

## Statusrapport for Sykehuset Østfold juni 2016 etter drift i henholdsvis 12 måneder (psykisk helsevern) og 6 måneder (somatikk) på Kalnes



Dato: 19.08.2016

## Innhold

1. Sammendrag .....	3
2. Innledning.....	4
3. Hensikt.....	4
4. Konseptet .....	4
5. Metode.....	5
5.1. Fokusgruppeintervjuer .....	5
5.2. Pasientundersøkelse.....	6
5.3. Synergimeldinger .....	7
5.4. Driftsmeldinger.....	7
6. Resultat fra fokusgruppeintervjuene .....	8
6.1. Lokalteter.....	8
6.2. Arbeidsprosesser .....	12
6.3. IKT /telefoni .....	13
6.4. Service/støttefunksjoner .....	15
6.5. Pasientflyt.....	17
6.6. Integrasjon psykisk helsevern og somatikk .....	18
6.7. HMS arbeidsmiljø .....	19
7. Resultat fra pasientundersøkelsen.....	21
7.1. Resultater.....	21
7.2. Oppsummering .....	23
8. Styringsdata.....	24
8.1. Synergimeldinger.....	24
8.1.1. Resultater .....	24
8.1.2. Kommentarer .....	25
8.2. Driftsmeldinger.....	25
8.2.1. Resultater .....	25
8.2.2. Kommentarer .....	28

## 1. Sammendrag

Denne statusrapporten er en beskrivelse av medarbeidere og pasienters opplevelse av hverdagen i Sykehuset Østfold Kalnes etter hhv. 12 og 6 måneders drift sett opp mot planlagt konsept. Undersøkelsen ble gjennomført mai/ juni 2016 og gir et øyeblikksbilde. Det er benyttet *fokusgruppeintervju*, *pasientspørreundersøkelse* og *tilgjengelige styringsdata* som metodisk tilnæringsmåte;

- 11 fokusgrupper (102 medarbeidere)
- 170 pasienter (113 somatikk og 57 psykisk helsevern) ble stilt 5 spørsmål innenfor utvalgte temaer
- Alle *synergi-* og *driftsmeldinger* i definert tidsrom ble gjennomgått for å se om det var registrert saker relatert til hovedområdene som ble gjennomgått i fokusgruppeintervjuene

Nytt sykehus på Kalnes har ført til en ny og bedre hverdag for pasienter og medarbeidere, men det er fortsatt utfordringer og problemer i forhold til nye arbeidsprosesser og ny teknologi. Følgende positive og negative momenter går igjen i tilbakemeldingene;

- Integrasjon mellom somatikk og psykisk helsevern oppleves som positivt med flere gevinster – man får raskere tilsyn (begge veier) og det er enklere å overflytte pasienter mellom områdene
- Enerom er positivt for pasientene – ivaretar taushetsplikt og hygieniske prinsipper, men er samtidig mer ressurskrevende enn flersengsrom
- Lyse og trivelige lokaler – men oppleves også som noe «sterilt og upersonlig»
- Varierende erfaringer med buffétkjøkken – det meldes om utfordringer med å opprettholde tilfredsstillende hygiene
- Pasientene er generelt fornøyd med maten – men spesielt de som får servering på rom opplever at middagen som serveres kan være kald eller lunken
- Skiltingen er mangelfull – det er vanskelig for både pasienter og medarbeidere å finne frem, dette påvirker også arbeidsprosesser og pasientflyt
- Telefoni og IKT har medført mange nye arbeidsprosesser;
  - Mobiltelefonene fungerer bra – det er enklere å få tak i medarbeidere, men samtidig er det utfordrende å søke opp roller
  - IKT-systemer har manglende funksjonalitet ift. integrasjoner – dette oppleves forsinkende i arbeidsprosessene
  - Forskjellige skrivere (etiketter/ vanlig papirutskrift) oppleves som tungvint
- For lite lagerplass, små arbeidsstasjoner og mangel på arbeidsplasser flere steder
- For liten kapasitet på renhold, spesielt i helgene – dette går ut over pasientflyten både i akuttmottak og på døgnområdene. Bestillingsfunksjonen i IMATIS fungerer, men responstiden oppleves som for lang. Det mangler ofte forbruksvarer på pasientrom, toaletter og i fellesområder
- Utlevering av tøy fra tøyautomat fungerer bra, men det har vært problemer med å levere skittent arbeidstøy i returautomaten

## 2. Innledning

På oppdrag fra administrerende direktør er det gjennomført en statusrapportering etter hhv. 6/ 12 måneders drift på Kalnes. Psykisk helsevern, enkelte poliklinikker og støttetjenester flyttet inn i mai og somatikk i november 2015. Det ble nedsatt en arbeidsgruppe ledet av fag- og utviklingsdirektør Helge Stene-Johansen med deltakelse fra utviklingsenheten, kvalitet og pasientsikkerhet, psykisk helsevern/ somatikk, HR, FM, og vernetjenesten. Mandatet var å utarbeide metode, samt planlegge, gjennomføre og analysere undersøkelsen.

Denne rapporten blir et viktig bidrag når det på et senere tidspunkt skal gjennomføres en bredere evaluering.

## 3. Hensikt

Hensikten med statusrapporten er å få tilbakemeldinger fra medarbeidere og pasienter på hvordan konseptet oppleves/ hvordan valgte løsninger fungerer etter forholdsvis kort tid med full drift. Følgende hovedområder er vurdert:

- Lokasjon (enerom, arbeidsstasjoner, ventesoner, garderober)
- Arbeidsprosesser (tunkonsept, legemiddelhåndtering, buffet/mathåndtering, desentralisert prøvetaking)
- IKT/telefoni (telefoni, meldingsvarsler, elektronisk tavle, etikettskrivere, sikker print)
- Service/støttefunksjoner (buffet, portør, renhold, SMA/ vareforsyning)
- Arbeidsmiljø/ trivsel/ sikkerhet
- Samhandling/ kommunikasjon
- Integrasjon psykisk helsevern og somatikk

Poliklinikkområdene er ikke inkludert, disse ivaretas i annet pågående prosjekt og flere tiltak vurderes/ enkelte er allerede igangsatt – her bør det derfor gjennomføres egen evaluering. Selv om poliklinikk ikke er tema i denne statusrapporten, har man valgt å ta med enkelte kommentarer/ innspill der det er naturlig.

## 4. Konseptet

Følgende *overordnede prinsipper* ble lagt til grunn for den fysiske utformingen av nytt sykehus i Østfold:

- To-strukturmodell Moss – Kalnes, klart skille mellom planlagt virksomhet og akuttvirksomhet
- Skille mellom dagbehandling og døgnbehandling, poliklinikk samlet på ett plan i Kalnes for å sikre enkel tilgjengelighet for publikum
- Integrasjon mellom somatikk og psykisk helsevern
- Døgnområder med sengetun og ensengsrom med bad (dusj/ toalett);
  - 10 standardiserte døgnområder somatikk med 2-4 sengetun à 9 ensengsrom med bad
  - standardiserte døgnområder psykisk helsevern med 11 ensengsrom med bad som sikrer trygghet, oversikt og pene omgivelser
- Standardisering av rom for å sikre større fleksibilitet og økt pasientsikkerhet

- Tverrfaglige arbeidsområder i alle kliniske områder med tilgjengelig IKT-verktøy som sikrer tverrfaglig samarbeid, mobilitet og sanntidsinformasjon tilgjengelig der du trenger det
- Sikre at helsepersonell lett får rett informasjon til rett tid på rett sted (mobilitetskonsept) med bruk av mobiltelefoner, nettbrett/ bærbar PC, elektroniske tavler, meldingsvarsling, falldetektor, elektronisk kurve, lukket legemiddelsløyfe

*Logistikk- og forsyningssystemer* for Kalnes bygger på nye og mer automatiserte løsninger, samt på HSØ's prinsipper for leveranse av tøy, mat og forbruksvarer. Systemene er utviklet for å legge til rette for effektive arbeidsprosesser, gi god forsyningssikkerhet og fleksibilitet.

*Logistikk-løsninger* i Kalnes er automatisk gående vogner (AGV), avfallssug, rørpost, heis, manuell transport

*Følgende logistikkløyer gir nye arbeidsprosesser* – mathåndtering, tekstiler (rent og urent), forbruksvarer og sterile varer, legemidler, avfall, personflyt, manuell transport, samt grensesnittet til AGV

*Samspill mellom systemer og arbeidsprosesser i nytt sykehus*

- SØ har innført en ny funksjon, *servicemedarbeider*, som har ansvar for vare- og avfallslogistikk til og fra døgnområder, poliklinikker og operasjonsstuer. Ved å profesjonalisere disse oppgavene blir forsyningen optimalisert og pleiepersonell frigjøres til pasientrettet arbeid
- Fra tidligere å ha et eget stort varelager er det nå innført *aktiv forsyning*. Dette innebærer hyppigere leveranser fra eksternt forsyningslager til felles varemottak og transportering videre til de ulike enhetene i avdelingspakke vogner med AGV
- *Avfallssug* sørger for at restavfall går direkte fra enhetene til servicegården, komprimeres og føres videre ut til avfallscontainere på utsiden av bygget
- SØ får enkelte middagsretter levert ferdig fra eksternt leverandør, resten lages på avdelingskjøkken. Det er etablert tre *desentrale avdelingskjøkken* i sengebygget og ett i psykisk helsevern hvor middag/ øvrige måltider tilberedes. Derfra fraktes maten ut til egne *matbuffeter* i døgnområdene hvor pasientene spiser/ alternativt får maten brakt inn på pasientrommet

## 5. Metode

*Fokusgruppeintervju, pasientspørreundersøkelse og tilgjengelige styringsdata* er de tre metodiske tilnæringsmåtene som er benyttet. Dette er i tråd med hensikten for statusrapporten som samlet sett skal gi et øyeblikksbilde. Respondentene er bedt om å ta utgangspunkt i de siste 14 dagene før intervjuene når de ga sine innspill og tilbakemeldinger.

### 5.1. Fokusgruppeintervjuer

Fokusgruppeintervjuene er *semistrukturerte intervjuer* som er ment å gi en beskrivelse av nåsituasjonen – dette er en effektiv måte å hente inn data fra relativt mange personer på forholdsvis kort tid. Intervjumetoden gir dessuten en mulighet til raskt å fange opp og

Vår dato  
19.08.2016

utforske uforutsette forhold, noe som er viktig gitt organisasjonens/tematikkens kompleksitet.

Det ble delt inn i 11 fokusgrupper, til sammen 102 respondenter møtte til intervjuene. Gruppene ble delt inn etter funksjon. I tillegg var det en oppsamlingsgruppe for de som ikke hadde mulighet til å delta i opprinnelig oppsatt gruppe. Arbeidsgruppen innkalte avdelingssjefer som ble vurdert som representative for ledergruppen. Disse valgte deretter ut deltagerne til de øvrige gruppene.

**Tabell 1 Fokusgrupper medarbeidere**

Gruppe	Organisasjonstilhørighet
1	Psykisk helsevern – behandlere
2	Psykisk helsevern – miljøterapeuter og sekretærer
3	Somatikk – leger
4	Somatikk – pleiepersonell døgn/spesialavdeling
5	Somatikk – pleiepersonell døgn/spesialavdeling
6	Avdelingssjefer
7	Seksjonsledere
8	Bilediagnostikk og laboratoriet
9	FM
10	Verneombud og tillitsvalgte
11	Oppsamlingsgruppe

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført i uke 23 og 24. Det var fra 4-12 deltakere per gruppe, én intervjuer og én referent. Intervjuer og referent gjennomgikk notatene fra møtet etter fokusgruppeintervjuet.

*Malen for fokusgruppeintervjuet var som følger:*

<p><b>Spørsmål 1</b></p> <p>Gi en vurdering av hvordan «konsept Kalnes» fungerer i dag - hva fungerer bra og hva fungerer mindre bra med hensyn til følgende:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ lokaliteter (eks. enerom, arbeidsstasjoner, garderober, kjøkken/buffet)</li> <li>▪ arbeidsprosesser (eks. tun-konsept, legemiddelhåndtering, buffet/mathåndtering, desentralisert prøvetaking)</li> <li>▪ IKT/telefoni (meldingsvarsel, elektronisk tavle, elektronisk kurve etc.)</li> <li>▪ service/støttefunksjoner (buffet, portør, renhold, servicemedarbeider)</li> <li>▪ pasientflyt (informasjon, kommunikasjon, samhandling)</li> <li>▪ integrasjon psykisk helsevern og somatikk</li> </ul>
<p><b>Spørsmål 2</b></p> <p>Hvordan vil du vurdere ditt arbeidsmiljø (arbeidsforhold, trivsel, sikkerhet)?</p>
<p><b>Spørsmål 3</b></p> <p>Har du forslag til forbedringer?</p>

## 5.2. Pasientundersøkelse

Pasientundersøkelsen hadde som hensikt å få pasientenes perspektiv på noen utvalgte temaer. Undersøkelsen var utformet som fire ja/nei spørsmål (nr. 1-4), samt ett åpent spørsmål knyttet til forbedringer (nr.5).

*Følgende spørsmål ble stilt pasientene:*

1. Er du fornøyd med pasientrommet? Enerom, bad, TV?
2. Vet du hvordan du kontakter personalet hvis du har behov for hjelp?
3. Er du fornøyd med maten og serveringen?
4. Er du fornøyd med informasjonen du har fått? Rommet, maten, pasientsignal osv.
5. Hva kan vi gjøre bedre?

Undersøkelsen ble gjennomført 14. juni kl. 12 – 13. Tilsammen 170 pasienter besvarte fem ja/nei spørsmål med kommentarer. Alle døgnområdene, observasjonsposten (somatikk) og alle enheter i psykisk helsevern var inkludert. Personell fra kvalitets- og pasientsikkerhetsavdelingen (KP) administrerte undersøkelsen i somatikken (113 pasienter). Personell fra psykisk helsevern administrerte undersøkelsen i psykisk helsevern (57 pasienter).

Pasienter som oppholdt seg på rommet/ i korridoren og var våkne på det aktuelle tidspunktet, ble invitert til å delta. De fem spørsmålene som ble stilt, reflekterte temaer som sykehuset ofte får tilbakemeldinger/ klager på. Fire spørsmål var ja/nei spørsmål, det femte spørsmålet (*Hva kan vi gjøre bedre?*) var et fritekstspørsmål og gav åpning for kommentarer og utdypelser. Svarene ble notert av medarbeidere fra KP-avdelingen (somatikk) eller av pasienten selv (psykisk helsevern).

### **5.3. Synergimeldinger**

I perioden 15. mai til 17. juni ble alle registrerte meldinger i avvikssystemet *Synergi* gjennomgått. Hensikten var å se om det var registrert saker relatert til hovedområdene som ble gjennomgått i fokusgruppeintervjuene.

Kategoriseringen i avvikssystemet er ikke sammenfallende med inndelingen i denne undersøkelsen, derfor ble alle meldinger rekategorisert manuelt. Kun 175 av i alt 578 meldinger registrert i enheter på Kalnes var relevant for denne gjennomgangen. De resterende dreide seg for eksempel om brudd på prosedyrer, samt pasienthendelser som kun indirekte kan anses å være relevant i vår sammenheng. 17 saker som ikke er tatt med i oppsummeringen dreide seg om underbemanning. Synergi er et verktøy som i varierende grad benyttes av sykehusets enheter. Forekomsten av saker kan derfor ikke ses på som pålitelig statistisk, men indikerer områder der det foreligger utfordringer.

### **5.4. Driftsmeldinger**

I samme periode ble alle innkomne meldinger via IMATIS gjennomgått, sammen med statusrapport fra driftssentralen for mai og juni. Hensikten var den samme som for synergimeldingene. Meldinger via IMATIS er i de fleste tilfeller generert av systemalarmer knyttet opp mot SD-anlegget, avvik som dette gjelder lukkes automatisk av systemene selv.

Det er utført en manuell kontroll av alle meldinger for å sortere ut meldinger for øvrige lokasjoner som ikke er en del av denne rapporten. Disse er derfor ikke en del av dette grunnlaget. Alle driftsoppgaver, feilmeldinger og alarmer skal registreres i IMATIS. Ikke-systemgenererte oppgaver legges inn manuelt av personell i driftssentralen. I tillegg kommer avvik som er registrert i Synergi i forbindelse med internkontroll. Det er lagt inn 80 avvik i

2016 på ulike fagområder i systemet, de fleste av disse er registrert innen elektro. Øvrige avvik registreres i dag ved bruk av manuelle lister.

#### *Mangler ved datagrunnlag*

- Ingen kategorisering av tiltak eller årsak til innmelding, for eksempel brukerfeil, feil på grunn av utagering eller ombygninger gjort i ettertid
- Fanger ikke opp om saker er meldt inn flere ganger
- Oppgaver som tildeles via epost og telefon direkte til den enkelte ansatte er ikke en del av dette systemet. I kartleggingen ble det avdekket at flere fagområder i teknisk avdeling ikke legger inn arbeidsoppdrag i IMATIS når de får direkte henvendelser – særlig gjelder dette for VVS og arbeid knyttet til endring/ ombygging
- Mekaniske tjenester – avvik og mangler – er heller ikke en del av datagrunnlaget da dette ikke går via noe ordre-/ avvikssystem
- Oppgaver som er sortert feil ved innlegging (feil fagområde) kan forekomme. Under kartleggingsarbeidet ser avdelingen at det er grunnlag for å ha en gjennomgang med de som legger inn oppgaver i IMATIS slik at dette i større grad blir sortert riktig på fagområde/ underkategori og ikke minst blir knyttet til riktig bruksromsnummer
- Gjennomgang av listen for den aktuelle perioden avdekket en svært ulik praksis i fordeling av oppgaver fra driftssentralen/ kategorisering av disse
- Feil og mangler vedr. dører er i liten grad en del av datagrunnlaget fra IMATIS, her går henvendelsene direkte til vaktentralen

## **6. Resultat fra fokusgruppeintervjuene**

Innholdet i dette kapitlet er en oppsummering av tilbakemeldingene i de 11 fokusgruppene strukturert etter hovedområdene i intervjumalen. Momentene er ikke en «enstemmig» oppfatning av driftssituasjonen, men et uttrykk for enkeltpersoner/ enkeltgruppers opplevelse – og må derfor ikke ukritisk oppfattes som en gjennomgående «sannhet».

Forslag til forbedringer som fremkom er flettet inn under temaene som beskrives og setninger som står i kursiv er sitater fra intervjuobjektene. I tillegg er det noen få steder valgt å sette inn en «faktaramme». Dette for å korrigere/ svare ut enkelte kommentarer slik at feiloppfatninger ikke blir universelle.

### **6.1. Lokalteter**

#### ***Enerom***

Medarbeiderne får tilbakemelding fra mange pasienter om at er fornøyde med å ha eget rom med dusj og toalett. Rommene har flott utsikt, men enkelte føler seg ensomme og savner fellesskap/ felles oppholdssted.

Dialogen mellom helsepersonell og pasient oppleves bedre enn før og taushetsplikt/ personvern ivaretas bedre med enerom. Andre positive effekter er hygiene, infeksjoner og smitte, noe som underbygges av følgende kommentar ... «*etter innflytting har vi ikke hatt utbrudd av norovirus*». Stellesituasjonen blir enklere og pasienten får mer ro om natten.



Vår dato  
19.08.2016

«Pasientrommene er fine, men noen steder er det kaldt på badet». I tillegg er det enkelte steder behov for armlener på toalettene.

Enerom oppleves som ressurskrevende og har ført til behov for ekstra bemanning flere steder. Rommene oppleves helt lydtette og det er vanskelig å oppfatte hva som skjer inne på et rom. Man har mindre oversikt over de sykeste, og velger derfor å ha dørene åpne. Det er vanskelig å tilkalle hjelp fra kolleger ved for eksempel fall på toalettet.

Felles oppholdsrom der pasient og pårørende kan utveksle erfaringer savnes av flere, dette gjelder generelt for døgnområdene.

Ved føde- og barsel avdelingen har man måttet benytte familierom til to pasienter.

Også i psykisk helsevern er inntrykket at pasientene er fornøyde med enerom. Det gir større mulighet for ro, men fører også til at enkelte er mer på rommet – noe som igjen gir mindre mulighet for observasjon enn tidligere. Det er flott at solskjermingen kan overstyres, dessverre virker ikke dette når det blåser og det er uheldig at solskjermingen ikke er lystett. I ungdomspsykiatrisk seksjon er det innsyn utenfra på kveldstid, noe som oppleves sjenerende.

*Solavskjerming er innstilt for maksimal vindbelastning. Ved å fjerne denne funksjonen vil persiener bli ødelagt i sterk vind og være en sikkerhetsrisiko i tilfelle de faller ned. Solavskjerming skal ikke hindre innsyn, kun ha blendefunksjon (energifokus) med tanke på sollys*

Rommene i psykisk helsevern er ikke utformet på en slik måte at man får et raskt overblikk over situasjonen i rommet når man kommer inn døren, da sengen er plassert i en nisje. Det er heller ikke plass til sykehusseng når pasientens tilstand tilsier at det er behov for dette.

Regn som treffer vannbrettet lager mye støy på rommet og kortlåsene støyer, spesielt er dette sjenerende om natten.

Dusjene starter automatisk til alle døgnets tider grunnet selvrensing og gjør at enkelte pasienter blir urolige og våkner.

*Dette er tiltak for å redusere faren for legionellautbrudd, kan fjernes og erstattes av manuelle rutiner i de respektive seksjoner*

Noen opplever rommene for kalde, og det er uheldig med nattsenking av temperatur for enkelte pasientgrupper – eksempel på dette er pasienter med spiseforstyrrelser.

*Nattsenkingsfunksjon er ikke aktiv i anlegget (var det i tidligfase)*

### **Generelt**

Flere oppfatter sykehuset som sterilt og upersonlig ... «Standardisering passer ikke for alle». Samtidig fremkommer det at ... «det var veldig rigid til å begynne med, men nå virker det som det er mer muligheter til å få til endringer».

Vår dato  
19.08.2016

Generelt oppleves det at lokalene er trange, dette gjelder også ganger og ventesoner ... «*Det er for få sitteplasser for pasienter og pårørende i både ventesoner og på døgnområdene*» ... «*Det er også ønskelig med et rom for pårørende i nærheten av døgnområdene*».

Det er stor variasjon i behovet for utstyr på de ulike fagområdene, noe som gjør at lagerplass ikke er tilfredsstillende på enkelte steder. Nærlagrene er for små, og det er ressurskrevende å holde dem oppdatert.

Endringer som ble gjort underveis i planleggingsfasen for Kalnes har medført innskrenket areal og mindre hensiktsmessig plassering for enkelte områder. I tillegg har den generelle utviklingen innen det medisinske faget ført til at enkelte områder har fått behov for større arealer nå enn i planleggingsfasen. Enkelte dekontaminatorer er ikke tilpasset driften – noe av utstyret som benyttes får ikke plass. Rom er omdisponert til annen funksjon enn det var planlagt for – f.eks. er ØNHs sengerom omdisponert til akuttrom, her ønskes det også et hensiktsmessig sted å vaske scoop og andre instrumenter.

Utvendig solavskjerming fungerer ikke optimalt og det er ønskelig å kunne overstyre automatikken (jfr. avsnitt under enerom ovenfor).

*Kan bestilles på ordinær måte i driftssentralen (med de restriksjoner en slik overstyring har)*

En gjennomgang av legenes hvile-/vaktrom med fokus på hvem som har ansvar for hva (praktiske oppgaver) er ønskelig. I tillegg bør det sees på en løsning for «vaktmat» for legene ... «*På LIS-legenes hvilerom er det behov for lystette gardiner. I mangel av dette brukes det nå sorte søplesekker*».

Åpne kontorlandskap fungerer greit – tilbakemeldingen er at de fleste legene har tilpasset seg dette. Det hadde vært ønskelig med én arbeidsplass per lege, enkelte hevder at det er for få arbeidsplasser for denne gruppen ... «*Det kan være en utfordring å måtte ta telefoner i kontorlandskapet og det oppleves at det er for få stillerom da det er vanskelig å ivareta taushetsplikten (i åpent landskap)*».

Flere uttrykker at de savner tilbakemelding på hva som skjer med saker som blir meldt inn, dette for å vite hva man skal forholde seg til ... «*Blir ting endret eller blir det det ikke? Småting som ikke raskt blir ordnet og heller ikke gitt tilbakemelding på, gjør at medarbeiderne føler seg små i det store systemet*». Oppfølging og tilbakemelding på innmeldte behov oppleves som en stor mangel etter innflytting.

*Andre generelle forslag:*

- klokke på møterom og samtalerom, samt sykehusets hovedinngang
- flere sitteplasser utenfor sykehuset er ønskelig både for pasienter og medarbeidere
- for enkelte dører er det forslag om å redusere behovet for å trykke kode (kun benytte kort), samt at det er ønskelig med lenger åpningstid
- det foreslås som standard at alt som skal stå i korridorene skal stå på høyre side slik at det er fri passasje og fremkommelighet på venstre

### *Poliklinikk*

Det er mangel på konsultasjonsrom på noen poliklinikkområder ... «*Man kunne økt gjennomstrømningen av pasienter ved å ha flere rom*» ... «*Det lånes rom i andre poliklinikkområder noe som fører til at det blir langt å gå for pasientene*» ... Det er ønskelig å kunne åpne vinduene, spesielt der behandling fører til behov for rask utskifting av luft – for eksempel i dialyseavdelingen og gastroenterologisk poliklinikk. Enkelte skranker i poliklinikkområdene er åpne og har ingen skjerming mot venteområdene – dette fører til vanskeligheter med å ivareta taushetsplikt/ personvern.

### ***Spesielt for psykisk helsevern (bygg 04)***

Det meldes om dårlig materialvalg – robustheten burde vært større. Det er flere rom hvor veggene gjentatte ganger har blitt ødelagt og mye er allerede veldig slitt ... «*Vi må forberede oss på mye vedlikehold etter hvert*». Det er et ønske om robuste plater fra gulv til minimum 190 cm opp på veggene.

Verandaene har for dårlig lys og den generelle utformingen/ plasseringen gjør at ikke alle pasientgruppene ønsker å bruke dem – de føler seg overvåket av personer i etasjene over.

Det hadde vært ønskelig at det ble åpnet for å gjøre det mer personlig med farger på veggene, bilder og gardiner etc. Slik det er nå påvirkes miljøterapien negativt.

Under planleggingen ble det sagt at man ikke ønsket pasientsignal på skjermingsrommene – dette ble ikke etterkommet .... «*Nå ringer denne hele tiden og teknisk avdeling må koble den ut*».

Personellgarderobene fungerer greit nå. Det var for få knagger til å begynne med, spesielt i vinter. Uheldig å måtte gå gjennom hele avdelingen for å få skiftet ... «*Ønsker garderober med dusj i U1*».

### ***Arbeidsstasjoner***

Arbeidsstasjonene oppleves generelt som trange da flere har behov for å benytte disse samtidig. Temperaturregulering på arbeidsstasjon oppleves problematisk ... «*Enten er det for kaldt eller for varmt*». Legene har behov for å sitte på indre arbeidsstasjon for bl.a. diktering – sykepleierne blir da sittende på ytre arbeidsstasjon, noe som gjør det vanskelig å overholde taushetsplikt/ personvern.

På ytre arbeidsstasjon jobber sykepleierne på bærbar PC eller nettbrett, men enkelte steder er ikke dette tilgjengelig – noe som fører til at det er for få arbeidsplasser ... «*Dette går spesielt ut over sykepleierne, da legene sitter på indre arbeidsstasjon*». Det er derfor et ønske om å få stasjonære PCer i ytre arbeidsstasjon da ... «*de er bedre å jobbe på (red. merknad; ergonomi/ funksjonalitet) enn bærbare PCer og nettbrett*» ... «*Mobilt IKT-utstyr er lite i bruk*». Det meldes også om at det er vanskelig å finne riktige ladere til PC/ nettbrett. Bærbar PC benyttes ved medisindeling, dette fungerer bra. Samarbeid mellom lege og sykepleier oppleves bedre etter innflytting.

Det burde være flere makuleringsdunker, hev-/senk bord på alle arbeidsplasser og låsbare skap. Det er også et ønske om noe annet enn kun kontorstoler å sitte på, spesielt aktuelt for nattevaktene og leger i vakt. Noen steder er dette ordnet via egne midler.

I akuttmottaket er det mye støy både i ytre og indre arbeidsstasjon. På poliklinikk i akuttmottaket er det vanskelige forhold på grunn av for få rom ... «Konseptet med å gjøre mest mulig diktering etc.) inne hos pasienten, fungerer ikke på grunn av at legene har flere pasienter på en gang». Det er et ønske om nettbrett ved hver seng som kan benyttes til kontorarbeid og diktering.

### **Garderober og tøyautomater (somatikk)**

Tøyautomaten (rent tøy) fungerer bra, men å levere skittentøy fungerer dårlig. ... «Returautomaten virker ikke, noe som gir flaskehals og mye venting» ... «Må bære skittentøy langt for levering noe som er uhygienisk, ønskelig med tøytraller til skittentøy i garderobene» ... «Ønsker flere returautomater i tilknytning til garderobene» ... «Det burde være mulig å få bukser tilpasset gravide» ... «Garderobeskapene er for små, det er ikke plass til sko i skapet sammen med rent tøy».

På grunn av plassmangel i noen av de grønne garderobene ligger skittent grønt tøy ved siden av rent tøy, noe som kan medføre kontaminering. Det er også for lite tøy her

Dusjer uten dører eller forheng er ikke heldig på grunn av innsyn. Herregarderoben i G-fløyen har vindu med direkte innsyn.

Mange opplever at det er lang avstand mellom personalinngang/ garderobe og garderobe/ avdeling. Det er ønske om flere personalinnganger, for eksempel i U1 i lilla sone.

### **Skilting**

Skiltingen i sykehuset oppleves som for dårlig, mange gir tilbakemelding om at skilt mangler flere steder. I tillegg kommer det ikke tydelig frem hvor man skal gå. Både pasienter og medarbeidere har vanskeligheter med å finne frem, dette gjelder spesielt på poliklinikk-områdene ... «Mange pasienter henvender seg til feil sted». Skilting påvirker både pasientflyt og arbeidsprosesser ... «Dagens skilting bør gjennomgås på nytt særlig sett opp mot pasientflyt». Se også kapittel 6.2 under generelle kommentarer til arbeidsprosesser.

## **6.2. Arbeidsprosesser**

*Tunløsningen* oppleves som en arbeidsmodell med både fordeler og ulemper, det er roligere nå enn det var i Fredrikstad. Enkelte mener at det er for store avstander i døgnområdene – dette gjør at mye tid går med til transport for ulike henteoppdrag. Dette gjelder dog ikke på områder med mer avgrensede/mindre fagområder, hvor modellen oppleves som størrelsesmessig håndterbar og oversiktlig. Her er det også mer trefftid med kolleger, noe som gir økt erfaringsutveksling og «høyere samlet kompetanse».

Døgnområder som oppleves for store genererer flere anmodninger om tilsyn grunnet mindre konferering med kollega, generelt mye «alenejobbing» og færre muligheter for felles

morgenmøter ... «Sykepleiere føler seg alene på vakt og man har mistet den kompetanseoverføringen som man hadde på spesialavdelinger, der man jobbet flere i samme rom».

*Desentralisert blodprøvetaking* har generelt ført til raskere prøvesvar. Det er dog flere elementer i arbeidsprosessen som fører til forsinkelser og det er fortsatt kvalitetsutfordringer. Det blir tatt færre prøver grunnet desentraliseringen, bestillingsrutinene gir utfordringer og kvaliteten på prøvene har gått ned slik at flere prøver enn før må kastes.

*Legemiddelhåndtering* – bruker mer tid nå enn før og dette (særlig sammen med desentralisert blodprøvetaking) gir et merarbeid. Det kastes en del medisiner grunnet manglende returmoglighet til apoteket, samt at det ikke er tilstrekkelig med kapasitet i kjøleskap på medisinrom. Bruk av rørpost i sammenheng med legemiddelhåndteringen er positivt. Metavision oppleves av mange som et kvalitetsstabil, men tungvint og tidkrevende system å manøvrere i.

*Elektronisk medisinkabinett* fungerer generelt bra og det er mindre avvik når det gjelder legemiddelhåndtering enn tidligere.

#### *Generelle kommentarer til arbeidsprosesser*

- For dårlig skilting påvirker mange arbeidsprosesser negativt, og flere steder er det stor pågang av pasienter som henvender seg til feil sted
- Premissene for arbeidsprosessene defineres i for stor grad av støttefunksjoner slik at det går utover faglig utførelse – oppleves som forvirrende/ demotiverende
- Nærhet mellom somatikk og psykisk helsevern har lettet arbeidsprosesser begge veier og ført til bedre og sikrere pasientbehandling/ behandlingstilbud
- For korte åpningstider i kafeen medfører dårlig mat- og drikketilbud til pasienter og pårørende, noe som igjen forstyrrer arbeidsprosessene i seksjonene. Særlig relevant er dette i akuttmottaket som ikke har tilbud om bevertning
- Rigid håndhevelse av konseptet med for lang responstid for å få løst innmeldte saker

### **6.3. IKT /telefoni**

#### ***Telefoni/meldingsvarsel***

Mobiltelefonen har lettet hverdagen til medarbeiderne ... «Det er enklere å få tak i hverandre» ... «Alle ansatte burde hatt hver sin faste mobiltelefon».

Det er imidlertid støyende at det ringer mye. Det er en utfordring at det ikke er mulig å ringe eksternt med skjult nummer slik man kan med fasttelefon. Pasienter som får tapt anrop, ringer opp eller sender SMS – i mellomtiden kan telefonen ha fått annen bruker. Det blir derfor mye leting etter fasttelefon for å ringe pasientene slik at dette problemet unngås. Varsling av pasient på SMS er positivt.

Det er tungvint at man kun kan se telefonnummer til den som ringer, men ikke hvilken rolle denne innehar. Feil i rollene og at man mottar telefoner som skal til andre er et problem. Enkelte glemmer også å logge seg på rolle ... «Mange unødvendige telefoner til oss fordi brukerne ikke kan bruke rolletelefonene» ... «Kodene på telefonene er ikke sammenfallende

*med legenes vaktkoder, og vi må derfor ha papirlister i tillegg». Søkemotoren i meldingsvarsler burde fungert bedre, slik funksjonaliteten er i Trio ... «Trio fungerer nå veldig bra».*

*Problemer med innlogging ... «Slår seg av, faller ut, noe som fører til at man mister oppdrag» ... «Ønsker standardisert pålogging».*

Pasienter blir forsinket til operasjon fordi operasjonsavdelingen opplever problemer ift. å få telefonkontakt med døgnområder og akuttmottak. Dette skjer spesielt på kveld, natt og helg da enkelte telefoner ikke blir besvart og blir satt over til andre seksjoner flere ganger.

*«Vanskelig å lære telefonen, mye nytt hele tiden». På grunn av usikkerhet velger noen å bruke privattelefonen ved akutte hendelser, andre opplever at bruk av telefonen går greit.*

Hvis nødtelefonen på føde/barsel er opptatt settes inngående samtaler til neste ledige telefon og de som ringer får da summetone. Det er ønskelig med en talemelding som sier at ... *«det er stor trafikk på fødeavdelingen».*

*... «Det kommer så mange varsler på meldingsvarsleren at man risikerer å gå glipp av viktige meldinger. Når meldingene ikke blir slettet fortløpende stenger de for å få ringt akutt».* Pasientsignalanlegg varsler ikke alltid korrekt, det er lite forståelse når dette meldes videre.

Person søkerne viser noen ganger feil romnummer i displayet ... *«Får akuttcalling på rom i kjeller og i bygg 04 psykisk helsevern, eller den viser at alarmen har gått i et rom ingen vil vedkjenne seg å ha trykt på knappen».* Det kan være utfordrende å finne frem til det aktuelle rommet som står i displayet.

Telefonløsningen er kostnadskrevende – avdelingene får høye regninger.

### **Elektronisk tavle**

Elektronisk tavle benyttes i varierende grad ... *«Er helt avhengig av den»* ... *«Fungerer bra ved bestilling av støttestruktur».* Renhold er fornøyd med å få oppgavene elektronisk og FM får problemer om bestiller ikke bruker IMATIS slik man skal – mye informasjon vil da ikke komme frem. Andre bruker tavlen lite/ ingenting/ mangler kompetanse – eller de ser ikke hensikten og etterlyser hjelp/informasjon for å kunne ta tavlen i bruk.

De store tavlene i fellesrommene blir ikke alltid benyttet slik de skal, men man bruker IMATIS på vanlig PC. Noen har koblet bort IMATIS-tavlene og erstattet dem med PC, da pårørende kommer inn i rommet selv om døra er lukket ... *«IMATIS-tavlene er ikke tilpasset alle enheters behov».*

### **Elektronisk kurve**

Elektronisk kurve fungerer godt i akuttmottaket, intensiv og operasjon, men enkelte opplever at systemet henger for mye – noe som forsinker visitten/ kan føre til at ting blir glemt. Noen hevder det er så tidkrevende at de velger å bruke penn og papir, eller registrerer forordninger kun i DIPS ... *«Legemidler blir gitt selv om det ikke er forordnet elektronisk, da det tar for lang tid å logge seg på i Metavision».* Det er et problem at det blir

dobbeldokumentasjon mellom elektronisk kurve, DIPS og Metavision ... «Får ikke kopiert inn gammel legemiddelkurve». Ønsker mer integrasjon mot meldingsvarsler, men det er positivt at man slipper å tyde håndskrift.

### **Generelt**

Ikke enighet når det gjelder selvinnsjekk - fungerer bra sier noen, andre opplever at selvinnsjekk gir for dårlig informasjon og at pasienter går seg bort. En kvittering (i hånden) ved selvinnsjekk hadde vært ønskelig.

De forskjellige IKT-systemene er ikke synkroniserte. Tidkrevende med innlogging på flere steder, spesielt i vaktskiftet ... «men dette er jo en vanesak».

Kommunikasjon mellom DIPS og LVMS faller ofte ut og skaper mye ekstraarbeid med saker som haster. Labsystemer som AMS, LVMS og Pesto kan ikke brukes på nettbrett.

Sikker print er positivt, men enkelte ganger kommer det utskrift fra andre ... «Det blir ekstra jobb med skrivere da det må benyttes ulike printere til ulike utskrifter og etiketter. Man må installere skriver for hver enkelt oppgave på nytt selv om det tidligere er lagt til, da det som oftest faller ut». Dette oppleves som tidkrevende.

E-resept er et godt program ... «En stor forbedring, men burde kunne se en oversikt over andre medikamenter pasienten bruker».

Det er delte meninger rundt nettbrett, enkelte er fornøyde, mens andre ønsker arbeidsstasjoner med stor skjerm og muligheten for å ha flere programmer oppe samtidig.

### **Forslag til forbedringer:**

- få hentet opp tidligere medikamentliste i Metavision, ikke måtte legge inn alt på nytt
- små sikker print- skrivere (som i akuttmottaket) på poliklinikkområdene
- lydtette bokser til tvillingtelefoner som ringer/ er svært forstyrrende
- ha fellesbruker pålogget i bunn, for så å logge seg på med eget navn og passord
- enklere pålogging på telefonen

## **6.4. Service/støttefunksjoner**

### **Kjøkken/buffét**

Et mattilbud til pasientene hele døgnet er bra og bufféten fungerer flott for de som kan hente maten sin selv. Spesielt barne- og ungdomssenteret er meget fornøyd, men det meldes andre steder om for få sitteplasser/ bordene er ikke tilpasset rullestolbrukere.

... «Buffét passer ikke for alle». Noen døgnområder har nesten kun sengeliggende pasienter og må servere all mat på rommet – dette er tidkrevende og maten kan bli kald før pasienten får den. Man forstår ikke hvorfor det må være ulike rutiner for utlevering av mat fra avdelingskjøkken (de som ikke har buffét knyttet til sitt tun) og buffétkjøkken. Utvalget i buffétenes oppleves som mangelfullt (dårligere enn før) og tilbudet til de som faster/ andre som trenger varm mat utenfor tidene i bufféten er ikke godt nok. Kombinert med tidlig

stenging av kafeen (særlig i helgen) blir tilbudet til pasientene i akuttmottaket for dårlig. Matautomat(er) kunne avhjulpet denne problemstillingen. Følgende ble sagt om kasting av mat ... «*Vanskelig å forstå hvorfor mat kastes fremfor å tilbys til pårørende som må være tilstede hos sine*».

#### Andre kommentarer/ forslag

- Fagkompetansen til buffétvertene oppfattes svært varierende
- Det er uheldig at ønskekost må bestilles dagen før og menyen er for liten

*Gjelder kun bestilling til frokost dagen etter, ellers kan tilrettelagt meny bestilles samme dag*

- Bufféene oppleves rotete og uhygieniske
  - håndvask ønskes for å kunne ha mulighet til å vaske hendene i spisedelen
  - uren tralle og matbøtte tømmes for sjeldent
  - brødautomat fungerer ikke/ man må derfor stikke hånden ned i beholderen
  - en del pålegg er ikke enkeltpakket, mer enkeltpakket mat ønskes
  - mye trilling av oppvask da det ikke er oppvaskmaskin i bufféene
  - psykisk helsevern er fornøyd med at andre nå tar oppvasken
- Det hender at leveranser har feil volum og det er ikke mulighet til å returnere varene, mangler lagerplass
- En del utstyr er utilfredsstillende, f.eks. kaffekanner som ikke holder på varmen
- Ønsker TV i bufféene
- Ikke lenger mulig å få is til pasientene, må kjøpes i Narvesen på seksjonens regning
- Ønsker tydeligere avklaring av samarbeidet mellom rollene – servicemedarbeider, renholder og buffétvert

#### Renhold

Enkelte steder er man fornøyd med det renholdet som utføres, andre steder er det behov for forbedring. Det er en felles oppfatning at renholderne gjør en bra jobb, men at de har for liten tid. Renholderne har fått mer å gjøre, blant annet med vask av toalett på hvert enerom.

Det vaskes for sjeldent ... «*Det er dårlig renhold i helgene. Det er skittent i trappene. Fingermerker på vegger og dører vaskes ikke bort. Det mangler ofte såpe, tørkepapir og dopapir. Det burde være faste renholdere ved noen avdelinger. Det er vanskelig å forstå logikken i utplassering av søppelbøtter. Alle burde ha søppelbøtte som blir tømt*».

Kontorer blir også brukt som spiserom og garderobe på grunn av arbeidspress og mangel på personalrom. Dette gjør at det blir ekstra skittent på steder som vaskes sjeldent.

Renholderne er fornøyd med bestilling i elektronisk tavle. Lang ventetid på renhold (både rom og seng) er et stort problem. Det blir opphopning av pasienter blant annet i akuttmottak, noe som igjen skaper problemer med pasientflyten. Helsepersonell opplever å måtte vaske selv for å kunne ta i mot ny pasient. Flytting av pasienter mellom døgnområder på grunn av pasientlogistikk fører til flere renholdsoppdrag ... «*Konseptet med sluttvask må evalueres. Muligheten for bestilling av prioritert vask er positivt*».

... «*Behandlere må vaske kontorer selv*» ... «*Det burde vært avtalte tider*». Renhold kommer ofte på tider som ikke passer for seksjonen, for eksempel i vaktskifter og morgenmøter.



Fulle korridorer gjør det lite fremkommelig for renholderbilen, noe som fører til at man må gå av bilen ofte – dette tar ekstra tid.

### **Portør**

Det oppleves rask og god service fra portørtjenesten, men bestilling av rett lokalisasjon til portøroppdraget kan være vanskelig. Portørene benytter indre korridorer til transport, da gulvbelegget er hardere der enn i hovedgata.

### **Servicemedarbeider (SMA)**

SMA bidrar positivt til arbeidsmiljøet, men det oppfattes at de har for mye å gjøre ... «*Ser de løper rundt*». Det har tatt tid for SMA å bli kjent med alle seksjonenes «rariteter», systemet for bestilling har gått seg til og er bra.

SMA føler et stort ansvar nå som det ikke er et sentrallager på huset. Det er mangelfull oppfylging av nærlager og hovedlager ligger ikke alltid der man har sin hovedaktivitet, dette stjeler tid. Noen steder må varer og utstyr lagres sammen pga. plassmangel.

Vareleveransene til SØ og AGV-systemet fungerer bra, men det er for få vogner slik at man må benytte manuelle traller i tillegg. Matavfall kastes i feil sekker – disse blir da svært tunge og uhåndterbare for SMA. Til tider er det problemer med avfallssuget.

## **6.5. Pasientflyt**

### **Somatikk**

Det har vært stor pasienttilstrømming i sykehuset. Når det er fullt på døgnområdene blir det en opphopning av pasienter i akuttmottaket. Liggetiden her blir da lenger enn beregnet, til tross for at pasientene er avklart for innleggelse. Døgnområder får også pasienter fra andre fagområder («utepasienter») – dette fører til at visitten tar tid og gir en lite tilfredsstillende arbeidshverdag for medarbeiderne.

Barneavdelingen har fått et bedre mottak enn de hadde tidligere.

Det er et ønske om å kunne benytte utreiseenheten mer effektiv i forhold til utskrivelser, her bør det være plass til sengeliggende pasienter for å frigjøre plasser i døgnområdene.

... «*Skulle hatt en enhet tilsvarende S2 i Fredrikstad, slik dagplassene driftes i dag er det kostbart*». Det er også ønskelig med større sambruk av dagbehandlingsplasser.

Kommunikasjon rundt pasientflyten/ overføring er krevende, særlig gjelder dette ved opphopning av pasienter og når kapasiteten på døgnområdene er under press. Vurderingene rundt pasientflyten kan føre til at pasienter plasseres på feil lokasjon, noe som igjen kan true pasientsikkerheten. Ønske om å ha pasientflytkoordinator større deler av døgnet.

Samhandlingen mellom yrkesgrupper/ avdelinger fungerer ikke godt nok. For eksempel brukes det store ressurser på å flytte inneliggende pasienter til hjemmehørende avdeling (fra post til post) for å få plass til egne pasienter. Pasienter som er klare for overføring til døgnområde fra akuttmottaket, havner på observasjonsposten fordi det ikke er plass på døgnområdene. På grunn av konseptet med enerom er det en utfordring ved overbelegg at pasienter må låne toalett/dusj på andre pasientrom.

*Andre forslag/ kommentarer:*

- kompetanseoverføring blant sekretærene (poliklinikk) for å øke forståelsen ift. ventelister og frister (timebooking) – mye tid går med til å lete etter rett pasientdata
- det kunne med fordel ha vært flere operasjonsstuer

*Psykisk helsevern*

Det sees ingen endringer når det gjelder pasientflyt ... «*Det fungerer som før*». Det er raske overflytninger til andre seksjoner/ DPS, men slik var det også tidligere. Det kan være utfordrende å sikre informasjonsoverføringene like raskt.

**6.6. Integrasjon psykisk helsevern og somatikk**

I planleggingsfasen var det skepsis til samlokalisering av somatikk og psykisk helsevern – alle pasienter skulle ha tilgang til samme fellesområder (spiseområde, vestibyle osv.), men dette har gått bedre enn forventet.

Psykisk helsevern er svært fornøyd med tilbudet fra bildediagnostikk og biokjemi – særlig i helgene ... «*Veldig fint å få tatt blodprøver døgnet rundt, dette sparer tid*». For bildediagnostikk er det lettere å sette opp time til pasienter fra psykisk helsevern da det krever mindre planlegging.

Pasientene får raskere tilsyn av spesialist – ofte samme dag – i stedet for neste dag som de gjorde tidligere. Enkelte hevder at de ikke får oppfølging når de trenger det, eksempel kan være utagerende pasient med somatisk sykdom som har psykiske grunnlidelse. Det oppleves som positivt at somatisk dårlige pasienter raskere kan overflyttes til psykisk helsevern. Psykisk helsevern kan på Kalnes ha dårligere (somatiske) pasienter fordi man er samlokalisert med somatikken. Det gir trygghet – tidligere ble disse pasientene overflyttet somatikk. Det presiseres at psykisk helsevern ikke alltid har det utstyret som kreves til behandling og (inneliggende) pasienter får ikke det samme tilbudet om fysioterapi som i somatikken. De ansatte har fått opplæring i utførelse av fysioterapiøvelser, men dette er ikke tilstrekkelig/ godt nok.

Integrasjonen bør utnyttes bedre begge veier med tanke på samarbeid og kompetanseoverføring for overvåking av ulike pasienter. Informasjon om prosedyrer som omhandler dette må tydeliggjøres.

Uheldig at liasonsteam i voksenpsykiatrien (spes. psykiater, psykolog, sykepleier og sosionom) ikke ble etablert som planlagt (manglende økonomiske ressurser).

Når psykisk helsevern får pasient i seng fra somatikken oppleves det tungvint å måtte ha ulike faggrupper som skal vaske sengen og bringe denne tilbake til somatikk.

ECT-klinikken fungerer bra – nærhet til anestesi og intensivavdeling gjør at behandling kan tilbys flere pasienter på Kalnes enn man kunne på Veum.

Nevrologisk avdeling og alderspsykiatrien har tverrfaglige samarbeidsmøter (TVESAM) hver uke. Her gjennomgås aktuelle pasienter og dette fungerer svært godt.

Barne- og ungdomssenteret somatikk og barne- og ungdomspsykiatrien opplever å ha et godt samarbeid ... «*Fint at det nå er opp til 18 år også i somatikken*». Førstnevnte har også eget barnepsykiatrisk team inne på avdelingen, noe som fungerer bra.

Føde/ barsel er veldig fornøyd med at pasienter kan få hele sitt barselopphold i psykiatrisk avdeling ved behov.

### **6.7. HMS arbeidsmiljø**

Her er det naturlig nok stort sprik i svarene avhengig av hvilke enheter og lokaliteter man kommer fra.

#### **Generelt arbeidsmiljø**

Flere avdelinger rapporterer at trivsel og arbeidsmiljø har «gått seg til». Andre avdelinger melder om flere oppsigelser (føde/barsel og døgnområde 5), mens man fra døgnområde 3 forteller at «*vi har hatt tre oppsigelser, men disse er ikke begrunnet i arbeidsmiljøet*».

Det er store avstander og gulvene oppleves som harde. Avdeling for sykepleie har 5 sykemeldinger på grunn av plantarfasciitt. Det foreslås flere sparkesykler som en del av løsningen.

Det er mangel på personalrom i poliklinikkområdene og flere steder er det ikke muligheter for oppbevaring av mat. Det er ikke tilgang til å kjøpe mat etter klokken 18.00. Det ønskes også utvidede åpningstider i kaféen samt en nedjustering av prisene – enkelte produkter er billigere hos Narvesen. Andre muligheter som nevnes er utplassering av matautomater og vanndispensere. Vanndispensere er spesielt ønsket der det på grunn av hygiene ikke er lov med medbrakt drikkeflaske. I tillegg ønsker man mulighet til å koke kaffe på flere steder. Det forslås også å etablere et spiseområde for medarbeidere utendørs, helst i nærheten av kaféen/spiseområdet.

Det er behov for en permanent kontorplass for ledere. Personvernet blir dårligere ivaretatt da enkelte ledere har pasientinformasjon i sekken. En leder uttaler også at ... «*det er vanskelig å få gjennomført medarbeidersamtaler, da man må bestille møterom og ikke har mulighet for å gjennomføre dette i egen seksjon*». Det presiseres at god informasjon til medarbeiderne er viktig for forståelse av beslutninger.

På døgnområdene føler enkelte ansatte seg alene. Dette er sårbart, spesielt på natt da man ikke har noen å diskutere faglige problemstillinger med.

Servicemedarbeidere opplever at hyllene på en del lager ikke er hensiktsmessig plassert. De er for høye og selv med krakk rekker en ikke opp til øverste hylle.

Parkeringsløsningen fungerer bra (selv om man må betale).

#### **Generelle forbedringsforslag**

- fagbøker og plansjer i nærheten av den kliniske driften (til pasientinformasjon)
- treningsrom for medarbeidere

- mulighet for å henge opp bilder og gjøre det litt triveligere rundt seg
- TV på vaktrom (enkelte er også uten signal)
- et bedre busstilbud på ettermiddag/ kveld for å hindre stress og misnøye
- postkasse til forbedringsforslag
- fjerne trær slik at pasienter og medarbeidere kan se Vestvannet og Isnesfjorden

### ***Ventilasjon og solskjerming (jfr. også kap. 6.1)***

Det er sprik i rapportering vedrørende ventilasjonen – noen steder er det for varmt, andre steder for kaldt, eller luftkvaliteten er for dårlig. Dette er også verifisert enkelte steder med målinger – innstillinger og justeringer av ventilasjonsanlegg pågår fortsatt.

I en enhet sliter ansatte med pustebesvær og hodepine (med påfølgende sykemeldinger) og dette kan være relatert til støv/dårlig luftkvalitet. Fra psykisk helsevern rapporteres det at medarbeidere og pasienter sliter med susing i ventilasjonsanlegg, spesielt om man fra før er plaget av tinnitus.

Utvendig solskjerming er et problem – går ned noen steder der det ikke anses nødvendig. Utplassering av fjernkontroller slik at den kan styres fra hvert enkelt rom er påbegynt.

### ***Pasientsikkerhet***

I psykisk helsevern rapporteres det om fornøyde pasienter, Kalnes oppleves som en ny verden for både pasienter og medarbeidere. Én avdeling har hatt mer vold og utagering blant pasienter i perioder, mens andre har hatt mindre. Seksjon for psykose (2) mener at stuens utforming har en positiv innvirkning ift. å redusere utagering. I skjermingsenheten i barne- og ungdomspsykiatrien kan man ikke alarmere internt i avdelingen uten at man varslers alle – dette er ønskelig at blir endret.

### ***Spesifikke områder ift. sikkerhet (nevnt i intervjuene):***

- ØH-rom på døgnområde 5 ikke sikkert i forhold til hygiene
- nukleær – trangt og fare for bestråling
- mye støy i analysehallen
- barneavdelingen og kvinneklinikken mangler overfallsalarm
- sikkerheten for medarbeidere i ytre skranke i akuttmottaket ikke ivaretatt, i den andre skranken (arbeidsstasjon i midten) er det mye støy, oppleves som belastende
- sikkerhetsavdelingen – bakelittskilt på pasientrom må skiftes ut med tape – skilt er demontert og slipt skarpe som kniver

### ***Poliklinikk***

- i poliklinikkområde 3 er det for mange pasienter i hovedkorridoren
- sentralbordet kommer ikke gjennom på telefon til poliklinikkene, dette skaper frustrasjon og redusert pasientkvalitet
- bildediagnostikk synes det er vanskelig å ha oversikten over pasienter på venterom i 2. etg. og det foreslår kameraovervåking som forbedringstiltak

(Jfr. begrensning ift. poliklinikk siste avsnitt kap. 3)

**Psykisk helsevern**

Når dør til skjermingsenhet stenges i ungdomspsykiatrien vet man ikke hva som foregår der inne (de to rommene er lydette), dette er ugreit i forhold til eventuell utagering. Et annet problem i samme seksjon er at ...«*det er ett mottaksrom som ligger i slusen og det er ikke bra*».

Svært fornøyde med tilgang til atrier. Det er to utfordringer – for mye innsyn fra andre avdelinger (i psykisk helsevern), i tillegg kastes røykstumper ned fra verandaer på gulvbelegget i atriet.

Psykiatrisk akuttmottak voksne har hage utenfor/ en etasje ned, men fordi man ikke har atrium i umiddelbar nærhet må man være to som følger pasienter ute.

Det er vindutsatt på takterrassen og det foreslås å ha transparent hardplast på utsiden av gitter for å skjerme for vinden.

**7. Resultat fra pasientundersøkelsen****7.1. Resultater**

Resultatene (jfr. kap. 5.2 pasientundersøkelse) for hver enhet omtales ikke her. Det er skilt mellom somatikk og psykisk helsevern i figurene fordi konseptene er noe ulike.

De fleste pasientene i somatikken var fornøyd med pasientrommene (spørsmål 1), og kun 8 av 113 pasienter (7 %) svarte at de ikke var fornøyde. I psykisk helsevern var det 9 av 57 pasienter (16 %) som ikke var fornøyde. Sammenlignet med somatikken er rommene i psykisk helsevern noe mindre og uten tv.

På spørsmål 2 – om man vet hvordan man skal kontakte personalet ved behov for hjelp, svarte totalt 94 % ja. Det var liten forskjell mellom somatikk og psykisk helsevern.

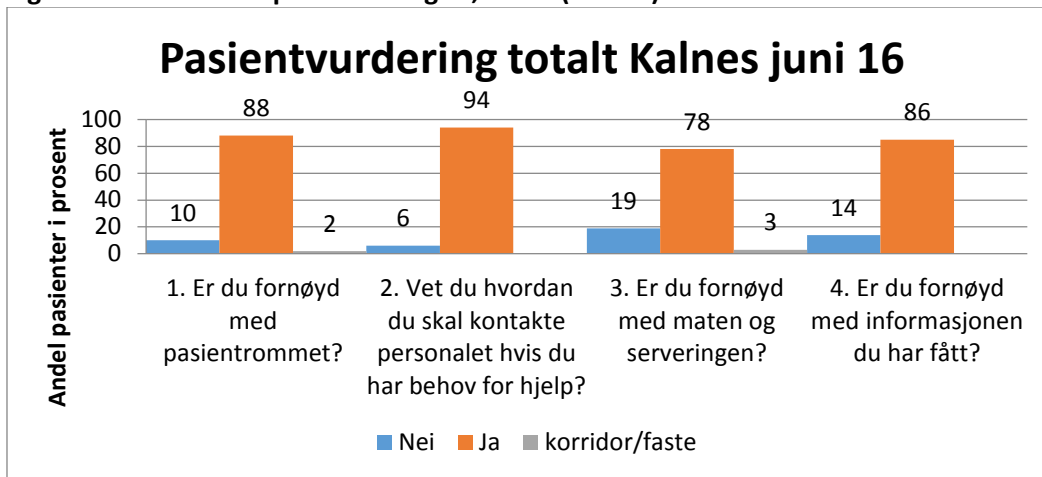
På spørsmål 3, «er du fornøyd med maten og serveringen?», svarte 81 % at de var fornøyd. Tre anga at de fastet og ikke kunne uttale seg. Andelen fornøyde pasienter var lik for psykisk helsevern og somatikk. Menyen er identisk for begge områder, men serveringskonsept ulikt:

- i psykisk helsevern blir maten brakt til et anretningskjøkken og servert i felles stue
- i somatikken bringes maten til et buffétkjøkken der pleiere henter mat til tunene/sengeliggende pasienter, mens de som er friske nok har mulighet for å sitte ned og spise

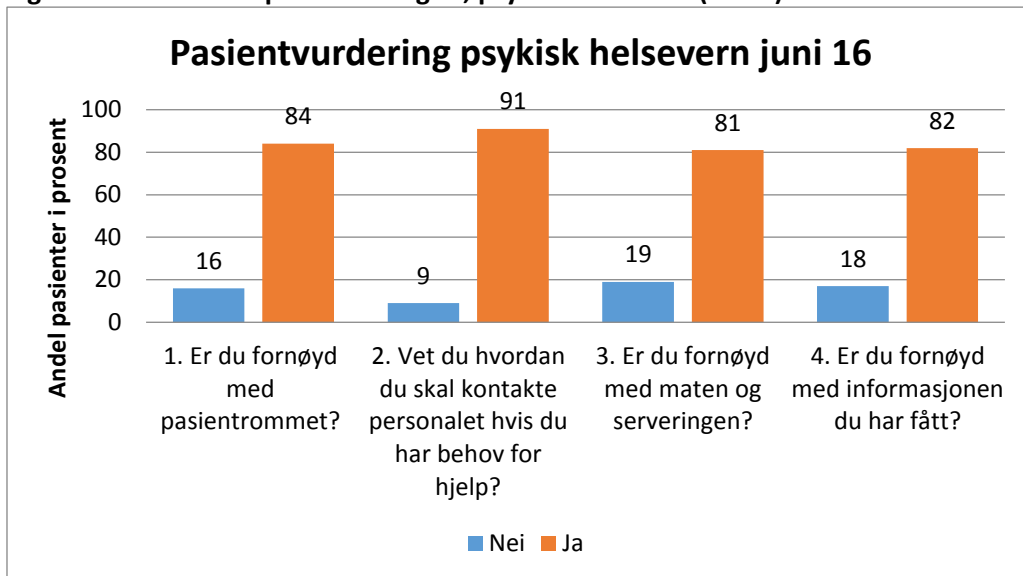
Totalt 85 % var fornøyde med informasjonen som ble gitt (spørsmål 4).

Vår dato  
19.08.2016

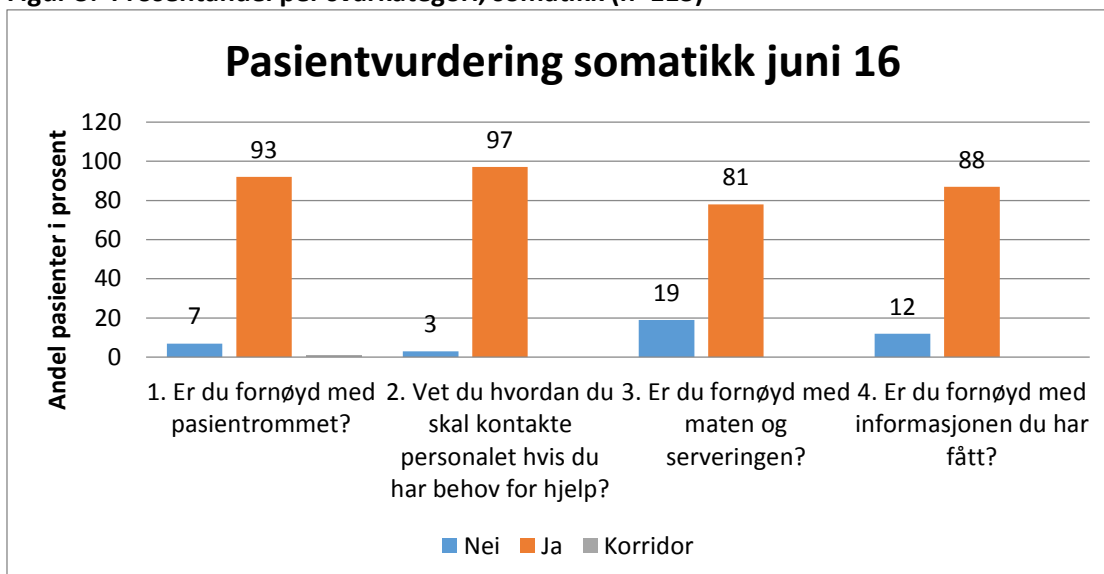
Figur 1: Prosentandel per svarkategori, totalt (n= 170)



Figur 2 Prosentandel per svarkategori, psykisk helsevern (n= 57)



Figur 3: Prosentandel per svarkategori, somatikk (n=113)



I fritekstspørsmålet (spørsmål 5) utdypet pasientene svarene fra de foregående ja/nei spørsmålene. 120 av 170 (70 %) svarte (hvordan vi kan gjøre ting bedre). Svarene ble fordelt i kategorier (tabell under).

**Tabell 2 Kategorier fritekstspørsmål**

Kategori	Rom/ interiør	Mat	Info	Medarbeidere	Positive tilbakemeldinger	Ventetid
Antall	46	29	25	21	17	7

**Kategorien «rom/interiør»** hadde flest kommentarer. I Psykisk helsevern var kalde rom og ufullstendig solskjerming gjennomgående, i somatikken manglende hjelpemidler på toalett og mangelen på oppholdsrom ... «Håndtak på hver side av toalettet» ... «Dårlig renhold, noe å holde seg i på bad/WC på hvert rom, høyere gåstol» ... «Dårlig luft - kunne bare åpne vinduet litt» ... «Trenger dusjforheng og gardiner» ... «Kalde rom for meg som er frossen, for kaldt på badet til å dusje» ... «Bedre rutiner for vask slik at rom rengjøres raskere» ... «Ligger på korridor og venter på rom, hils Just og si at det er uverdig med korridorseng» ... «Ønsker tomannsrom» ... «Veldig fornøyd med alt og alle etter å ha kommet på enerom».

**Kategori «mat»** inneholdt blant andre følgende kommentarer ... «lite fristende brød, til tider kald suppe» ... «Elendig mat (middag) bl.a. tørr fisk, ny matleverandør» ... «Dårlig matservering; tar bort maten selv om man ikke er ferdig fordi serveringstiden er over. Gjerrig på pålegget» ... «måltidene kom av og til tett på hverandre» ... «Mangler frukt og grønnsaker til måltidene» ... «Har sett ustelte pasienter ved frokost som grafser i maten. Pasienten spiser derfor kun innpakket mat»

**Kategori «informasjon»** som omhandler alle deler av sykehuset ble kommentert slik ...«kom i går, ikke fått informasjon ennå» ... «Legene har for dårlig tid til å informere» ... «informasjon glipper mellom vaktskiftene» ... «Legene snakker over hodet på meg» ... «Ansette personell som har bedre norskforståelse.» ... ««Pas. under 18 år på voksenavd. - far mente at ikke barnet hans trengte all informasjon, ble hørt og var fornøyd med endringen» ... «Motstridende informasjon. Legene må lytte mer til pasienten.»

**Kategorien «medarbeider»** har 21 kommentarer her er et utdrag av disse ... «for få personell på jobb» ... «Lite hyggelig mannlig pleier på en av vaktene. Han kan bli bedre på service.» ... «Liten tid med pleierne» ... «Personalet snakker negativt om arbeidsplassen! Går ikke an!» ... «Hyggelig personale her» ... «Manglende tilsyn på natt» ... «stort press på medarbeidere» ... «LIS leger burde lytte bedre ved mottak.»

**Kategori «ventetid»** - her var det ikke mange kommentarer...«Tar lang tid før de kommer når man har dratt i snoren.» ... «måtte vente en time "utenfor" operasjon» ... «utreisetidspunkt - mye venting»

**Kategorien «positive tilbakemeldinger»** hadde 17 tilbakemeldinger, dette er noen av dem; ...«Ellers svært positivt inntrykk av SØ.» ... «Ingen forslag, har det bra» ... «Alt er supert» ... «Ingenting, fornøyd, dyktig personal» ... «Ingenting, blir tatt godt vare på.»

## 7.2. Oppsummering

Svarene i pasientundersøkelsen gir et øyeblikksbilde på hvordan pasientene oppfattet sykehuset. I kommentarene kom det frem hva man var misfornøyd med, enkelte kom også

med forslag til forbedringer. Mat og servering hadde flest negative tilbakemeldinger og det var sammenfallende resultat både for psykisk helsevern og somatikk.

På somatiske døgnområder var 93 % av pasientene fornøyde med rommet, i psykisk helsevern var tallet noe lavere. Hele 94 % (somatikk og psykisk helsevern totalt) visste hvordan man skulle kontakte personellet ved behov. 85 % av pasientene (totalt) var fornøyde med informasjonen de fikk, noe bedre innenfor somatikk enn i psykisk helsevern.

Resultatene i denne undersøkelsen gir et innblikk i hvordan pasientene opplever medarbeidere, sykehuset, og fasilitetene og indikerer hvilke forbedringsområder som kan gi økt pasienttilfredshet.

## 8. Styringsdata

### 8.1. Synergimeldinger

Tabell 3 Antall meldinger i perioden 15. mai til 17. juni per kategori

Hovedområde	Antall meldinger
Lokaliteter	15
Arbeidsprosesser	25
IKT/telefoni	26
Service og støttefunksjoner	55
Pasientflyt	51
Integrasjon psykiatri og somatikk	0
HMS	3

#### 8.1.1. Resultater

For kategorien «**lokaliteter**», er det ingen opphopning av saker innenfor et spesielt emne. De få meldingene som er registrert dreier seg blant annet om garderobeforhold, solskjerming, dårlig luftkvalitet på enkelte rom og vanskeligheter for pasienter å finne frem i bygget.

Innen kategorien «**arbeidsprosesser**» gjelder hovedtyngden av meldingene (20 av 25) mathåndtering. Det dreier seg om mat og traller som ikke hentes av pleiepersonell, søl og uhygieniske forhold i buffet, ansatte som ikke har tilgang på mat og mangel på mat i akuttmottaket.

I kategori «**IKT/telefoni**» er det registrert 26 saker. Det er viktig å være klar over at saker som omhandler IKT først og fremst skal meldes Sykehuspartner og at det sannsynligvis kun viser en del av utfordringene. Et tema som går igjen er at medarbeidere gjentatte ganger må legge til sikker print og etikettskriver, ettersom dette «faller ut» ved avlogging, konsekvens av dette er unødvendig tidsbruk. Det er også registrert saker relatert til meldingsvarsler, men det er ingen systematisk problematikk som går igjen.



For kategorien «**service og støttefunksjoner**» forekom det flest meldinger relatert til renhold (22), servicemedarbeider (12) og buffet (11). Registreringer på renhold dreier seg i hovedsak om venting på utreisevask og dårlig eller ikke utført renhold. Saker som gjentar seg når det gjelder servicemedarbeider er manglende utstyr på nærlager, samt søppel og skittentøy som ikke er hentet. For buffet er det flere saker som dreier seg om at mat ikke blir levert etter bestilling, for eksempel laktosefri mat, vegetarmat, supper og ønskekost.

Det er registrert 51 saker i **kategorien «pasientflyt»**. En fellesnevner for flere av sakene er manglende mottakskapasitet på døgnområder. Det meldes om fullt akuttmottak og pasienter som ligger lenge i mottak og venter på plass i døgnområde. Plassproblemer og merarbeid i akuttmottak har igjen ført til forsinket tilsyn av pasienter. Flere meldinger omhandler kommunikasjon/ samhandling ifm. Å finne plass til pasienter og utfordringer ift. logistikk for utepasienter. Det er derfor grunn til å tro at antall registreringer for pasientflyt er avhengig av sykehusets belegg og det vil være interessant å se dette i sammenheng.

Det er ikke registrert saker med tema **integrasjon mellom psykiatri og somatikk**.

Årsaken til at det kun er tre **HMS-hendelser** som er tatt med, er at saker som dreier seg om dårlig luft, solskjerming, søppel, uvaskede rom og uorden i garderobe er i grenseland til de andre kategoriene og er medregnet der.

En begrensning for datamaterialet er at personer som tidligere har meldt i fra om utfordringer ved arbeidsplassen i forbindelse med KIB2, er lite trolig til å melde på nytt i perioden vi har studert. Utfordringer som viste seg tidlig etter innflytting kan derfor være underrepresentert i materialet.

### 8.1.2. Kommentarer

Ut fra registreringer i avvikssystemet tegner det seg et bilde av enkelte hovedutfordringer etter KIB2:

- forbedringsmuligheter for mat/buffet når det gjelder bestilling, servering og logistikk
- ved manglende renhold får man ikke får frigjort pasientrom til ventende pasienter – en stor andel saker i kategorien «pasientflyt», er relatert til kapasiteten på døgnområdene (det understrekes at dette er en svært sammensatt kategori)

## 8.2. Driftsmeldinger

### 8.2.1. Resultater

I den aktuelle perioden var det 2082 meldinger i IMATIS, av disse var 24 relatert til andre lokasjoner og er derfor ikke en del av denne rapporten. Det ble registret 1640 systemgenererte meldinger (tabell 4) og 418 manuelle meldinger (tabell 5).

Vår dato  
19.08.2016

**Tabell 4: Systemgenererte meldinger sortert på fagområder og undergrupper**

Fagområde	Antall
<b>Elektro</b>	<b>611</b>
Avfall	151
Generell elektro	114
Heis	80
Nødstrøm	6
Rørpost	152
SD/Automasjon	108
<b>VVS</b>	<b>1029</b>
Energi sentraler	43
Gass og trykk	748
Generell VVS	104
Ventilasjon	134

**Tabell 5: Meldinger manuelt lagt inn i IMATIS etter henvendelser pr mail, telefon eller avdekte avvik, sortert på fagområde og undergrupper**

Fagområde	Antall
<b>Annet</b>	<b>4</b>
	4
<b>Bygg</b>	<b>39</b>
	1
Generell Bygg	38
<b>Elektro</b>	<b>149</b>
	3
Avfall	2
Generell Elektro	111
Gr2 anl., jordfeil, ups	3
Heis	2
IKT bygg	2
Lys styring (KNX)	19
Rørpost	3
SD/Automasjon	4
<b>Utstyr</b>	<b>51</b>
	1
Generelt utstyr	36
Senger	1
Skylleroms utstyr	13
<b>VVS</b>	<b>175</b>
Gass og trykk	72
Generell VVS	86
Ventilasjon	17

Det er 17 meldinger om behov for endringer, som ombygninger/ned- og opp montering av nytt utstyr, f.eks. nye datapunkt/elektro, dørfunksjoner osv.

Vår dato  
19.08.2016

297 meldinger av de som var manuelt innlagt er aktuelle for denne rapporten, en oppsummering knyttet til disse er lagt inn etter dialog med fagansvarlige og ansatte:

**Tabell 6 Oppsummering av manuelt innlagte meldinger**

Ant	Fagområde/utstyr/system	Kommentar	Bygg 04	Bygg 03	Bygg 08	Øvrige
62	Lys	I hovedsak bytting av defekte lysrør, de fleste av disse har en levetid på 2 år, og må byttes nå	7	25	28	2
30	Innvendig rullgardin (solskjerming)	Defekte og må byttes/reparerer. Pågående remontering av nye (garantisak), dette da de første gardinene falt ned/ ble ødelagt ved bruk		28	2	
29	Avløp	Meldingen gjelder i hovedsak tette avløp, 13 av disse var tette toaletter	9	14	5	
20	Skylleroms utstyr (dekontaminatorer og bekkenspylere)	Mye feil her skyldes brukerfeil. Kan være manglende brukeropplæring da det er flere døgnområder som er gjengangere		19	1	
20	Utvendig solskjerming	Fungerer ikke slik man ønsker - kan skyldes at man ønsker å benytte denne i tilfeller der det er for mye vind (mye vind og sol medio mai-juni)	7	11	2	
17	Defekte stikkontakter	Pågående reklamasjonssak - stikkene som var levert har svak innfestning. Leverandør hevder at produkt med feil trolig kommer fra en dårlig batch, erstatter de som ryker med nye fra en bedre batch. Sårbare under forflytting av utstyr, senger m.m.	7	10		
15	Defekt WC lokk	Bør følges opp mot leverandør da dette kan være en kvalitetsfeil i bygg 03. 4 gjelder defekte toalett (flushen fungerer ikke som den skal og vannet renner (alle bygg 03)		12	1	
13	Vannlekkasjer	Ofte ifm. tilkoping av div. utstyr og armaturer som lekker. Kan tyde på mangel på tilstrekkelig tilkoping ved opp montering	4	7	2	
12	Temperatur	For kaldt (8), for varmt (4)	3	5	4	
9	Avfalls sug	Stopp i systemet		5	3	1
9	Sikringer/strømbrudd	Inkl. meldinger i forbindelse med strømtesting. Skyldes i stor grad strømbortfall i forbindelse med strømtest 7/6-16 (5)		2	7	
6	Dører og dørmiljø	Feil/skade - lås, dørpumpe eller dørhåndtak. 3 dører er skadet pga. påkjøring		5	1	
6	Armaturn vann	Virker ikke/ føler ikke justert riktig	1	5		
3	Luft/ventilasjon	Mangelfull ventilasjon, opplevelse av dårlig innemiljø i ulik grad	1		2	
4	Pasientsignal	Systemfeil (2), remontering av snor (2)		3	1	
4	Rørpost	Driftsstans (2), feil på luke til patron kurv (1), feilsending av blodprøve til postmottaket (1)	1	1	1	1
Sum 250 meldinger som gjentas 4 ganger eller flere i løpet av rapporteringsperioden						
Diverse andre meldinger 46 stk. – ikke nok datagrunnlag i perioden til å være aktuell for denne rapporten, meldinger er vurdert til å være enkelthendelser av ulik art og karakter						

### 8.2.2. Kommentarer

Teknisk avdeling opplever en generell nedgang i antall innmeldinger av feil og mangler etter KIB 2. Feil knyttet til ventilasjon/ temperatur har gått ned. Det antas at man har klart å løse de største innreguleringsproblemene fra oppstarten. Det pågår et mindre ombyggingsarbeid/ innreguleringer for å løse de resterende problemer, da særlig knyttet til arbeidsrom med mye utstyr og mange arbeidsstasjoner.

På generelt grunnlag mener teknisk avdeling at det (basert på erfaringer med meldinger i IMATIS og hendelser i Synergi) er en del gjennomgående brukerfeil knyttet til de nye systemene og utstyret som er innført ved flytting til Kalnes. Dette gjelder særlig røpøst, pasientsignal, solskjerming, skylleromsutstyr og romkontroll. Her vil trolig en god (re)opplæring kunne redusere antall hendelser/ feil i stor grad.

I tillegg har det vært utfordringer og blitt gjort en del justeringer av leveransene/ systemene knyttet til avfallssug (komprimatorløsning), ventilasjonsinnregulering, brannsikring, AGV og heis, SD-anlegg og gasser. Dette er i varierende grad avsluttet/ under arbeid og kan indirekte og direkte ha en viss innvirkning på hvordan konseptet Kalnes fungerer i dag.