

Postere fra læringsnettverk i Oslo

Samling 2, 23.-24. desember

FORSTERKET REHABILITERING AKER



**Forsterket rehabilitering Aker
FRA**

Helseetaten, Oslo kommune



Forbedringsteam på FRA
Vi er til sammen 6 personer i teamet.

Seksjonleder Torild
Sykepleier Anne Charlotte
Fysioterapeut Farba






Forbedringsteamet:
Ergoterapeut Ingrid
Lege Zakaria
Fysioterapeut Joakim







FORSTERKET REHABILITERING AKER

Organisert under Helseetaten fra 1 januar 2017

Bydelsomfattende

Kapasitet: 23 senger

Kompetanse: lege
sykepleier/legepleier
sykepleiere
fysioterapeuter
fysioterapeuter
ergoterapeuter
logoped etter etatere

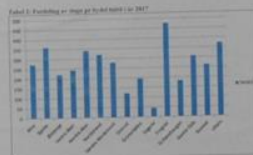


Finansiering av rehabiliteringstilbudet på FRA

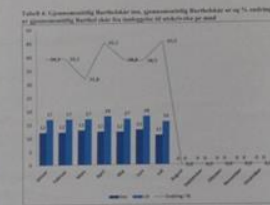
Fra 1 januar 2017 er tilbudet fullfinansiert, ingen kostnad for bydel å bentele seg av plassene.

- Overføring fra KAD og sykehus er blitt enklere og det er lett å få til gode pasientforflytninger.
- På KAD er ca 40% av pasientgruppen eldre med muskel og skjelett lidelser. Med behov for intensivt rehabilitering får gjennomslag, har det vært ønsket å overflytte pasient til FRA.
- Fra sykehus er erfaring at tydelig nå har kontraktene med å la pasient vente et par dager for å få plass direkte på FRA. Tidligere ble pasient flyttet til korttidspluss for så å komme til FRA etter få dager. For pasient er det krevende å ha mange flyttinger, særlig den eldre gruppen.

Konklusjon: penger er et effektivt virkemiddel

Antall senger som er blitt bedre med og uten full finansiering i 2017. En gjennomflytning er en senger som er blitt bedre. De pasienter som har vært i rehabilitering.



1 på sykehus har 2 til 3 senger med 1 i rehabilitering. Det betyr at det er 2 senger som er blitt bedre med 1 i rehabilitering. De pasienter som har vært i rehabilitering har vært i rehabilitering i 2017.

Med, utvalgsgang og bedring
Rehabilitering er en prosess som tar tid. Det er viktig å ha en god samarbeidsforhold med sykehus og KAD. Det er viktig å ha en god samarbeidsforhold med sykehus og KAD. Det er viktig å ha en god samarbeidsforhold med sykehus og KAD.

FORSTERKET REHABILITERING AKER

Utfordringer:

Skal ta imot pasienter fra: 15 bydelar som har pasienter i spesialisthelsetjenesten, KAD og helsehus. Mange vi må samhandle med.

Viktig for et godt forløp:

- Pasienter i målgruppen
- Pasienten må være medisinisk stabil og akklart for intensivt trening (fornøgsevne)
- Kvalitative informasjon, ulike datasystem i behandlingssystem

Fra pasient perspektiv:

- Pasienter opplever usikkerhet om videre forløp dersom hjemmet kan være usikkert
- Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten har ulike budskap, begreper osv på sykehus kan derfor ikke vite hva som skjer videre etter sykehusoppløp
- «Fler dag som påkøyst»
- Viken informasjon
- «mange kokk»



Våre mål:

Utvikle gode pasientforløp innenfor rehabilitering.

Der vi har en mulighet for å gjøre forbedringer

- Involve av pasienter
- Utvikle av pasienter

Sikre et godt samarbeid med de ulike bydelene i etterkant av oppholdet på FRA

Ulike rehabiliteringsforløp krever ulike rehabilitering, bidra til en helhetlig tankegang hvor pasienten opplever at alle står i samme retning.



FORSTERKET REHABILITERING AKER

Utfordringer i arbeidet med å få til gode pasientforløp hos oss

Hva er viktig å ha fokus på?

«Riktige pasienter» - pasienter som har hatt et brått funksjonsfall/akutt sykdom, hvor forløpet viser at de gjennomgår funksjonell eller intensivt rehabilitering over en kort periode. Tre til fire ukers varighet.

Intensivt rehabilitering: aktiv trening flere ganger i løpet av en dag, akuttet i alle daglige funksjoner (måltider, etat, påkledning og trening)

«Riktige pasienter»: pasienter som er i målgruppen og som kan trenge intensivt fra dag 1.



Gode pasientforløp.

Hva må vi jobbe med for å bidra til dette?

Vi må ha fokus på innleggernes forløp:

- Spesialisthelsetjenesten
- GAD
- Helsehus

Forberedelse, forberedelse forberedelse er den nødvendige utgangspunkt for rehabilitering. Dette kan være en utfordring, og innlekkingsarbeid er fra som oppstår i forbindelse med forberedelse.

Rehabilitering: Utvikle et samarbeid med spesialisthelsetjenesten

Utfordringer:

- Viken
- Informasjon
- Spesielle utfordringer

Forberedelse:

- Ved hjelp av spesialisthelsetjenesten fra forberedelse fra 0-100 dager for å sikre et funksjonell opphold og at rehabiliteringsarbeid



Gode pasientforløp

Hva må vi jobbe med for å bidra til dette?

Utfordringer, utfordringer

Helsehus, dersom intensivt trening ikke har ønsket effekt og rehabiliteringen vil ta lenger tid, er det viktig at samarbeidet i de respektive bydelene deltar i den videre planleggingen. Ansvaret for videre forløp etter avsluttet rehabiliteringsopphold ligger hos bydel.

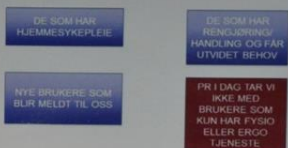
Spesialisthelsetjenesten, dersom en pasient i tidligere forløp ikke har fått henvist til en av de mange spesialisthelsetjenestene innenfor rehabilitering, og det etter å ukers forløp er gjennomført, har pasienten henvist videre. Eksempelvis Sunnaas, Frimst. et.



MÅLET ER SØMLØSE TJENESTER!



HVEM ER VÅRE BRUKERE?

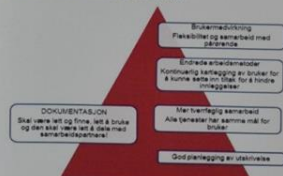


GODE PASIENTFORLØP

BYDEL NORDSTRAND

AVDELING MESTRING OG OMSØRG

FORBEDRINGSTILTAK



HVOR BEGYNNER VI?

PILOT I ET LAG I SEKSJON FOR DEMENS



HVEM MÅ VÆRE MED?



HVA MÅLER VI I PILOT?

- S A F E KARTLEGGINGER
- INNLEGGELSER
- REINLEGGELSER
- FLO MELDINGER TIL FASTLEGE
- FAGDEKNING HOS BRUKER
- BRUKERMEDVIRKING

HVORDAN SER VI FORBEDRING?

- FÆRRE INNLEGGELSER
- FÆRRE REINLEGGELSER
- FLO MELDINGER MED BRUKERSTATUS INKLUDERT
- HELSESITUASJON ER OPPDATERT PÅ TAVLENE
- TILTAKSPLANENE OJENSPELER DET SOM ER VIKTIG FOR BRUKER





GODE PASIENTFORLØP

FORBEDRINGSTILTAK



Hva er
viktig
for deg?

OPPSTARTSSAMTALE



TILPASSEDE DIGITALE
ARBEIDSVERKTØY



LEGEMIDDELHÅNTERING

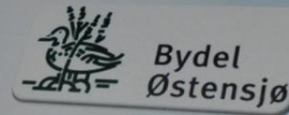


ØKT INFORMASJONSFLYT I TJENESTEN

Gode pasientforløp

Deltagere i forbedringsteamet:

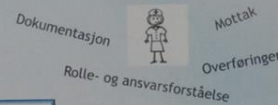
- * Inger Helene Ansethmoen - saksbehandler søknadskontoret
- * Paul-Annar Lorås - fysioterapeut innsatssteamet
- * Tiril Nordvik Lakås - sykepleier innsatssteamet
- * Siv Johanne Veglo - fysioterapeut ergo- og fysioterapeut tjenesten
- * Simranjit Kaur Bhullar - sykepleier hjemmetjenesten Skøyenkrøken
- * Anne-Marit Opseth - ergoterapeut hjemmetjenesten Bøgerud
- * Hilde Stray Foberghagen - sykepleier tillitsmodellteam Skullerud
- * Charlotte Putzu - saksbehandler tillitsmodellteam Skullerud
- * Ellen Fagerberg - fastlege
- * Ragne Aanestad - fastlege
- * Linda Stydahl - leder av forbedringsteam



1. Hva har våre brukere sagt er viktig?



2. Hvilke forbedringsområder har vi hos oss?

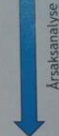


GODE PASIENTFORLØP

MÅL

Vi gir forutsigbar og trygg hjemkomst hvor -hva er viktig for deg- samtalen er sentral for videre planlegging.

Bruker får hjelp til å mobilisere ressurser i seg selv og i omgivelsene og er delaktig i planlegging.



3. Hvor starter vi?

- Mottak:**
- Oppstartssamtale på helsehus
 - Førstegangssamtale hjemme hos bruker
- Tiltak:**
- Utarbeide felles skjema for samtale
 - Nye brukere
 - Kjente brukere

- Hvem involveres først?**
- Ansatte i innsatssteam og Tillitsmodellteam
 - Avd.ledere
 - Fastlegene



«AKTIVE DELTAKERE ER MER FORNØYDE ENN PASSIVE MOTTAKERE»



Forbedringsteam: Zia Ahmadi - teamleder, Anne Grethe Hokstad - avdelingssykepleier, Liv Turid Langvik Olsen - fagsykepleier, Melita Kosjerina - ass. seksjonsoverlege.
Oslo kommune Helseetaten, Kommunal akutt døgnetenhet Aker

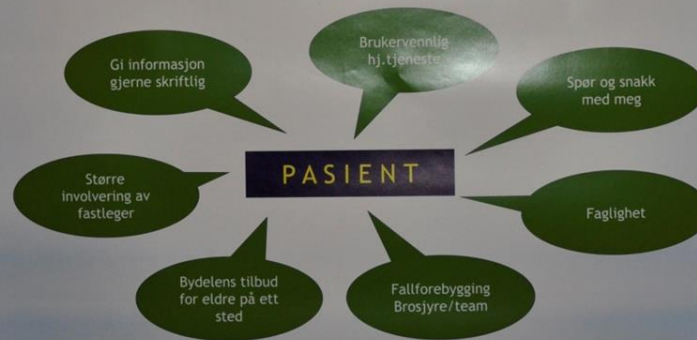
Hvem vi er?

Kommunal akutt døgnetenhet (KAD) er organisert på bakgrunn av samhandlingsreformen og opprettet i 2013 i Oslo. Vi er Norges største KAD avd. med 72 senger. KAD tar imot medisinske avklarte pasienter som trenger akutt innleggelse for behandling, observasjon og pleie, og som kan behandles på allmenmedisinske nivå. KAD er et tilbud med et avgrenset og forutsigbar behov for helsetjenester nærmeste 72 timene.

Vår visjon

Vår visjon er Oslo kommunes verdigrunnlag: **Ulikeorientering - Redelighet - Engasjement - Respekt.** Vårt mål er å forbedre tilstanden til de eldre og kronisk syke.

REINNLEGGELSE



Forbedringspotensial for KAD

Innkostmal med spm: «Hva er viktig for deg» Skriftlig og muntlig info om tilbud på KAD. God informasjon er gullverdi og unngå større forventninger og skuffelse. Gode PLO meldinger til bydelene og bedre samarbeid med fastlegene.

Konklusjon

Vi må involvere helsetjenestemottakeren mer. Hva er deres behov og ønsker samt oppfatning av situasjonen både her og nå, og videre framover.

Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke

Medisinsk klinikk

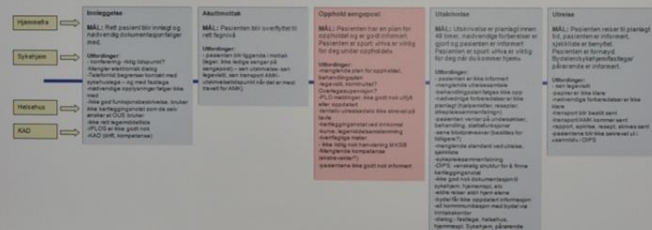
Mål:

- Pasienten har en plan for oppholdet med en tentativ utreisedom skrevet innen 24 timer etter innleggelse på sengepost.
- Pasienten er informert om plan for oppholdet.
- Nødvendig kartlegging er gjennomført så tidlig som mulig inkludert «Hva er viktig for deg?»
- Nødvendig informasjon ved utreise er kommunisert til pasient/ pårørende/ rette instanser



«Hva er viktig for deg?»

Mulige utfordringer i pasientforløpet



Opphold sengepost

MÅL: Pasienten har en plan for oppholdet og er godt informert. Pasienten er spurt: «Hva er viktig for deg under oppholdets»

- Utfordringer:**
- manglende plan for oppholdet, behandlingsplan
 - legevisitt, kontnuert?
 - Overlegesupervisjon?
 - PLO-meldinger, ikke godt nok utfyllt eller oppdatert
 - tentativ utreisedom ikke skrevet på tavle
 - kartleggingsnotat ved innkomst
 - kurve, legemiddelløstamming
 - tverrfaglige møter
 - ikke tidlig nok henvisning til KSB
 - Manglende kompetanse (ekstravakter?)
 - pasientene ikke godt nok informert

Prioriterte innsatsområder:

- Utreisedom innen 24 timer
-Hva skal til for å planlegge pasientforløp innen 24 timer?
- Innhold i legevisitt
-Standardisere struktur på legevisitt
- Pasientens visitt
- Holdningsendring: «fra legevisitt til pasientens visitt»
Naturlig å inkludere spørsmålet: «Hva er viktig for deg?»
- Tverrfaglig kartleggingsnotat

Forslag til målinger

- Antall pasienter med kartleggingsnotat
- Antall pasienter med 75 % kvalitativt godt innhold i kartleggingsnotat
- Antall pasienter med antatt utreisedom på pasient tavlen



VIDEREUTVIKLING AV FAST-TRACK PASIENTFORLØP FOR ELDERE MED HOFTEBRUDD

Utarbeidet av Forbedringsteam i Ortopedisk klinikk, OUS, i læringsnettverk Gode pasientforløp Oslo (2017)

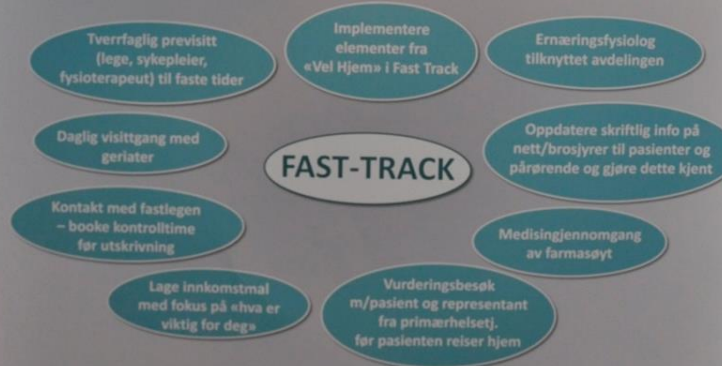
Fast-track er et pasientforløp spesielt tilpasset pasienter med mistanke om hoftebrudd. Forløpet sørger for at denne sårbare pasientgruppen prioriteres til operasjon, i tillegg til å inkludere flere komplikasjonsforebyggende tiltak.



MANGLER I FAST-TRACK FORLØPET

- Brukerinvolvering og pasientinformasjon
- Geriatrisk vurdering, legemiddelgjennomgang og ernæringscreening
- Systematisk tverrfaglig samarbeid

FORBEDRINGSTEAMETS TILTAK*



MÅL MED TILTAKENE

- Individuelle tilpasninger i behandlingen
- God brukertilfredshet (fra pasienter og pårørende)
- Tverrfaglig samarbeid og gjensidig læring
- Bedre logistikk og god flyt i tjenesten

*Flere av tiltakene er påbegynt eller under planlegging.

God samhandling – trygt pasientforløp



Vår visjon

«Bidra til å skape et sømløst pasientforløp hvor pasienten opplever overgangene fra sykehus/helsehus/hjem som trygge.

Bidra til at helsejennesten har god samhandling og organisering for å sikre god flyt tjenesten»

Alle pasienter på Ryen helsehus definerer vi som:

- Pasienter på rehabiliteringsopphold
- Pasienter på avlastning/rullerende opphold
- Pasienter på korttid/utredningsopphold
- Pasienter som venter på langtidsplass

Pasienter i de ulike pasientforløpene skiller seg tydelig fra hverandre i:

- Pasienter som kommer fra annen institusjon (Sykehus/KAD/FRA osv.)
- Pasienter som kommer rett fra hjemmet

Tiltak som er så avgjørende i det gode pasientforløpet at det bør følge med en indikator som kan måles:

Oppstartssamtalen med «Hva er viktig for deg?» anser vi som sentral for et godt forløp, som også bør være relativt enkel å måle.

Etter hvert bør vi nok også se på om vi kan måle «Mål» med situasjon og prosedyre i tiltaksplan, og mål for pasienten.

Mål vi ønsker å oppnå for Ryen helsehus:

Standardisere tavlene og tavlemøtene

Vi har delt vår tavle i to med en del som er «sikkerhetstavle» og en del er «pasientforløpstavle». Disse har til hensikt å avdekke mulige risikoområder som kan true pasientsikkerheten, og avdekke forhold som kan være en truede svikt i pasientforløpet. Vi markerer da med grønt hvis pasienten er avklart og utenfor fare, eller rødt for ikke avklart/er i risiko for det området som er markert.

Øke kompetansen på målrettet dokumentasjon

Vi ser at det ikke blir dokumentert godt nok på situasjon, mål eller prosedyre – ergo kan det oppleves som personalet jobber litt uten målretning. Samtidig ser vi at Gerica ikke dekker de behovene det tverrfaglige teamet har for å sikre et opphold som er målrettet og målbart, og kompetanseheving på tiltaksplan, og målrettet dokumentasjon er derfor et av de store tiltakene vi vil arbeide med og ta tak i etter tavle og tavlemøtene er standardisert og godt etablert.

Egen mottaksavdeling

Vi jobber med og har innført egen mottaksavdeling som et ledd i tiltaket om et mer treffsikkert mottak og er nå på erfaringsdelen av et innført tiltak. Det betyr at mottaksavdelingen hele tiden blir evaluert og justert, og stadig må evalueres før vi kan si oss fornøyd med et etablert tilbud.

Forbedringstiltak det er behov for og vi starter med:

Tavlemøte anser vi som det første og raskeste tiltaket som innføres for å skape den retningsendringen vi er ute etter på helsehuset, for å oppnå målet med et bedre og tryggere pasientforløp. Herunder også et målrettet arbeid med fallforebygging og fallforebyggende tiltak.

På sikt må vi ta tak i **oppstartssamtalen** for en justering etter behov.

På sikt må vi også ha en **kollektiv opplæring av dokumentasjon** med ressurspersoner på hver avdeling til oppfølging av dokumentasjon videre.

