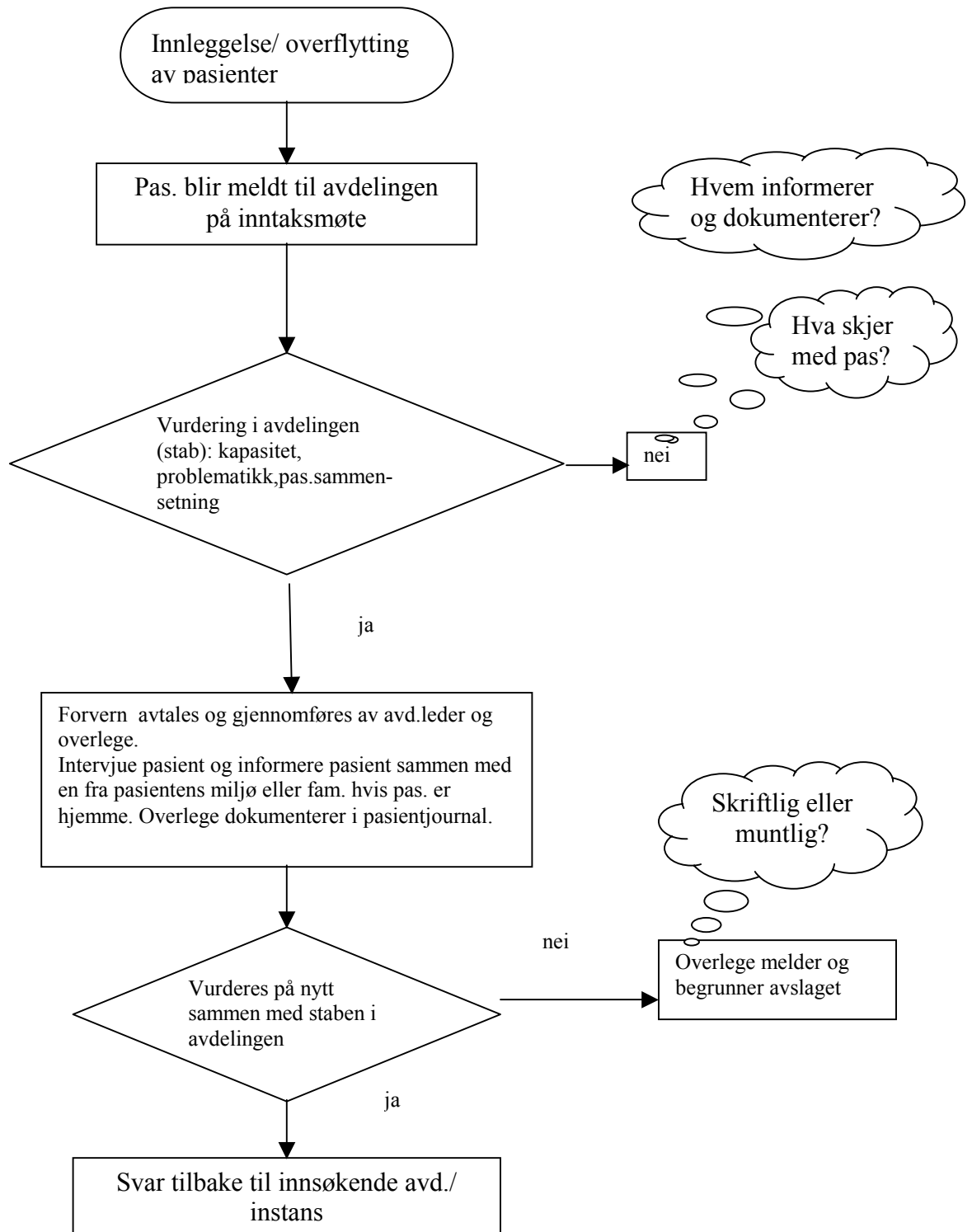
Konklusjon

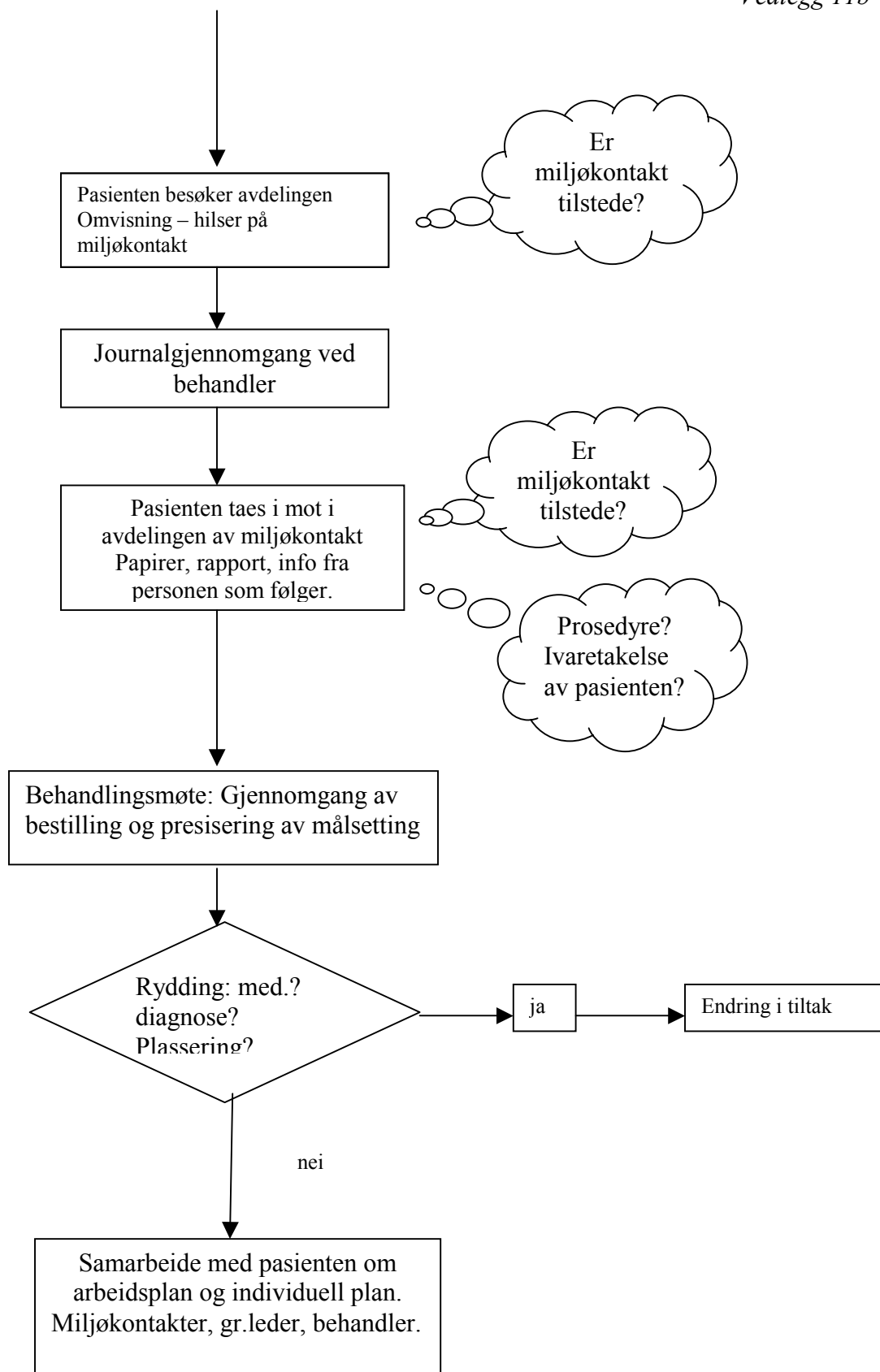
Lengde på konklusjoner 3 minutter

Oppsummering av konklusjoner

Oppgaver er delegert til miniteamet

Flytskjema for overflytting til 4B



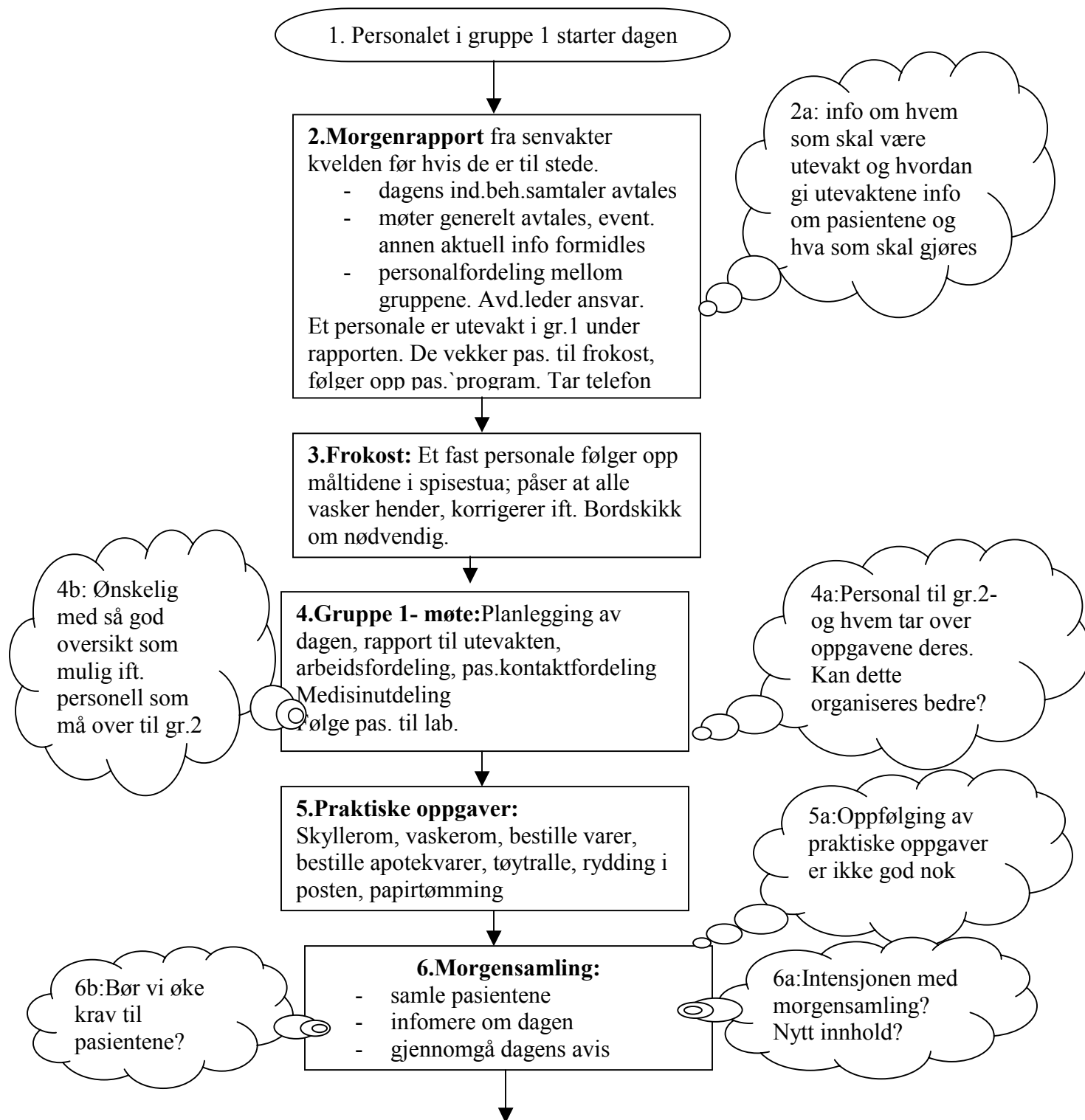


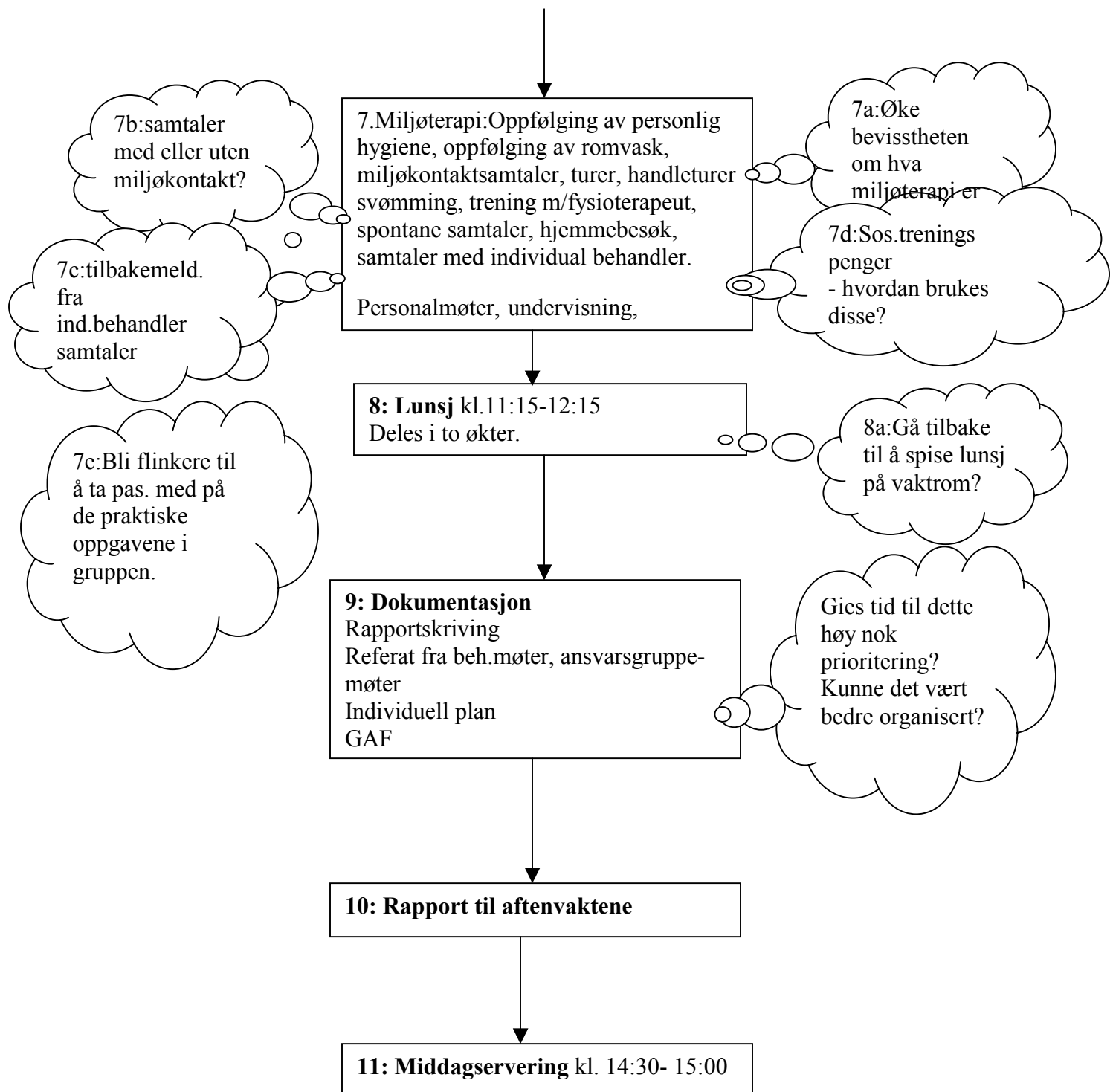
Prosedyre og sjekkliste ved pasientoverflytting til avdeling 4B

	Ansvarlig	Utført	Ikke aktuell
1. Informere pasienten om at vedkommende har fått plass på posten, og når. Avdelingsleder/ stedfortreder informerer.			
2. Lage kardex-perm for pasienten i posten. Kopi av prosedyren skal ligge i perm.			
3. Hvem skal være pasientens lege/ psykolog og miljøkontakt? Bestemmes i stabsmøte			
4. Avtale møte med pasienten og hjelperne sammen med dem som skal ha ansvar for pasienten i post 4b Miljøkontakt eller gruppeleder avtaler.			
5. Avtale tid for informasjon om pasienten i post 4b – av lege/ psykolog og miljøkontakt fra nåværende post. Informasjonen skal være til så mange som mulig av miljøpersonalet i post.4b. Gruppeleder innkaller. Det skrives referat til bruk som arbeidsnotat			
6. Møte med pasienten og miljøkontakt i posten hvor pasienten er. Miljøkontakt og lege/ psykolog deltar fra post 4B			
· Gi muntlig og skriftlig informasjon om post 4b			
· Pasienten får en perm som inneholder: Informasjon om post 4b, prosedyre for overflytting og spørreskjema som skal fylles ut 4 uker etter innkomst i post 4b Miljøkontakt har ansvar for at permene er i orden.			
· Eterspørre om pårørende/ andre samarbeidspartnere skal informeres på nåværende tidspunkt			
· Vurdere sammen om det er noe i forbindelse med behandlingen som vi skal ta fatt i på nåværende tidspunkt, og eventuelt lage en avtale på hva som skal gjøres, av hvem og når. (for eksempel: undersøkelser, medisinvurdering etc.)			
· Avtale videre kontakt inntil overflytting ut fra hva pasienten har behov for.			
· Avtale besøk i post 4b			
7. Gjennomføring av besøk i post 4b. Miljøkontakt/ gruppeleder har ansvar. (se tileggsark)			
8. Pasienten mottas i post 4b. Miljøkontakt tar i mot.			
9. Gjennomgå prosedyren sammen med pasienten – ”samkjøre” kopi som er i posten med den pasienten har. Miljøkontakt har ansvar for dette.			

10. Behandlingsmøte i post 4b (senest 2 uker etter pas. Har kommet til posten)			
11. Lage samarbeidsplan med få definerte samarbeidsområder Ansvar – Tidsrammer – ressurser. Pasient/ miljøkontakt/ lege eller psykolog			
12. Lage ukeplan ut fra samarbeidsplanen. Pasient/ miljøkontakt/ lege eller psykolog			
13. Starte opp med faste samtaler med individualbehandler og miljøkontakter.			
14. Individuell plan. Gruppeleder har ansvar.			

Flytskjema for dagen på gruppe 1 på 4B





Innhold i arbeidsdagen i gruppe 2 på 4B

Vedlegg 14

