



SULDAL
K O M M U N E

Skattkammeret
Suldal

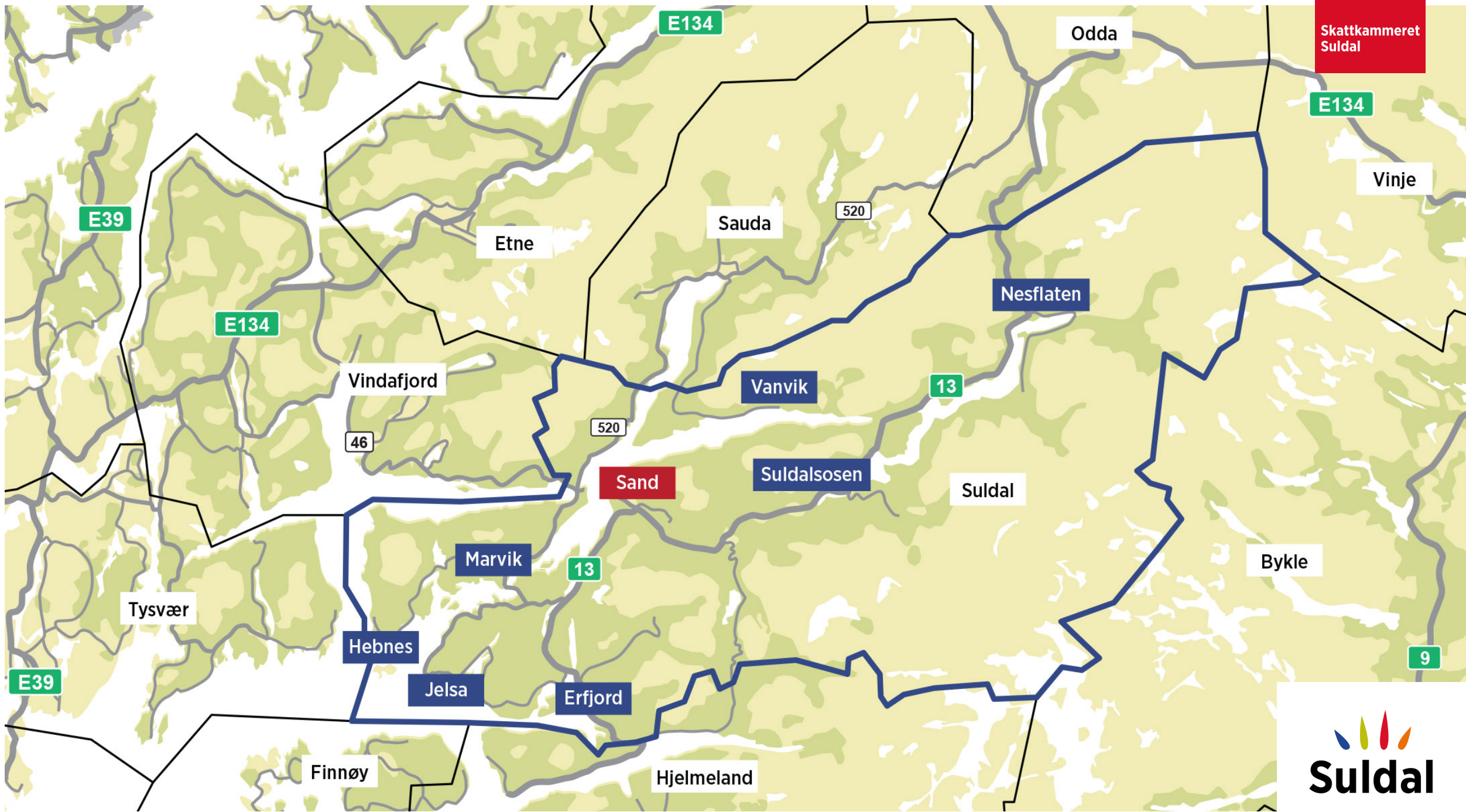
Velkommen til Skattkammeret Suldal

09.01.2019



Skattkammeret
Suldal





«Gode Pasientforløp»

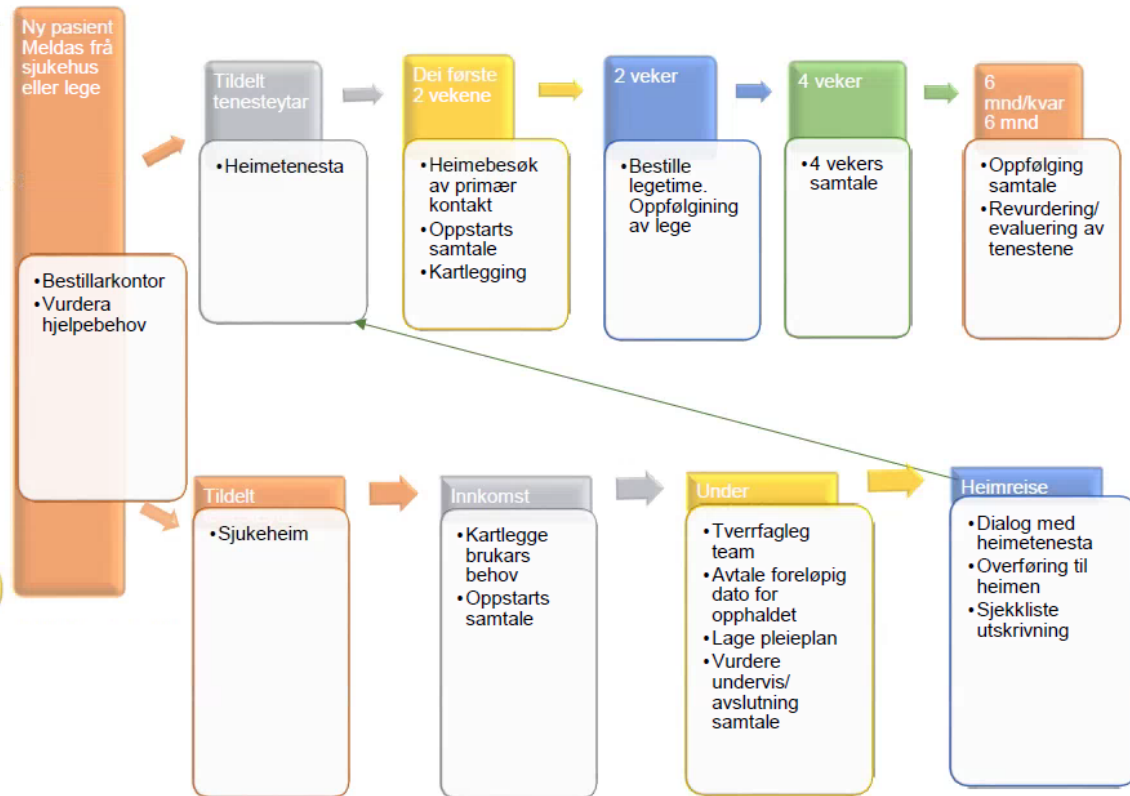
«Å skapa pasienten si helseteneste»

- Arbeidsgruppa bestod av einingsleiarar, avdelingsleiarar, fagleiar og sjukepleiar.
- Felles satsing mellom einingane; Heimetenesta, sjukeheimen, heildøgns bu og omsorgssentre og bestillarkontoret.
- Forankra i strategisk leiargruppe og etterkvart politisk i handlingsplan.
- Legekontoret med einingsleiar og kommuneoverlege 1, samt tilsynslegen på sjukeheimen var involvert/ inkludert undervegs.
- Målet vårt var å skapa betre overgangar mellom tenestene slik at tenestene resulterte i:
 1. Betre kvalitet for brukarane og at dei opplev seg som *sentrum* for tenestene
 2. Fokus på tidleg innsats og førebygging
 3. At brukarane kan bu heime lengre og holdt seg «lengre i dei ulike trinna i omsorgstrappa».
 4. Betre system som sikra at dei tilsette hugsa på alt. Internkontroll.
- **Brukte perioden til å skrive rutiner – No; IMPLEMENTERINGA er framleis i startfasen!!!**

Me har fått til dette:

Det gode pasientforløp

For eldre og kronisk sjuke



Tatt utgangspunkt i sjekklister til Sola kommune.



Aktivitetshjulet er eit verktøy som tilsette vil ta utgangspunkt i når spørsmåla om kva som er viktig for deg blir stilt.

Kva er viktig for deg?

Hensikta med detta hjulet er å bidra til å beskriva dei aktivitetane som er viktigast for deg.

I tillegg til å beskriva dei aktivitetane som er viktigast vil me be deg vurdere korleis du er i stand til å utføra dessa på ein skala frå 0 (kan ikkje utføra aktiviteten) til 10 (kan utføra aktiviteten utan vanskar eller som før sjukdommen).

Ein tilsett vil gjere vurderinga saman med deg kor du fortel om din kvardag, og kva aktivitetar som er viktige, men utfordrande å meistra. Den tilsette vil be deg beskriva ein vanleg dag. Samtalen kan for eksempel starta med spørsmål: « kan du fortela meg kva du gjer når du vaknar om morgonen?» og « kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?»

Det er viktig at du fortel di historie. Den tilsette vil be deg tenkja gjennom kva som er viktig for deg. Me vil saman med deg setje opp måla dine i ein plan. Me vil ha fokus på detta framover og hjelpa deg til at du skal nå dine mål.

Du vil få tilbod om evaluering av måla dine etter om lag 4 veker.

Namn:

Kva er viktig for deg?			Rehabiliterings plan				
På ein skala frå 1-10, kor vanskelig er det å utføra aktivitetar			Ressursar	Hindringar	Mål	Tiltak	Ansvar
Aktivitet	Grad 1 samtale	Grad 2 samtale					
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
	1 gj.snitt	2 gj.snitt					

Sign utført:

Grad av vanskar
1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Kan ikkje utføra utan kan utføra aktivitet utan vanskar
Vanskar som eller før sjukdommen.

Vel det sifferet som du synast du klarar å utføra aktiviteten.

Hjelpearke til sjukepleiarsamanfatting

Til bruk ved Innlegging- /heimkomstnotat, utskrivingsnotat, innleggelsesrapport

ARSAK TIL INNLEGGELSE: Beskriv kva som har skjedd og hendelsesforløp.

YNSKJER FOR OPPHALD/BEHANDLING: Beskriv aktuelle problemstillingar som kan vera aktuelle å ta omsyn til ved innlegging/utskriving.

KVA ER VIKTIG FOR BRUKAR: Ta utgangspunkt i «Kva er viktig for deg samtalen?» Det som er kome fram i samtale med brukar og ev pårørande.

SJUKEPLEIERSAMANFATTING:

1. **Respirasjon:** frekvens, ubesværet/besværet, O₂ behov, surkløng, hoste, slim.
2. **Sirkulasjon:** temp, hud (klam, varm, tørr) ødem, BT/Puls.
3. **Ernæring/Væske/Eliminasjon:** BMI, vekt/høgde, ernæringsstatus og vektendring siste tida? Ved underernæring: opplys om ernæringsplan. Diett, eter sjølv, matallergi, svelgvanskar, mosa mat. Drikk mykje, drikkeliste, næringsstilskot. Kontinent for urin og avføring, obstipasjon, bruk av lakserende midlar, dato for siste registrert avføring.
4. **Hygiene/hud:** Heil hud, eksem, sår, risiko for trykksår, ev forebyggjande tiltak. Sårprosedyre og når det ev blei skifta sist.
5. **Smertar:** Akutte/kroniske smertar. Lokaliser smertene, hyppigheit. Påverkar smertene pasientens mobilitet/kvile? Ev ESAS-r skjema.
6. **Fysisk aktivitet/søvn/kvile:** Beskriv døgnrytme og aktivitetsnivå.
7. **Bevisstheitstilstand/CNS/sansar:** Språk, afasi, kommunikasjonsevner.
8. **Psykisk/mental tilstand/brukars subjektive oppfatning:** Kognitiv funksjon (er det teke ein MMS score/demensutredning), forvirring, nedstemt, angst liknande symptom, irritasjon, samtykkekompetanse, psykisk lidings, fare for utagering og vald/trugslar, sjølvmoordsrisiko.
9. **Livssyn/verdiar/andelege behov:** Beskriv brukar sine tru og vanar.
10. **Sosiale forhold:** Heimesituasjon, butilhøve, spesielle familierelasjonar/nettverk, avhengigheitsproblematikk.
11. **Beskriv funksjonsnivå:** Hjelpe- og bistandsbehov, kva hjelpemiddel nyttar brukar, grad av mobilitet/falltendens. Kva meistarar brukar sjølv.
12. **Syn/høyrse:** Brillar, høyreapparat

KVA HJELP MOTTEK BRUKAR PÅ NÅVERANDE TIDSPUNKT: Kva hjelp mottek brukar, kor ofte og til kva? Opplys om brukar har individuell plan, koordinator, verje, oppfølging frå andre faggrupper eller andre relevante opplysningar.

PRAKTISKE OPPLYSINGAR:

Informasjon: Er pårørande informert, er brukar samtykkekompetent, anna relevant informasjon.

Legemiddelopplysingar:

- Administrasjonsform: Kven administrera legemidla? multidose? knusast?
- Andre viktige opplysningar: T.d. svelgvanskar, OBS: Dato for sist gitt: depot/injeksjonar/plaster/marevan. Siste INR, neste måling.
- Medisin tatt i dag: gjeld også ev medisin.


Hjelpemiddel: Beskriv kva brukar nyttar, ev kva som er bestilt.

Oppdatert januar 2018



Kommunikasjon mellom overgangane:

- Laga hjelpearke til sjukepleiarsamanfattinga
- Laga til eigne rapporteringspunkt i CosDoc under fane 4: Registreringar til innleggelsesrapport og utskrivelsesrapport.
- Gjennomførte fleire fellesmøte om «utfordringar» ifht arbeidsfordeling tilsynslege vs fastlegane på legekantoret og bruk av e- meldingar.
+ kvalitet i innhaldet i e- meldingar;
Korleis dokumentere og svare «profesjonelt»?

 SULDAL KOMMUNE Område Bestillarkontoret	RUTINENAMN Rutine ved bestillarkontoret
Området rutinen gjeld for; Bestillarkontoret Føremål: - å ha gode pasient forløp i overgang mellom sjukehus, sjukeheim og heimevenestene - å betre kommunikasjonen ved overgang ved inn og utskrivning - å styrka brukarmedverknad og involvering ved tildeling av tenester - å betra internkontroll med sjekklister for å sikra god og lik handsaming av alle brukarar Ansvar: Sakshandsamar og ergoterapeut ved Bestillarkontoret er ansvarleg for at rutinen blir revidert	Kapittel Utgåve Side Utarbeidd av: Sakshandsamar ved bestillarkontoret Dato: 29.11.2017 Dato sist revidert: 29.11.2017 Godkjent av: Grethe Jæger Anglevik

Tittel: Rutine ved bestillarkontoret

Omtale:

Innhent opplysingar i for av eigesøknad, innhent nødvendige opplysingar for handsaming av søknad. Opplysingane dokumenterast i journalprogrammet. Referer journalnotat til andre journalar som vil ha behov for desse opplysingane for å utføra nødvendige tenester

Føresetnader:

Det må føreliggja ein søknad eller var meldt behov for endra behov for tenester av pasienten, sjølv ev. verje. Eller at det er meldt om behov for vurdering av behandlande hjelpeinstans

Kriterier:

Brukarar som har nytt eller endra behov for teneter.

Rutina:

1. Iplos – Utførest kun ved sakshandsamar om det ikkje føreligg ved hjelpeinstans som yt helsehjelp frå før. Dei kan best om å utfylle dette før tildeiling tenester.
2. Innhent årsak til innleggelse
3. Diagnose- innhentast frå lege eller sjukehus om det ikkje føreligg.
4. Spør kva er viktig for pasienten
5. Spør om dato og tid for planlagt utskrivning
6. Kartlegg m det er spesiell observasjonar som må følgjast opp vidare og dokumenter og informer vidare nødvendige instansar om desse
7. Kartlegg ressursar/utfordringar – kartleggingsskjema
8. Kartlegg sosialt nettverk/ressursar i omgivnaden
9. kartlegg buforhald
10. Sikre at pasient/brukar får med seg nødvendig utstyr (som resept, medisinar og utstyr)
11. Kartlegg/skaff/bestill nødvendige hjelpemiddel
12. Vurder ev sett i verk nødvendige tenester
13. Informer aktuelle involverte samarbeidsparter om utskrivning
14. for nye pasientar/Brukarar avtal heimebesøk
 - Frå sjukeheimen er det ofte samtale før utreise, involver heimespl. I tverrfagleg møte ev kartleggingssamtale om nødvendig
 - Frå sjukehus avtal heimebesøk med heimespl. eller andre aktuelle som ergoterapeut, fysioterapeut eller kvardagsrehabiliteringsteam om det er hensiktsmessig

Målgruppe:

alle pasientar/brukarar som skal heim etter opphald ved sjukeheim eller sjukehus

Målsetting med tenesta:

Målet å sikra god og lik handsaming av alle brukarar
Målet er å tildele nødvendige tenester for å førebyggja, behandla og leggja til rette for meistring av sjukdom og nedsett funksjonsevne. Fremja sosial tryggleik og sikra ei meningsfull tilvære ilag med andre.

Utmåling/normer:

Føresetnad om at kriteria er til stede. Ei tildeling av tenester skjer etter individuell vurdering og etter rutinar for tildeling av dei ulike tenestene.

Handtering av avvik

Avvik leverast næraste overordna gjennom kommunens elektroniske avvikssystem

Dokumentasjon - Referansar

www.lovdato.no

Arbeid sjenomprosjekt i Suldal kommune «gode pasientforløp»
Kommuneplan for Suldal kommune 2015- 2024
Økonomi med handlingsplan 2016-2019

Sjekkliste for bestillarkontoret

+	Namn	Cosdoc id	Utført	Ikke utført	Ikke aktuelt
1.	Iplos – Utførest kun ved sakshandsamar om det ikkje føreligg ved hjelpeinstans som yt helsehjelp frå før. Dei kan best om å utfylle dette før tildeiling tenester.				
2.	Innhent årsak til innleggelse				
3.	Diagnose- innhentast frå lege eller sjukehus om det ikkje føreligg				
4.	Kartlegg ressursar/utfordringar – kartleggingsskjema				
5.	Spør kva er viktig for pasienten				
6.	Kartlegg sosialt nettverk/ressursar i omgivnaden				
7.	kartlegg buforhald				
8.	Spør om dato og tid for planlagt utskrivning				
9.	Kartlegg m det er spesiell observasjonar som må følgjast opp vidare og dokumenter og informer vidare nødvendige instansar om desse				
10.	Sikre at pasient/brukar får med seg nødvendig utstyr (som resept, medisinar og utstyr)				
11.	Kartlegg/skaff/bestill nødvendige hjelpemiddel				
12.	Vurder ev sett i verk nødvendige tenester				
13.	Informer aktuelle involverte samarbeidsparter om utskrivning				
14.	For nye pasientar/Brukarar avtal heimebesøk <ul style="list-style-type: none"> - Frå sjukeheimen er det ofte samtale før utreise, involver heimespl. I tverrfagleg møte ev kartleggingssamtale om nødvendig - Frå sjukehus avtal heimebesøk med heimespl. Eller andre aktuelle som ergoterapeut, fysioterapeut eller kvardagsrehabiliteringsteam 				



SULDAL KOMMUNE

Område
Heimetenesta

RUTINENAMN

Rutine for heimetenesta

Området rutinen gjeld for; Heimetenesta i Suldal kommune

Føremål;

- Å ha gode pasientforløp i overgang mellom sjukehus, sjukeheim og heimetenestene.
- Å førebyggja reinnleggingar til sjukeheim og/ eller sjukehus.
- Å betre kommunikasjonen ved overgang ved inn og utskrivning
- Å styrka brukarmedverknad og involvering ved tildeling av tenester
- Å betra internkontroll med sjekklister for å sikra god og lik handsaming av alle brukarar

Kapittel 1
Utgåve 1
Side 1

Utarbeidd av: Monica Smedsrud (einingsleiar), Jorunn Karin S. Lunde (einingsleiar), Lise F. Veka (fagarbeidar) og Anna F. Lunde (sjukepleiar).

Dato: 27.12.2017

Dato sist revidert: 27.12.2017

Godkjent av: Grethe Jæger Anglevik

Sjekklista:

1. Gå gjennom epikrise/medikamentliste og sjukepleierapport for samtalen med bruker.

2. Aktuelle diagnoser

3. Medisinar:

- Kan bruker/pårørende ha ansvaret?
- Avklar administrasjonsmåte i forhold til medikamenthandtering
- Har brukar starta med nye medisinar? (Obs verknad/biverknad)
- Kontroll av dosett/multidose
- Er seponerte medisinar fjerna frå heimen?

4. Hjelpemidla/utstyr:

- Er naudsynt utstyr på plass?
- Kan ein nytta velferdsteknologi?
- Vert utstyret brukt rett?
- Har bruker tryggleiksalarm? Klarer bruker å nytta seg av den? Test alarmen.

5. Gjennomfør «Kva er viktig for deg?» samtalen.

6. Meistring /ressursar:

- Kva er viktig for brukar å meistra i kvardagen slik livet er no?
- Korleis klarer han dette?
- Kjenner brukar seg trygg?

- Kva kan heimetenesta hjelpe brukar å trene på?



Bestillarkontoret

- Kartlegging og tildeling av tenester



Suldal sjukeheim

- Innlegging
- Utskriving til heimen
- Overføring til sjukehus



Heimetenesta

- Oppstartssamtale
- Oppfølgingssamtale etter 4 veker
- Revurdering/ evaluering av tenestene kvar 6 mnd
- Overføring til sjukeheim/ sjukehus



Fastlegen

Forslag til rutiner:
Oppfølging etter 14 dg/ 6 mnd

*Velkommen til heimetenestene i
Suldal Kommune.*



Vakttelefon: 99 58 34 40

Einingsleiar: 52 79 23 64

Legevakt: 116 117

Nød nr: 113

Dine primærkontaktar er:

Tema basiskompetansekurs 2017 i lag med sjukeheimen.

Mål:

- ✓ Gi grunnleggende kunnskap for å observere pasienten ut frå sjekklista og iverksetting tiltak.
- ✓ Samarbeid og refleksjon på tvers av heimetenesta og sjukeheim.

Metode: Undervisning av fagpersoner og arbeid med case.

Varighet: 2 timars kurs kl. 14.00- 16.00 etter årshjul (ca. 6 kvar veke).

Sted: Kantina, Bjødneteigen?

Fokus: Risikoområder, helsefremming og dokumentasjon.



TEMA 1	Ansvar:	Dato:	Evaluering:
<ul style="list-style-type: none">✓ Innføring i «Gode pasientforløp» med sjekklister.✓ Korleis setje konkrete mål saman med pasienten?✓ Brukarmedverknad✓ Observasjon- refleksjon – handling. Kva ser me? Kva gjer me med det?✓ Medisinsk oppfølging av pasienten✓ Case	Arbeidsgruppe for «gode pasientforløp» -Ansvar Monica Smedsrud og Renate S. Holmen.	Torsdag 26. 01. 2017 Kl. 14- 16.00	
TEMA 2 <ul style="list-style-type: none">✓ Kva teneste har kjøkkenet?✓ Korleis kan me næringsstette mat?✓ Korleis rekne ut BMI? Ernæringskartlegging.✓ Korleis og kor dokumentere?✓ Case	Spørje Anne Egeberg? Ernæringsfysiolog? <u>Ansvar: Sjh</u>	Torsdag 09.03.17	
TEMA 3 <ul style="list-style-type: none">✓ Fall –Kartlegging av fall og fallforebygging	Spørje	Torsdag 20.04.17	

Felles undervisning på tvers av einingane

Me trengte å sjå kvarandre!!

Hjelpearke trafikkljos system. Namn:

Etter modell om
kompetanse-
kartlegging!
-tips frå Oppegård
kommune

	Kan godt	Kan litt, trenger meir	Kan ikkje. Ingen opplæring	Uaktuelt
Bruk av data				
Søke på publiserte vakter				
Sjekke timeliste				
Sjå mail				
Forstå ein turnus				
Skrive reiserekning				
Visma program				
Søke permisjon, <u>egenmelding</u>				
<u>Cosdoc</u>				
E melding (<u>spl/vpl</u>)				
Intern melding				
Medisinlister				
Fletting av medisinar (<u>spl/vpl</u>)				
Cave				
Diagnosar				
pleieplan				
Arbeidsplan				
Laga nye oppdrag (<u>spl/vpl</u> . Noen andre aktuelle)				
<u>Iverksetta nye teneste (spl/vpl)</u>				
Avslutta brukarar (<u>spl/vpl</u>)				



Neste skritt!!!



Tavlemøter/Risikomøter

Systematisk vurdering av risikoområder, samt tydelig kommunikasjon om relevante forebyggende tiltak for å bedre pasientsikkerheten hos den enkelte pasient. I tillegg ivaretar tavlemøter kommunikasjon rundt det praktiske pasientforløpet.



Kommunestyret gjorde 30.10.2018 vedtak i sak 53/18 Innhald i tenestene, framtidens omsorg (sjå under).

1. Mål

Suldal kommune har som målsetning med Framtidens omsorg å levera tenester til brukarane basert på dei enkelte brukarane sine behov og gi dei tenester slik at dei opplever tryggleik, sosialt fellesskap, god sjølvkjensle og meistringsevne.

Strategi

Strategien i arbeidet er å **gi brukarane tilpassa tenester på dei ulike nivå i omsorgstrappa der ein større andel av brukarane får tenester som gjer at dei kan bu heime eller i omsorgsbustad uten fast personale, lenger i livsløpet.** «Beste Effektive Omsorgsnivå» (BEON) og **brukarmedverknad «Kva er viktig for deg?» skal vera prinsipp for ein arbeider etter.**

Institusjonsplasser eller omsorgsbustader med fast personale skal primært vera eit tilbod til dei som har så stort pleie/tilsynsbehov at det ikkje lenger er forsvarleg eller hensiktsmessig å gi dei tenester heime eller i omsorgsbustad uten fast personale. Brukarar som er demente skal få eit særskild tilrettelagd tilbod der bygningsmasse, uteområde og fagkompetanse er tilpassa deira behov.

Ved gjennomføring av reforma skal ein ha **St.** og nasjonale faglege rutinar som grunnlag.

Tiltak

- Flytting av ressurser, slik at heimetenesta får sine tenester heime eller i omsorgsbustader u
- Vakt/patrolje på hjul som kan yta tenester t
- Sørge for at det er omsorgsbustader, primært andre aktivitets- og trivselskapande tilbod. Omsorgstenestene gitt heime, men der ein gjennom har trygghet og fellesskap. Det skal òg vera eit alternativ innafor det som er forsvarleg og hensiktsmessig.

- **Aktiv bruk av velferdsteknologi som verktøy for å gi brukarane større meistringsevne og rask varsling ved trong for hjelp/tilsyn.**

- **Samla fagkompetanse innafor demens i det nye senteret for demente på Vinjar, og utvikla denne ved samarbeid med helseforetak/universitet knytta til forskning og erfaring/kompetanseutveksling.**

- **Gi tenester på Suldal sjukeheim i form av kort- og langtidsopphald for somatisk pleietrengande brukarar som det ikkje er forsvarleg eller hensiktsmessig å gi tenester heime eller i omsorgsbustader uten fast personale. Det skal vera eit tett samarbeid med heimetenesta og helseforetak. Ein skal nytta «Gode pasientforløp» for å sikra at brukarane har medverknad og at alle ledd i tenestene arbeider etter ein felles plan for brukaren.**

FORANKRING ER VIKTIG!

- Jobba mykje med dette frå «grasrota til toppen».
- Presentert arbeidet i Levekår, SU, toppleiar møte på Haugalandet, og frivillige org.
- Brukarrepr frå eldrerådet har vore med i eiga arbeidsgruppe.
- Hatt temaet oppe kvar gong på personalmøter. «Status».

Andre tiltak:



- Tverrfagleg møte
- KE (Koordinerende eining) er viktig aktør i dette arbeidet.
- 4 m gangtest –laga rutinar og opplegg, så vidt starta.
- Deltek i nytt læringsnettverk; Førebygging av underernæring hjå heimebuande eldre.
- «Palliasjon der me bur» (Prosjektmidlar)
- «Gode pasientforløp»- samarbeid vidare med andre kommunar på Haugalandet og Helse Fonna?

Vegen vidare og barrierar hjå oss:

- **IMPLEMENTERINGA tar tid!**

- Det er egentleg den vanskelegaste jobben...
- Krev tolmod og fokus... Har endå ein veg å gå!
- Treng å finne INDIKATORAR for å starte opp med finne måltal for å vurdere effekt!

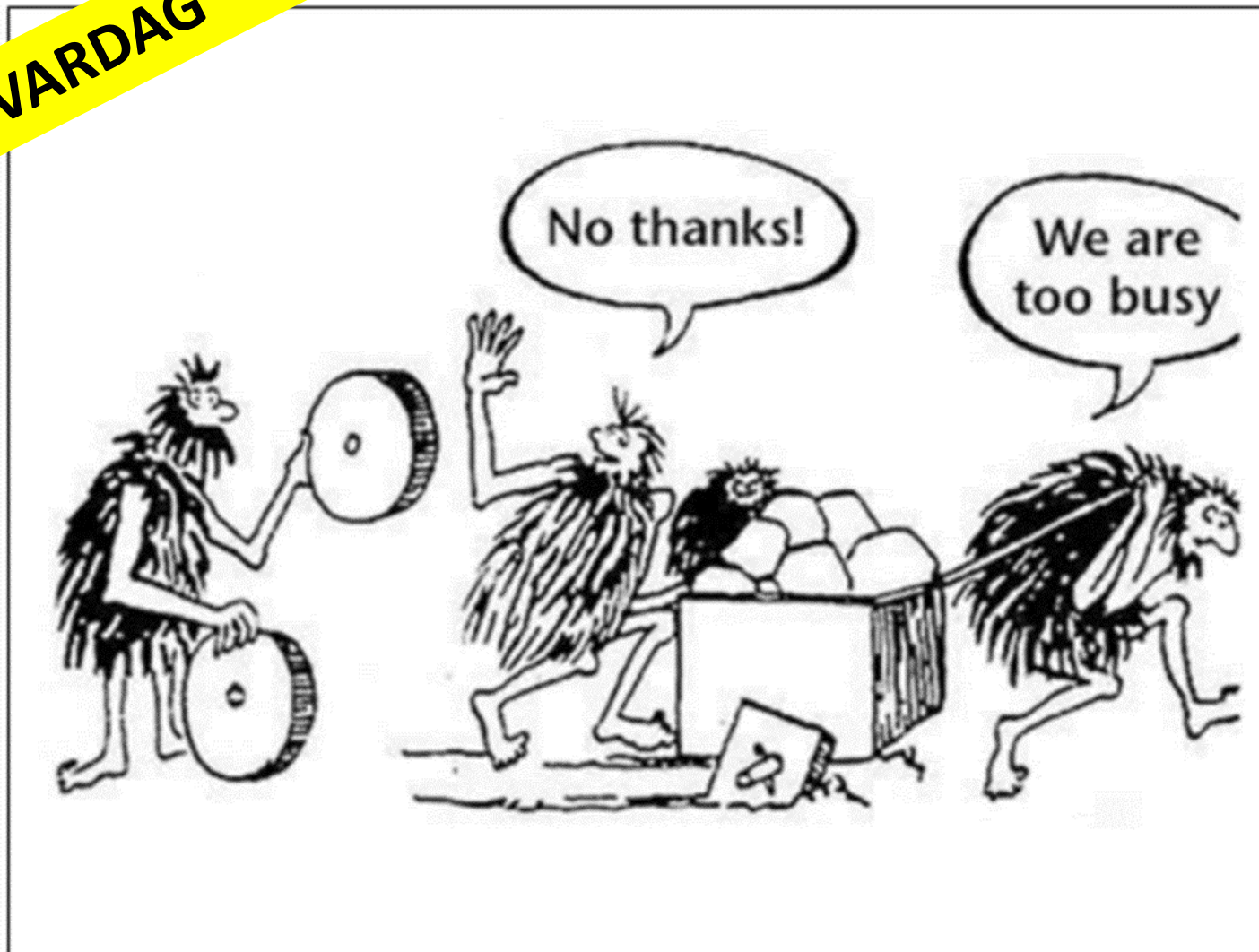
- **Strukturert tverrfagleg oppfølgingsteam**

- Me starta i haust i eit pilotprosjekt arrangert av Helsedirektoratet saman med 5 andre kommunar i Noreg.
- Helse Fonna har sagt at dei er med oss som samarbeidspartnarar inn i dette prosjektet.
- Me vil jobba vidare med tverrfagleg oppfølgingsteam for brukarar med store og samansette behov. Våre rutinar for gode pasientforløp, saman med eit godt organisert tverrfagleg KE, blir naturlege tiltak me kjem til å ta vidare med oss inn i dette arbeidet...
- Ei utfordring var å få fastlegane meir på banen med sine rutinar i Gode pasientforløp.... No har ALLE legane forplikta seg til å delta i dette prosjektet. Me håpar på vidare fokus på Gode pasientforløp!

«Føler me så vidt har starta!»



I EIN TRAVEL KVAR DAG



Me følar det blir litt slik av og til...
MEN ME SKAL LUKKAST! (tilslutt 😊)

Takk for merksemda!