

Velkommen som nyansatt/vikar ved Sørlandet Sykehus HF

Infeksjonsposten, medisin 1E

Velkommen til infeksjonsposten, med. 1E

Vi ønsker med dette heftet å presentere vår avdeling, dens organisering, sykepleiefokus og de rutiner som foreligger. I tillegg får du en skriftlig oversikt over hva du kan forvente mht. opplæring, hvilke pasientgrupper som er vanlig, samt viktige oppgaver og observasjoner til disse.

Vi håper at vi klarer å oppmuntre og inspirere til aktiv deltakelse, slik at du raskt blir en del av teamet.

Målet vårt er at du skal;

- Føle deg velkommen
- Føle deg godt mottatt i avdelingen
- Bli funksjonsdyktig så fort som mulig
- Trives, utvikles og øke din kompetanse

Kort introduksjon av enheten:

Infeksjonsposten i Kristiansand ligger plassert i 1. etg. i somatikkbygget. Vi består av sengepost og infusjonspoliklinikk.

Infeksjonsposten har ansvaret for revmatiske pasienter, og vi har to senger til denne pasientgruppen.

Sengeposten har 11 senger fordelt på 10 rom. 5 av rommene er isolat med egen sluse, toalett/dusj, og dekonterminator. Isolatene brukes primært til isolerte pasienter.

Det er jobber ca. 30 SPL/Helsefagarbeidere/ass på posten. Alle går i tredelt turnus med jobb hver 3.helg.

Vår enhetsleder er Karianne Benneche Neteland.

Fagutviklingssykepleier er Malene Sandtveit

Postsekretær er Solfrid Marie Lie.

Seksjonsoverlege/konstituert Avdelingssjef er Rita Hellen. I tillegg er Runar Hamre og Matte Haugli overleger ved posten.

Tidspunkt for vaktene:

Dag: 5 stk på jobb

D1 0730-15.00

DV 0730-1530 (gruppeleder)

Aften: 3-4 stk på jobb

A3 1500-2100

AF 1500-2215

AV 1530-2215 (gruppeleder)

Natt: 2 stk på jobb

N 2200-0730

Stille rapport i vaktskiftet midt på dagen, samt ved natt/morgen-skift.

Kort muntlig rapport kveld-natt.

Hva vil du møte?

Dersom du er helt ukjent på posten vil vi på opplæringsdagene vise deg rundt på sengeposten og på «huset» (røntgen, akuttmottak, kiosk, apotek, med 1d, 2c, 2a, medisinsk ekspedisjon, intensiv, klinisk kjemisk lab og mikrobiologen, nukleærmed.avd., gastrolab, kardlab, kapell, m.m.)

Du vil få en innføring i postens rutiner. Dette gjelder:

- døgnrutiner
- organisering av sykepleietjenesten
- rekvirering av blodprøver, bestilling av blod, hvordan/når ta urin-, fæces- og andre prøver
- rutiner for faste medisiner/behovsmedisiner – føring av dette m.m.
- registrering av smitteregime
- rutiner for PVK, Piccline og CVK
- Cadd Solis ab. pumpe
- føring av narkotikaregnskap
- kontroll av blodsukkerapparat
- føring av sykepleiedokumentasjon, dips-systemet og bruk av behandlingsplan.
- MetaVision
- legevisitt
- tverrfaglig samarbeid; prest, sosionom, psykiater, ergoterapeut, fysioterapeut, ernæringsfysiolog, ortopeder, kirurger etc.
- mottak av pasient
- utskriving og evt. flytting av pasient

- bestilling av drosje/ambulanse
- kjøkkenrutiner
- skylleromrutiner
- brikkesystemet på lager
- ansvarsfordeling av skyllerom, kjøkken, vaktrom, medisinrom

Viktige prosedyrer / oppgaver:

- Ulike smitteregimer, og retningslinjer for disse
- Håndtering av smittevernutstyr og prøver/utstyr fra isolat
- Hvor og når kan man få prøvesvar
- MRSA screening
- Smittepasient til operasjon og andre undersøkelser
- Kjennskap til retningslinjene for håndtering av rusmisbrukere i avdelingen.
- Vakttelefonen
- EkWeb, og bruken av denne
- Avviksystemet (TQM)
- Branninstruks
- BHLR, rutiner ved stans
- NEWS. På 1E skal alle pasienter måle temp rektalt. Om ikke dette lar seg gjøre måles temperaturen axillært eller i øret, og begrunnelse dokumenteres.

Vaksinetilbud:

Som ansatt ved SSK/Infeksjonsposten har du tilbud om vaksiner.

(Hepatitt A og B, Tetanus/Difteri/Stivkrampe («trippelvaksinen»), Varicella og Kikhoste).

Dersom dette er aktuelt – kontakt vaccine- og hygienesykepleier Grethe Ørnevik ved smittevernenheten, send mail.

Sykepleiefokus:

- Vi har fokus på hele mennesket.
- Vi tilstreber å ta pasientene på alvor.
- Vi har fokus på den innvirkning isolering har på pasienter
- Vi ønsker å ha gode hygieniske standarder og være oppdatert på smitteregimer.
- Vi ønsker å være støttende kollegaer, gi gode konstruktive tilbakemeldinger, være løsningsfokuserte, se muligheter og lytte til hverandres meninger.

- Vi har fokus på god dokumentasjon og rask opprettelse av behandlingsplaner, vi tilstreber at alle dokumenterer i behandlingsplan og bruker dokumentet kun til avvik fra planen.
- God dokumentasjon betyr at all «gitt helsehjelp» registreres i behandlingsplaner og at disse kontinuerlig/daglig oppdateres.
- Vi har fokus på «Trygg pleie» screening av pasientene våre, dette for å fange opp underernæring og andre risikofaktorer pasientene har. Vi tilstreber tavlemøte hvor vi risiko vurderer pasientene, daglig klokken 10:30.

Organisering:

For best mulig kontinuitet, tilstrebes det at sykepleierne har visittuker.

På dag - og kveldsvakt deler vi pasientgruppen i to. Hver gruppe har ansvar for oppfølging av sine pasienter. Sykepleierne som går visitt har ansvar for medisinalutdeling, igangsette nye forordninger fra legen og organisere tverrfaglig samarbeid.

For å lette arbeidsflyten, oppretter visittgående spl. dokument på hver pasient ved vaktens begynnelse. Den som har utført pasient-oppgaver dokumenter i dette dokumentet, og føyer til eget navn/tittel i dokumentets overskrift. Dokumentet godkjennes ved vaktens slutt av den som opprettet det.

Overflytting/mottak av pasienter til/fra infeksjonsposten skal godkjennes av visittlege på dag eller medisinsk bakvakt på kveld/natt. Koordinator sykepleier (tlf. 3556) på medisinsk avdeling fordeler pasienten på kveld og i helgene, i samarbeid med bakvakt.

På Infeksjonsposten utfører helsefagarbeidere/sykepleiestudenter enkelte oppgaver som i utgangspunktet er delegerte oppgaver fra lege til sykepleier. Subcutane injeksjoner (eks. Klexane, Insulin), blodsuktermåling, sårstell, propping av antibiotika-infusjoner og forstøverbearbeid er eksempler på dette. Helsefagarbeidere / sykepleierstudenter må ha godkjenning før de kan utføre disse prosedyrene.

Posten har et utstrakt samarbeid med ortopedisk og kirurgisk avdeling.

Ernæringsfysiolog og fysioterapeut kommer etter avtale. Ellers fortløpende tverrfaglig samarbeid med andre avdelinger.

Vanlige diagnoser ved avdelingen:

- Bløtdelsinfeksjoner (Erysipelas, cellulitt, nekrotiserende fascitt)
- Sårinfeksjoner (både akutte og kroniske sår med infeksjonsutvikling)
- Postoperative sårinfeksjoner (ex: proteser, div. kirurgiske inngrep)
- Sepsis
- Gastroenteritter: Salmonella, Camphylobacter
- Clostridium difficile (antibiotikautløst diare)
- Meningitt/encephalitt
- Endokarditt
- Spondylodiskitt
- MRSA positive pasienten med annet infeksjonsfokus, MRSA pasienter skal i hovedsak til moderpost.
- Infeksjon av ukjent årsak
- Hepatitt, A, B, C
- HIV
- Virusinfeksjoner: Herpes, Mononukleose, div mage-tarm infeksjoner (Noro-virus, Adenovirus)
- Tropesykdommer: Malaria, Denguefeber
- Pneumoni
- Urinveisinfeksjoner
- Influenza
- Covid-19 – skal på moderpost dersom covid er sekundærdiagnose.

I tillegg til innleggelses-diagnosen er vi alltid spesielt oppmerksom på pasienter med annen grunn sykdom, pasientens alder, pasienter som bruker spesielle medikamenter (eks immunsuppresiva) eller pasienter med rusproblematikk.

Pasientgruppen kan være svært spredt i alder med ulike pleiebehov. De fleste er svært syke når de legges inn, men en stor andel kommer seg raskt - og kan skrives hjem / evt. ut til videre oppfølging i kommunehelsetjenesten.

Vi har stort fokus på pasienter som kan behandles hjemme med ab iv – CaddSolis pumpe, vi planlegger allerede fra innleggelse om pasienten kan hjem med behandling hjemme.

De vanligste medikamentene:

Infeksjonsposten har utstrakt bruk av antibiotika, ofte administrert intravenøst.

I tillegg administreres smertestillende, febernedssettende, antivirale midler, inhalasjoner og beroligende/sederende medikamenter.

Spesielt for posten: Vi har til enhver tid et minimum av medikamenter til behandling av Malaria (fungerer som «akutt-lager» for hele SSK).

Vi praktiserer faste medisinrunder (tbl) kl. 09 – 13 – 17 – 21.

Når det gjelder administrering av antibiotika intravenøst gjelder egne tider. Antall doser pr. døgn avgjør tidspunkt for dette (jfr. oppslag på medisinrom).

Fagutvikling:

Hele SSHF bruker Kompetanseportalen for å kartlegge og sikre god opplæring av alle ansatte:

Kompetanseportalen

Du blir oppmeldt til kurs via fagansvarlig, for å se hva du skal ha må du gå inn i personalportalen og trykke deg inn i kompetanseportalen. Her er en oversikt over alle de kursene du skal ta.

Vi prøver å ha fokus på ressursgrupper i avdelingen. Slik at den enkelte holder seg faglig oppdatert i den gruppa den står i. Vi underviser hverandre og bruke de forskjellige ressursgruppene. Vi tilstreber at de som står i aktuell ressursgruppe blir prioritert til kurs innen sitt tema.

I tillegg har vi;

- tema kvelder
- fagdager, en dag i halvåret
- kurs og hospitering
- evt. prosjektarbeid

Vi ønsker å leve opp til målsettingen om at vi er faglig dyktige og engasjerte pleiere som er stolte av vårt fag og den jobben vi gjør i forhold til pasientene våre!

Dokumentasjon på Infeksjonsposten

Vi har lenge vært gode på sykepleiedokumentasjon på 1E. Det ligger selvfølgelig et lovverk og overordnede føringer til grunne i hvordan vi dokumenterer og hvorfor, under har jeg listet noen av de viktigste punktene:

- Behandlingsplanen skal være hoved-dokumentasjon og skal til enhver tid følges og være oppdatert. Alle pasienter som innlegges til døgnbehandling skal ha opprettet behandlingsplan innen 24 timer.
- Veiledende behandlingsplaner skal fortrinnsvis benyttes ved utarbeidelse av behandlingsplan.
- Intervensjon beskrevet i behandlingsplanen er å anse som utført med mindre annet er dokumentert. Det skal kun dokumenteres endringer og avvik fra planen, i tillegg til evaluering.
- Kartleggingsnotat skal opprettes når pas ankommer post. Dette er ett viktig verktøy, det er levende og skal oppdateres når det er noe nytt med pas. Dette skal godkjennes etter hver vakt.
- Dokumenter skal kun opprettes ved behov for å dokumentere relevante og nødvendige opplysninger.
- Dobbeltdokumentasjon skal unngås. Med dobbeltdokumentasjon menes i denne sammenheng gjentakelser av allerede dokumenterte opplysninger i pasientens journal og/eller kurve.

E-læringskurset «DIPS – Behandlingsplan» er noe alle skal ta, kurset gir en god innføring i bruk av behandlingsplan, og er derfor et godt kurs for en innføring og forståelse.

Veiledende behandlingsplaner (VBP) er planer som er laget for den aktuelle problemstillingen/diagnosen. Sykehuset har lenge hatt mange planer dobbelt og mange planer som ikke har vært i bruk. Det har kun vært et fåtall av planene som har vært kunnskapsbaserte. KDS-utvalget jobber med å forbedre og rydde opp i gamle veiledende behandlingsplaner. Foreløpig eier 1E fem kunnskapsbaserte planer, i fremtiden drømmer vi om at det kun ligger kunnskapsbaserte planer tilgjengelig i Dips, men foreløpig forholder vi oss til det vi har.

Våre planer:

- Diaré – Gastroenteritt
- Hudinfeksjoner, Erysipelas
- Pneumoni
- Smitte – Isolering
- Covid 19



Er det et problem - skal det stå i behandlingsplanen. Er det ikke et problem - skal det ikke stå om det i dokumentet. Klassisk for å beskrive dette:

Mat – hva har pasienten spist? Det skal dokumenteres i en kostliste, skal pasienten ha kostliste? Dette skal vurderes ut fra ernæringscreening. Det skal ikke skrives i sykepleiedokumentasjonen unødig.

Hvordan lese, og hvem leser:

Dagvakt: Gruppeledere setter seg på visittrom og leser på pasientene. De som går ute leser kort på sine pasienter og går rett ut i pleien.

Aftenvakt: Gruppeledere leser, legger medisiner og gir medisiner. De som er ute i avdelingen leser kort på pasientene sine.

Nattevakt: får muntlig KORT rapport fra gruppeledere på hver side.

Viktige oppgaver og observasjoner av ulike pasientgrupper:

FEBERTILSTANDER

- Feberpleie: Sengeskiift, ny skjorte, hjelp til dusj/kroppsvask, kald klut på panne
- Kontroll med væske- og elektrolyttbalanse
 - måle drikke og evt. diurese
 - iv. væskebehandling
- Oppfordre til å drikke rikelig, min 2 liter/døgn.
- Observere hud (tørr, klam, svett, kald?)
- Observere mental status
- Tilby febernedsettende
- Blodkultur forordnes av lege (aktuelt ved frostanfall og/eller temp > 38,5). Denne bestilles som akuttprøve, eget skjema fylles ut til mikrobiologisk avdeling.
- Tilby ekstra dyne/teppe, varmekflaske og Paracet ved frostanfall.

- Urinstix ved innkomst, evt. urinbact. Gjelder alle pasienter. Pasienten bør vaske seg godt nedentil og levere urinprøve i steril bolle (helst midtstrømsurin). Prøver fra urinkateter tas fra kateterslange (slangen klemmes av en time før prøven tas).
- Urin-stix tas fra glass med hvit kork. Bakt.us leveres på glass med rød kork.

DIARÉTILSTANDER - KVALME/OPPKAST

- Pasienten meldes. Rommet gjøres klar med plansjer for smitteregime.
- Kontaktsmitteregime ved diaré / dråpesmitte dersom pasienten har kastet opp siste 48 timer
- Informer pasienten om smitteregime og hva det innebærer og hvorfor han/hun er isolert.
- Informer om at pårørende og andre som kommer inn i rommet må ha på seg smittevernutstyr.
- Ta avføringsprøve til patogene tarmbakterier så fort som mulig. (Prøve til Clostridium difficile toksin kun ved mistanke om antibiotika-utløst diaré. Bør være fersk ved levering)
- Urinstix, evt. bakt.us
- Anamnese (reise, mat, andre syke?)
- Føre drikkeliste. Legges på pasientens nattbord. Pasienten fører selv om han/hun kan. En strek for hvert glass eller antall ml. Sykepleier/helsefagarbeider har ansvar for at den er oppdatert etter hver vakt. Klokkeslett for når registreringen startes skrives på.
- Telle antall diareer. Føres på samme liste som drikke. En strek for hver diare. Dokumenter hyppighet, konsistens, lukt, volum, slim, blod. Bedring? Forverring?
- Observer evt. magesmerter (luft, knip, takvis, konstant? / relatert til måltid?)
- Tilby smertestillende
- Kvalme/oppkast? Fører ant. oppkast på drikkelisten
- Tilby kvalmestillende
- Observer urin (lys, konsentrert, mengde?)
- Ta vekt. Pasienter med nyresvikt veies daglig.
- Evt. adm. væske iv.
- Evt. adm. antibiotika
- Evt. bleie
- Observer hud (stående hudfolder, tørre slimhinner, dehydrert?)
- Forebygg sårhet. Tilby / smør med passende kremer.
- Kost ut fra klinikk: lett-, flytende- eller normal. Kanskje unngå melk og kaffe.

- Tilby saltrik mat/drikke ex. ritzkjeks, buljong, Farris. Eplejuice/-most. Sjekk hva som er bestilt til middag - trenger pasienten et annet alternativ? Små, hyppige måltider. Vær kreative, ha dialog med pasienten slik at pasienten får i seg tilstrekkelig næring.
- Informer og vis pasienten hva god håndhygiene er (finnes egen brosjyre på flere språk, se smittevern i EK web).

BLØTDELSINFEKSJONER OG SÅRINFEKSJONER

- Bakt.us før oppstart av antibiotika (sjekk om baktus er tatt i akuttmottak).
- Aktuelt med aspirasjonsprøve?
- Adm. antibiotika
- Evt. adm. væske iv
- Kontakt lege ved forverring - incisjon kan være aktuelt.
- Sørg for at pasienten får kirurgisk / evt. ortopedisk tilsyn i forbindelse med innleggelse (dette gjøres ofte i akuttmottak).
- Observer rubor, hevelse, varme, smerte. Dokumenter tilstand og forverring/bedring (bilde anbefales).
- Obs immunsuprimerte eller diabetikere.
- Tegn rundt rubor, før på dato og klokkeslett. Bruk tusj fremfor penn, for å skåne huden.
- Det infiserte området legges høyt (bruk 2 puter)
- Vær spesielt obs på forverring, obs nekrotiserende fascitt!
- Ved kraftig hevelse i armen/hånd/fingre (obs compartmentsyndrom), kan det være aktuelt å henge opp armen ved hjelp av iv. stativet en periode
- Fatle når pas er oppe

I tillegg ved sår:

- Sårbehandling forordnes ofte av kirurg i samarbeid med pleierne (Infeksjonsposten har pr. i dag 1 sykepleier som er under videreutdanning i sårbehandling – benytt gjerne den kompetansen).
- Sårstell utføres med aseptisk teknikk.
- Ved infeksjonsposten ser vi oftest sår i «den akutte fase», de fleste sår trenger derfor sårskift x 1 (noen ganger hyppigere). Vi understøtter opprensingsfasen ved å fjerne urenheter i såret. Sekresjonsmengde og urenheter i såret avgjør sårskifte-frekvens og bandasjevalg. Vurdér dette fortløpende.

- Tilstreb sårskift før sengeoppredning og lukk vinduer 30 min i forkant av sårskift.
- Unngå sekresjon utenfor bandasjen. Legg på nok bandasje, forsterk ved behov. Lag barriere med Opsite dersom Mepore benyttes (Mepilex-bandasjene har barriere, og skal ALDRI tettes/forsterkes med Opsite!).
- Bruk beskyttelsesutstyr: Frakk, hansker og munnbind. Urene bandasjer og utstyr som er forurensset av sårsekret kastes i risikoavfall.
- Observer sekresjon (mengde, blod, sårvæske, puss), lukt, nekrose, friskhet, fibrinbelegg og sårets omgivelser (hardt, fuktig).
- Opprett egen sårplan i beh. planen. Oppdater denne ved behov.
- Tilstreb optimal tilheling: Såret skal ikke kjøles ned, sårskifte-utstyr åpnes derfor og gjøres klar før bandasjen tas av. Vask med temperert NaCl (37 °C). Fuktig sårbehandling (dvs. vask aldri med tørre tupfere i såret).
- Beskytt såromgivelser dersom mye sekresjon (pensle med Cavilon evt. smøre tynt lag med Zinkpasta).
- Husk evt. smertelindring i forkant av sårskift
- Sørg for tilskudd av vitaminer og mineraler.
- Næringsrik kost (EN), næringsdrikker kan være aktuelt. Det kan også tilbys ønskekost om pasienten har nedsatt matlyst.
- Dersom det er planlagt tilsyn av kirurg eller ortoped: Vent med sårskiftet til tilsynet kommer. Avtal og dokumenter tidspunkt for neste tilsyn.

RUTINER VED MRSA (+ VRE / ESBL)

- Disse pasientene skal legges på moderpost.
- Pasienten legges på kontaktsmitteregime med munnbind
- MRSA-prøver, prøver for påvisning av VRE /ESBL tas og leveres til klinisk kjemisk (dersom det ikke allerede er gjort i akuttinntak). Svar foreligger etter 2-3 døgn.
- Se forøvrig egne prosedyrer på EK web.

RUTINER VED RUSAVHENGIGE PASIENTER

- Se EK web, dok ID: II.MEK.MEK.2.2.INF-9. «Håndtering av pasienter med stoffmisbruksproblematikk»
- Innimellom en utfordrende pasientgruppe, men de også har også behov for smertestillende og har krav på å bli behandlet med respekt.

Samarbeidet mellom pleier og pasient blir lettere dersom vi er konsekvente og om vi alle gjør likt. Pasienten vet da hva han/hun har å forholde seg til, noe som skaper trygghet og demper frustrasjon/utprøving.

Under følger noen retningslinjer som kan gjøre det lettere å samarbeide.

- Viktig med grensesetting og klare avtaler. Ved behov sett gjerne opp en skriftlig avtale i samarbeid med pasienten. Det kan gjelde for eksempel medisintider, tidspunkt for måltider, at de må gi beskjed når en går ut, tidspunkt for besøk, røyketider.
- Vi legger ikke igjen sprøyter på rommet
- Den butte enden på treveiskranen (både på CVK og PVK) vendes alltid inn mot pasienten. Dette er en sikkerhet dersom proppene faller av, og vi har litt kontroll med om venøs tilgang brukes til annet enn ordinerte medisiner.
- Se at pasienten tar medisinerne. De skal ikke legges igjen på rommet. Noen medisiner skal knuses/deles og sykepleier skal kontrollere munnen etter 5-10min (ex. Subutex). Emballasjen (flaskene) til Metadon tas ut fra pas. rommet.
- Dersom pasienten er under LAR (legemiddelassistert rehabilitering) og bruker Metadon/Subutex/Subuxone:
 - Spør pasienten hvem som administrerer LAR medisinerne (LAR/hjemmesykepleie eller apotek)
 - Varsle LAR (de styrer som regel den slags behandling) om innleggelsen.
 - Tlf LAR: 38 14 80 50.
 - Få bekreftet rett dosering av LAR/hj.spl. eller apotek
 - Bestill medikamenter fra Sykehusapoteket (A-preparater krever legeunderskrift)
 - Dersom pas. ankommer kveld/helg: Spør om de som administrerer Metadon kan bringe denne til posten (Vitusapotek Elefanten Kristiansand (tlf 38 12 58 80) er det apoteket som leverer Metadon til de fleste brukerne tilhørende Kristiansand).
 - Husk å varsle LAR om utskrивelsen/gjør avtaler om videre adm. av medikamenter.

Se ellers prosedyre i Ek-web: «Anbefalinger for smertebehandling for pasienter i

Legemiddelassistert behandling (LAR) i SSHF

Spesielle prosedyrer:

ISOLATPASIENTER TIL RØNTGEN

- Ta på pasienten ren skjorte og desinfiser pasientens hender.
- Kontroller evt. bleie og bandasje.
- Hent ren seng. Det er praktisk om dynen kan fjernes og kun bruke teppe over pasienten for å forenkle rengjøring etterpå (se an pas.sit).

- Pasienter som kan, går ut til ren seng i korridor. Når pasienten er sengeliggende, kjøres den rene senga inn på isolatet, og pasienten hjelpes / forflyttes over. Samme prosedyre tilbake igjen.
- Når pasienten kommer tilbake, strippes senga for sengetøy når den står i slusa. Løsne de fire endene på lakenet og brett innover. Sengetøyet legges i gul pose. Pass på at puta (uten trekk) ikke kommer i kontakt urent sengetøy, da må den ikke sendes til vask. Vurder å vaske over berøringsområder (dvs. sengehest, sengeender) med Virkon.

(Rom 161 har liten sluse: Her strippes senga på rommet dersom pasienten er sengeliggende. Ellers ta forsiktig av sengetøy i korridor (når pas. er oppegående. Tenk på at du ikke skal virvle opp evt. smitteførende bakterier/virus).

PASIENTER SOM HAR VÆRT PÅ UNDERSØKELSER / HATT TILSYN / VÆRT TIL OPERASJON

- Sjekk journalnotat, kurve, med.ark, egne skriv mht. beskjeder for informasjon. Slike beskjeder følger pasienten, dokumenteres og følges.

UTSKRIVING AV PLEIETRENGEDE PASIENTER

- Begynn tidlig med å planlegge utskrivelsen av pasienter som har behov for hjemmesykepleie/korttidsplass på sykehjem.
- Eget samhandlingssystem (PLO-meldinger) ble innført i 2013.
 - o Gå inn på egen PLO-fane. Huk av når pasienten ankommer avdelingen dersom han/hun har kommunale tjenester fra før, eller det antas at han/hun trenger dette etter utskrivelsen.
 - o Følg opp med dok. «Helseopplysninger» innen 24 timer.
 - o Oppdater dokumentet «Helseopplysninger» ved endring av planlagt utskrivelsesdato/endret status hos pasient.
 - o Send beskjeder til kommunen (enten saksbehandler eller sykepleietjenesten) ved hjelp av dokumentet «Forespørsel».

INR/ MAREVAN / KLEXANE

- Klexane: Obs at pasienten settes på Klexane dersom han/hun har infeksjon og nedsatt aktivitetsnivå. (OBS at pas. med Erysipelas i ansikt også skal ha Klexane – uavhengig av aktivitetsnivå (gr. fare for sinusvenetrombose).

- Vurder å bestille ny INR dersom ikke Marevan er dosert til neste dag.
- Marevan og Klexane gis på kvelden.

RENE SENGER

- Vi kan hente rene senger i kjelleren.
- Sengene som står i korridoren nærmest akuttmottaket, er forbeholdt dem.
- Skitne senger transporteres ned i kjelleren og inn på sengevasken.

REPARASJON AV UTSTYR

- Skriv og lever «teknisk behovsmelding»
- Det er viktig å beskrive hva som ikke fungerer på utstyret.
- Noter hvilket rom det står på.
- Skriv ut en kopi av meldingen og heng den på utstyret som skal repareres.

Døgnrytme:

Dagvakt 07:30 – 15:00

07:30–08:00 Fordeling av pasienter, oftest mellom vanlige pasientrom 116-120 (oppe) og isolat 161-165 (nede).

- Velge gruppeleder for hver gruppe. Noen har visittuke.
- Gruppelederne leser rapport/setter seg inn i beh. plan. De andre på gruppa ser over beh. plan. og starter med frokost/stell.
- Visittgående sykepleier oppretter nytt dokument på pasientene.
- Diskutere videre plan og oppfølging av pasientene.
- Ansvar for kjøkken og skyllerom fordeles på morgenen. Solfrid har ansvar for kjøkken i ukedagene.

08:00-09:00 *Pleier i avdelingen:*

- Måle blodsukker, ta NEWS på morgenen dersom det ikke er gjort.
- Utdeling av frokost til alle pasientene.
- Middagsbestilling må gjøres før 09.30 egen liste på kjøkken. I helg må vi ringe 3345 å bestille selv.
- Innsamling av frokostbrett og utkjøring av frokosttralla til heisen til kl. 09.30 (legg over plast)

08:00-08:30

- *Gruppeleder:* Klargjøring av medisiner til kl. 09 og 13. Utdeling av medisiner. Lager arbeidsliste for sin gruppe.
- Forberedelse til visitt. Kontroller at alle data er registrert i kurven; målinger, væskeregnskap, diaréer.
- Vente med å klargjøre antibiotika til etter visitt i tilfelle endringer.
- Fyll opp pasientenes medisinbokser på tirsdager og fredager (antatt behov til neste fylling).
- Infeksjonsposten har apotekstyrt legemiddellager (ASL). Det betyr at medikamenter «i basis» fylles på x 1/uke: Tirsdager.
- Utenom dette må spl. bestille medisiner som mangler. Apotekvarer bestilles elektronisk i Tønsys.

08:30-09:00

- Visitt. Gruppeleder gir rapport til pleier i avdelingen og fordeler arbeidsoppgaver

10:30

- Tavlemøte, risikovurdering av pasientene, baserte på utvalgte punkter fra Pasientsikkerhetsprogrammet. Gruppeleder og pleier i avdelingen har en kort visitt sammen for eventuelle nye oppgaver og undersøkelse.

09:00-12:00

- Stell og oppfølging av pasienter. Gruppeleder hjelper i stell osv. hvis det er mulig.
- Se «Daglighold av pasientrom og sluse» s.16
- Sårskift
- CVK/Piccline-skift
- Evt. skrive ut pasienter. Tilstrebe tidlig utskriving av isolerte pasienter, slik at smittevask kan foretas så fort som mulig.
- En egen enhet (ressursgruppe) ved husøkonomen foretar smittedevask.

11:00

- Antibiotika iv.
- Sette på kaffe og te vann til personallunsj. Kjøkkenansvarlig.

11:30-12.00 Pause

12:30

- Lunsj til pasientene

13:00

- Medisinrunde. Antibiotika runde.
- Middagstralle ankommer avd. Sett i stikk-kontakt! (i helg kl 12:30, ukedag kl 15)
- Middag: Alle hjelper til med å servere / sette pasienten til rette. Annet arbeid kan vente.
- Samle inn middagsbrett.

14:00 i helgen

- Middagstralle til heisdør (retur til sentralkjøkken)
- Kafferunde

13:00-15:00

- Oppfølging av pasienten, ajourføre kurver, behandlingsplan og evaluering

15:00-15:30

- Kveldsvakter leser rapport, dagvakter tar klokke
- Middagstralle ankommer avd. Sett i stikk-kontakt!

15:30

- Kveldsvakter leser rapport, dagvakter tar klokker
- Middag: Lang dagvakt og tidlig kveldsvakt serverer middag / setter pasienten til rette. Med hjelp fra sykepleiere på kveldsvakt ved behov.

Kveldsvakt 15:00-22.15

15:00-15:30 Rapport (stille)

15:30

- Hilse på, og følge opp pasientene.
- Gjøre gjenstående arbeid fra dagvakt.
- Informere om evt. undersøkelser neste dag.
- Gjøre klar medisiner til kvelden.

17:00

- Antibiotika iv. Medisinutdeling

17:00

- Sette på kaffe og te vann til kveldsmat.

17:30-18:00

- Kveldsmat for pasientene.

17:30 Pause

18:00-22:00

- Stell og oppfølging av pasient, rydde rom, ta målinger.

20:00-21:00

- Tilby pasienten suppe etter stell.
- Medisinutdeling

19:00-22:00

- Ajourføre kurver, behandlingsplan og rapportskriving.

22:00-22:15

- Kortfattet rapport med nødvendige opplysninger til nattevakt

Nattevakt 22:00 – 07:30

22:00-22:15

- Rapport fra kveldsvakt

22:15

- Hilse på pasientene.

23:00

- Henge opp antibiotika iv.

24:00-05:30

- Gjøre klart til antibiotika på morgenen og legge medisiner
- Printe nye etiketter.
- Skrive fortløpende evaluering og behandlingsplan.
- Gå runde til pasientene hver annen time, oftere ved behov.

- Egen sjekkliste for nattevaktene på medisinrommet.
- Kjøkken: Egen sjekkliste i skuffen på kjøkkenet.
- Tømme søppel, rydde og tørke støv på medisinrom og vaktrom.
- Sensitivt avfall skal i makuleringsmaskinen, papiravfall i grå dunk på urent lager.
- Vanne blomster når aktuelt.

05:00

- Antibiotikarunde
- Regne sammen drikke-/diurese- og avføringslister (kl. 06-06) + føre det i kurven.
- Blodprøver til 08 må bestilles senest kl. 06.

06:30

- Sette på kaffe og te vann til pasienter og personalet.

05:00-07:30

- Ajourføre kurven med alle data fra morgenrunden, skrive evaluering og behandlingsplan.
- Vurdere stell av pasient dersom det er tid og det er ok for pasienten.

Ellers:

- Kjøkken og skylleromsoppgaver fordeles daglig. Det henger arbeidsliste på hvert av disse rommene.
- Traller og skuffer må fylles på jevnlig (se nattevakts-rutiner), medisiner. På torsdager må det planlegges slik at man har nok til over helga.
- Når det gjelder brikkesystemet på rent-, urent- og tøylager, har *alle* ansvar for å ta brikker og henge dem på veggen når det begynner å bli tomt for utstyr. I tillegg flyttes varene bakerst frem, slik at ikke sterilt pakke ting går ut på dato (gjelder rent lager).

Pasientrommet

Når en pasient skrives ut:

Rommet ryddes, dvs.

- Fjern pasientskjorte, tepper, varmeteppe, kladd, iv. stativ, søsterhjelp og evt. navnelapp fra senga.
- -Alt utstyr inne hos pasienten skal fjernes og kastes/rengjøres. Det gjelder rester av kremer, bandasjer, bleier, venefloner, sprøyter, propper, nesekateter, håndklær, skjorter osv. Husk å sjekke vinduskarm, hylle under vinduet/over ovnene, hylle over seng, skap og over tørkepapirholder. Det skal ikke ligge noe igjen.
- Ringesnor vaskes og desinfiseres med klut som resten av rommet.
- Temperaturmåler legges i Virkon 1% i 10 min. Skyll så med rent vann. Skal ikke i dekontaminator.
- Nattbord ryddes, vaskes og sprites. Settes inn på pasientrommet igjen. På dobbeltrom skal det stå 2 nattbord. (Ikke plass til nattbord på lager)
- I.v. stativ, søsterhjelp o.l. vaskes og sprites.
- Infusjonspumper og andre tekniske hjelpemidler rengjøres etter gjeldene prosedyre. Iv.stativ, søsterhjelp og infusjonspumpe settes på lager. Infusjonspumpe settes til ladning.
- Flowmeter (O2-regulatoren) kan bli stående i veggen. Obs! Det finnes to ulike mellomstykker til flowmeterne. Den tynneste brukes til vanlig O2 behandling. Ved bruk av fukter må en bytte til den større/tykkere typen. Da tapes den tynne på hyllen over senga. Bokser med mellomstykker ligger på lageret. Legg tilbake mellomstykket beregnet til fukter når den ikke er i bruk lenger.
- Inne på hvert isolat skal det alltid ligge en blodtrykksmansjett og et stetoskop i skapet i slusa.
- Vask over hyller (under vindu/over ovnene, over senga), vinduskarm, bord, TV, fjernkontroll, nattbordlampe. Kontaktpunkter sprites i tillegg.

- Rombofillmadrass/tempur skal tas av og rengjøres på post. Legges på lageret når rengjort (ikke på gulvet!). Disse tilhører avdelingene. Dersom vi trenger en slik madrass til pasient og vi ikke har flere igjen, kan vi hente i gangen utenfor hos husøkonomen.
- Senga kjøres ned i kjelleren. Dyne og pute med/uten sengetøy kan ligge på, samt laken og stikklaken. Legg ned ryggen og la sengen stå i arbeidshøyde.
- Rengjøringsassistent har daglig ansvar for å rengjøre vask, toalett, dørhåndtak og gulv, men vurder å sprite over disse feltene også når en pasient reiser på kvelden.

På isolat

- Les instruksen bak på smitteplakaten.
- Alt vaskbart utstyr skal i dekontaminatoren før det tas ut av rommet. Gjelder glass, bestikk, tallerkener, mugg, staseslange, adapter og liten blå boks. Tre-stykket i dorullholderen vaskes også.
- Temperaturmåler skal legges i Virkon.
- Dopapiret kastes. Dersom det står ekstra doruller inne på rommet (noe det ikke bør gjøre), må dette også kastes.
- Vurder om den indre boksen i søppeldunken må vaskes i dekontaminatoren.
- Stetoskop og blodtrykksmansjett legges fram på bordet. Plastfolien på fjernkontrollen ligger på til den er vasket av rengjøringspersonalet.
- Middagsmenyen kan henge igjen.
- Sengetøy, nattskjorter, håndklær, kluter og tepper legges i gul plastsekk inne på rommet. Sekken knyttes og plasseres direkte i tøysekk i slusa. Dersom posen er synlig tilsølt, må den dobbeltemaleres før den puttes i skittentøysekk.
- Dynen og puten legges gul plastsekk inne på rommet, deretter i blank sekk ute i slusa denne plasseres så på urent lager.
- Søppel i hvit pose. Denne kan bæres direkte ut fra smitterom til esken for risikoavfall på urent lager uten å dobbelemballeres. Ta på ren hanske før du bærer posen ut. Posene må ikke berøre noe eller settes ned på gulv på veien ut (alternativt MÅ vi dobbeltembalere med ren pose ytterst før den settes i sluse).
- Nattbord, seng, stativ og teknisk utstyr står igjen på rommet til nedvask
- Rydd utstyr som ligger på hylla i slusa nærmest pasientrommet. Dette er rent.
- Isolat smittevaskes av rengjøringspersonalet etter gjeldende prosedyrer. Fyll ut smittevask-skjema.
- Når rommet er ferdig vasket, fjernes plansjene fra dørene, senga tas ut og alt utstyr legges på plass. Husk også det i dekontaminatoren.
- Sjekk at det er blodtrykksmansjett og stetoskop i slusen.
- Fjern alt som ikke skal være i skapet i slusa.

- Fjern utstyr eller fyll på det som mangler på hylla over dekontaminatoren.
- Gjør klar rommet til ny pasient.

Klargjøring av rom til ny pasient:

- Sett inn minst mulig utstyr før pasienten kommer, det eneste som skal ligge på nattbordet før pasienten kommer er:
 - o «Termometer-kopp»
- Kontroller at maske til HLR henger/ligger på rommet. Det skal være en på hvert rom, og en i eske i hver sluse på isolat. Gi postsekretær beskjed dersom det mangler så det blir bestilt ny.
- I tillegg på isolat: Gul pose til skittentøy i stativet på rommet, nye søppelposer i søppeldunkene og plastfolie rundt fjernkontroll.
- Når pasienten skal isoleres, henges det opp gul plansje om isolering ved ytterste dør. Ved innerste dør henges det opp plansje om gjeldende smitteregime.

DAGLIGHOLD AV PASIENTROM OG SLUSE

- Frisk luft på rommet
- Rydd! Ta ut ekstra puter, teknisk utstyr, rullestol, rullator og iv. stativ som ikke brukes lenger, samt gamle aviser, blader, flasker, glass o.l.
- Tilby hjelp til og evt. oppmuntre pasienten til selv å legge privat tøy i skapet
- Rydd og vask nattbord. Heng opp ny søppelpose på nattbordet.
- Tøm søppel.
- Vann blomster, evt. kast de visne.
- Ta ut brukte håndklær, kluter, skjorter o.l. Sjekk også tøysekk i dusjen.
- På tomannsrom: Pass på at utstyr som for eksempel kremer og bandasjer på hylla over senga ikke blandes mellom pasientene. Legg fra deg utstyr på riktig side (der senga står) selv om pasienten er alene på rommet.

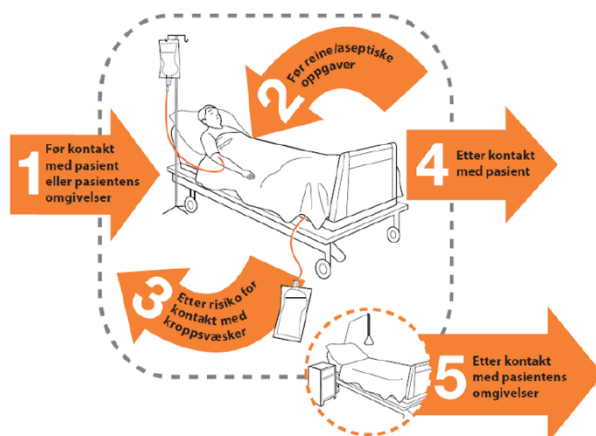
På isolat:

- Sjekk dekontaminator hyppig, og sett i gang ny vask slik at det ikke hopper seg opp med urent utstyr på benken.
- Gjennomfør sjekkliste for isolatrutiner daglig:
 - o Med rene hender/hansker spriter du over dekontaminator (oppå og på sidene), skapdør og uren benk med desinfeksjonsmiddel en gang daglig. Rene områder først.
 - o Rene områder: Oppå dekontaminator, hylla over dekontaminator og skap.
 - o Desinfeksjonsmiddel står i skapet på badet ved dekontaminatoren.

- I slusen: Bytt smittefrakker en gang daglig. I tillegg skiftes frakker når de er synlig tilsølt eller våte.
- Ny frakk mellom hver besøkende.
- Fyll på med nye frakker, munnbind, hansker, dopapir, gule og hvite poser. Det skal ligge 4 frakker, samt dobbelt sett med munnbind og hansker i str. S, M, L i hyllene
- Ta bort unødvendig utstyr på alle hyllene!! Utstyr som skal være i skapet i sluse:
 - 1-2 doruller
 - Munnbind
 - Hansker
 - 1 rull gule sekker, 1 rull hvite poser, 1 rull gjennomsiktige sekker
 - Desinfeksjonsservietter 1-2 pakker
 - Virkon
 - Gul dunk til nåler
- Søpla skal ikke være overfylt (pga. smittefare).

Vi presiserer at;

- GOD HÅNDHYGIENE ER VIKTIG!
- HUSK Å ALLTID VASKE HENDENE FØR OG ETTER PROSEDYRER SAMT MELLOM HVER PASIENT ELLER ETTER KONTAKT MED PASIENTENS OMGIVELSER!



- Øredobber, ringe, smykker, klokke og piercing er *ikke* tillatt.

VI VIL ALLE HA DET RENT OG RYDDIG PÅ POSTEN VÅR OG HA TILGJENGELIG DET VI BEHØVER NÅR VI BEHØVER DET.

SPØR DINE KOLLEGAER DERSOM DU ER I TVIL OM NOE!

TA GJERNE OPP TEMA TIL DISKUSJON!

VELKOMMEN TIL OSS 😊