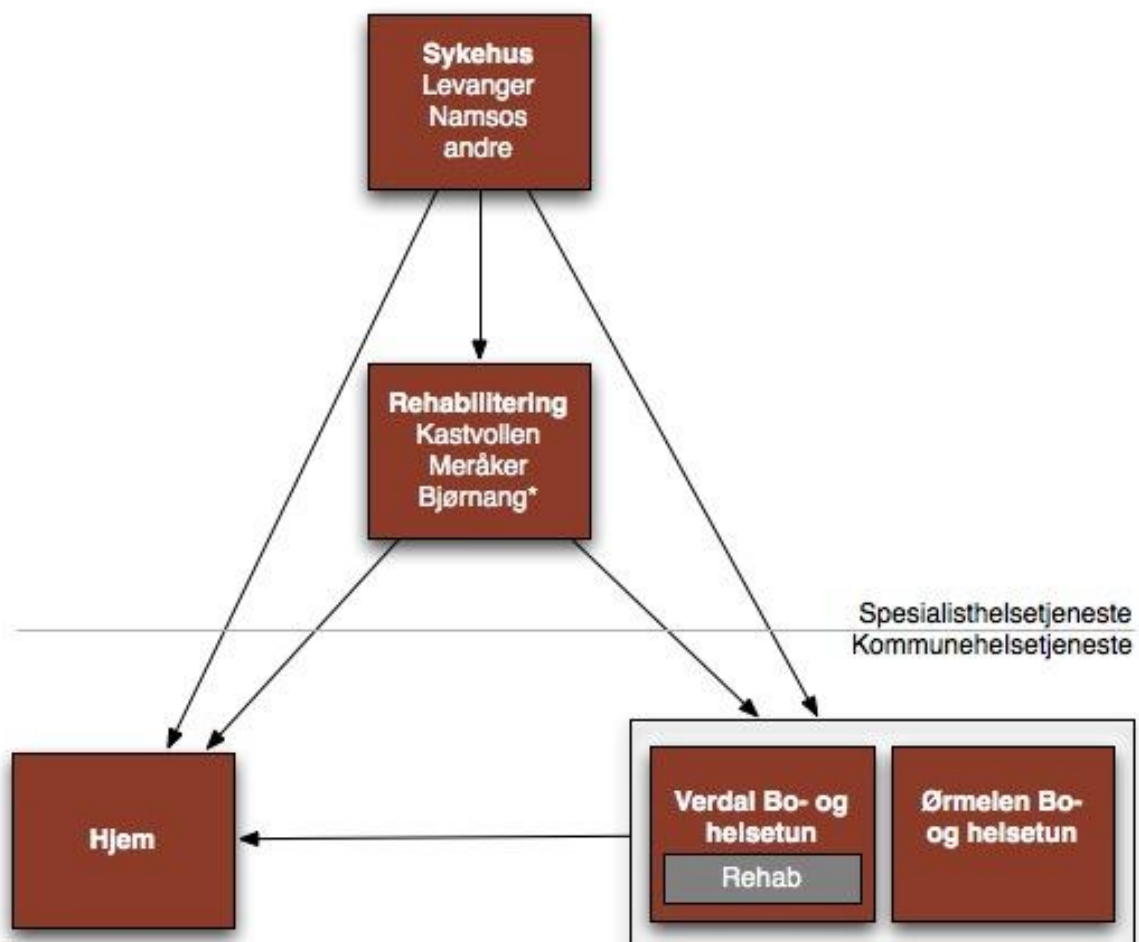




Verdal kommune
Ressurssenter helse, omsorg og velferd
ReHabiliteringstjenesten

Overganger mellom institusjon og hjem

Prosjektperiode 01.05.09 – 31.12.09
Sluttrapport av Inger Hammer Storstad



Innholdsfortegnelse

Besvarelse av mandat.....	2
Avgrensninger/ definisjoner	2
Mål og mandat for prosjektet.....	2
Organisering av arbeidet.....	3
Milepæler.....	3
Gjennomføring av arbeidet	3
Utarbeide og utprøve modell for sikring av overgang mellom institusjon og hjem.....	4
Utarbeide nødvendige skjema for kartlegging, tiltak, statistikk og rapportering.....	4
Utarbeide prosedyrer og retningslinjer.....	5
Utprøving av god praksis og innarbeiding i drift.....	5
Evaluering.....	6
Konklusjon.....	8

Besvarelse av mandat

Avgrensninger/ definisjoner

Prosjektet bruker samme avgrensning som Rehabiliteringsplanen. Konklusjonen i pkt. 24.1. i ReHabiliteringsplanen er grunnlaget for prosjektet:

"Alle med fortsatt rehabiliteringsbehov som overføres til egen heim har krav på minst ett vurderingsbesøk av kommunens ergo- og fysioterapitjeneste."

Prosjektgruppen definerer "alle" som alle voksne/ eldre brukere med fortsatt rehabiliteringsbehov som er i overgang mellom institusjon og hjem.

Brukere med "fortsatt rehabiliteringsbehov" er brukere med kartlagte behov før overføring.

Mål og mandat for prosjektet

- Utarbeide og utprøve modell for sikring av overganger mellom institusjon og hjem
- Utarbeide nødvendige skjema for kartlegging, tiltak, statistikk og rapportering
- Utarbeide prosedyrer og retningslinjer
- Utprøving av god praksis skal innarbeides i drift

Utarbeide og utprøve modell for sikring av overganger mellom institusjon og hjem

Prosjektet har utarbeidet en modell for sikring av overgang mellom institusjon og hjem. Modellen visualiserer brukerflyt fra institusjon til eget hjem, direkte eller gjennom flere institusjonsopphold.

Utarbeide nødvendige skjema for kartlegging, tiltak, statistikk og rapportering

Skjema 1: Skjema for registrering av bruker i overgang, sikring av hjemmebesøk er utarbeidet.

Skjema 2: Sikring av hjemmebesøk, kartlegging via ICF er utarbeidet.

Skjema 3: Statistikk over gjennomførte hjemmebesøk i prosjektperioden er utarbeidet.

Utarbeide prosedyrer og retningslinjer

Prosedyrer til skjema 1, 2 og 3 er utarbeidet. Rapportering/ dokumentasjon ligger ellers i pasientjournal Profil.

Utprøving av god praksis skal innarbeides i drift

Utprøving av god praksis er gjennomført i henhold til prosjektplanen. Utprøvingsfase er satt til 30.09.09 - 31.12.09.

Modell for sikring av overganger samt alle skjema er vedlagt sluttrapporten.

Organisering av arbeidet

Prosjekteier: Turid Krizak, virksomhetsleder Ressurssenter HOV

Prosjektansvarlig: Kari Gregersen Næss, spesialergoterapeut

Prosjektleder: Inger Hammer Storstad, spesialergoterapeut

Medlemmer i prosjektgruppen

Britt Austad, spesialhjelpepleier, Omsorg og velferd, Vinne/ Vuku

Inger Karmhus, spesialsykepleier, Omsorg og velferd, Øra

Frode Grevskott, fysioterapeut, Ressurssenter HOV, ReHabiliteringstjenesten i perioden 01.05.09 - 11.11.09.

Margit Nøstvik, avdelingssykepleier, Omsorg og velferd, Vinne/Vuku fra 12.11.09 og ut prosjektperioden.

Prosjektperiode 01.05.09 - 31.12.09.

Prosjektplan er utarbeidet og godkjent 19.06.09.

Styringsgruppe og referansegruppe er ikke oppnevnt.

Milepæler

Arbeidet er lagt opp i en aktivitets- og ressursplan med underliggende Gantttdiagram:

Milepæl	mai	jun	jul *	aug	sep	okt	nov	des
Prosjektgruppe etableres	■		▨					
Prosjektplan		■	▨					
Utarbeidelse av skjema, informasjon og delrapport			▨	■	■			
Utprøvningsfase			▨			■	■	■
Sluttrapport			▨					■

* Skravert område viser ferie.

Gjennomføring av arbeidet

Prosjektet er utført med 20% årsverk for prosjektleder i 8 måneder, derav 1 måned ferie.

- Totalt er det gjennomført 8 prosjektmøter.
- I tillegg kommer undervisning, innarbeiding i Profil, arbeid med å sette opp skjema.
- Total ressursbruk er innenfor budsjettammen.

Prosjektleder har jobbet både på systemnivå og individnivå. Ledelse av prosjektet med planlegging, besvarelse av mandat, gjennomføring, dokumentasjon, møter og telefonisk kontakt med ressurspersoner er oppgaver på systemnivå. Klinisk arbeid med hjemmebesøk, vurderinger, tiltak, dokumentasjon er oppgaver på individnivå.

Utarbeide og utprøve modell for sikring av overgang mellom institusjon og hjem

Prosjektgruppen har valgt å vise sikring av overgang mellom institusjon og hjem i et flytskjema. Overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen eller innad i kommunen.

Flyt på systemnivå framgår av Skjema 1, 2 og 3 med prosedyrer.

Erfaringer viser at overganger alltid er sårbare og må voktes spesielt.

God informasjonsflyt mellom utskrivings apparat og mottaks apparat er nødvendig for å forberede og sette inn riktig tjeneste til rett tid. Registrering av alle brukere i overgang må fanges opp av ReHabiliteringstjenesten tidligst mulig. Da kontaktes brukeren raskt, vurdering ved hjemmebesøk gjøres og tiltak iverksettes.

Mangelfulle tilbud fra ReHabiliteringstjenesten kan være en belastning både for bruker, pårørende og andre tjenester. Hvis vi kan bidra til å utsette behov for tunge pleie- og omsorgstjenester og/eller institusjonsplass er dette en gevinst for den enkelte og samfunnet. Jfr. gjeldende døgnpris (gjennomsnitt) på institusjonsopphold i Verdal kommune, kr. 1.300 og kr. 470.000pr. år.

For at mennesker med nedsatt funksjonsevne skal kunne fungere mest mulig selvstendig i eget hjem, fokuserer prosjektet på å minske gapet mellom individets funksjonsevne og omgivelsenes funksjonskrav. Misforholdet mellom funksjonsevne hos bruker og funksjonskrav i miljøet oppleves som funksjonshemming og forsøkes redusert.

Jfr. Nasjonal strategi for habilitering og rehabilitering 2008-2011:

"Med nedsatt funksjonsevne forstås her tap av eller skade på en kroppsdel eller i en av kroppens funksjoner. Dette kan for eksempel dreie seg om nedsatt bevegelses-, syns- eller hørselsfunksjon, nedsatt kognitiv funksjon, eller ulike funksjonsnedsettelse p.g.a. allergi, hjerte- og lungesykdom. En funksjonshemming oppstår først når det foreligger et gap mellom individets forutsetninger og omgivelsenes utfordring eller krav til funksjon".

Utarbeide nødvendige skjema for kartlegging, tiltak, statistikk og rapportering

Skjema 1: Registrering av bruker i overgang og sikring av hjemmebesøk er en individuell registrering for å fange opp alle brukere med fortsatt rehabiliteringsbehov. Skjemaet inneholder nødvendige person opplysninger og fylles ut av den som mottar overføringen. Inntaksnemnda i Verdal har "overgang" som et eget punkt i sitt ukentlige møte. Informasjon i Skjema 1 tas opp i Inntaksteam og sendes videre til ReHabiliteringstjenesten. Prosjektet har som målsetting å gi tilbud om ett hjemmebesøk fra ReHabiliteringstjenesten til bruker som ønsker dette i forbindelse med overføring til hjemmet. Hjemmebesøket har høyeste prioritet hos ReHabiliteringstjenesten og gjennomføres innen 14 dager etter mottatt henvisning.

Skjema 2: Brukes ved alle hjemmebesøk og er en individuell funksjons kartlegging. Vurderinger gjort under dette besøket danner grunnlag for konklusjon og sier noe om

behov for videre tiltak fra ReHabiliteringstjenesten eller andre tjenester. Konklusjonen sendes bruker.

Ved behov for andre tjenester må bruker søke tjenester på vanlig måte. Prosjektet har besluttet at under prosjektperioden skal hjemmebesøket utføres av 1 person. Prosjektleder har gjennomført alle.

Av kartleggingsgrunnlag prosjektgruppen har diskutert, har prosjektet valgt å støtte seg til ICF. ICF står for International Classification of Function.

ICF benytter 4 hovedkartleggingsområder:

- Deltakelse
- Aktivitet
- Kroppsfunksjon og kroppsstruktur
- Miljøfaktorer

Klassifikasjonssystemet er vedtatt av Verdens Helseorganisasjon og departementet ønsker at ICF skal bli tatt i bruk i det daglige rehabiliteringsarbeidet.

Sykehuset Levanger, rehabiliteringsavdelingen bruker ICF som verktøy i tverrfaglige rapporter og møter.

Skjema 3: Brukes i prosjektperioden for å få fram tallmaterialet fra utprøvsperioden. Dokumentasjon/ rapportering på individnivå gjøres via journalsystemet. Informasjon og konklusjon fra hjemmebesøket ligger lett tilgjengelig i Profil.

Utarbeide prosedyrer og retningslinjer

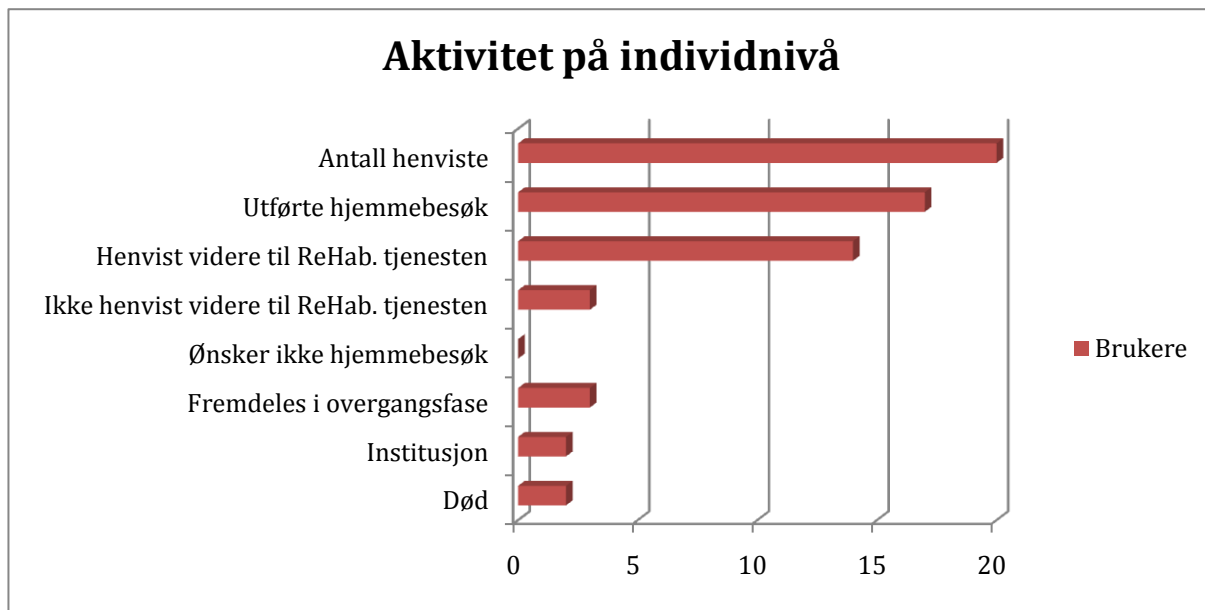
Følgende prosedyrer er utarbeidet: Prosedyre til skjema 1, skjema 2 og skjema 3. Alle prosedyrer er vedlagt.

Utprøving av god praksis og innarbeiding i drift

Stolpediagram viser aktiviteten i gjennomføringsfasen; oktober, november og desember 2009.

Aktivitet	Antall pasienter
Antall henviste	20
Utførte hjemmebesøk	17
Henvist videre til ReHabiliteringstjenesten	14
Ikke henvist videre til ReHabiliteringstjenesten	3
Ønsker ikke hjemmebesøk	0
Fremdeles i overgangsfase	3
Institusjon	2
Død	2

Figur 1: Tabellen viser aktiviteten på individnivå i prosjektet.



Figur 2: representerer en grafisk presentasjon av grunnlagsdata fra figur 1.

Skjema 1 og skjema 2 er lagt i Profil.

Prosjektet har siden siste del av september jobbet med praktisk informasjon og undervisning til samarbeidsparter i alle virksomhetsområder innen Omsorg og velferd.

- Prosjektleder og to representanter fra prosjekt gruppen har hatt informasjon/ undervisning på ledermøtet 23.09.09 i virksomhetsområdet Øra, samt ledermøtet 28.09.09 i Vinne/ Vuku.
- Én representant fra prosjektgruppen samt prosjektleder har informert på møte 23.09.09 i Rådet for likestilling av funksjonshemmede i Verdal.
- Inntaknemnda i Verdal kommune har ukentlig fast punkt på sakslista med informasjonsoverføring av brukere i overgang. Overføringen skjer gjennom Skjema 1i tillegg til muntlig overlevering.
- Prosjektleder har hatt flere møter med Profilansvarlig for å implementere prosjektet i Profil.

Underveis har prosjektleder hatt en del oppfølgingskontakt med andre samarbeidsparter både på systemnivå og individnivå.

Tilbakemeldinger både fra brukere og samarbeidsparter underveis i prosjektet har vært positive.

Evaluering

Prosjektgruppen har evaluert arbeidet i møte 05.01.10.

- Prosjektgruppen drøfter i hvilken grad kartleggings skjema med rutiner har gitt god nok oversikt over brukere i overgang. Prosjektgruppen tror at alle med fortsatt rehabiliteringsbehov samt pleie- og omsorgsbehov er registrert. Vi er usikre på om alle brukere med kun rehabiliteringsbehov er fanget opp i samme grad. På bakgrunn av tidligere

innarbeidet praksis mellom rehabiliteringsinstitusjonene og kommunen har vi grunn til å tro at alle er meldt. Når det gjelder overføringer fra sykehusavdelinger er prosjektgruppen usikker.

I starten av prosjektet ble det vurdert å gå aktivt ut mot spesialisthelsetjenesten for å sikre dette. Det ble konkludert med at dette ville bli for ressurskrevende innenfor prosjektets rammer. Prosjektgruppen valgte å prioritere samhandling mellom virksomhetsområdene innen kommunen og innarbeiding av gode rutiner lokalt. Prosjektgruppen mener dette var en fornuftig avveining.

- Prosjektgruppen drøfter om brukerne er innenfor målgruppen. Prosjektets forståelse av rehabiliteringsbehov er avgrenset til å gjelde de som ved overføring har et definert behov for videre rehabilitering. I brukermaterialet ser vi at flere brukere mangler kartlegging ved overføring. Til tross for dette har prosjektet kontaktet alle henviste og gjort kartlegginger ved hjemmebesøk. Av 17 personer som har mottatt hjemmebesøk er 14 gitt videre tiltak fra ReHabiliteringstjenesten. Jfr. tallmateriale i figur 1.
- Prosjektgruppen tror at hvis vi skal lykkes med gode overføringer/ gode pasientforløp innen rehabilitering, trengs oversikt og tilgjengelige tjenester sammensatt på en rasjonell og koordinert måte. Etablering av et rehabiliterings team/ tverrfaglig kompetansegruppe med spisset rehabiliterings kompetanse kan være en vei å gå.
- Til tross for kort gjennomføringsfase mener prosjektgruppen det er viktig å merke seg stor interesse rundt arbeidet både fra brukere og ansatte.
- Prosjektgruppen er ikke kjent med tidligere registreringer og mangler derfor sammenligningsgrunnlag for tallmateriale. Effekt er vanskelig å måle.
- I gjennomføringsfasen har utarbeidet materiale blitt utprøvd med mindre tilpasninger. Dette har vært uproblematisk.
- Prosjektgruppen har bredt erfaringsgrunnlag og tverrfaglig kompetanse, flere med videreutdanning i rehabilitering. Alle er godt kjent med utfordringer i overføringsprosesser og dermed hatt godt grunnlag for arbeidet.
- Møtefrekvens har vært lavere enn planlagt. Dette er positivt med tanke på total ressursbruk.
- Prosjektet har ikke hatt brukerrepresentasjon og referansegruppe. Effekten av dette er usikker. Trolig hadde det gitt et bredere diskusjonsgrunnlag men kanskje på bekostning av tidsbruk?
- En deltaker i prosjektgruppen har gått ut og en ny kommet inn. Dette har vært uproblematisk.

Konklusjon

- Prosjektets utprøvningsfase på 3 måneder har dokumentert at 20 personer i Verdal kommune har blitt kvalitetssikret i overgang mellom institusjon og hjem, jfr. definisjon.
- For å sikre tverrfaglig god praksis foreslås forlengelse av prosjektet fra 01.01.10- 01.10.10. Ressursbehov 20%.
- Erfaringer etter prosjektperioden 01.10.10 vil være avgjørende for videre ressursbehov. Rehabiliteringsplanens ressursdel skisserer fast 20% ressursbruk. Samhandlingsreformen kan påvirke ressursbehovet.
- Alle i ReHabiliteringstjenesten som arbeider med voksne/ eldre skal utføre 1. hjemmebesøket. Kartleggingsskjema ICF med prosedyrer. Mens prosjektet fases inn i god drift, kan kollega veiledning være en hensiktsmessig arbeidsmåte.
- Implementering og opplæring i Profil videreføres.
- Erfaringer gjennom prosjektet avdekker behov for tverrfaglig rehabiliteringsteam. Prosjektgruppen utfordrer Verdal kommune til å etablere et tverrfaglig rehabiliteringsteam, jfr. pkt. 29.1 i Rehabiliteringsplanen. Samhandlingsreformen bekrefter behovet for tverrfaglige team.
- Erfaringer fra prosjekt "Sikring av overganger mellom institusjon og hjem" innarbeides i rullering av Rehabiliteringsplan.
- "Sikring av overganger mellom institusjon og hjem" innarbeides i økonomiplan og budsjett.

Verdal 08.01.2010

Inger Hammer Storstad
Prosjektleder