



«Hva har arbeidet med helhetlige pasientforløp betydd for tjenestene i Rauma kommune?»

Forutsetninger og rammebetingelser

- Sentrale føringer – lovverk og meldinger
 - Store omstillinger siden 2014 – i flere runder
 - «Alle» tjenester samlet i ett bygg – fra 2018
 - En ikke alt for stor organisasjon – kort vei mellom tjenester.
 - Lovverk
-
- Hva er formålet?
 - Tjenesteomstilling
 - Hvorfor gjør vi dette?

Heimertjenesten

Hjemmetjeneste

4/6. 2018

Kommunens selvevaluering av arbeidet i læringsnettverk for gode pasientforløp

* Verktøy er utarbeidet. Oppstart 28.05.18 ikke aktuell pro. pr. dato

For hvert tiltak som skal implementeres;

1. Sett kryss for den statusen som best representerer der dere er nå.
2. Sett ring rundt statusen dere ønsker å ha ved neste samling.

Selvevalueringen er ment som utgangspunkt for refleksjon og diskusjon i eget team, som en rask måte å vise status til andre i læringsnettverket og som utgangspunkt for veiledning mellom samlingene.

| | X | O | Tiltak er ikke startet | Tiltak er satt i gang, men foreløpig uten synlige resultater | Enkelte forbedringer er sett | Betydelige forbedringer er sett, men er ikke dokumentert | Betydelige forbedringer er dokumentert med kvantitative eller kvalitative metoder. | Betydelige forbedringer er målt, forbedringene har fått gjennomslag i systemet og er forventet å bestå. |
|---|---|---|------------------------|--|------------------------------|--|--|---|
| Forberedelse av mottak | | | | | | | | |
| Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale. | | | | X | | | ⊙ | |
| Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert. | | | | X | | | ⊙ | |
| Behov for innsatssteam / rehabilitering er vurdert. | | | | X | | | ⊙ | |
| Besøk av sykepleier innen 3 dager | | | | | | | | |
| Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført. | | | | X | | | ⊙ | |
| "Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført. | | | | X | | | ⊙ | |
| 4 meter gangtest er gjennomført | | | | X | | | ⊙ | |
| Vurdert av fastlege innen 2 uker | | | | | | | | |
| Hjemmesykepleieren har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon | | | X | | | | ⊙ | |
| Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen. | | | X | | | | ⊙ | |
| Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet. | | | X | | | | ⊙ | |
| Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker | | | | | | | | |
| Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført. | | | X | | | | ⊙ | |
| "Har vi lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført. | | | X | | | | ⊙ | |
| Andre 4 meter gangtest er gjennomført | | | X | | | | ⊙ | |
| Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt | | | X | | | | ⊙ | |

(Skalaen er bygget på selvevalueringen i Legerforeningens gjennombruddsprosesser og evalueringen av 80 samhandlingsprosjekter i Helse dialog)

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Fyllt ut av forbedringsteamet for: | på samling nr: |
| Ramme | 3 |

Heimetjenesten forts.

- Sjekkliste utarbeidet
- Opplæring runde èn gitt
 - Hva er viktig for deg – 4-m gangtest
- Bruk/praktisering
- utfordringer
 - Forståelse?
 - «Konflikt» mellom ulike oppgaver
 - Tid
 - Opplæring

Inklusjonskriterier

- Fra eldre multisjuka – til «alle som har behov for tjenester»
- Alle fra sjukehus – både nye og «gamle» brukere – uavhengig av alder – men med behov for bistand fra hjemmetjenesten.
- Brukere i egen bolig som ikke har tjenester fra tidligere.

Rutiner/praksis

- Tildeling og koordinering fanger opp aktuelle pasienter ut fra helseopplysninger fra sykehus og nye søknader/henvendelser.
- Saksbehandler på tildeling starter med å fylle ut målepunksskjema som leveres videre til aktuell sone i hjemmetjenesten. Varsel på epost til leder og primærkontakt hvis primærkontakt er registrert.
- Primærkontakt i hjemmetjenesten har ansvar for videre kartlegging og oppfølging, og avslutter med å levere tilbake utfylt målepunktskjema til tildeling og koordinering.
- Mål om at tildeling blir med på 3-dagersbesøk til nye brukere av hjemmetjenesten.
- Dokumentflyt – manuelt – ikke integrert i fagsystem

| | | | | | | |
|------------|---|--|--|---|---|--|
| EPJ-Nr.: | Henvendelse om vurdering fra: | <input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus | <input type="checkbox"/> Vært innlagt i helsevesen | STATUS: | <input type="checkbox"/> Ny søker om tjeneste | <input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand |
| Initialer: | <input type="checkbox"/> Fastlege | <input type="checkbox"/> Fysio. / ergo. | <input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten | <input type="checkbox"/> Mottar hjemmesykepleie | <input type="checkbox"/> Ønsker institusjonsplass | <input type="checkbox"/> Annet |
| | <input type="checkbox"/> Pasient/ pårørende | <input type="checkbox"/> Annet: | | | | |

| | | Utsett | | | Kommentarer |
|----|--|--------------------------------------|-----|--------------|-------------|
| | | Ja | Nei | Ikke aktuelt | |
| 1 | Forberedelse av mottak | | | | |
| 1a | Utenkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-brev eller samtale | | | | |
| 1b | Sjekkliste for forberedelse av hjemmetst er gjennomført og dokumentert | | | | |
| 1c | Biløst for utrustning / rehabilitering er vurdert | | | | |
| 2 | Besøk av sykepleier innen 3 dager | | | | |
| 2a | Sjekkliste for hjemmesykepleie / innkomst er gjennomført | | | | |
| 2b | "Har vi tid for deg?" samtale er gjennomført | | | | |
| 2c | 4 meter gangstet er gjennomført | | | | |
| 3 | Vurdert av fastlege innen 2 uker | | | | |
| 3a | Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon | | | | |
| 3b | Konsultasjon, eller alternativt hjemmesykepleie, er gjennomført av fastlegen | | | | |
| 3c | Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet | | | | |
| 4 | Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker | | | | |
| 4a | Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført | | | | |
| 4b | "Har vi tid for deg?" samtale er gjennomført | | | | |
| 4c | Andre 4 meter gangstet er gjennomført | | | | |
| 4d | Oppfølging / evaluering innen 6 ned er gjort | | | | |
| | | Prosent etterlevelse av målepunktene | % | | |
| | | Opplevelse av endring i helse | | | |

Utfordringer

- Ansvars- og rollefordeling internt i avdelingen
- Hvem skal gjennomføre oppgavene?
- Hva når de/den ansvarlige ikke er til stede??
- Trygghet på/ opplæring i verktøy:
 - 4-m. gangtest
 - «Hva er viktig for deg – samtalen»
- Å legge noe bort når vi innfører noe nytt

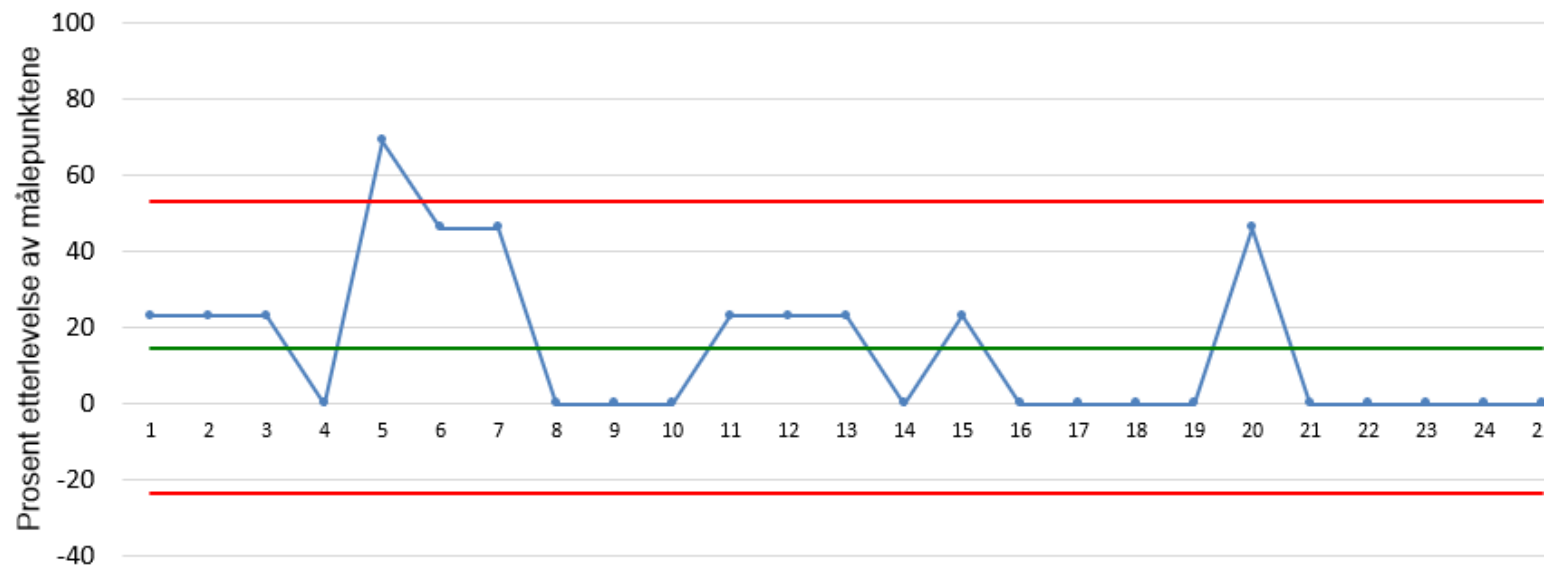


Målinger

- Hovedansvar ligger hos tildeling og koordinering. 1 ansatt har ansvar for å registrere målinger.
- Avhengig av tilbakemelding fra tjenesten – må «mase» litt for å få tilbake skjema.
- Lite å få ut fra målingene enda – mange målepunktskjema som ikke er returnert.

| Pasienter i rekkefølge ID/Nr | Prosent etterlevelse av målepunkter / sjekkliste |
|------------------------------|--|
| 1 | 23 |
| 2 | 23 |
| 3 | 23 |
| 4 | 0 |
| 5 | 69 |
| 6 | 46 |
| 7 | 46 |
| 8 | 0 |
| 9 | 0 |
| 10 | 0 |
| 11 | 23 |
| 12 | 23 |
| 13 | 23 |
| 14 | 0 |
| 15 | 23 |
| 16 | 0 |
| 17 | 0 |
| 18 | 0 |
| 19 | 0 |
| 20 | 46 |
| 21 | 0 |
| 22 | 0 |
| 23 | 0 |
| 24 | 0 |
| 25 | 0 |
| 26 | 0 |
| 27 | |
| 28 | |
| 29 | |
| 30 | |

Prosent etterlevelse av målepunktene / sjekkliste



Pasienter i kronologisk rekkefølge sortert etter utskrivningsdato

—●— Pasienter i rekkefølge ID/Nr
 — Gj.snitt X
 — Ø. kontrollgrense
 — N. kontrollgrense

0

0 = mangler svar/målepunktskjema

Utfordringer

- Har vi klart å formidle godt nok hvorfor vi gjør dette til de som faktisk skal gjøre det?
- Hvorfor måler vi?
- Hvem gjør hva?
- Har vi inkludert for mange?
- Burde vi ha satt oss et mål om hvor mange som skal gjennom hele forløpet o.l.?

Fastleger – 2-ukers besøk

- Informasjon/dialog med fastleger
- Sjekkliste utarbeidet
- Systemet er tatt i bruk
- Legetime er ikke evaluert/målt spesifikt
 - Hvor mange er gjennomført?
 - Se 3 punkter på målepunktskjema

Korttidsopphold

KTC = Helsehuset - korttidsavdeling. 4/6. 2018

Kommunens selvevaluering av arbeidet i læringsnettverk for gode pasientforløp

For hvert tiltak som skal implementeres;

1. Sett kryss for den statusen som best representerer der dere er nå. **X** **O**

2. Sett ring rundt statusen dere ønsker å ha ved neste samling.

Selvevalueringen er ment som utgangspunkt for refleksjon og diskusjon i eget team, som en rask måte å vise status til andre i læringsnettverket og som utgangspunkt for veiledning mellom samlingene.

| | Tiltak er ikke startet | Tiltak er satt i gang, men foreløpig uten synlige resultater | Enkelte forbedringer er sett <i>og dokumentert med kvantitative eller kvalitative metoder</i> | Betydelige forbedringer er sett, men er ikke dokumentert | Betydelige forbedringer er dokumentert med kvantitative eller kvalitative metoder. | Betydelige forbedringer er målt, forbedringene har fått gjennomslag i systemet og er forventet å bestå. |
|---|------------------------|--|--|--|--|---|
| Forberedelse av mottak | | | | | | |
| Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale. | X | | O | | | |
| Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert. | X | | O | | | |
| Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert. | X | | O | | | |
| Besøk av sykepleier innen 3 dager / inntakssamtale (Tverrfaglig) | | | | | | |
| Sjekkliste for hjemmebesøk er gjennomført. | X | | O | | | |
| *Hva er viktig for deg? samtale er gjennomført. | X | | O | | | |
| 4 meter gangtest er gjennomført <i>Fallrisiko</i> | X | | O | | | |
| Vurdert av fastlege innen 2 uker / Tilsynslege (T) | | | | | | |
| Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon | X | | O | | | |
| Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen. | X | | O | | | |
| Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet. | X | | O | | | |
| Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker | | | | | | |
| Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført. | X | | O | | | |
| *Har vi lyktes med det som er viktig for deg? - samtale er gjennomført. | X | | O | | | |
| Andre 4 meter gangtest er gjennomført | X | | O | | | |
| Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt. | X | | O | | | |

Fallrisiko vurderes i tillegg for hjemreise

| | |
|------------------------------------|----------------|
| Fyllt ut av forbedringsteamet for: | på samling nr: |
| Rauma | 3 |

(Skalaen er bygget på selvevalueringen i Legeforeningens gjennombruddsprojekter og evalueringen av 80 samhandlingsprosjekter i Helse dialog)

Korttidsopphold forts.

- Innflytting i nytt helsehus i 2018. Samlet korttidsplasser til ett sted. Nytt personale, flere plasser. Nye rutiner må på plass. Helhetlig pasientforløp som en del av dette.
- Inkludere alle pasienter som kommer inn på korttidsopphold (ikke de som er inne på avlastning og rullerende opphold)
- Har utarbeidet sjekklister for korttidsopphold
- Har utarbeidet «hva-er-viktig-for-deg-skjema» der pasientens mål for tida på korttidsopphold tydeliggjøres.
- Bruk av risikotavle.

Korttidsopphold forts.

- Tilpasset målepunktskjema for korttidsopphold.
- Planlagt opplæring: 4 bolker med opplæring for sykepleiere/helsefagarbeidere.
 - Hvorfor pasientforløp, hva er hensikten
 - Hva er viktig for pasienten? / Motiverende samtale
 - Sjekkliste og målepunkt-skjema
 - Rutiner rundt et korttidsopphold



Takk for oss