

Presentasjon 3. september 2019



Innføring og oppfølging av
pasientforløp i Oppegård kommune
(HPH)



Forutsetninger for å lykkes

- Krever at «terrenget er klarlagt»
- Forståelse for hvorfor – i personalgruppa og lederforankring
- Organisering av tjenesten – plassering av ansvar/ tillit
- Rolleavklaring
- Sjekkliste - et verktøy
- Endring av holdninger – fra hva kan vi gjøre til hva er viktig for deg
- TID
- Kontinuerlig arbeid – må «holdes i»



Hvilken effekt har det gitt for personalet

- Økt trygghet og bedre oversikt over brukerne
- Bedre oversikt over brukers tjenestebehov
- Avgrensning i hva og hvem som har det overordnede ansvar for oppfølging av bruker
- Lojalitet overfor kollegaers vurderinger
- Bedre samarbeid – større involvering fra ulike faggrupper



Strukturen i arbeidet

- Involverte medarbeidere, samarbeidspartnere, ledere og pasienter
- Innførte Gerica plan og utforming av ruter
- Innførte tjenesteansvarlig og primærkontakt - rollebeskrivelser
- Utarbeidet flytskjema for pasientforløp
- Innførte sjekklister
- Systematisk gjennomgang av tiltaksplaner



Noen erfaringer fra HPH

- Kvalitetsforbedring av tjenesten
- Tjenesteansvarlig og primærkontaktsystem - plasserer ansvar
- Brukerne og pårørende har oversikt over hvem som er tjenesteansvarlig/ primærkontakt
- Endring tar tid – en kontinuerlig prosess
- Må jobbes mye med informasjon og systematisering
- Et godt ledelsesverktøy – brukes i samtaler med de ansatte



Kompetanseutvikling

- Hva har vi – hva trenger vi
- Søke midler fra Fylkesmannen
- Status i dag



Våre prioriteringer

1. Pasientforløp
2. Kompetanseutvikling
3. Heltidskultur
4. Kvalitet
5. Mestringsteknologi



Basiskompetanse

1. Kvalitets og prosedyre gruppe
2. Sjekklister for fast ansatte og vikarer
3. Verktøy i prøvetiden
4. Sjekklisten til alle – kompetansekartlegging!!
5. Prosjekt 2016 – kompetansekartlegging



Kjære kollega.

Her får dere en sjekklister vi ønsker at dere fyller ut. Sjekklister omhandler alt dere skal kunne og som Oppegård kommune mener er basiskompetanse for ansatte i Pleie og Omsorg. Denne listen brukes også som systematisk opplæringsprogram for nyansatte. Vi ønsker nå å kartlegge eksisterende kompetanse hos våre ansatte. Hva kan vi og hva trenger vi mer opplæring i? Kryss av og lever skjema tilbake til nærmeste leder.

Ansatt navn: _____

Dato: _____



Område	Dette kan jeg (X)	Jeg trenger opplæring (X)	Ikke aktuelt (X)	Opplæring gitt (sign)
1. Er kjent med brannvernrutiner: <ul style="list-style-type: none">• Branninstruks• Varlingstavle på avd. og hovedetasjen• Brannvarsler				

3	Område	Andrea	Dennis	Elisabeth	Eva	Heidi	Irene	Kim	Kugan
4	1. Er kjent med brannvernrutiner:								
5	· Branninstruks								
6	· Varslingstavle på avd. og hovedetasjen								
7	· Brannvarsler								
8	· Brannslukningsutstyr og bruk								
9	· Nødutganger/rømmingsveier								
10	Dec telefoner (branntelefonene)								
11	2. Lønn/personal:								
12	· Opplæring i ressursstyring WEB								
13	· Gjøre seg kjent med personalhåndboka								
14	· Turnus								
15	· Regler for overtid/avspasering/ferie/ bytte av vakter								
16	· Melding om fravær ved egen sykdom/ sykt barn/egenmelding og sykemelding								
17	· Søknad om permisjon/kurs								
18	· Bruk av Outlook (mail, kalender,								
19	3. Kjent med bruken av:								
20	· Telefoner								
21	· Hoveddøråpneren								
22	· Vakttelefon/telefon ved kveld/helg								
23	· Trygghetsalarmer								
24	4. Bli kjent med/kjenne til:								
25	· Fysioterapeut								
26	· Ergoterapeut								
27	· Vaskeriet								
28	· Vaktmester								
29	· Fagteamet i kommunen								
30	5. Samarbeid med:								
31	· Føtterapeut								

Basiskompetanse satt i system!!

Personnavn			
Avviksrutiner			
Melde avvik legemiddelhåndtering			

Ansatt og leder har gått gjennom sjekklisten sammen og blitt enig om følgende plan for videre opplæring:

Ansatt skal:	Leder skal:

Dato:

Signatur ansatt

Signatur leder

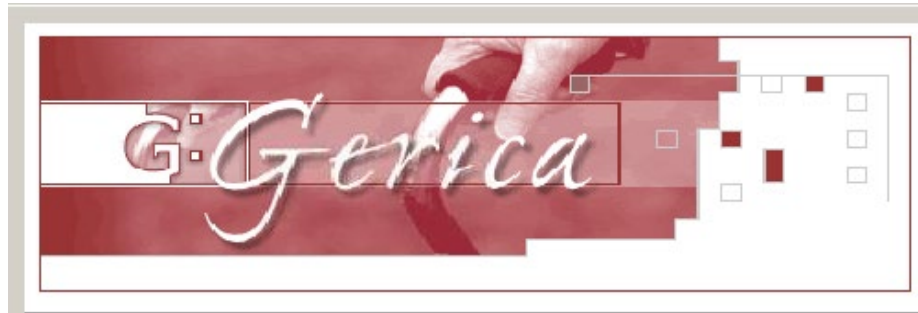
|

Suksessfaktor

- Informasjon
- Konkret
- Systematisk
- Synlig
- Tid og engasjement
- Verktøy
- Hva er basiskompetanse hos deg?



Veileder til tiltaksplan



Gyldig fra og med 12 juni 2019

Forslag til hva som skal dokumenteres hvor.
Hvis alle gjør det likt i hele kommunen er det lettere for alle å finne frem.

Situasjon skal kun eksistere en gang, og er felles for alle virksomheter og yrkesgrupper. Situasjon skal beskrive pasientens situasjon og status, samt pasientens egne ressurser.

Mål skal være konkrete og målbare, slik at det kan evalueres. Kan være kortsiktig og langsiktig.

Tiltak/prosedyre skal beskrive hva som skal utføres og hvordan.

Tidsplan skal opprettes ved regelmessig gjentakelse av tiltak/prosedyre.

Sykepleieprosessen/forskrift om pasientjournal:

Kartlegging skal inneholde bakgrunn for helsehjelpen, opplysninger om pasientens sykehistorie og pågående behandling. Beskrivelse av pasientens tilstand, med status ved innleggelse og utskrivning. Kartleggingen er bakgrunn for pasientens tiltaksplan.

Planleggingsfasen/identifisere problem og behov med mål og tiltak skal inneholde diagnose, behandling, pleie og annen oppfølging som iverksettes. **Handlingsfasen** hvor vi dokumenterer i journal skal inneholde observasjoner, pleie og omsorg, råd og informasjon, samt annen oppfølging.

Evalueringsfasen skal inneholde resultater av det vi har iverksatt, status ved utskrivning, årlig status hos langtidspasienter, epikrise, utveksling av informasjon med annet helsepersonell.



Tiltaksplan

Samhandling		
Situasjon		Mål
Situasjonen samhandling er opprettet for å ivareta kommunikasjon/dokumentasjon mellom samarbeidene parter i pasientens tjeneste.		God samhandling mellom pasient, pårørende og tjenesten for å gi best mulig samordnet tilbud til pasienten.
Prosedyre (tiltak)		Journalføring på de enkelte tiltakene:
Samhandling med pasient/pårørende	Beskriv i prosedyren: Avtaler, samarbeid med pasient/pårørende. Uten tidsplan	Hvis det har vært kommunikasjon med pasient pårørende skrives det her. Hvis det er laget nye avtaler for når/hvordan pårørende skal kontaktes må dette oppdateres i prosedyren.
Møter	Beskriv i prosedyren om det er faste nettverkssamtaler, tverrfaglige møter, ev. andre møter/samtaler.	Referatene fra møter vedrørende pasienten dokumenteres her.
Overføring av helseopplysninger	All dokumentasjon ved utreise skal dokumenteres her.	Opprett journaltype Utskrivningsjournal (364), og hent hjelpetekst «Sykepleierapport».
Kontakt med samarbeidspartnere	Mappe for all kontakt med sykehus/hjemmetjeneste, demenskoordinator, kreftkoordinator osv.	Dokumenter samtaler/beskjeder med samarbeidspartnerne.
Kartlegging	Her skal all kartlegging/innkomstnotater og kartleggingssamtaler dokumenteres.	Hent hjelpetekst «Kartleggingssamtale» og fyll ut. Husk å dokumentere i Gerica, knyttet til tiltak i tiltaksplanen.



Kartleggingssamtale

Dato, avtalt samtale:

Utført av:

Dato:

Gjøres av tjenesteansvarlig sykepleier når:

- pasienten er ny i tjenesten
- hjelpebehovet har endret seg vesentlig
- etter innleggelse på sykehus / korttidsavdeling / KAD

Samtalen skal dokumenteres i journal «Kartleggingssamtale»

Før samtalen, les gjennom;	Ta med til samtalen;
<ul style="list-style-type: none"> • Elink • Saksbehandlerjournal • Beskjedjournal • Epikriser • Kontroller at det foreligger samtykke 	<ul style="list-style-type: none"> • Personopplysninger / Brukerkort • Medisinavtale evt. medisinliste • Brukeravtale og eventuelt nøkkelavtale • Infoskriv om Multidose / Medido / Pilly • Utstyr til vitale målinger

Navn / Gerica nr: <small>Bekreft alle opplysningene på brukerkortet (telefontnummer, adresser, fastlege, etc)</small>	Fylles ut av den som setter opp samtalen
---	--

Aktuell situasjon <small>Hva er bakgrunnen for nytt eller endret hjelpebehov</small>	Fylles ut av den som setter opp samtalen
Hva er viktig for deg nå? <small>Mål, ønsker, pasientens egne ressurser Pasientens egne ord.</small>	
Hva skal til for at du blir mere selvhjulpent? <small>Personlig hygiene, ernæring, pasientens forhold til egne medisiner, funksjonsnivå Hjelp fra pårørende?</small>	
Avtaler fremover? <small>Nødvendige tiltak Hverdagsrehabilitering? Er det behov for tilrettelegging? Behov for hjelpemidler? Oppfølging av fastlege?</small>	

Områdene under vurderes ut fra hver pasient. Dokumenteres i vurderingsjournal og under aktuelle tiltak

Tannstatus:	Sanser:	Eliminasjon:	Ernæring:	Allergier:
<small>Proteser</small>	<small>Hørsel / syn</small>	<small>Urin / avføring inkontinensensur</small>	<small>Været / mattype / kvalme / svelgevansker</small>	
Psyk/kognitiv funksjon:	Søvn:	Samtykke:		

ABCDE og vitale mål				
A – Luftveier <small>Frie luftveier - Luftstrøm - Sinaldør uanstrengt Lyder fra luftveiene</small>	B- respirasjon <small>Respirasjonsrhythmus - lyder Farge (sentral cyanose) Rytm, dybde symmetri Bruk av hjelpemidler</small>	C- Sirkulasjon <small>Kapillær fyllingsgrad Hudtemperatur - farge Diapasa</small>	D – Bevissthet <small>Pupiller Prate-Smile-Løfte</small>	E – Undersøkelse <small>Sår / sårer / bål hud Smarter (VAS)</small>
	*SPO2	*Puls	ACVPU	*Temp
NEWS <small>(*) fares / taboos</small>	Luft / Oksygen (ca 100)	*BT	*Blodsukker	NEWS score

Kartleggingssamtale

Oppgaver - Kryss av det du er ferdig med	Dato / sign
<p>Dokumentasjon i Gerica:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Skriv journal, bruk Kladdjournal 371 (kan redigeres). Gjør om til Kartleggingssamtale når dokumentet er ferdig. Forslag: hjelpetekst/mal <input type="checkbox"/> Send e-link til fastlegen og innhent informasjon om diagnoser og avklar medisinliste <input type="checkbox"/> Lag tiltaksplan <i>(Situasjon, mål og tiltak – bruk veileder)</i> <input type="checkbox"/> Legg inn tiltaket «Emæringskartlegging» med tidsplan <i>(Skal være gjennomført innen 4 uker etter kartleggingssamtalen)</i> <input type="checkbox"/> Legg inn tiltaket «Kartleggingssamtale» om 4 uker og 6 måneder <i>(4 ukers samtale: se på din egen turnus, og sett samtalen på en dag du har D-vakt. Det er ønskelig med kontinuitet, dette er en oppfølgingssamtale)</i> <input type="checkbox"/> Legg inn tiltaket vekt x 1 pr. måned <input type="checkbox"/> Legg inn diagnoser og medisinliste <i>(Når du har mottatt svar fra fastlegen)</i> <input type="checkbox"/> Legg inn vitale måli Løbsvar. Hvis ikke målinger er gjort, sett det opp på huskeliste til neste dag. Opprett ABCDE-tiltak under medisinsk oppfølging. <input type="checkbox"/> Utfør IPLOS og ADL <input type="checkbox"/> Skann inn epikriser, nøkkelavtale, avtale om legemiddelhåndtering og samtykkeeskjema <p>Før inn på Huskeliste:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Tilby brannvems kartlegging innen 4 uker. Opprett tiltak «Brannvems kartlegging» <input type="checkbox"/> Tilby kommunal tannlege etter 3 mnd <input type="checkbox"/> Dersom kollega skal fullføre etterarbeidet, skriv den du har avtalt skal gjøre dette <p>Vurder følgende punkter:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Bestille kontrolltime hos fastlege etter 2 uker <i>(Hør evt. med fastlegen om det er nødvendig)</i> <input type="checkbox"/> Er pasienten kandidat for multidose, Medido eller Pilly? <input type="checkbox"/> Må det bestilles hjelpemidler? hjelpemiddellaaget@oppegard.kommune.no <input type="checkbox"/> Er pasienten kandidat for hverdagsrehabilitering? hverdagsrehabilitering@oppegard.kommune.no <p>Lag hjemmejournal Den skal inneholde forside, brukerkort, medisinliste, brukeravtale, signaturark</p> <p>Lag journalmappe på ny pasient</p> <p>Sjekklisten skal makuleres når alle punktene er gjennomført</p>	

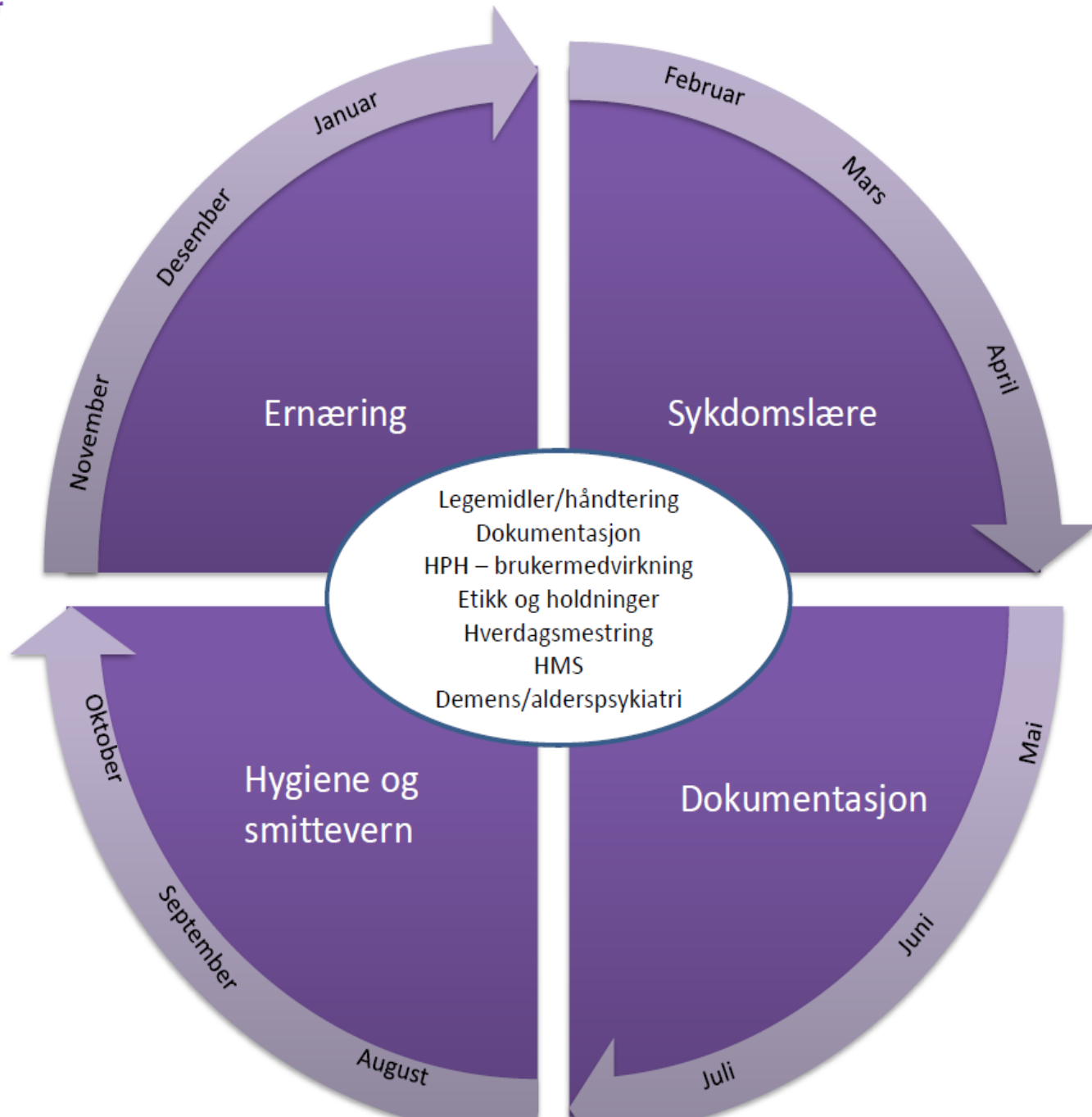
Status nå

- Fokusmåneder
- Nanolæring/ E-læring
- Internundervisning
 - Ressurspersoner
 - Fagsykepleiere
 - Ansatte i utdanningsforløp
 - ABC grupper
- Reviderte sjekklister



Pågående prosjekter gjennom året:

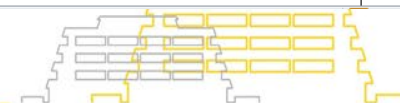
- Velferdsteknologi
- TOFT
- Ambulant rehabiliteringsteam



Sykdomslære

Februar mars april

Delmål for opplæring	Metode for måloppnåelse	Ansvar for gjennomføring
<p>At den enkelte ansatte skal få innsikt i de sykdommer våre pasienter kan rammes av, kunne vurdere hvilke behov pasienten kan ha, og ta gode kliniske vurderinger ut i fra pasientens behov.</p> <p>Sykdomslære handler om hvordan ulike sykdommer og skader forandrer celler og vev, dermed forandres også funksjonene til vevet, organene og kroppen.</p> <p>Emnets fokus er sykdomsprosesser og sykdomstilstander som kan gi akutt svikt i deler av eller hele organ- funksjoner, samt kunnskap om aktuelle behandlingsformer.</p> <p>Sykdomslære knyttet opp mot:</p> <p>Legemidler/håndtering. Dokumentasjon. HPH – brukermedvirkning Hverdagsmestring Etikk og holdninger. HMS (forflytning, skade på ansatt)</p>	<p>Undervisning:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hjertesvikt • KOLS • Demens • Hverdagsmestring ved hjerte/ lungeproblematikk <p>Simulere i akutt respirasjonssvikt/ lungeødem</p> <p>TOFT: Alle ansatte i institusjon og hjemmetjenesten får undervisning i Tidlig Oppdagelse av Forverret Tilstand.</p> <p>Nanolæring i KOLS, hjertesvikt, demens</p> <p>Nettressurser: VAR – Respirasjon (emne) og sirkulasjon (emne) NHI e-læringskurs: Hverdagsmestring (ca 2 ½ timer- mest for hjemmeboende) og Legemiddelhåndtering ved hjerte- og karsykdom. Kompetansebroen e-læring: KOLS og ABCDE- systematisk pasientobservasjon</p> <p>ABC grupper</p>	<p>All undervisning legges ut på Aktivitetskalender- PLO i Outlook</p> <p>Hjertesvikt: Lene lager</p> <p>KOLS: Hanne Kvåle</p> <p>Demens: Demenskoordinator</p> <p>Hverdagsmestring ved hjerte/lungeproblematikk- Ergo/<u>fysio</u></p>



Basiskompetanse satt i system

