

Postere fra læringsnettverk i Østfold

Samling 2, 6.-7. mars 2019

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

Visjon og mål

Fredrikstad kommune vil forbedre pasientforløpet for eldre og kronisk syke slik at de som ønsker det kan bo hjemme lengst mulig med rett tjenester og rett oppfølging.

Hva vil satsningen bidra til i et 3-5 års perspektiv?

- For bruker/pårørende
 - å styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering
 - å styrke pårørendes opplevelse av involvering og mestring av pårørenderollen
- For kommunale tjenester
 - å utvikle og implementere helhetlige pasientforløp
 - kvalitet og pasientsikkerhet i overgang mellom ulike tjenester
 - en styrket bruker- og pårørenderolle
 - god flyt i korttidsplasser
- For sykehuset
 - å utvikle og implementere helhetlige pasientforløp
 - kvalitet og pasientsikkerhet i overgang mellom ulike tjenester
 - forebyggende tiltak som kan redusere unødvendige sykehusinnleggelseser

Hovedtiltak

- Utarbeide sjekklister
 - fra hjemmesykepleie til korttidsplass
 - opphold i korttidsplass ved Fredrikstad korttidssenter
 - Sykehuset Østfold – overgang til FKS og hjemmesykepleie
 - avklare dokumentasjon i Gericia
- Målinger: Avklare hva som skal måles i løpet mars 2019
- Pilotering : Sjekklister skal utarbeides, testes på en halv avdeling på FKS og en sone i hjemmesykepleien
- Utarbeide en enkel kommunikasjonsplan: hvem skal informeres om hva - når?
- Implementering og spredning av sjekklister: Informasjon, prosedyrer, opplæring

Innen 2020 skal

- flyten i korttidsplasser bedres for å sikre kapasitet til å ta imot pasienter som har behov for et korttidsopphold
- sjekklister være en integrert del av pasientforløp innad i kommunen, og mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen
- kompetansehevende tiltak i forbedringsarbeid for ledere og medarbeidere være gjennomført
- spørsmålet "Hva er viktig for deg" stilles pasienter og pårørende og vi finner løsninger sammen.
- "Hva er viktig for deg - dagen" markeres årlig
- samhandling med fastlegene i pasientforløpet være styrket

Vi har

- etablert forbedringsteam og styringsgruppe
- utarbeidet prosjektplan som er godkjent av styringsgruppa
- intervjuet 5 pasienter og identifisert forbedringsområder
- utarbeide pasientforløp/brukerreise for en pasient
- gjort en kartlegging av arbeidsflyt på FKS
- kartlagt alle innleggende pasienter på FKS
- vært på besøk på Helsehuset i Sarpsborg
- etablert en pilotavdeling ved FKS og en sone i hjemmesykepleien
- Utarbeidet sjekklister for korttidsopphold ved Fredrikstad korttidssenter og i hjemmesykepleien

Videre arbeid

- Småskatete sjekklister og vurdere eventuelle forbedringer
- Avklare hva som skal måles – sette smarte mål og bestemme målepunkter
- Utarbeide en enkel informasjonsplan
- Orientering om status i arbeidet i kommunaldirektørens ledergruppe



FREDRIKSTAD KOMMUNE



Sjekkliste for korttidsopphold ved Fredrikstad korttidsenter

Navn:

Romnummer:

Hensikt

Sikre et helhetlig, målrettet og forsvarlig pasientforløp for pasienter innlagt i korttidsopphold ved Fredrikstad korttidsenter

Kort info om sjekklisten

Denne sjekklisten skal brukes gjennom hele oppholdet ved FKS for alle pasienter som tildeles korttidsopphold. Listen skal brukes aktivt, og den skal også være grunnlag for informasjon i møtet med tildelingskontoret. Under de ulike punktene i listen, skal det føres på datoer for når dokumentasjon er foretatt på det aktuelle område, slik at man lett kan finne tilbake til hva som er avtalt.

	Beskrivelse	Dato Gjennomført	Ikke Aktuelt
Innkomstkartlegging	<i>Gerica Journaltype 50</i> Status ved innkomst <i>Dokument i kvalitetssystemet.</i>		
Målsamtale	<i>Gerica flettemal xx</i> Ved behov for oppdatering av målsamtalen, kan denne hentes opp og oppdateres (husk å datere ny informasjon). Vurdere om hverdagsrehabilitering er aktuelt (pasienten ønsker å trene på konkrete situasjoner)		
ADL	<i>Oppdateres i Gerica</i> Gjøres innen 3 dager.		
Hjelpemidler og bolig kartlegging	Hvilke hjelpemidler har pasienten? Hva er det behov for nå? Er søknad sendt?		
Henvises fysio/ergo	<i>Gerica flettemal 157.</i> Send intermelding til ansattgruppe 2 (fysio/ergo)		



Læringsnettverk for Gode pasientforløp – samling 2

Målgruppen for forbedringsarbeidet:

Alle som har et vurdert behov for helsetjenester og er i et forløp mellom Sykehuset Østfold og kommunale helse- og omsorgstjenester og/eller i et forløp internt i de kommunale helse og omsorgstjenestene som deltar i læringsnettverket.

Mål for forbedringsarbeidet:

1. Pasientene skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud.
2. Skape forståelse for felles ansvar og lojalitet innad i kommunalavdelingen.
3. Pasientforløpet skal være forutsigbart og koordinert for både tjenesteutøver, pasient og pårørende.
4. Redusere fare for mangelfull informasjonsflyt mellom tjenestene.
5. Redusere unødvendige innleggelse, liggetid og reinnleggelse.
6. Rett pasient på rett plass/tjeneste.
2. Forbedre inkomstsamtale/vurderingsbesøk
3. Ny vurdering av bistandsnivå etter noen dager
4. Forbedre behandlingsplan/tiltaksplan
5. Forbedre plan for utskrivelse
6. Evaluere pasientkoordinatorfunksjon
7. Tverrfaglig kartlegging og oppfølging i institusjon og hjemme
8. Interne samhandlingsrutiner ang brukere med langvarige og koordinerte tjenester
9. Felles møtepunkter - tavlemøter/forløpsmøter på korttidsavdelingene
10. Kompetanseheving - elektronisk samhandling
11. Kompetanseheving - hverdagsmestring
12. Forbedre samhandling med fastlegene
13. Virtuell korttidsavdeling (VKA) - evaluere fase 1 for utvidelse av ordningen.

Delmål:

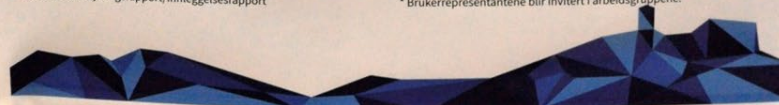
1. Kommunen har et styringssystem som sikrer et helhetlig pasientforløp.
2. Styrke brukerens rolle i forløpet. Hva er viktig for deg?
3. Styrke samhandlingen internt i kommunen og med spesialisthelsetjenesten.
4. Tjenesteutøverne skal ha økt kompetanse på samhandling, forbedringsarbeid, hverdagsmestring, kjennskap til hverandres tjenester.
5. Tjenesteutøverne skal inneha felles begrepsforståelser.
6. Vi skal være gode på rett forventningsavklaring om tjenestetilbudet.

Forbedringstiltak vi planlegger å starte med:

1. Forbedre overflyttingsrapport/innleggelsesrapport

Involvering av nøkkelpersoner i forbedringsarbeidet:

- * Forbedringsarbeidet skal hele veien være forankret hos kommunalsjefen og dennes ledergruppe (KLG).
- * Kommunalavdelingens overordnede fagorgan: Fag- og kvalitetsforumet.
- * Vi skal involvere ansatte gjennom representantene i forbedringsteamet.
- * Brukerrepresentantene blir invitert i arbeidsgruppene.





Læringsnettverk for gode pasientforløp i Indre Østfold kommune

- Samling 2

Vil du vite hva vi har jobbet med i dette nettverket siden sist?

- Utarbeidet et informasjonsskriv til ansatte
- Laget et kartleggingsskjema for eldre over 65 år
- Laget et evalueringsskjema av kartleggingsskjema

Hva skal vi gjøre for å bli best på pasientforløp?

Vi vil sikre:

- Brukermedvirkning
- Menneskerettigheter
- Pasientsikkerhet
- Pasientrettigheter
- Tverrfaglig kompetanse
- Yrkesetikk

Vår målsetning med arbeidet er:

- Forankring i ledelse
- Være innovative
- Måle kvalitet underveis
- Sikre rutiner
- Oversikt over kompetanse
- Tverrfaglig samarbeid

Hva skjer videre:

- Lage en oversikt over pasientflyten i kommunen
- Forankre bedre i ledelsen
- Faste møtepunkter ut 2019
- Etablere felles forum
- Fremdriftsplan
- Etablere kontaktnett med fastlegene
- Lage en plan for god informasjonsflyt
- Kartlegge ressurser som må med i prosjektet

Dagens utfordringer for gruppen:

- Kommunesammenslåing 2020. Fem kommuner skal bli en.
- Vi har mistet deltakere og sliter med å rekruttere nye.

HVA ER VIKTIG FOR DEG?

MÅLGRUPPE:

Alle som mottar helse- og omsorgstjenester i kommunen



MÅL OG DELMÅL:

Felles begrepsforståelse
Sikre brukermedvirkning
Trygge pasientoverganger mellom instanser og tjenester
Fokus på egenmestring
Forutsigbarhet/kommunikasjon
God kommunikasjon i alle kanaler



PÅBEGYNT FORBEDRINGSTILTAK:

Sjekklister
Tverrfaglige møter
Moss kommune ble med i nettverket
Utskrivningsnotat
Målmøter
Forsamtaler



HVEM MÅ INVOLVERES?

Lederne
Utøverne
Kompetente medarbeidere



Nye Moss kommune



GODE PASIENTFORLØP FOR ELDERE OG KRONISK SYKE

FORBEDRINGSTEAMET – TVERRFAGLIG SAMMENSATT

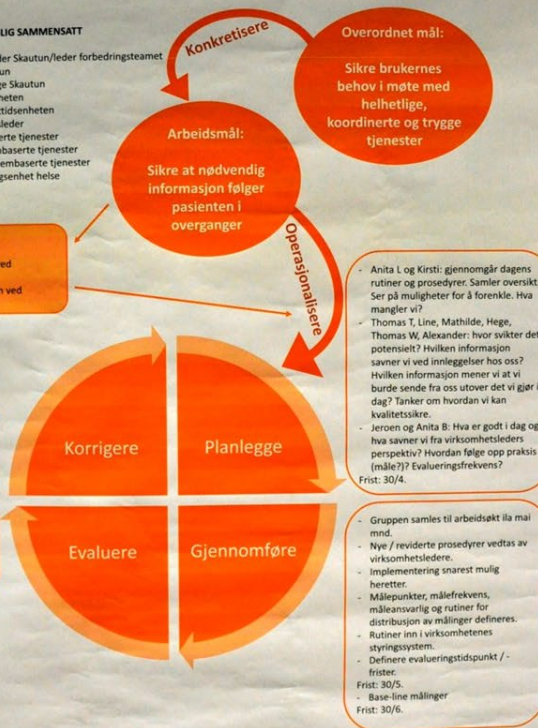
Anita Goksøy Linnestad – enhetsleder Skautun/leder forbedringsteamet
 Jeroen de Wit – seksjonsleder Skautun
 Thomas Thorvaldsen – sykehjemslege Skautun
 Line Rekstad – sykepleier korttidsenheten
 Mathilde Finnestad – sykepleier korttidsenheten
 Hege Sletner – fysioterapeut/enhetsleder
 Anita Buer – seksjonsleder hjembaserte tjenester
 Thomas Willadsen – sykepleier hjembaserte tjenester
 Alexander Fredråsen – sykepleier hjembaserte tjenester
 Kirsti Engedahl – rådgiver forvaltningsenhet helse

Prioriteringer / avgrensning:

- Hovedfokus på kritisk informasjon
- Kvalitetssikre hva vi sender fra oss ved utskrivning
- Kvalitetssikre mottak av informasjon ved innskrivning

- Behov for korreksjon vurderes sammen med evaluering som gjennomføres før samling i september
 Frist: 13/9

- 2. måling gjennomføres etter 31/8
 - Første evaluering før samling i september
 - Vurdere mållinger
 - Vurdere andre / øvrige funn
 Frist: 13/9



Sarpsborg kommune

MÅL

Hva er viktig for deg?

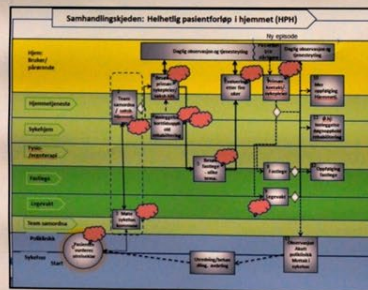
Trygge overganger, kontinuitet og samarbeid i pasientforløpet mellom kommunehelsetjenesten i Sarpsborg og Sykehuset Østfold

Delmål:


- o Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er innhentet og mottatt ved oppstart
- o «Hva er viktig for deg» samtalen er gjennomført ved oppstarten av tjenesten
- o Plan for oppfølging hos fastlegen er etablert innen 2 uker
- o Gjennomsnittlig opplevelse av endring i funksjonsnivå har økt med >2.

Målgruppe

Alle pasienter som har helse- og omsorgstjenester og skifter behandlingsnivå, både internt i Sarpsborg kommune samt mellom Sykehuset Østfold og kommunen.



Forbedringstiltak

- o Sjekklister utarbeides ved overgangene
 - o Opplæringstiltak
 - o Småskala utprøving – systematisk bruk av «Hva er viktig for deg?» skjemaet
- 
- o Sikre systematisk gjennomføring av oppgavene:
 - o Sykepleier besøk etter 3 dager
 - o «Hva er viktig for deg?» spørsmålet stilt ved oppstart
 - o Oppfølging fra fastlege etter 14 dager

Må involveres

- o Ledere ved helsehus, hjemmetjeneste og sykehjem
- o Medarbeidere
- o Sykehus
- o Fastleger



RYDDING I EGET HUS: UTSKRIVNINGSPROSESSEN

1. Øke kvaliteten i sykehusets kommunikasjon med kommunene under opphold og ved utskrivning
2. Øke kvaliteten i utskrivningsprosessen



HVA GJORDE VI?

- Kritisk gjennomgang og forbedring av utskrivningsprosessen
- Løpende tilbakemelding til seksjonsleder ved feil i forløpet til utskrivningsklare, medisinske pasienter
- Spørreundersøkelse til kommunene

HVA LÆRTE VI?

- Vi må forbedre oss
- Sykehuset og kommunene snakker fortsatt ulike språk og kommer dermed i utakt i kommunikasjonen. Dette kompenseres ofte med ekstra telefoner.
- Systematisk arbeid nytter!



HVORFOR LÆRINGSNETTVERK?

- Utvikle helhetlige pasientforløp for våre eldre og kronisk syke pasienter
- Styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp
- Ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos våre ledere og medarbeidere
- Redusere unødvendige sykehusinnleggelses for våre kronisk syke og eldre

VIDERE ARBEID

Gjennom samarbeidsutvalget (SU) har kommunene og sykehuset blitt enige om å tegne et nytt og forbedret forløp for eldre og kronisk syke. Sammen skal vi: kartlegge dagens praksis, identifisere forbedringsområder, tegne et forbedret forløp og sette dette ut i praksis!