

Prosjekt LTMV kompetanseutvikling i kommunesektoren



Prosjektperiode januar – desember 2016

Sluttrapport januar 2017

Prosjektsykepleier Eirin Sollien og Hilde Tveit
Haukeland Universitetssykehus

SAMMENDRAG

Bakgrunn: Behandling med livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV)/ hjemmerespirator er et behandlingstilbud som kan gis til pasienter med kronisk alvorlig pustesvikt og som etter oppstart i sykehus etableres i kommunen enten hjemme hos bruker eller i servicebolig/ sykehjem. Det er kommunen som overtar ansvaret for pasientene når de skrives ut fra sykehuset, men spesialisthelsetjenesten er ansvarlig for å påse at behandling med LTMV foregår på en forsvarlig måte. Spesialisthelsetjenesten er da ikke bare involvert ved oppstart, men er pliktig å følge pasient og støtte opp under kommunen gjennom hele behandlingsforløpet.

Oppfølgingen krever mye ressurser både med hensyn til personell/ opplæring og god samhandling er essensielt. Prosjektet har avdekket at spesialisthelsetjenesten i større grad kan gå inn å kvalitetssikre det arbeidet som gjøres i forhold til opplæring, standardiserte prosedyrer, sjekklister og veiledning for omsorgsgiverne som er kommunalt ansatt. Dette vil være med å skape en økt trygghet for bruker, pårørende og bedre kvalitet på tjenestene som kommunen yter.

Metode: En tverrfaglig referansegruppe ble opprettet med representanter for kommunehelsetjenesten i aktuelle kommuner i Hordaland og spesialisthelsetjenesten på Haukeland sykehus. Arbeidet ble forankret i Samhandlingsutvalget. Mandat for prosjektet ble utarbeidet. Det ble søkt om midler til at spesialisthelsetjenesten kunne gå mer aktivt inn i team som eksisterte, eventuelt team som ble opprettet i prosjektperioden, som skulle strekke seg over ett år. Det ble opprettet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra spesialisthelsetjenesten, kommune og brukerrepresentanter. 2 prosjektsykepleiere ble ansatt i hver sin 50 % stilling som skulle organisere og drifte prosjektet.

I prosjektet ble det inkludert 8 tracheostomerte respiratorbrukere som har team rundt seg 24 timer i døgnet.

For å kunne kartlegge eksisterende kompetanse og påvise nødvendige forbedringer/ behov samt evaluere effekt av tiltakene som ble igangsatt, ble det utført en anonym kartlegging i form av en spørreundersøkelse ved oppstart og avslutning av prosjektet.

Evaluering: Prosjektet påviste at både brukere, pårørende og omsorgsgivere opplevde økt trygghet og tilfredshet. Flere av intervensjonen som ble gjennomført på tvers av teamene bidro til utveksling av erfaringer og diskusjoner rundt utfordringer og samhandling omkring forbedringsprosesser. At ledere og omsorgsgivere i kommunen også fikk mulighet til å utveksle erfaringer ble evaluert å være av høy nytteverdi. Opplæringsrutiner ble forbedret og kvalitetssikret. Undervisning forsterket med praksisveiledning og elektroniske hjelpemidler. Utkast til samhandlingsdokumenter ble utarbeidet.

Konklusjon: Det trengs særskilte ressurser for at spesialisthelsetjenesten kan følge opp brukere med LTMV og deres omsorgsgivere slik at en tilfredsstillende kompetanse etableres og vedlikeholdes i kommunen. Behov for regelmessig praksisveiledning, grunnkurs og

etterutdanning samt fora for kompetanseutveksling bør videreføres og driftes av spesialisthelsetjenesten med oppfølging og jevnlig samarbeidsmøter. Helseforetak med ansvar for LTMV pasienter bør allokere ressurser til veiledning og kompetanseoverføring mellom 2. og 1 linje tjenesten. Estimat for ressursbruk ble utarbeidet i lokalt sykehusområde.

Innhold

1	Innledning	5
1.1	Bakgrunn	6
1.2	Organisering	6
1.3	Økonomi	6
1.4	Mål	7
2	Kartlegging	7
3	Intervensjoner/ tiltak	7
3.1	Ambulerende tjeneste	8
3.2	Rekruttering/ ansettelse i team	8
3.3	Organisatoriske tiltak	8
3.4	Filming av prosedyrer	9
3.5	Opplæring	9
3.6	Smitteverns veiledning og tiltak	10
3.7	Veiledning	10
3.8	Nettverksmøte	10
3.9	Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling	10
3.10	Opprettelse av kompetansebase	10
4	Evaluering	11
4.1	Kartlegging - spørreundersøkelse	11
4.2	E-læring	12
4.3	Opplæring	13
4.3.1	Betydning for videre praksis	13
4.3.2	Samarbeid kommune - spesialisthelsetjeneste	13
4.3.3	Pårørende	14
4.3.4	Hjelpemidler	15
4.4	Interaksjon med bruker, pårørende og kommune	15
4.4.1	Bruker/ pårørende	15
4.4.2	Kommune/ omsorgsgiver	15
4.5	NKH	16
4.6	Kompetansebase	16
4.7	Samhandlingsdokumenter	16

4.8	Begrunnelse for eventuelle avvik når det gjelder måloppnåelse (framdrift opprinnelige plan).	17
5	Konklusjon	17
6	Bakgrunnsdokumenter	18
7	Vedlegg	19
7.1	Vedlegg 1 - Prosjektplan	19
7.2	Vedlegg 2 - Tilråding personvernombud	19
7.3	Vedlegg 3 - Søknad om lagringsområde	19
7.4	Vedlegg 4 - Forbruksmateriell	19
7.5	Vedlegg 5 - Veileder for ansettelse av LTMV omsorgspersoner	19
7.6	Vedlegg 6 - Kartlegging – oppsummerte data	19
7.7	Vedlegg 7 - Rutiner ved oppfølging av team	19
7.8	Vedlegg 8 - Evaluering introduksjonskurs	19
7.9	Vedlegg 9 - LTMV Samarbeidsavtale	19
7.10	Vedlegg 10 - Fremdriftsplan	19

1 Innledning

«LTMV er et behandlingstilbud til en gruppe pasienter med kronisk alvorlig pustesvikt som i hovedsak skyldes redusert kraft eller svekket regulering av pustefunksjonen. Hensikten med LTMV er å øke livslengden og/ eller bedre livskvaliteten.

LTMV foregår utenfor sykehus etter en første vurderings- oppstartfase i sykehus. Faglige vurderinger vil i hovedsak være forankret i spesialisthelsetjenesten. Tilrettelegging for gjennomføring utenfor sykehus er i hovedsak et ansvar for kommunen i samarbeid med pasient og pårørende.

Pasientene har varierende grad av hjelpebehov ved gjennomføring av LTMV. Omtrent ti prosent av pasientene trenger hjelp opptil 24 timer i døgnet». (Helsedirektoratet, 2012, s.1)

«Det er spesialisthelsetjenestens plikt å påse at behandlingen foregår forsvarlig utenfor sykehuset» (Helsedirektoratet, 2012, s.13).

«Under oppfølging av pasienten må det være tett kontakt mellom kommunens helse- og omsorgstjeneste, inkludert fastlegen, og spesialisthelsetjenesten. Alle pasienter skal ha en kontaktperson i spesialisthelsetjenesten og i kommunen som kan kontaktes ved behov (Helsedirektoratet, 2012, s.30).

I den Nasjonale veilederen for langtidsmekanisk ventilasjon fra Helsedirektoratet står det noe om hvordan helseforetaket kan ivareta den medisinske oppfølgingen av pasienten etter utskriving.

Dette innbefatter opplæring av omsorgspersoner rundt pasientene, utvikle standardiserte opplæringsprogram, sjekklister og prosedyrepermer og føringer for hva disse skal inneholde. Spesialisthelsetjenesten skal også bistå med veiledning og hjemmebesøk til pasienten. Det skal utnevnes en kontaktperson som er tilgjengelig.

Prosjektet LTMV kompetanse hadde som målsetting å styrke kompetanseutvikling innen kommunesektoren vedrørende livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte (LTMV). En ønsket både å øke tryggheten for pasienter og pårørende og å bedre arbeidsmiljøet for omsorgsgiver. Se vedlagt prosjekt plan (vedlegg 1).

En ønsket også å se på arbeidsmiljø rundt omsorgsgiver, evaluere og komme med forslag rundt forbedring av dette.

Anvendelse av ressurser ble og tatt med i evalueringen, men dette ble mer ansett som en anledning til å se på rutiner, og få en pekepinn på hvor noen av forskjellene innad i teamene lå.

I prosjektet ble det inkludert 8 tracheostomerte respiratorbrukere som har team rundt seg 24 timer i døgnet. Prosjektperioden strakk seg fra januar til desember 2016.

1.1 Bakgrunn

Se vedlegg 1 - mandat

1.2 Organisering

Da en fikk godkjent prosjektet og tildelt midler ble det opprettet en arbeidsgruppe bestående av representanter fra spesialisthelsetjenesten, kommunesektoren og brukere. For å drive prosjektet ble det ansatt to prosjektsykepleiere i hver sin 50% stilling.

Prosjektsykepleierne har organisert arbeidet ved å kalle inn til månedlige møter i arbeidsgruppen, dialog mellom kommune og spesialisthelsetjenesten og ambulant virksomhet.

Det ble tilstrebet at prosjektsykepleieren var til stede i prosjektet oddetalls uker, slik at det skulle være mest mulig forutsigbart hvilke uker som kunne passe i forhold til opplæring og annen ambulant virksomhet. De har også vært tilgjengelig på mail utenom disse ukene.

1.3 Økonomi

Helse Bergen bevilget midler til prosjektet som skulle forvaltes av Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling (NKH). Disse midlene var tilskudd til ordinære driftsmidler.

En forutsetning for prosjektet var at det ikke genererte økte personalkostnader for kommunen, og at kommunene måtte stille til disposisjon en egnet lokalisasjon for en eventuell kompetansebase.

Arbeidsgruppen kunne komme med forslag til hvordan det økonomiske bidraget fra NKH skulle fordeles for gjennomføring av prosjektet.

1.4 Mål

I tillegg til mål angitt i prosjektplan (vedlegg 1), ble det satt ned noen konkrete mål basert på kartleggingsundersøkelsen som ble utført:

- Bruker har et team rundt seg som fungerer og føler seg trygg på dem som er der
- Alle i teamet får samme undervisning og opplæring
- Alle i teamet føler seg trygg i jobben de utfører
- Pårørende føler at pasienten blir godt ivaretatt av de i teamet/kommunen
- Alle prosedyrer utføres likt og er lett tilgjengelig å slå opp i ved usikkerhet

2 Kartlegging

For å evaluere prosjektet og kunne si noe om effekten av igangsatte intervensjoner ble det i begynnelsen og mot slutten av prosjektet gjort en kartlegging i form av en spørreundersøkelse.

Det ble i denne forbindelse avholdt et møte med personvernombudet i Helse Bergen og sendt inn en søknad om godkjenning for å få en tilråding til å kunne gjennomføre en slik kartlegging (se vedlegg 2).

Spørreundersøkelsen var anonym og ble gjort av ledere, pårørende, team og pasienter. Pasientene ble kartlagt under hjemmebesøk av prosjektsykepleiere, og plottet inn i ettertid.

Det ble også søkt om sikkert lagringsområde for å kunne lagre data på en forsvarlig måte (se vedlegg 3).

For å bedre oversikten over bruken av ressurser, ble det innhentet informasjon fra Seksjon for behandlingshjelpemidler om totalt årlig forbruk av utstyr. Det ga et innblikk i hvor rutinene potensielt kan avvike hos den enkelte bruker. Avvikene var tidvis store og det ble synlig hvor en måtte vurdere å gå inn og se på rutiner som ble utført i hjemmet (vedlegg 4).

Kartleggingen i begynnelsen av prosjektet gav i tillegg en pekepinn på hvilke intervensjoner/tiltak en skulle prioritere å gå inn med.

Temaet ble også diskutert i arbeidsgruppen for å kartlegge hvilke områder det var behov for at spesialisthelsetjenesten skulle gå mer aktivt inn i.

Det var et ønske at prosjektsykepleier skulle reise rundt og bidra med undervisning, kompetanseheving og veiledning der dette var behov for.

3 Intervensjoner/ tiltak

Intervensjonene i prosjektet har variert fra å endre rutiner, forbedre utstyr og trygge team på eksisterende rutiner, til å favne omsorgsgiverne som et fellesskap for å skape et nettverk.

3.1 Ambulerende tjeneste

Prosjektsykepleierne har sammen med kontaktsykepleier og overlege på NKH deltatt i ambulerende virksomhet ut til brukere og team. Dette har dreiet seg om opplæring i grupper eller en-til-en, utprøving av utstyr, skifte av kanyle, teammøter eller veiledning. Begge prosjektsykepleierne har blitt utstyrt med pc og mobiltelefon for å kunne være lett tilgjengelig i arbeidstiden.

3.2 Rekruttering/ ansettelser i team

Som et ledd i prosjektplanen tenker en seg at prosjektsykepleierne fra spesialisthelsetjenesten i større grad kan gå inn å hjelpe i ansettelsesprosesser av nye omsorgspersoner til team enn det som har vært gjort tidligere. Gjennom tilbakemeldinger fra kartlegging og nettverksmøter ble det fremhevet at det er

viktig at nye som blir ansatt har fått tilstrekkelig informasjon om hva de kan forvente å møte på sin nye arbeidsplass. Det viste seg at et mindretall følte de hadde fått tilstrekkelig informasjon ved ansettelse.

Der kommunene har ønsket det, har sykepleier i prosjektperioden vært med å vurdere nye ansatte i forhold til praktiske ferdigheter, og interaksjon med bruker.

Dette har blitt gjennomført ved at prosjektsykepleier har vært til stede og observert den nyansatte i den daglige pleien av pasienten, og gitt tilbakemelding til ansvarlig leder i kommunen.

I forlengelse av dette har prosjektgruppen utarbeidet et dokument med punkter som bør vektlegges av kommunen ved ansettelse av nye omsorgspersoner i team (se vedlegg nr. 5).

3.3 Organisatoriske tiltak

Det er opp til hver enkelt kommune hvordan de ønsker å organisere det administrative arbeidet i sitt team. Her er det store variasjoner, men de fleste kommuner tilstreber å ha en «superbruker» i teamet som har en overordnet funksjon og fungerer som bindeledd til nærmeste leder i kommunen.

Det skilles mellom aktive teamledere, og andre teamledere som sitter i administrative stillinger uten direkte tilknytning til det daglige arbeidet i teamet.

Den administrative opparbeidelsen innenfor de ulike teamene har ulike fordeler og ulemper. Men jevnt over etterspør alle team uten en «superbruker» en teamleder/primærkontakt med ansvar for bestilling av varer og annet lignende arbeid. Dette for å sikre kontinuitet, at prosedyrer er oppdatert, bedre vareflyt og økonomisk oversikt.

Prosjektsykepleierne har anbefalt at dette blir satt i system og at alle team har en teamleder/primærkontakt. Det bør og settes av tilstrekkelig tid til bestilling av varer og tilstrebe at dette ikke må utføres mens vedkommende er alene på jobb sammen med

bruker. Oppdatering av pasientperm bør også inngå i arbeidsoppgavene til vedkommende. Dette har blitt bragt videre til arbeidsgruppen og blitt diskutert der.

I kommunene er det ikke rom for å ha en teamleder som genererer høyere lønnsats, men en primærkontakt med overordnet ansvar og noe administrative oppgaver tenker en seg kan være hensiktsmessig å ha i alle team.

Kartleggingen viser at teammøter blir gjennomført i ulik grad. Variasjonene var alt fra månedlig til 1-2 ganger i året.

Alle omsorgspersonene oppga dette som noe de i høy grad ønsket.

Prosjektsykepleierne anbefalt alle teamene å ha jevnlig teammøter og har deltatt på teammøter der det har vært ønskelig.

3.4 Filming av prosedyrer

Brukerrepresentanten i arbeidsgruppen ansetter selv sine egne assistenter og har i den forbindelse benyttet seg av GoPro kamera til filming av prosedyrer til bruk i opplæring av nye. Dette har han hatt god erfaring med og det ble derfor luftet for brukerne og omsorgsgiverne i prosjektet om dette var noe de kunne tenke seg.

Alle var veldig positiv og det ble derfor kjøpt inn to GoPro-kameraer, og disse ble brukt til å filme prosedyrer hos den enkelte bruker.

Filmene er kun tilgjengelig hos den enkelte bruker for bruk i opplæring og repetisjon.

3.5 Opplæring

Permer med rutiner, signeringslister og annen viktig informasjon er blitt gjennomgått hos samtlige brukere sammen med «superbruker» på hvert team. Tilbakemeldinger og erfaringer på hva som har fungert godt og ikke ved informasjonspermene er blitt tatt til etterretning og en har sett på forbedringer på dette området.

En bruker flyttet i prosjektperioden på sykehjem, og skulle i den anledning få nytt team tilknyttet sykehjemmet. Det ble utført dagsundervisning for teamet som gruppe, gruppeundervisning på sykehjemmet sammen med bruker, gjennomgang av alle rutiner i praksis og en-til-en undervisning der det var ønsket.

Tilsvarende undervisning har og blitt tilbudt/gitt til nyansatte i eksisterende team.

Oversikten fra Seksjon for behandlingshjelpemidler om årlig bruk av forbruksmateriell viste store avvik hos enkelte brukere. Rutiner ble her oppdatert, utstyr skiftet ut eller tilpasset bedre bruker sine behov.

Opplæring på nye rutiner og utstyr ble gitt av prosjektsykepleier i ambulerende tjeneste.

3.6 Smitteverns veiledning og tiltak

En bruker som er inkludert i prosjektet har MRSA og dette skaper en del ekstra utfordringer for omsorgsgiverne som jobber rundt denne pasienten. Hygienesykepleier fra Helse Bergen har hele tiden vært aktivt inne etter dette ble oppdaget, og denne dialogen har blitt videreført gjennom prosjektperioden der en har funnet løsninger som gjør at bruker kan bli mer mobil etter sterkt ønske fra bruker og pårørende.

3.7 Veiledning

Utfordringene kan være mange når en jobber hos en bruker med LTMV. Det er mange hensyn som skal tas, både til bruker, pårørende og den enkelte omsorgsgiver.

Tilbakemelding fra kartleggingen var at noen av teamene kjente på store utfordringer når det gjaldt samarbeid og kommunikasjon mellom bruker/pårørende og kommune/omsorgsgiver.

Noen av teamene i prosjektet hadde prøvd ut veiledning tidligere, men ingen hadde dette med faste intervaller lenger. Det kom tydelig fram gjennom spørreundersøkelsen og i samtale med teamene og ledere, at dette var noe en savnet.

Prosjektsykepleierne gikk derfor inn og gav tilbud om støtte og veiledning.

I prosjektperioden var det et team som takket ja til veiledning med prosjektsykepleierne, og fra oppstart i september la en opp til å ha dette fast en gang i måneden.

Kommunene ble oppfordret til å få på plass veiledning for alle team.

3.8 Nettverksmøte

For å prøve å skape et forum der ledere og omsorgsgivere som jobber rundt brukere med LTMV kan møtes og bygge broer, ble det i prosjektperioden arrangert to nettverksmøter på vårparten og et i desember.

Disse møtene ble en arena for å utveksle/ dele erfaringer, utfordringer, og løsninger.

3.9 Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling

Etter modell fra Oslo Universitetssykehus (OUS) ønsket en i prosjektperioden å prøve ut «Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling» som et tilbud til de i kommunen som jobber med tracheostomerte brukere med LTMV.

Det ble satt opp et kurs i september og et i november 2016.

Det har blitt innledet et samarbeid med Ferdighetssenteret på Haukeland Universitetssykehus for å kunne gjennomføre kursene i 2017 i deres lokaler med scenariotrening på dukke med operatør og fasilitator.

3.10 Opprettelse av kompetansebase

Det er ønskelig med en modell for ivaretagelse/ overføring av kompetanse fra team som blir avvirket. Per dagsdato er det ingen funksjon som gjør at kompetansen som disse

omsorgsgiverne sitter på blir fanget opp og brukt videre i arbeidet med andre tilsvarende brukere.

I arbeidsgruppen er det blitt diskutert en modell der Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling (NKH) deler ut attester til personer som jobber i team rundt en bruker med LTMV og at kontaktinformasjon til disse blir lagret i en database dersom personen samtykker til dette. Men dette ble evaluert til at det er kommunene selv som må opprette en kompetansebase for å oversikt over egen kompetanse på dette området. En tenker seg da at en kan benytte denne informasjonen til å hente inn kompetanse ved et seinere tidspunkt, enten ved opprettelse av nye team eller behov for assistanse i gamle team.

Bergen kommunen har parallelt med prosjektet jobbet med en modell der en tenker seg å samle brukere med vedtak på mer enn 100 timer hjelp i uken.

Bakgrunnen for prosjektet er at en tenker seg at brukerne vil få bedre omsorg dersom en samler all kompetanse til disse brukerne i egne grupper. Arbeidshverdagen til omsorgsgiverne kan også potensielt bli bedre og brukerne kan oppleve mer kontinuitet i hverdagen.

Prosjektet er dessverre ikke kommet i gang enda, men en håper å få det gjennomført i løpet av 2017.

Denne ambulerende virksomheten har blant annet vært bakgrunnen for utregning av stillingsprosent en anbefaler minimum besetter en slik stilling.

4 Evaluering

4.1 Kartlegging - spørreundersøkelse

Kartleggingen tok noe mer tid enn estimert, da den skulle sendes ut via ledere i kommunen og at det hos to team var vanskelig å komme i kontakt med rette vedkommende som skulle distribuere den. Det måtte også purres en del ganger på svar, slik at undersøkelsen måtte «stå åpen» lenger enn tidsfristen som var satt. Det at undersøkelsen måtte sendes ut via leder og ikke kunne sendes til hver enkelt omsorgsgiver som jobbet i teamet, gjorde også at en i etterkant ikke kunne sortere svarene slik en ønsket. Ideelt sett ville en sortert svar etter gruppe knyttet til den enkelte bruker for og lettere kunne se hva som var positivt/ negativt i hvert enkelt team, men dette lot seg da ikke gjøre. En måtte se på svarene som en helhet og plukke ut det som utpekte seg hos flere og prøve å gå inn med intervensjoner i forhold til dette. Det viste seg at en del av utfordringene og det som trengtes å ta tak i gikk igjen i mange svar, og en valgte da flere intervensjoner som kunne gå på tvers av prosjektdeltakerne og deres omsorgsgivere.

Svarprosent på kartleggingen som gikk til teamene ved begynnelsen av prosjektet var på 81,6, dvs meget tilfredsstillende.

I spørreundersøkelsen valgte en å legge ved kommentarfelt ved flere av spørsmålene. Dette ser en i etterkant at var svært nyttig.

Ved spørreundersøkelsen mot slutten av prosjektet ble det lagt til et spørsmål som muliggjorde å sortere svarene etter team.

Det ble også lagt til et åpent spørsmål og hva som hadde vært positivt/ negativt med prosjektet. For rapport fra kartlegging, se vedlegg 6.

4.2 E-læring

Ved distribusjon av prosedyrefilmene ble det en utfordring å finne ut hvilken plattform en skulle bruke i forhold til å gjøre filmene tilgjengelig for de aktuelle omsorgsgiverne og samtidig ivareta personvern. Kommunene hadde ikke noe server vi kunne benytte oss av, og Helse Bergen kunne ikke opprette en disponibel server for kommunene.

Løsningen ble å aidentifisere filmene ved å legge på sladd, og legge de inn på en kryptert minnepinne som ble gitt ut til det enkelte team. Hvert team fikk kun utlevert filmer til bruker de jobber hos.

Minnepenn med filmene returneres spesialisthelsetjenesten når behandlingen av bruker avsluttes. Dette er teamleder sitt ansvar å sørge for at blir gjennomført.

Et helt klart nyttig verktøy ville vært om en hadde laget filmer opp mot prosedyrer, der en brukte Ferdighetscenteret og en dukke for å gjennomføre prosedyren på. Disse filmene kunne da knyttes opp mot skriftlige prosedyrer på hjemmesiden til NKH slik at alle omsorgspersoner og annet helsepersonell som jobber med denne pasientgruppen kunne ha de tilgjengelig. Ved å gjøre det på denne måten trenger en ikke å tenke på personvern eller felles plattform i kommunene.

Kommunikasjonsflyt er utfordrende, og en bør se nærmere på om det er mulig å opprette en form for samarbeidsplattform mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene, hvor en kan distribuere informasjon, rutineendringer, meldinger o.l. Da gjerne noe lignende det elektroniske systemet som allerede foreligger mellom spesialisthelsetjenesten og forvaltningen, hvor alle tre kan kommunisere med hverandre, journalføre e.l.

Usikkert om det lar seg gjøre med denne form for interaksjoner da kommunene og Helse Bergen ikke bruker samme journalsystem.

En annen utfordring her er at ikke alle team har tilgjengelig utstyr i hjemmet. Ved hjemmebesøk ble det oppdaget at flere team ikke har tilgjengelig pc eller nettbrett for å kunne lese eller dokumentere i journalen til pasienten. Flere team bruker en bok som ligger hjemme hos bruker til å dokumentere i.

Dette kan føre til mangelfull dokumentering, og verdifull informasjon kan gå tapt, noe som er veldig uheldig dersom det skulle oppstå en tilsynssak.

4.3 Opplæring

Gjennom erfaringer gjort gjennom kartlegging og interaksjon med de ulike teamene, ser vi et par grunnleggende punkter som må vektlegges høyt ved opplæring av nye:

- Alle bør gjennomgå en standard teori undervisning med praktisk øving (bruke reelle videosnutter i denne undervisningen- ved hjelp av Go-pro kamera).
- Ved praktisk opplæring skal de som er på opplæring gå som nr 2 med en erfaren sykepleier/ assistent. Her anbefaler vi minimum 10 opplæringsvakter.

Her anbefales det at en bruker sjekklister aktivt, og at det kun er 1-2 utvalgte som gir opplæring innenfor hvert team (vedlegg nr 7).

4.3.1 Betydning for videre praksis

Brukerne, pårørende, team og lederne som har vært inkludert i prosjektet har gitt uttrykk for at de føler en trygghet ved tettere oppfølging av spesialisthelsetjenesten og det er en målbar forbedring av kompetanse, målt med egen evaluering.

Prosjektet har medført kvalitetssikring av informasjon/ prosedyrer og opplæringspraksis. Rullerende grunnkurs for omsorgspersoner er etablert og et forum for samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommuner, samt mellom kommuner med erfaring i avansert LTMV utenfor sykehus.

For å kunne ivareta oppfølgingen av brukerne og kunne videreføre noe av det arbeidet som har vært gjort i prosjektperioden, ser vi at en 20 % kontaktsykepleierstilling, slik det er i dag, ikke strekker til.

For å kunne si noe om forventet ressursbruk videre, tok en utgangspunkt i arbeidet som var lagt ned i løpet av prosjektperioden. Her ekskluderte en timer som var gått til kartlegging og lignende arbeid, da dette ikke vil videreføres etter 2016.

En samlet informasjon om alle timer brukt på forberedelse, opplæring, veiledning, kursholding, telefonstøtte, redigering av film og ambuleringstjeneste. Dette er eksklusiv 20 % stilling som kontaktsykepleier innehar for ALS poliklinikk en dag i uken.

Ut fra utregningen ser en at timeantallet brukt tilsvarer en total stilling på 65,9 %, men en ser for seg at en kan klare seg en 50 % stilling i tillegg til eksisterende 20 % kontaktsykepleierstilling for å opprettholde arbeidet slik det er gjort i dag.

Dette da en tenker seg at arbeidsmengden vil variere og flere standardiserte rutiner vil komme på plass.

Dette er en stilling som vil variere noe da det ikke er et konstant antall med brukere som har LTMV. En ser at en må beregne ca. 10 % ressurspsykepleier pr team i gjennomsnitt. Det vil kunne være noe større i oppstartfasen av nytt team.

4.3.2 Samarbeid kommune - spesialisthelsetjeneste

Organisatorisk i kommunen ser en helt klart nytten av å ha en primærkontakt til bruker som kan ha et overordnet ansvar i forhold til bestillinger, opplæring av nye og oppdatering av permenn i samarbeid med spesialisthelsetjenesten.

Det å ha en utpekt person både i kommune og spesialisthelsetjeneste gjør at dialogen går lettere og det er viktig for tryggheten i gjennomføring av behandlingen.

Omsorgsgiverne rundt tracheostomerte brukere med LTMV har et behov for å få drøftet/luftet ting, og det å kunne møte andre som jobber tilsvarende har vært en god ting. Mange som jobber på den måten kan føle seg «alene», og utfordringene kan virke overveldende til tider. Det kan da være nyttig å snakke med andre og finne ut at flere har samme utfordringer som de gjerne har funnet en løsning på eller at de har noen gode tips å komme med.

Via kartleggingen mot slutten av prosjektet kom det frem at nettverksmøter er noe spesielt omsorgsgiverne og lederne angir å ha høy nytteverdi.

Det anbefales at en fortsetter med nettverksmøter som et forum for å ivareta de rundt brukerne.

Behandlingen disse brukerne mottar er svært avansert og det bør presiseres for alle parter ved oppstart at ting kan endre seg og at en ikke kan gi løfter om hvordan og hvor behandlingen skal foregå gjennom hele forløpet. Det bør planlegges faste evalueringsmøter mellom bruker, pårørende, primærkontakt, leder i kommune og spesialisthelsetjenesten hver 6.mnd der en fortløpende kan evaluere «tingenes tilstand». Det kan også være hensiktsmessig at en representant fra ergoterapi- /logopedtjenesten og Seksjon for behandlingshjelpemidler deltar på noen disse møtene.

Møtet blir en arena der en kan komme med konstruktiv tilbakemelding for alle parter, og evaluere hvordan ting har vært. Hva har vært bra? Hva kan bli bedre? Hva bør endres? Hvordan oppleves det?

Det bør legges opp til at en setter seg konkrete målsettinger som evalueres på neste møte.

4.3.3 Pårørende

Pårørende må ikke glemmes i arbeidet med disse pasientene. De står ovenfor mange vanskelige valg og privatlivet deres blir sterkt påvirket av den avanserte behandlingen som foregår i hjemmet. Det å kunne snakke med andre pårørende i samme situasjon kan være både godt og lærerikt. Pårørende grupper kan derfor være noe en burde vurdere å starte opp med.

Det finnes allerede en modell for pårørendegrupper i Helse Øst, og en bør se nærmere på nytteverdien av dette og eventuelt hvordan det kan implementeres nasjonalt.

Inntil dette eventuelt foreligger bør en vite om at både «Foreningen for muskelsyke» og «ALS Norge» tilbyr pårørendekontakt og/eller likeperson. Norsk støttegruppe for ALS har pårørendekontakter og likepersoner som er kurset og godkjent. Disse kan være til hjelp for pårørende som ønsker å komme i kontakt med andre som har vært eller er i samme situasjon.

Foreningen for muskelsyke har også en likepersontjeneste og arrangerer ulike kurs og samlinger.

Dette er tilbud som pårørende til denne brukergruppen bør gjøres oppmerksom på.

4.3.4 Hjelpemidler

Koordinering av hjelpemidler og oppfølging av disse er svært viktig. Det at bruker har nødvendige hjelpemidler for å kunne kommunisere og at pleien kan utøves forsvarlig og på best mulig måte er essensielt. Hjelpemidler har også mye å si for arbeidssituasjonen for omsorgsgiverne og det bør tilstrebes og tilrettelegge mest mulig.

Det som har vært et savn hos omsorgsgiverne er oppfølging etter at hjelpemidler er tatt i bruk. Tilbakemeldinger på tilstrekkelig opplæring i bruk av hjelpemidler rundt kommunikasjon og spesielt rullestol til bruk ute er mangelfull, og fører til usikkerhet, feilbruk og frustrasjon hos bruker og omsorgsgiver.

Her ser en at partene bør gå i en tettere dialog med ergoterapitjenesten, fysioterapeuttjenesten og ikke minst hjelpemiddelsentralen i forhold til muligheten for mer opplæring.

4.4 Interaksjon med bruker, pårørende og kommune

4.4.1 Bruker/ pårørende

De fleste brukerne og deres pårørende har vært svært positiv gjennom hele prosjektperioden og syntes at det har vært spennende og kunne delta. Det har vært utelukkende positive tilbakemeldinger på at det har vært høyere tilgjengelighet fra spesialisthelsetjenesten sin side.

4.4.2 Kommune/ omsorgsgiver

Kommunene har vært veldig positiv til tettere samarbeid og oppfølging, men det har i noen tilfeller vært utfordrende å finne gode kanaler for direkte kommunikasjon med rette personer i kommunen, da spesielt i de større kommunene.

Her kunne det med fordel vært en kontaktperson for brukere som faller inn under LTMV. Det ble og opplevd at kontaktpersonene i enkelte kommuner ikke kjente til bruker personlig, og all kommunikasjon måtte da gå gjennom flere ledd. Dette er tids- og ressurskrevende for alle parter.

Det er helt klart en fordel at hver bruker har en primærkontakt der hovedstrømmen av kommunikasjon kan gå gjennom.

Det har vært noe varierende oppmøte på de månedlige møtene i arbeidsgruppen. Dette har gjort at det har blitt avlyst to ganger i løpet av prosjektperioden.

Nettverksmøtene har vært godt oppmøte på.

Omsorgsgiverne har stort sett også vært positive. Negativiteten som har vært bunn i «påtvungen» tiltredelse hos disse brukerne.

Der det jevnlig var utført teammøter, scoret teamene høyere i trivsel

4.5 NKH

På hjemmesiden til Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespiratorbehandling ligger mye nyttig informasjon som kan brukes av omsorgsgivere i kommunen. Denne siden har muligens ikke vært markedsført nok og en tenker seg at den kunne vært nyttig i mange sammenhenger og et fint oppslagsverk for omsorgsgivere.

En vil tilstrebe og gjøre den mer oversiktlig i forhold til informasjon som er nyttig og aktuell for omsorgsgivere ute i kommunen som jobber rundt brukere med LTMV. Denne revideringen er igangsatt og er estimert ferdig ved årsslutt 2016.

I tilknytning kan det, som tidligere nevnt, bli aktuelt å filme standardiserte prosedyrer på dukke som kan ligge som link til de skriftlige prosedyrene slik at en også får en visuell fremstilling.

Det anbefales å sette av ressurser til å kunne videreføre «Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling» som et tilbud til nyansatte i team hos tracheostomerte LTMV brukere i kommunen uavhengig av en eventuell videreførelse av prosjektet.

Tanken er at disse kursene arrangeres hvert kvartal slik at kommunene fortløpende kan melde på nye ansatte i team hos brukere med LTMV. Dette er et generelt kurs om hjemmerespiratorbehandling og hva det innebærer, og ikke et kurs om den enkelte bruker. Tilbakemeldingene fra kurset var veldig positive, og majoriteten evaluerte kurset til bra/svært bra (se vedlegg 8).

4.6 Kompetansebase

Punkter som vil utgjøre arbeidsoppgavene til en eventuell koordinator for LTMV i spesialisthelsetjenesten:

- Formidle praksisveiledning fra spesialisthelsetjenesten til primærhelsetjenesten og skape tettere dialog.
- Tilrettelegge for nettverksmøter (1-2 i året)
- Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling
- Oversikt over nøkkelpersoner i administrasjonen i primærhelsetjenesten
- Ambulerende virksomhet;
 - Deltakelse på teammøter
 - Veiledning
 - Opplæring
 - Hjemmebesøk
 - Støtte både for omsorgspersonale og brukere
- Koordinere 6.mnd evaluering med bruker, pårørende, kommune og spesialisthelsetjeneste. Er situasjonen i hjemmet håndterbar?
- Bidra til å standardisere prosedyrer, skriftlig og visuelt

4.7 Samhandlingsdokumenter

Spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt- og oppfølgingsansvar overfor kommunen med hensyn til det medisinsk faglige i behandlingstilbudet til pasienter med LTMV.

Brukerne følges opp av LTMV team ved lunge avdelingen, nevrologisk avdeling, intensiv og

barneklubben, men fastlege har det generelle medisinske ansvaret. Prosjektgruppen utviklet et samhandlingsdokument for etablering av livsoppretholdende LTMV utenfor sykehus, se vedlegg 9, men ettersom ingen ny behandling ble opprettet i prosjektperioden kan en ikke rapportere erfaringer med bruken av dette.

I tillegg til opplæring ved oppstart kan spesialisthelsetjenesten delta på "teamdager" inntil x 2 per år i kommunen, evt. fellesdager på tvers av team der det passer inn slik det foreligger i dag. Teamet rundt bruker blir å anse som ressurspersoner som etter hvert viderefører kompetansen til øvrige personer i teamet. Kommunen må melde behov angående supervisjon/undervisning til spesialisthelsetjenesten underveis.

Hvert helseforetak slik det er i dag har utviklet egne skriftlige avtaler med 1.linjetjenesten. Her ser en fordeler med å avsette midler til å kunne utvikle en tjenesteavtale som spesifikt omhandler LTMV samhandlingen mellom kommune og spesialisthelsetjeneste, som krever en mer kontinuerlig oppfølging/ veiledning av spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus. Denne bør, om mulig, være en nasjonal standard. Dette vil kunne sikre enhetlig og god kvalitet på tilbudet.

4.8 Begrunnelse for eventuelle avvik når det gjelder måloppnåelse (framdrift opprinnelige plan).

Noe avvik kan en tilskrive at den ene prosjektsykepleieren måtte trekke seg av personlige grunner og erstattes på kort varsel med en ny. Overgangsfasen mellom de to kunne vært disponert annerledes.

Størsteparten av forsinkelsene, jamfør fremdriftsplanen (vedlegg 10), tilskrives kommunikasjon med kommunene. Svarfrister har måttet utsettes og det medførte tidsforbruk til påminnelser/ purringer. Informasjon som ble gitt til ledere opplevdes noen ganger og ikke nå frem til bruker/ team. Hjemmebesøk, kartlegging av pasient, pårørende og lignende ble avtalt gjennom leder, noe som viste seg å være utfordrende i enkelte team.

Tre erfarne team har blitt avvirket i løpet av prosjektperioden, og dette har også spilt en del inn på resultatene av den siste kartleggingen.

Det viste seg også at noen brukere/ team ikke var godt nok informert om prosjektet på forhånd, noe vi tar selvkritikk for.

Skriftlig informasjon om prosjektet skulle vært sendt ut til alle i forkant, ikke bare vært gitt muntlig.

5 Konklusjon

Brukere med trakeostomi og LTMV som har livsoppretholdende behandling er avhengig av team av omsorgsgivere 24 timer i døgnet. Det er krevende ressursmessig, administrativt, organisatorisk, arbeidsmiljømessig og med hensyn til kompetanse å gjennomføre behandlingen utenfor sykehus med spesialistkunnskap. Hovedfokus for prosjektet ble å styrke kompetanse, øke trygghet for bruker, bedre arbeidsmiljø og effektivisere bruken av

ressurser. For bruker og pårørende er tilgang på kompetanse både nødvendig og avgjørende for trygghet og livskvalitet. Gode systemer for oppfølging og veiledning fra 2. til 1. linje tjeneste er nødvendig.

Prosjektet har vist at etablering av standardiserte opplæringsplaner, veiledningsmateriell og jevnlig kurstilbud er nødvendig for å nå målet om god kvalitet i tjenesten. For å samhandle og nettverksbygging kan medvirke til å styrke organisering og fasilitere kunnskapsoverføringen. Prosjektet har avdekket at så vel bruker/pårørende som omsorgsgivere og administratorer opplever økt trygghet, bedre kontinuitet og bedret arbeidsmiljø når oppfølging og kompetanseoverføring styrkes. Ressursbesparing på forbruksmateriell ble påvist, men potensielt er det rom for større ressursbesparing på andre områder ved at økt kompetanse medfører færre og kortere sykehusinnleggelse, større tilgang på omsorgsgivere og stabilitet i personalpool. Det var ikke mulig å kvantifisere dette i den begrensede prosjektperioden. Prosjektet viser at spesialkompetente sykepleiere kan, med støtte av legespesialist, drifte en base for LTMV kunnskapsoverføring og samhandling med kommunen. En slik base bør omfatte så vel drift av regelmessig grunnkurs og oppfriskningskurs med simulering/scenariotrening så vel som praksisveiledning i hjem/servicebolig eller institusjon. Dessuten koordinering og innkalling til nettverksmøte med kommuner for jevnlig forbedring av samhandlingsrutiner. Betegnelsen LTMV koordinator eller LTMV praksisveileder foreslås benyttet i en eventuell videreføring av prosjektet.

Som en forlengelse av prosjektet bør en vurdere bruk av standardiserte samarbeidsdokumenter som definerer ansvaret mellom 1. og 2. linje tjenesten, for å sikre at brukergruppen mottar samme behandling- og oppfølgingstilbud på nasjonalt nivå. (vedlegg

6 Bakgrunnsdokumenter

Regional handlingsplan for LTMV Helse Vest.

Nasjonal faglig retningslinje for langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV), IS-2004, 66 sider, 2012, Nasjonal retningslinje. Helsedirektoratet.

Nasjonal veileder for langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV), IS-1964, 184 sider, 2012, Nasjonal retningslinje. Helsedirektoratet.

7 Vedlegg

7.1 Vedlegg 1 - Prosjektplan

7.2 Vedlegg 2 - Tilråding personvernombud

7.3 Vedlegg 3 - Søknad om lagringsområde

7.4 Vedlegg 4 - Forbruksmateriell

7.5 Vedlegg 5 - Veileder for ansettelse av LTMV omsorgspersoner

7.6 Vedlegg 6 - Kartlegging – oppsummerte data

7.7 Vedlegg 7 - Rutiner ved oppfølging av team

7.8 Vedlegg 8 - Evaluering introduksjonskurs

7.9 Vedlegg 9 - LTMV Samarbeidsavtale

7.10 Vedlegg 10 - Fremdriftsplan

Prosjekt LTMV kompetanseutvikling i kommunesektoren

1. Målsetting

- 1.1. Å styrke kompetanseutvikling innen kommunesektoren vedrørende livsoppretholdende LTMV
- 1.2. Å øke trygghet for pasient og bruker
- 1.3. Å bedre arbeidsmiljø for omsorgsgiver
- 1.4. Å anvende ressurser effektivt

2. Mandat

Mål Å utvikle en modell for samhandling mellom tjenestenivåene som styrker kompetanseutviklingen

Delmål

- **Rammeavtale mellom Helseforetak og kommune som regulerer samarbeidet omkring 24 timers respiratorbehandling utenfor sykehus**
Eksisterende:
Samarbeidsavtaler <http://www.saman.no/2134.961.Samarbeidsavtaler.html>
- **Å utvikle spesifikke dokumenter som kvalitetssikrer samhandlingen omkring den enkelte pasient. Tilrettelegging og oppfølging. (Prosessdokumenter)**
- **Etablere en modell for kompetanseoverføring mellom 1. og 2.linje, på tvers av kommuner og innen ulike team i kommunen, herunder eksempelvis**
 - **Opprettelse av kompetansebase**
Fysisk?
Virtuelt? Faglig nettverk
 - **Lokalisasjon**
Kommunal institusjon/ servicebolig/ bofellesskap
 - **Sammensetning**
Kompetanseteam (kommune), praksisveileder(e)
(spesialisthelsetjeneste)
 - **Modell for kompetanseutveksling mellom eksisterende LTMV team**
Hvordan gjøre nytte av erfaring og kompetanse i eksisterende team
- **Foreslå tiltak for å kvalitetssikre rekruttering av personell i LTMV team**
Veiledning i rekrutteringsprosess

Bruk av vikarbyrå

- **Interkommunalt samarbeid**

Vurdere mulighet for interkommunalt samarbeid på ovenstående punkter.

3. Organisering

Representanter for Spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og brukerne

4. Fremdriftsplan

- **Tiltaksplan legges frem innen 31.10**
 - Hvilke dokumenter?
 - Hvilken organisering?
 - Hvordan evaluere?
- **Prosjektoppstart snarest etter dette. Prosjektperiode 1 år.**
- **Sluttrapport 4. kvartal 2016 - 1.kvartal 2017**

5. Økonomi

En forutsetter at prosjektet ikke generer økte personalkostnader for kommunen. Egnert lokalisasjon for eventuell kompetansebase må stilles til disposisjon av kommune. Gruppen kan komme med forslag til hvordan det økonomiske bidrag fra NKH skal fordeles for gjennomføring av prosjektet ihht pkt 5.2

- **Eksisterende personellressurser**
 - Eksisterende team driftes av kommunen, som tidligere
 - NKH ambulant team driftes som tidligere
- **Tilskudd fra rammebevilgninger til NKH, 1 mill, fordeles på følgende..**
 - **Praksisveileder(e)**
 - **Arbeidsgruppe (møtekostnader)**
 - **Administrative kostnader**

6. Evaluering/ rapportering 4. kvartal 2016

- **Fremlegge samhandlingsdokumenter og sluttrapport**

- **Evaluering omfatter**
 - **Brukererfaring**
 - **Omsorgspersoners erfaring**
 - **Ressursbruk**

 - **Sluttrapport legges frem for samarbeidsutvalgene for vurdering med tanke på å innlemmes i permanente ordninger med samtlige samarbeidskommuner.**

7. Bakgrunnsdokumenter

- **Saksnotat- Dialogmøte 23.03.15**
- **Nasjonal veileder for LTMV (pdf)**
- **Nasjonal faglig retningslinje for LTMV (pdf)**

- **Regional handlingsplan for LTMV Helse Vest**
- **Powerpointpresentasjon på dialogmøte (v/ O. Fondenes)**

Ove Fondenes
Haukeland
universitetssjukehus/Lungeavdelinge
n ove.arne.fondenes@helse-
bergen.no

Deres ref:

Vår ref:
2016//1396

Saksbehandler
Christer Kleppe, tlf. 55975558

Bergen,
02.02.2016

Prosjekt LTMV kompetanseutvikling i kommunesektoren

Viser til innsendt melding om behandling av personopplysninger / helseopplysninger. Det følgende er en formell tilråding fra personvernombudet. Forutsetningene nedenfor må være oppfylt før innsamlingen av opplysningene / databehandlingen kan begynne.

Formålet med behandlingen er å øke tryggheten for pasienter og pårørende, samt å bedre arbeidsmiljøet for omsorgsgivere. I den forbindelse skal det gjennomføres en spørreundersøkelse. Spørreundersøkelsen retter seg til ansatte og til pasienter. Det innhentes samtykke fra deltakerne. Ansatte i foretaket svarer på spørsmål gjennom Corporate Surveyor, mens pasienter blir stilt spørsmål direkte ved oppfølging.

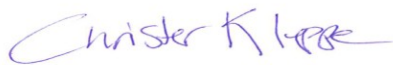
Personvernombudet har vurdert det til at den planlagte databehandlingen omfatter annen forskning, og er meldepliktig til personvernombudet i henhold til personopplysningsloven § 33 og personopplysningsforskriften § 7-27.

Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres under forutsetning av følgende:

1. Behandling av helse- og personopplysningene skjer i samsvar med og innenfor det formål som er oppgitt i meldingen.
2. Tilgangen til registeret skjer i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene.
3. Data lagres avidentifisert på helseforetakets kvalitetsserver. For å få tildelt plass på Forskningsserveren må saksnummer på denne tilrådingen (under Vår ref) fylles ut i søknadsskjemaet og selve tilrådingsbrevet må også legges ved. Annen elektronisk lagringsform forutsetter gjennomføring av en risikovurdering som må godkjennes av foretakets IKT-sikkerhetsleder/personvernombud.

4. Kryssliste som kobler aidentifiserte data med personopplysninger lagres enten elektronisk på tildelt område på kvalitetsserver eller nedlåst på prosjektleders kontor.
5. Data slettes eller anonymiseres (ved at krysslisten slettes) ved prosjektslutt 31.12.2016. Når formålet med registeret er oppfylt sendes melding om bekreftet sletting til personvernombudet.
6. Prosjektet kvalifiserer ikke som medisinsk- og helsefaglig forskning slik det er definert i helseforskningsloven. Du kan benytte bekreftelsen fra REK om at prosjektet ikke er fremleggingspliktig, dersom dette kreves av tidsskrift.
7. Dersom formålet eller databehandlingen endres må personvernombudet informeres om dette.

Med vennlig hilsen



Christer Kleppe
Personvernombud Helse
Bergen HF

Kopi til:
Kahtan Al-Azawy

Meldeskjema for behandling av personopplysninger¹

Benyttes bl.a. til melding av kvalitetssikringsprosjekt, forskningsprosjekt², opprettelse av helse- og/eller personregistre, utlevering av personopplysninger og/eller humant biologisk materiale til eksterne, personalprosjekt og andre behandlinger av personopplysninger.

Forklaring til skjema finner du på Personvernombudets side på Innsiden

1 NAVN/TITTEL PÅ PROSJEKTET/REGISTERET	
Prosjekt LTMV kompetanseutvikling i kommunesektoren	
2 INFORMASJON OM SØKEREN	
A. PROSJEKTLEDER/LOKAL KOORDINATOR/REGISTERANSVARLIG	
Navn og stilling: Ove Fondenes	Klinikk/avdeling som er ansvarlig for personopplysningene som skal registreres: Nasjonal kompetansetjeneste for hjemmerespirator
Telefonnummer: 55978483	E-postadresse: ove.arne.fondenes@helse-bergen.no
3 BESKRIV FORMÅLET MED BEHANDLINGEN AV PERSONOPPLYSNINGENE	
<input type="checkbox"/> Kvalitetssikring av helsehjelp/helsetjenesten - <i>intern</i> <input type="checkbox"/> Forskning <input type="checkbox"/> Utlevering til eksterne <input type="checkbox"/> Kvalitetssikring av helsetjenesten - <i>multisenter</i> <input type="checkbox"/> Utøvende helsehjelp <input type="checkbox"/> Undervisning <input checked="" type="checkbox"/> Annet, spesifiser: Kvalitetforbedrings prosjekt, samarbeid spesialisthelsetjeneste og kommunesektor	
<p>Utfyllende beskrivelse av formål: Prosjektet LTMV kompetanse har som målsetting å styrke kompetanseutvikling innen kommunesektoren vedrørende livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjonsstøtte (LTMV). Vi ønsker både å øke tryggheten for pasienter og pårørende og å bedre arbeidsmiljøet for omsorgsgiver.</p> <p>Hovedmandatet er å utvikle en modell for samhandling mellom tjenestenivåene som styrker kompetanseutviklingen. Dette i form av dokumenter som kvalitetssikrer samhandling rundt den enkelte pasient og en modell for kompetanseoverføring mellom 1. og 2. linje tjenesten og på tvers av kommuner og innen ulike team.</p> <p>Oppretting av langvarige³ kvalitetsregistre skal også meldes til Fagsenter for medisinske registre i Helse Vest⁴</p>	
4 RETTLIG GRUNNLAG FOR BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGENE	
4.1 Samtykke (hovedregel, skal vedlegges)	
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra den registrerte?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hvis nei, begrunn hvorfor:	Ingen direkte personopplysninger, samtykker ved å svare på spørreundersøkelse. Alle involverte er informert på forhånd.
Skal det innhentes skriftlig samtykke fra andre enn den registrerte?	<input type="checkbox"/> Ja <input checked="" type="checkbox"/> Nei
Hvis ja, av hvem?	
Hvis barn inkluderes, angi alder	
Skal det søkes om unntak fra taushetsplikt?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei

¹ Behandling av personopplysninger er enhver bruk av personopplysninger, som f.eks. innsamling, registrering, sammenstilling, lagring og utlevering eller en kombinasjon av slike bruksmåter

² Søknad om medisinske og helsefaglige forskningsprosjekt skal sendes til Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk (REK).

³ Dvs. registre av mer permanent karakter og som ikke bare er knyttet til et konkret kvalitetssikringsprosjekt

⁴ <http://www.helse-bergen.no/fagfolk/forskning/Sider/fagsenter-for-medisinske-register.aspx>

ELLER

4.2 Intern kvalitetssikring av pasientbehandling/helsetjenesten

Ja, prosjektet oppfyller helsepersonelloven § 26. Opplysningene må være anonymisert før eventuell publisering av resultater, og de må publiseres som kvalitetssikring, ikke som forskning. Det kreves ikke samtykke (ref. punkt 5.1). Personopplysningsloven § 33 4. ledd gir unntak for konsesjon, men krever melding. Pasienter som har reservert seg mot slik bruk av opplysningene skal respekteres.

ELLER

4.3 Annet som hjemler melding, angi årsak/hjemmel:

5 PERIODE FOR LAGRING AV PERSONOPPLYSNINGENE

Start (dd.mm.åååå): 01.02.2016	Prosjektslutt (dd.mm.åååå) ⁵ : 31.12.2016	Sletting/anonymisering av data (dd.mm.åååå): 31.12.2016 Beskriv hvordan data vil bli slettet/anonymisert: Data slettes i system corporater surveyer når rapport er ferdig laget.
-----------------------------------	---	---

6 HUMANT, BIOLOGISK MATERIALE

Er opplysningene knyttet til humant, biologisk materiale? Ja Nei

Navn på biobank:

Biobankregisternr.:

Ansvarshavende person for biobanken:

Biobankens innhold (vev, blod og lignende):

Ved avsluttet prosjekt:

Hva skjer med biobankmaterialet?:

Materialet destrueres

Materialet føres tilbake til eksisterende biobank

Annet:

7 DETALJER OM PROSJEKTETS/REGISTERETS INFORMASJONSBEHANDLING

Det minnes om følgende ansvar ifm innsamling, registrering og bruk av personopplysninger:

- opplysningene skal være tilstrekkelige og relevante i forhold til formålet med den planlagte databehandlingen
- opplysningene skal være korrekte og oppdaterte

7.1 Type personopplysninger behandlingen skal omfatte:

7.1.1

Hvis det benyttes kobling mot forskriftsregulerte registre (f.eks. fødselsregisteret, krefregisteret eller dødsårsaksregisteret), eller interne konsesjonsbelagte registre, oppgi hvilke:

Oppgi antall inkluderte:

Oppgi antall år opplysningene vil bli lagret, inkl. oppbevaring for etterprøving:

7.1.2 Ikke-sensitive personopplysninger

Identifikasjonsopplysninger

- Navn, adresse, fødselsdato
 Fødselsnummer (11 siffer)
 Fingeravtrykk, iris
 Annet: Yrkestittel/stilling

Opplysninger om tredjepersoner

- Navn, adresse, fødselsdato
 Fødselsnummer (11 siffer)
 Annet:

Adferdsopplysninger

7.1.3 Sensitive personopplysninger (jf. personopplysningsloven § 2 nr. 8)

Prosjektet omfatter opplysninger om

- rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning
 at en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling
 helseforhold
 seksuelle forhold
 fagforeningstilhørighet

Presiser nærmere:

Behandles spesielt inngripende opplysninger, i så fall hvilke?

⁵ Når prosjektet er ferdigstilt. Dette inkluderer innsamling, analyse/vurdering, konklusjon og ev artikkelsskriving.

- Loggføring av adferd
 Preferanser (ønsker, behov og lignende)
 Annet:

7.2 Utvalg

Behandlingen omfatter opplysninger om (beskriv også eventuell kontrollgruppe):

- Pasienter Tilfeldig utvalgte Ansatte i egen virksomhet Elever/studenter/ barnehagebarn
 Pårørende Seleksjonsutvalgte Adgangskontrollerte Medlemmer

7.3 Innsamling av opplysningene

Hvordan samles personopplysningene inn?

- Manuelt Elektronisk (bilde og tekst) Videopptak Lydopptak Annet (beskriv hvordan):
 Spørreundersøkelse Corporater surveyer, sendes ut per e-post

Hvor innhentes personopplysningene fra? Fra den registrerte selv
 Annet (beskriv hvor fra):

Hvordan oppnås kontakt med de som skal inkluderes? E-post

Hvis innsamling av personopplysninger skal gjøres fra andre virksomheter, hvordan skal dette gjennomføres?

7.4 Utlevering av opplysningene

Blir personopplysningene gjort tilgjengelige/utlevert til andre virksomheter?

- Ja Nei

Dersom ja:

Oppgi mottakeres navn og adresse:

Er virksomheten innenfor EU/EØS?: Ja Nei

Vil den eksterne virksomheten brukes som ressurs/laboratorium/annet for denne studien? Ja Nei Hvis ja, beskriv bruken:

Vil mottakeren ha eget formål/studie? Ja Nei

Hva blir overført?

- Informasjon med navn, fødselsnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ
 Anonymisert informasjon (dvs. ikke mulig å tilbakeføre til det enkelte individ)
 Avidentifisert informasjon. Forklar i så fall hvordan kryssreferanseliste beskyttes dersom dette ikke er likt som i pkt 7.6:

Hvordan oversendes informasjonen?

- Personlig overlevering
 CD eller annen lagringsenhet sendt med rekommandert post
 Registreres på sikret web-side hos mottaker
 Legges ut på sikret område for nedlasting av mottaker
 Annet, beskriv nærmere:

7.5 Lagring og behandling av opplysninger

Hvordan skal opplysningene lagres/er de lagret?

- Kvalitetsserver
 Forskningsserver
 Avdelingens fellesområde (f.)
 Eget område (h.)
 På frittstående PC. Forklar hvordan denne sikres mot uvedkommende:
 På papir. Forklar hvordan dette sikres mot uvedkommende:
 På video, tape eller annet opptak. Beskriv hvordan dette er sikret og om personer kan identifiseres:
 Annet (for eksempel andre virksomheters nettverk)⁶. Forklar: I Corporater surveyer

Hvilke programvare benyttes ved håndtering av data

- Access Excel SPSS Filemaker Pro Word SQL-database
 Annet, spesifiser: Visio

Hvem har det daglige driftsansvaret for systemløsningen (sikkerhetskopiering og vedlikehold):

- Internt i helseforetaket Eksternt innleid Helse Vest IKT AS Andre, spesifiser:

7.6 Gjenfinning av opplysningene

Hvordan gjenfinnes opplysningene? (Bruk av direkte identifisering som fødselsnummer og navn skal forsøkes unngått)

- Opplysningene lagres identifiserbart (med navn, fødselsnummer eller annet som entydig angir det enkelte individ)
 Opplysningene lagres avidentifisert (ved bruk av krysslister, kodelister, løpenummer eller lignende)

Hvordan er krysslister/kodelister beskyttet/lagret? Forklar: Kun tilgjengelig for prosjektleder og 2 prosjektsykepleiere. Lagret i Corporater surveyer, oversikt lagret på Fellesområdet uten tilknytning til prosjekt.

8 GODKJENNING OG DATO FOR UTFYLLING

Meldeskjemaet er forelagt og godkjent av klinikk-/avdelingsdirektør Ja

Sted og dato
Bergen 18.01.2016

Utfylt av:
Lillian Hopland og Hilde Kristin Tveit

Utfylt skjema lagres lokalt (viktig!) og sendes som vedlegg til e-post til **personvernombudet@helse-bergen.no**

Husk å legge ved informasjons- og samtykkeskriv, ev. godkjenninger, protokoll o.l.

⁶ Krever godkjent risikovurdering av løsning.

Veileder for ansettelse av nye omsorgspersoner i team til brukere med LTMV

Ved utvelgelse og intervju er det viktig at det er en representant til stede som kjenner bruker og hva arbeidet innebærer godt.

Intervju bør inneholde informasjon om:

- Kort om sykdom og prognose
- Hvilket kommunikasjonsverktøy bruker anvender
- Bakgrunnsinformasjon om bruker
 - Familie etc.
- Hva forventes av alle parter?
- Hva pleien innebærer
- Hva det innebærer å jobbe så tett på pasienten i eget hjem.
- Organisering av vaktordning
- Hvilken opplæring vil den ansatte få
- Hvem kan de kontakte om en trenger det/slå opp informasjon

Kommunen bør vektlegge i sin vurdering:

- Praktiske ferdigheter
- Tidligere erfaring
- Språkkunnskap. Anbefaler minimum gjennomført B1 eksamen (se forklaring lenger bak)
- Personlige egenskaper

Språkferdigheter

Grunnet komplekse prosedyrer som må tilegnes gjennom både skriftlig og muntlig tilnærming, vil vi i hovedsak anbefale at språklige minoriteter er nivå B1 (tilsvarer norskprøve 3 før 2014), eller høyere, etter retningslinjer fra Europarådet, og i tråd med det europeiske rammeverket for språk (CEFR).

Det foreligger og journalføring, som stiller et visst krav til evnen å dokumentere riktig. Evnen til å kunne lese prosedyrebeskrivelser er viktig for å sikre rett behandling til rett tid. Dette er med på å sette høye krav til både lese og skrive ferdighetene.

De ulike arbeidsoppgaver vil stille ulike krav til ferdigheter fra arbeidstaker innenfor:

Muntlig: Å forstå hverandre er selve nøkkelen til god helhetlig pleie, og bør vektlegges høyt. Hovedvekten av denne brukergruppen mister evnen til å kommunisere tidlig, og dette stiller høyere krav til omsorgspersonen. Misforståelser i denne arbeidssituasjonen kan ha fatale konsekvenser, og en bør tilstrebe at den generelle forståelsen er høy. Det er viktig å skille mellom relevante ord og begreper knyttet til arbeidssted og oppgaver kan og vil læres gjennom opplæringstiden.

Lytting: Evnen til å kommunisere med denne pasientgruppen er ofte svært begrenset. Dermed bør en tilstrebe at arbeidstaker har gode nok norskkunnskaper for å redusere følelsen av frustrasjon, både for bruker og arbeidstaker.

Lesing: Evnen til å kunne lese prosedyrebeskrivelser er viktig for å sikre rett behandling til rett tid. Her stilles det et høyere krav til lesing.

Skriving: I tilfeller der arbeidet journalføres, og der det ikke kun foreligger signeringslister, må en kunne dokumentere.

Her bør en gjøre individuelle tilnærminger, slik at en ikke går glipp av aktuelle personer som kan tilegne seg slike ferdigheter, og dermed fungere godt i stillingen.

B1

Personen kan forstå hovedpunktene i klar tekst og tale om kjente emner som en ofte møter i forbindelse med arbeid, skole og fritid. Kan klare seg i de fleste situasjoner som kan oppstå og kan skrive enkle tekster om kjente emner og kort forklare og begrunne meninger og planer.

Norsk krav jamført nasjonalt fagorgan for kompetansepolitikk;
Hva betyr nivåene?

<http://www.vox.no/Norsk-og-samfunnskunnskap/Norskprøve/norskrav-i-arbeidslivet/#ob=12717>

[Diskrimineringsloven § 4](#) krever at språkkrav må stå i forhold til arbeidsoppgaver. Språkkravene arbeidsgivere stiller må ikke være i strid med diskrimineringslovens forbud mot indirekte diskriminering på grunn av språk. Det er viktig at språkkrav som stilles, er forsvarlige i forhold til det yrket som skal utøves, men likevel ikke er for høye slik at personer som kunne fungert fint i yrket blir utestengt.

Arbeidsgiver må være bevisst på at man ikke stiller høyere språkkrav til innvandrere enn til norskspråklige personer, og at ulike aksenter må aksepteres. Ved ansettelse vil det alltid være nødvendig med opplæring og læring av nye ord og begreper knyttet til arbeidssted og -oppgaver.

TEST- LTMV kompetanse, team

Oppsummert data

(tall i parentes er kartleggingen ved begynnelsen av prosjektet)

Samtykke: Jeg samtykker i å delta i prosjektet		
Svar	Prosent	Antall
Ja	100% (100%)	31 (40)
Nei	0%	0
Totalt antall svar: 31 (100%)		

Data:

Team nummer : Hvilket team jobber du i?							
Spørsmål	01	03	04	05	06	07	Total antall svar
	11	12	2	3	1	2	31

Data (i %):

Team nummer : Hvilket team jobber du i?							
Spørsmål	01	03	04	05	06	07	Total antall svar
	35.48%	38.71%	6.45%	9.68%	3.23%	6.45%	31

Struktur: 2. Har ditt team en teamleder?

Svar	Prosent	Antall
Ja	80.65% (75%)	25 (30)
Nei	19.35% (25%)	6 (10)
Totalt antall svar: 31 (100%)		

Data:

Opplæring : 3. I hvilken grad føler du at du har fått god nok opplæring til å utføre dine daglige arbeidsoppgaver?						
Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0	0 (1)	6 (8)	19 (22)	6 (9)	31 (40)

Data (i %):

Opplæring : 3. I hvilken grad føler du at du har fått god nok opplæring til å utføre dine daglige arbeidsoppgaver?						
--	--	--	--	--	--	--

Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0%	0% (2,5%)	19.35% (20%)	61.29% (55%)	19.35% (22,5%)	31 (40)

Data:

Oppfølging : 4. I hvilken grad føler du at du har fått god nok oppfølging i forhold til dine kunnskaper og kompetanse?

Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0	1 (2)	10 (13)	15 (19)	5 (6)	31 (40)

Data (i %):

Oppfølging : 4. I hvilken grad føler du at du har fått god nok oppfølging i forhold til dine kunnskaper og kompetanse?

Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0%	3.23% (5%)	32.26% (32,5%)	48.39% (47,5%)	16.13% (15%)	31 (40)

Data:

Psykososialt arbeidsmiljø : 5. Hvordan føler du at samarbeidet med bruker/pårørende er?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0	0	5 (10)	17 (19)	9 (11)	31 (40)

Data (i %):

Psykososialt arbeidsmiljø : 5. Hvordan føler du at samarbeidet med bruker/pårørende er?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0%	0%	16.13% (25%)	54.84% (47,5%)	29.03% (27,5%)	31 (40)

Data:

Trivsel : 6. Hvor godt trives du med dine arbeidsoppgaver?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middlels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0	0 (1)	3 (4)	15 (21)	13 (14)	31 (40)

Data (i %):

Trivsel : 6. Hvor godt trives du med dine arbeidsoppgaver?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middlels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0%	0% (2,5%)	9.68% (10%)	48.39% (52,5%)	41.94% (35%)	31 (40)

Data:

Samsvar : 7. I hvilken grad føler du det er samsvar mellom arbeidsoppgaver og ressurser?						
Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0	0 (1)	8 (9)	18 (27)	5 (3)	31 (40)

Data (i %):

Samsvar : 7. I hvilken grad føler du det er samsvar mellom arbeidsoppgaver og ressurser?						
Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0%	0% (2,5%)	25.81% (22,5%)	58.06% (67,5%)	16.13% (7,5%)	31 (40)

Data:

Trygghet : 8. I hvor stor grad føler du deg trygg på dine arbeidsoppgaver?						
Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0	0	4 (10)	19 (23)	8 (7)	31 (40)

Data (i %):

Trygghet : 8. I hvor stor grad føler du deg trygg på dine arbeidsoppgaver?						
Spørsmål	Svært liten grad	Liten grad	Moderat grad	Stor grad	Svært stor grad	Total antall svar
	0%	0%	12.9% (25%)	61.29% (57,5%)	25.81% (17,5%)	31 (40)

Data:

Samarbeid team : 10. Hvor godt opplever du at samarbeidet innad i teamet er?						
Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0	0	4 (9)	15 (18)	12 (13)	31 (40)

Data (i %):

Samarbeid team : 10. Hvor godt opplever du at samarbeidet innad i teamet er?						
Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0%	0%	12.9% (22,5%)	48.39% (45%)	38.71% (32,5%)	31 (40)

Videre opplæring: 11. Er det noen prosedyrer du tenker at du skulle hatt mer opplæring på?		
Svar	Prosent	Antall
Ja	41.94% (32,5%)	13 (13)
Nei	58.06% (67,5%)	18(27)
Totalt antall svar: 31 (100%) (40) (100%)		

Team: 12. Hva skal til for at du skal bli værende i teamet?
Svar
Høst
Fortsatt god oppfølging med oppfriskning med jevne mellomrom og mulighet for ringe dersom man er usikker.
at vi fortsetter på samme måte som nå
Pasienten føler trygghet.
fortsatt godt samarbeid
Fortsatt godt samarbeid
lite forutsigbart pr d.d om ein har vakt på teamet eller ikkje.Liker å vere forberedd
samarbed,
Er veldig fornøyd slik det er.
Trivsel, mestring
har ikke valg, er pålagt
Trivsel. Åpenhet for diskusjon/deling av kunnskap.
god oppfølging, jevnlig oppfrisknings kurs, bra samarbeid med kolleger/pårørende
Godt samarbeid og god kommunikasjon
Fortsatt godt samarbeid med brukar og foreldre
Kontinuerlig opplæring, ev kurs, god bemanning.
Kommunikasjon
usikker
Godt samarbeid og rom for samtaler rundt pasient og situasjon.
Godt samarbeid med bruker, pårørende, og i teamet.
Ein trygg team leder(som vi har).
Pasienten er nettopp død
godt samarbeid, god oppfølging
Godt samarbeid i team og med bruker/pårørende, trygghet, god leder
slippe å gå fra bruker for å hjelpe på avdelingen, bruker føler seg da utrygg
ingenting spesielt
Godt teamsamarbeid
En leder (ikke teamleder) som man kan kommunisere med.
Fast anställning
Tilrettelegging, bedre kommunikasjon, bedre ledelse
god kommunikasjon og utførelse
samarbeid
Vår
Fortsatt godt samarbeid med spesialisthelsetjenesten. At eg fortsatt kan jobbe nokre vakter i ordinær heimesjukepleie.
Jobbet på en annen plass i tillegg. Tøff jobb å være på hele tiden uten avbrekk
erfaring

Jag ser det som mitt ansvar att bli kvar så länge det finns behov
Godt samarbeid med dei andre i teamet. At det oppleves som riktig å fortsetta behandlingen
Samvittighet, ærbødighet, godhet
forståelse+ samarbeid+ respekt
bedre løsning af problematiker fra ledelsen angående bruker/familie. En teamleder, som har styr på opplæring, at fordele arbeides opgaver osv. så der kommer helhed.
Fast stilling
Bedre arbeidsforhold/bedre tilrettelegging
Mindre mas fra pårørende om saker dem og komunen har seg imellom. Teamet er flinke og posetive allerede.
Ansvar
Ingenting
Vet ej
god samarbeid
God tid, felles mål og tilfredsstillende arbeidssituasjon i hjemmet hos bruker. Samarbeid HSY og teamet.
God kontinuitet i bemanningen/ God ledelse / Godt samarbeid mellom ledelse og bruker,pårørende
god leder, god samarbeider med kolleger, god miljø.
Eit fortsatt godt samarbeid mellom brukar og pårørende, og kollegar.
God kommunikasjon, øke bemanning
Fotsatt godt sammarbeid med team leder.
Godt samarbeid i teamet
At jeg blir værende på denne arbeidsplassen/ at vedkommende blir værende.
veldig bra sånn som det er
teamarbeid og mer trening
godt samarbeid
Bättre sammarbete mellan påförande og kommunen
samarbeidet
informere hverandre om endringer og andre viktige hendelser som er viktig for bruker
Godt samarbeid, god kommunikasjon, god oppfølging, god støtte fra kollegaer.
Fortsete på samem måten , kurs og veilednig dersom behov
Så lenge de trenger min hjelp.
god oppfølging, trygghet, jevnlig oppfriskning
Ingenting
Godt samarbeid og positive innstillinger. Utvikling av kompetanse
Noen å snakke med. kurs. Oppfølging.
Hatt vakter på fire timer om gangen. Synst 8 timers vakter er utmattende, psykisk. Bruker krever 100% oppmerksomhet hele tiden.
Vakter på fire timer pga psykisk slitsomt å arbeide med respiratorpasient.
Veit ikkje
veit ikkje heilt

Åpent spørsmål: 13. Er det noe du synes fungerer spesielt godt?
Svar
Høst
Ikke noe spesielt, men generelt synes jeg prosedyrer og samarbeid fungerer godt.
det er fint å vite at andre kan hjelpe om noe er utryggt, at andre frå teamet er på jobb samtidig på huset
Godt samarbeid
Det meste fungerer veldig bra
Klare arbeidsoppgaver
Daglege rutiner
Samarbeid
Godt samarbeid og motiverte folk.
Gode rutiner for vedlikehold og rengjøring av utstyr.
samarbeid på natt
Gode rutiner/prosedyrer.
Jeg synes det meste fungerer bra, ingenting som uthever seg
Godt samarbeid i teamet, tydelige arbeidsoppgaver.
Rutinene og utføring av disse
Samarbeid og hjelpsomhet blant personale.
Lite konflikter
samarbeidet på fungerer
Synes det fungerer bedre og bedre.
At vi i teamet får god nok oppfølging til kunnskap og kompetanse.
Team lederen.
Nei
synes egentlig at alt fungerer greit
Rutinene på prosedyrene fungerer bra i det daglige.
Samarbeid natt
godt samarbeid innad i gruppa.
Godt samarbeid i teamet
Vi ansatte fungerer veldig godt sammen.
Tycker att allt fungerar bra
Prosedyrer. Opplever at bruker er trygg på de prosedyrene som blir utført, og på den som er på jobb.
God kommunikasjon
Jeg synes at det er samarbeid i teamet.
Vår
Synest teamet fungerer bra
Flinke å dele erfaringer og tips og råd
teamet
Respiratorvård i hemmet

Dei daglege rutinane
Det er viktig ærbødighet og forståelse mellom pleier og bruker.Og kunnskaper og erfaring.
Det fungerer god nesten alt .Det god samarbeid og kompetanse som ALS team
Kollega er dygtig og gjør en stor insats, alltid glade og positive.
Nei
Prosedyrer gitt fra Haukeland og opplæringen vi fikk der har fungert veldig bra.
Rutinene og prosedyrene fungerer bra. Med stell og respirator.
Samarbeidet i teamet.
Nei
Samarbete
god arbeidsmiljø.
God oppfølging og samarbeid med Haukeland sykehus. God støtte.
At teamet, trass i mye opplæring av nytilsatte,er positive og utfører sine oppgaver rundt bruker på en tilfredstillende måte.
Det er apparater og samarbeider med kontoret.☒
Heile teamet og rutinene fungerer veldig godt. Vi ser at det vi gjer virkar og har god og positiv effekt på brukar.
Samarbeidet mellom assistentene, til tross for at vi jobber alene.
Team lederen. Mulighet for bytting av vakter ved behov.
Nei
Kommunikasjon med vedkommende.
synes alt går greit
ja Gi flere muligheter til pasienten å sosialisere utenfor folk med samme situasjon
God kommunikasjon
Vi gör alla ett mye bra jobb og brukaren har det bra..
ja
når bruker har gode dager er hverdagen god sammen med bruker.
Arbeidsoppgaver er godt fordelt mellom oss.
samarbeid og informasjon ved endringer av rutiner/prosedyrer
Teamarbeid.
samarbeid med teamleder
Det meste fungerer bra.
Godt samhold. Det er "lov" å spørre og feile.
Kontakt med pas.
Bruker er veldig smilende, blid og har stor livskvalitet. Personalet på teamet støtter hverandre ved å møte opp på fritiden og støtter hverandre når det skal utføres kanyleskifte. Dette fører til trygghet for både personalet og pasienten.
Samarbeidet innad i teamet er godt og støttende, en møter opp på fritida for å støtte hverandre når en skal utføre kanyleskifte. Dette er trygt både for pasient og personalet.
Eg syntes det går fint med hostemaskinen, innhallasjonen, suging,daglig stell.
nei

Åpent spørsmål: 14. Er det noe du synes kan bli bedre?	
Svar	
Høst	
	Orden på rom og klargjøring før morgenstell.
	Teamet kan nok samles oftere og luften felles problem eller utfordringer
	At alle føler seg trygg
	Vet ikke.
	Nei
	meir varierte dager.Oftere samling av team for å diskutere utfordringer eller anna.Har hatt 1 felles møte hittil
	enkelte personer sin holdning til det å jobbe i team
	Nei
	Ønsker mer kursing og kvalitetssikring til de ansatte. Mulighet for å utvikle seg mer faglig.
	Ting kan alltid bli bedre.
	Usikker.
	Jevnlige oppfriskningskurs og flere team møter
	Kan være flinkere til å videreformidle beskjeder, bedre kommunikasjon i teamet.
	Ein kan alltid blir bedre, men eg kjem ikkje på noko spesifikt akkurat no.
	usikkerdå eg ikkje har vore så lenge i teamet
	Kommunikasjon
	kommunikasjon dag/kveld/natt
	Kunne møtes i grupper og diskutere pasienten og situasjon oftere. Speiselt når kommunikasjon blir vanskelegt. Samarbeide bedre for å kunne planlegge dagen og evt aktiviteter bruker kan være med på for å få innputt i kvardagen. Kunne planlegge dette god tid på forhand.
	Ingenting jeg kan tenke på.
	?
	Nei
	kanskje litt oftere oppfølgingskurs
	Tettere og jevnlig oppfølging fra spesialister i forhold til prosedyrer for å kvalitetssikre standarden av pleie vi utøver for bruker.
	alltid noe som kan bli bedre
	oftere møte med teamleder. teamleder arbeider ikkje i teamet. av den grunn får en ikkje samme forståelsen for problemer i forhold til det jobben vår består i.
	Samarbeid med vikarbyråd
	Ikke når det gjelder bruker eller selve arbeidsplassen.
	Nej
	Samarbeidet innad i teamet, at alle trekker i samme retning, og mer tilstedeværelse fra leders side.
	Mer opplæring/ kurs om respirator behandling, trakeostomi omsorg
	Jeg synes at det kan hjelpe til å bli bedre når jeg er på kurset.
Vår	
	Nei
	Kommer ikke på noe per dags dato..

vanskelig a svare paa
KOMmunikationen med patienten, att arbeta fram en modell(som är på gång i detta nu). Jag skulle önska att det fanns en levnadsbeskrivelse så man får lite mer information om patienten, hur hon levt sitt liv, intressen och namn på familjemedlemmar.
Nei
Møte med andre team for å dele erfaring.
Alltid er det noe hva kan man gjøre å bedre.Men det er små tingene.F.e.En lege kan komme oftere og vurdere tilstadd
Få en teamleder, som har styr på alt her ude ved bruker. bl.a. bestilling af varer, opplæring osv.
Nei
Mer oppfølging. En står veldig alene på jobb, og har man spørsmål om ting er det vanskelig å vite hvor man skal stille de/ det tar veldig lang tid å få svar på ting. Så en person med større kompetanse i teamet hadde vært ønskelig.
Kommunikasjonen
Nei
nei
Vet ejj
prosedyrer i forflytning eller snuing.
Samarbeid mellom HSY og teamet. Gruppeleder glemmer ofte å informere teamet om f.eks ferie, påsketurnus osv. Teamet blir ofte "glemt ut". At teamleder har spesifiserte arbeidsoppgaver og tid til å ta seg av jobben sin. Føler at hos HSY blir dette sett på som en "ekstra jobb" utenom arbeidsoppgaver i HSY. Teamleder er krevende og utfordrende jobb.
Informasjon til bruker og pårørende. Hvem gir informasjonen? Behov for hjelp og veiledning om hvordan informere om viktig informasjon som påvirker bruker og familien sin hverdag?
Ja, jeg synes det skal gå bedre hvis vi skal jobbe begge to(2 sykepleier)samtidig på plass.(mer trygghet og hjelp til stell, og også bedre hvis bruker skal ha i nødsituasjonen).
Ikkje som eg kjem på no.
Det er stadig rom for forbedring, uten at jeg klarer å peke på noe konkret akkurat nå.
Veit ikkje.
Nei
Orden på rommet. Mye utstyr, viktig at alle legger ting på faste plasser.
kan ikke komme på noe
ja mye bedre hvis vi har større sjanse for å ha mulighet til å ha opplæring i alt prosedyre vi gjør pasienten for å bygge opp confidence.sammen tid til å forbedre språk nivå
Nei
Att vi blir bedre på at göra likadant og icke ändra på procedurer efter vad man själv syns är det bästa.
ja
hvordan vi snakker og veileder i situasjoner der bruker er stresset.
Kommunikasjon.
nei
Kommunikasjon.
bedre oppfølging/oppfriskningskurs
Burde kanskje vært ansatt flere i teamet. Ved sykdom kan det være vanskelig å få dekket vaktene.
Rutiner rundt ulike prosedyrer som går på maskiner
Pårørendekontakt

Ønske om fire timers-vakter, men veit at dette er ressurskrevende og vanskelig å få til. Hyppigere møter med ansvarlig lege og sykepleier på nevrologisk avd. HUS
Ønsker at det er flere med opplæring på resp på kvar vakt. Føles utrygt å være på resp dersom det ikke er andre med opplæring på jobb på sykeheimen . Dersom det oppstår en situasjon er det godt å kunne tilkalle en kollega som kan hjelpe og støtte i situasjonen. Ønsker hyppigere møter med ansvarlig lege og sykepleier på nevrologisk avd HUS.
Eg kan vel alltid bli bedre, men eg er redd at eg skal gjøre noe feil hver gang eg er hos pasienten.
samarbeidsmøter

Evaluering prosjekt: 15. Hva synes du har vært positivt/ negativt i prosjektperioden?	
	Svar
	Positivt med repetisjon. Ikke noe negativt.
	Vi har fått hjelp og veiledning når vi har spurt etter det ,men det er ofte vanskelig å delta på resp-rommet i opplæring eller hjelpe til, må jo då gå frå annan jobb, dette burde planlegges meir. I starten av dette opplegget med resp-behandling var det nok mange som kjenndte seg usikre og tenkte dei hadde fått for kort opplæring til å vere aleine med pasienten.
	Vet ikke.
	Fått mer kunnskap og blitt mer trygg.
	positivt å ha godt utdanna sjukepleiere som kan hjelpe og rettleie
	Vet ikke.
	kjekt å treffe andre team i samme situasjon.
	Tydelig teamleder har vært positivt.NegativtAlt for stor bruk av utenlandske vikarer.Dette handler om stadig nye som skal ha opplæring og kvaliteten for pasienten.I tillegg kommer språkvansker
	positivt at vi har fått oppfrisking/ ikke noe negativt
	Jeg føler det har vært litt lite informasjon ut til, og involvering av, teamet i forhold til oppstart og hva prosjektet går ut på (bedret nå mot slutten), og forsinket informasjon og noe lavt engasjement fra arbeidsgiver. Positivt og viktig fokus på prosjektet, det er bra det gjennomføres.
	positivt med temadag med dei andre gruppene i nabokommunane, få dele på erfaringer på godt og vondt.
	Har inte varit så mycket delaktigt
	Veldig positivt med oppfølging og kurs/samlinger.
	Jeg synes at prosjektperioden er stor hjelpe til å bli mer kompetent på jobben. Jeg ser ikke noe negativ for det.
Totalt antall svar: 14 (45%)	

TEST- LTMV kompetanse, leder

Oppsummert data

(tall i parentes er kartleggingen ved begynnelse av prosjektet)

Samtykke: Jeg samtykker i å delta i prosjektet		
Svar	Prosent	Antall
Ja	100%	5
Nei	0%	0
Totalt antall svar: 5 (100%)		

Data:

Team nummer : Hvilket team er du tilknyttet?							
Spørsmål	01	03	04	05	06	07	Total antall svar
	1	0	1	1	1	1	5

Data (i %):

Team nummer : Hvilket team er du tilknyttet?							
Spørsmål	01	03	04	05	06	07	Total antall svar
	20%	0%	20%	20%	20%	20%	5

Posisjon: 1. Hvilken stilling har du? Du kan sette flere kryss

Svar	Verdi	Prosent	Antall
Teamleder	1	40% (37,5%)	2 (3)
Leder i kommunen	2	60% (75%)	3 (6)
Annet	3	20% (12,5%)	1 (1)
Standardavvik.: 1.08	Varians: 1.167	Median: 2	Gj.sn.: 1
Maks: 3	Min: 1	Totalt antall svar: 5 (8)	

Struktur: 2. Hvordan er teamet organisert? Du kan sette flere kryss

Svar	Verdi	Prosent	Antall
Brukerpersonlig assistent	1	0% (0%)	0 (0)
Vikarbyrå	2	60% (62,5%)	3 (5)
Kommunen (hjemmetjenesten)	3	80% (87,5%)	4 (7)
Sykehjem	4	20% (0%)	1 (0)

Annet		5	0% (0%)	0 (0)
Standardavvik.: 1	Varians: 1	Median: 3	Gj.sn.: 2	
Maks: 4	Min: 2	Totalt antall svar: 5 (8)		

Oppgaver: 3. Hvilken oppgaver har du i forhold til teamet? Det er mulig å sette flere kryss

Svar	Verdi	Prosent	Antall
Administrativt	1	100% (100%)	5 (8)
Delaktig i pasientbehandlingen	2	20% (37,5%)	1 (3)
Opplæring	3	60% (37,5%)	3 (3)
Standardavvik.: 1.2	Varians: 1.444	Median: 1	Gj.sn.: 1
Maks: 3	Min: 1	Totalt antall svar: 5 (8)	

Data:

Rutiner : 4. Har dere rutiner for oppdatering av pasientperm?

Spørsmål	Ja	Nei	Vet ikke	Total antall svar
	5 (3)	0 (4)	0 (1)	5 (8)

Data (i %):

Rutiner : 4. Har dere rutiner for oppdatering av pasientperm?

Spørsmål	Ja	Nei	Vet ikke	Total antall svar
	100% (37,5%)	0% (50%)	0% (12,5%)	5 (8)

Data:

Arbeidsmiljø : 5. Hvordan opplever du at det psykososiale arbeidsmiljøet i teamet er?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0	0	0 (3)	5 (3)	0 (2)	5 (8)

Data (i %):

Arbeidsmiljø : 5. Hvordan opplever du at det psykososiale arbeidsmiljøet i teamet er?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Total antall svar
	0%	0%	0% (37,5%)	100% (37,5%)	0% (25%)	5 (8)

Team: 6. Opplever du stor utskiftning i teamet?

Svar	Prosent	Antall
Ja	20% (37,5%)	1 (3)
Nei	80% (62,5%)	4 (5)
Totalt antall svar: 5 (8)		

Sykefravær: 8. Har du inntrykk av at det er flere sykemeldinger hos ansatte som jobber i team enn som jobber i ordinær hjemmetjeneste?

Svar	Prosent	Antall
Ja	0%	0
Nei	100% (100%)	5 (8)
Totalt antall svar: 5 (8)		

Data:

Bestilling : 9. Hvordan fungerer rutinene deres for bestilling av forbruksmateriell?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0	0 (1)	0	2 (3)	3 (3)	0	5 (8)

Data (i %):

Bestilling : 9. Hvordan fungerer rutinene deres for bestilling av forbruksmateriell?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0%	0% (12,5%)	0%	40% (37,5%)	60% (37,5%)	0%	5 (8)

Data:

SBH : 10. Hvordan opplever dere servicen fra Seksjon for behandlingshjelpemidler?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0	0	0	2 (6)	3 (2)	0	5 (8)

Data (i %):

SBH : 10. Hvordan opplever dere servicen fra Seksjon for behandlingshjelpemidler?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0%	0%	0%	40% (75%)	60% (25%)	0%	5 (8)

Data:

Oppfølging spesialist : 11. Hvordan opplever du at oppfølgingen/ støtten fra spesialisthelsetjenesten er?

Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0	0	0	1 (4)	4 (4)	0	5 (8)

Data (i %):

Oppfølging spesialist : 11. Hvordan opplever du at oppfølgingen/ støtten fra

spesialisthelsetjenesten er?							
Spørsmål	Svært dårlig	Dårlig	Middels bra	Bra	Svært bra	Ikke aktuelt	Total antall svar
	0%	0%	0%	20% (50%)	80% (50%)	0%	5 (8)

Utskiftning: 7. Hvor mange nye assistenter har blitt ansatt siste 6 måneder?	
Høst	
4	
0	
0	
2	
ingen	
Totalt antall svar: 5 (100%)	
Vår	
3	
1	
Usikker antall, men det er en del nye innleid fra vikarbyrå	
2	
2	
Ingen	
2	
Totalt antall svar: 8 (100%)	

Åpent spørsmål: 12. Er det noe du synes fungerer spesielt godt?	
Høst	
Det er lett å ta kontakt	
Spesialisttjenesten er flink til å stille opp om vi lurer på noe, kommer gjerne på hjemmebesøk.	
Er veldig fint at det alltid er åpent for å ringe og diskutere pas. Har me behov for tilsyn og kontakt med pas. stiller dei alltid opp.	
At vi raskt får kontakt med spesialisthelsetjenesten, og at sakene blir tatt på alvor, og de er med å løser enkelte utfordringer/problemstillinger.	
Godt samarbeid med Haukeland,lunge post 1 !! De kommer på hjemmebesøk når vi trenger det, lett å spørre om råd og veiledning.	
Totalt antall svar: 5 (100%)	
Vår	
Behandligmidelsentralen	
Lett å ta kontakt. Får svar og oppfølging på det ein treng.	
Synest det er betryggende og godt at ansvarlig lege og spl på Haukeland er lett å få tak i og stiller opp dersom det er spm og eller utfordringer.	
opplever at spesialisthelsetjenesten er lett å kontakte og be om hjelp/veiledning.	
Bra opplæring, føler alltid vi kan ta kontakt når vi trenger de.	
Får kontakt med dere når vi trenger det, og vet at vi kan ringe.	

Jeg er ny i min stilling og kjenner ikke til teamet godt nok pr nå til å ha en mening om hvorvidt noe fungerer spesielt godt (eller ikke godt)
Bra at de av og til kommer hjem til pasienten.
Totalt antall svar: 8 (100%)

Åpent spørsmål: 13. Er det noe du synes kan bli bedre?

Høst

Ikke noe som jeg kan komme på.

Har vore litt dårlig med team møter, men dette er no opp å gå. Har team møte x 1 pr mnd og ellers ved behov

Ikke pr i dag.

Ikke som jeg kommer på akkurat nå.....;-) Mye vi kan bli bedre på, men med hensyn til prosjektet vet jeg ikke.....

Totalt antall svar: 5 (100%)

Vår

Det vanskelig for a svare

Nei, synest det tværfaglige samarbeidet er godt

Samarbeidet mellom kommune og spesialsthusetjeneste bør være mer planlagt og forutsigbart fra starten av slik at alle parter vet hva en forholder seg til, hvem har ansvar for hva.

At vi blir kontaktet av de av og til, bare for å høre om det er noe vi trenger opplæring/støtte på. At de kommer ut i teamene eller gruppene fast ett par ganger i året.

Behov for mer oppfølgingstiltak for nytilsette/godkjenning. Ønsker her bistand fra Hilde.

Jeg er ny i min stilling og kjenner ikke til teamet godt nok pr nå til å ha en mening om hvorvidt noe bør forbedres eller ikke.

Jeg synes at det fungerer bra.

Totalt antall svar: 8 (100%)

Evaluering prosjekt: 14. Hva synes du har vært positivt/ negativt i prosjektperioden?

Svar

Positivt med filming av prosedyrer, fleire å ta kontakt med om det er noko ein lurar på.

Kursing av personell i teamene har vært veldig positivt og noe de ansatte synes er inspirerende.

Positivt å kunne dele erfaringer og få innspel av og med andre. Har fått lærdom og innspel i korleis forløpet med evt ny LTMV pas bør planlegges og iverksett Synest av og til det kan være vanskelig å få til å møte i prosjekt gruppa, når det er snakk om 1 - 1 1/2 time. Som leder går det mykje tid vekk i reise for kort møte.

Kursene har vært positive, veiledning og oppfølging av nytilsatte har vært bra. Det tar alltid litt tid, før en begynner å bruke tjenesten optimalt, så det er den siste tiden jeg føler vi har fått mest uttelling, så nå håper jeg prosjektet videreføres.

Alltid positivt å komme sammen med andre i samme situasjon og lære av hverandre. Viktig forum for de ansatte, at de blir sett og hørt.

Totalt antall svar: 5 (100%)

Annet: Ytterligere kommentarer

Høst

Synest det har vore kjekt å vore med i nettverket og har fått masse ny info. Har hatt ein del utfordringer i forhold til å ha resp,pas., men dette har gått seg veldig til etter at me overtok ansvaret sjølv og ikkje har innleig byrå.

Har noen tanker om at det hadde vært gunstig om de jobbet litt hver uke, isteden for annen hver uke. Og om de er tilgjengelig evnt de ukene de ikke er i prosjektet. (har fått tak i de på mail, men nødvendigvis ikke på mob.)(Dette er bare noen tanker, og ikke sikkert det ville vært bedre, da ting ofte går seg til)

Totalt antall svar: 2 (40%)

Vår

Har flere ganger etterlyst veiledning for de som jobber så tett på en bruker.

Totalt antall svar: 1 (12%)

Tilleggs kommentarer

1. Hvilken stilling har du? Du kan sette flere kryss - Kommentar

Avdelingsleder

2. Hvordan er teamet organisert? Du kan sette flere kryss - Kommentar

Sjukeheimen overtar frå 1/4

Rutiner for oppfølging av team til pasienter med hjemmerespirator.

Målgruppe:

Ansvarlig spesialist ved sykehus, teamledere, arbeidsleder for omsorgspersoner til hjemmerespiratorpasienter.

Bakgrunn:

LTMV er et spesialisthelsetjenestetilbud som drives i hjemmet. Dette innebærer et særlig oppfølgingsansvar i forhold til behandlingen. Selv om forsvarlig kompetanse i team eller personlig assistanse er etablert under tilpassing i sykehus har spesialisthelsetjenesten også ansvar for å følge opp omsorgspersoner og pasient utenfor sykehuset. Kommunal helsetjeneste eller avtalte private tjenestetilbydere har arbeidsgiveransvar for omsorgspersoner og vanlige forpliktelser som følge av dette. Kompetansen som kreves av et team skal imidlertid både overføres, videreutvikles og kontrolleres. Dette krever samhandling mellom spesialisthelsetjeneste og kommunal helsetjeneste. Det krever også en tilstrekkelig og hensiktsmessig ressursallokering samt organisering i team med definert leder(e).

Mål:

Oppfølging av omsorgspersoner til hjemmerespiratorpasienter skal:

1. Bidra til at pasientens målsetting for behandlingen ivaretas.
2. Sikre at medisinsk faglige rutiner knyttet til respiratorbehandling i hjemmet blir praktisert som anbefalt.
3. Redusere uhell, skade eller unødig belastning av pasient, pårørende og omsorgspersoner.
4. Bidra til godt og forsvarlig arbeidsmiljø for omsorgspersoner. Forebygge praksis som gir stor slitasje eller hyppig utskifting.

Virkemidler:

1. Pasientperm med rutiner, sjekklister for opplæring, rapport om uventet hendelse eller annen rapportering
2. Veiledning og oppfølging av spesialisthelsetjenesten
3. Individuell plan
4. Veiledning av arbeidsgivers bedriftshelsetjeneste, medarbeidersamtaler

Metode:

I det følgende omtales en metode for etablering og oppfølging gjennom 3 faser. Hvilken fase et team befinner seg i må defineres ut fra felles enighet mellom spesialist, pasient og teamleder.

Fase 1 (RØD): Etablering

Standardisert, tilrettelagt teori og praksisundervisning, veiledning på sykehus. Sjekkliste for dokumentasjon av kompetanse. Prosedyrer samlet i skreddersydd pasientmappe.

Omsorgspersoner under opplæring kan være helsefagutdannet, men uten relevant erfaring med LTMV. Ufaglærte, uten helseutdanning benyttes også, personlig egnethet er avgjørende.

1 eller 2 personer bør ha definert primærkontaktfunksjon. Primærkontakt skal gradvis overta supervisjon av omsorgspersoner og må tilegne seg trygghet og god faglig innsikt i alle prosedyrer. Samarbeide nært med pasient og spesialisthelsetjenesten om gjennomføring av behandling, hjelpe til med å identifisere veiledningsbehov.

Fase 2 (GUL): Nybegynner

Omfatter den første perioden etter at pasient er kommet til hjem, omsorgsbolig eller sykehjem. I denne fasen bør en unngå å introdusere nye omsorgspersoner i teamet. Konsolidering av kunnskap og trening på gjennomføring av behandling i hjemmesituasjon og nærmiljø er viktigst. Oppfølging fra spesialisthelsetjenesten med 1 – 3 måneders mellomrom eller hyppigere ved behov. Eventuelt kanyleskifte gjøres av primærkontakt eller andre omsorgspersoner under supervisjon. Spesialist har hovedvekt på veiledning av omsorgspersoner og eventuelt behov for justering av rutiner.

Fase 3 (GRØNN): Erfaren

Primærkontakt har tilstrekkelig erfaring og trygghet til at eventuelle nye omsorgspersoner kan få opplæring og godkjenning uten at spesialist godkjenner den individuelle personens kompetanse. Spesialisthelsetjenesten gjør kvalitetskontroll i samarbeid med primærkontakt. Fokus på håndtering av uventede hendelser, utfordringer innad i team, eller mellom team og pasient. Spesialisthelsetjenesten har fortsatt en forpliktelse til veiledning og oppfølging av team. I praksis innebærer dette regelmessig hjemmebesøk eller poliklinisk konsultasjon med 3- 6 mnd intervall. Deltagelse på temadager eller lignende 1 – 2 ganger i året. Agenda avtales mellom primærkontakt og spesialist.

Oppfølging av team blir således en kontinuerlig prosess med et variabelt forløp som defineres ut fra en felles enighet mellom involverte parter om hvilken fase teamet befinner seg i.

INFORMASJON VEDRØRENDE BRUK AV SJEKKLISTEN

Sjekkliste for opplæring LTMV er et hjelpemiddel for å kvalitetssikre kompetanse til omsorgspersoner til pasienter med avansert, oftest invasiv og livsoppretholdende behandling.

Listen over kunnskapskrav omfatter

1. **Obligatorisk kunnskap.** Praktiske prosedyrer eller kunnskap som omsorgspersonen må kunne demonstrere ved test for en veileder at vedkommende mestrer. Disse tema er i tabellen markert med symbolet: 🖐️
2. **Kursorisk kunnskap.** Kunnskapsområder hvor en kun forventer at omsorgspersonen skal ha kjennskap til tema og hvor den som har gitt undervisning kun skal bekrefte at det er gjennomført. Disse tema er markert med symbolet 📖 i tabellen

Veileder eller den som har gitt undervisning og foretatt kontroll av omsorgspersonens kunnskap og praktiske ferdigheter signerer med initialene på det aktuelle punkt i tabellen som er utført under kolonnen med er merket. For at initialene skal være identifiserbar skal navnet på veilederne fremgå av skjemaets første side.

Endelig godkjenning av den enkelte omsorgsperson gis etter at det er dokumentert at obligatorisk kunnskap er gitt og bestått (eventuelt med supplerende bemerkninger). Dette undertegnes normalt av behandlingsansvarlig spesialist eller primærkontakt.

SJEKKLISTE FOR OPPLÆRING LTMV (avansert)

Person: _____

Navn på omsorgsgiver/omsorgsperson/ pårørende
(signatur på side 2 og 3)

Ufaglært (Ja/Nei): _____

Hvis helsefaglig utdanning, hvilken: _____

1. Har gjennomført teorikurs med praksisdemonstrasjoner

_____, _____



Dato

Kursleder



2. Praktiske kunnskaper er testet av:

Signatur	Blokkbokstaver	Firetegnskode
Signatur	Blokkbokstaver	Firetegnskode
Signatur	Blokkbokstaver	Firetegnskode
Signatur	Blokkbokstaver	Firetegnskode

A. Kunnskapskrav:

- 1:  Ha kjennskap til (dokumentert at opplæring er gitt, teoretisk eller demonstrert)
- 2:  Kunne utføre selvstendig

B. Praksistest - Utført oppgave selvstendig:  (signatur av den som har kontrollert at oppgaven er utført tilfredsstillende og selvstendig - firetegnskode)

EMNE				Dato:
-------------	---	---	---	-------

Pasientens grunnlidelse – betydning for pust

--	--	--	--

Luftveienes oppbygging og funksjon

• Øvre og nedre luftveier				
• Normal respirasjon / respirasjonssvikt				

Respirator og pasientkrets (slanger)

• Hvordan maskinen fungerer				
• Display og funksjonsknapper – kunne forklare				
• Innstillinger og målte verdier – kunne lese av				
• Alarmfunksjoner, kunne teste og tolke:				
o Frakobling				
o Tilstopping				
o Batteri				
• Endre instilling på respirator				
• Skifte mellom to eller flere programmer				
• Kobling av slangesett og ventilsystem				
o Med fukter (aktiv fukting)				
o Med fuktefilter (passiv fukting)				
• Rengjøring maskin, slange, ekspirasjonsventil og skift av filter eller ventil på maskin				

Fukter

• Hensikt				
• Innstilling / Alarm				
• Oppkobling/ Rengjøring / Skifte av fuktekammer				

Fukterfilter

• Hensikt				
• Skifte				

Trakealkanyle

• Forstå kanylens oppbygning				
• Trakeostomistell – skifte/rengjøre innerkanyle				
• Trakeostomibånd – skifte				
• Kanyleskift				
• Taking av bakterieprøve				

EMNE				Dato:
-------------	---	--	---	-------

Bag

• Bruk – Når og hvordan?				
• Oppkobling / funksjonstest				
• Rengjøring				

Sugeapparat

• Når bruke?				
• Hvordan bruke?- sugeprosedyre				
• Rengjøring				

Cough Assist ®

• Oppkobling av krets				
• Innstillinger				
• Skifte mellom to programmer				
• Bruk ved slimmobilisering				
• Bruk ved cufflufting				
• Rengjøring				

Pulsoksymeter

• Funksjon				
• Tolkning av måleresultat				
• Tiltak ved unormale målinger				

Uventede hendelser & nødsituasjoner

• Forstå og respondere på alarmer				
• Handlingsplan ved uventede hendelser				
• Feilsøkingsskjema for respirator				

Oppfølging

• Bestillingsrutiner forbruksmateriell				
• Servicerutiner				
• Legekontroller				
• Kontaktpersoner				

GODKJENT I ALLE NØDVENDIGE PROSEDYRER(RØDE FELT) AV:

Underskrift, Stilling, ArbeidsstedDato:

EVT. MERKNAD
(mangler/forbehold): _____

Oppsummert evaluering

Introduksjonskurs i hjemmerespiratorbehandling 2016

Sett kryss for det som stemmer for deg:

Hvor nyttig var temaene:		Svært nyttig	Nyttig	Noe nyttig	Lite nyttig	Ikke nyttig
Faglige innlegg	Sykdomslære. Anatomi/ fysiologi	15	10	4	2	
	Respiratorbehandling Fukter	19	10	3		
	Retningslinjer v/ stell av trakeostomi, trakealsuging. Bruk av transportabelt sug, lærdalsbag etc.	20	9	2		
Praktisk	Slimmobilisering ved bruk av cough assist	18	9	2	2	
	Simulering	23	7	1		

Andre kommentarer?

- Veldig bra gjennomført kurs
- Flotte kurslokale
- Ok gruppestr.
- Dårlig lyd fra fysioterapeutfilmen
- Presentasjon av dere som holder kurset
- Mye å lære og mat og spise
- Veldig bra kurs
- Veldig bra ettersom jeg er nybegynner og ny i teamet
- Litt mer og bag og hvordan den er satt sammen

Samarbeidsavtale for planlegging av pasientforløp med livsoppretholdende langtidsmekanisk ventilasjon (LTMV)

Skjemaet benyttes i samarbeidsmøtet for barn og voksne med LTMV og kommunalt hjelpebehov. Pasientansvarlig overlege eller sykepleier ved sykehus innkaller til samarbeidsmøte med kommunen så snart det er klart at omsorgskrevende LTMV er aktuelt å etablere. Samarbeidsmøte holdes så snart det er praktisk mulig. Det er viktig at det legges til rette for at fastlegen kan delta på samarbeidsmøtet.

Møtedeltakere:

- Pasientansvarlig lege og sykepleier fra spesialisthelsetjenesten
- Fra kommunen: Representant for vedtakskontor i kommunehelsetjenesten, representant fra utøvende tjeneste (hjemmetjeneste eller kommunal institusjon), evt. Kommuneoverlegen, helsesøster (barn) og fastlegen
- Pasient og pårørende eller representant

Samarbeidsmøte gjelder (pasient): _____
Hjemmehørende i _____ kommune

Tema som skal avtales i møtet for å tilrettelegge LTMV behandling i kommunen	Ansvar	Tidsfrist	Kommentar
Muntlig samtykke fra pasient eller pårørende (barn) til at helsepersonell (sykehus og kommune) kan utveksle nødvendig informasjon er innhentet	Sykehus	Før møtet	
Rekruttering av personell	Kommune		
Opplæring av personell; teoretisk og praktisk gjennomgang, opplæringsvakter	Sykehus		
Bestilling av behandlingshjelpemidler og forbruksmateriell	Sykehus		
Utarbeide pasienttilpasset prosedyreperm inkludert handlingsplan ved akutte hendelser i forbindelse med LTMV	Sykehus		
Starte/revidere Individuell Plan	Kommune		
Vurdere privat bolig, omsorgsbolig eller institusjon	Kommune / Pasient		
Tilrettelegging i barnehage/skole (barn).	Kommune		
Behov for andre kommunale tjenester (fysioterapi, ergoterapi, avlastning m.m.)	Kommune		
Nødvendige søknader m.m	Sykehus, kommune og pasient		
Utveksle informasjon om kontaktpersoner ved sykehuset og i kommunen	Sykehus og kommune		

Antatt dato/uke hvor pasienten kan utskrives			
--	--	--	--

Avtalen om planlegging av pasientforløp er inngått i samarbeidsmøtet mellom:

Signatur: _____ Dato: _____
(Kommunerepresentant)

Signatur: _____ Dato: _____
(Spesialisthelsetjenesterepresentant)

Tillegg

I etterkant av møtet må det fattes vedtak i kommunen om avtalte tiltak. Når dette er gjort kan kommunen bekrefte dato/ uke for utskriving og overføring av ansvar til hjemkommune. Informasjon om vedtak sendes til pasient og sykehus så snart det er avklart.

Endelig dato/uke for overføring til kommunen _____
(Fylles ut så snart kommunen har fattet vedtak, og sendes til sykehus)

Signatur: _____ Dato: _____
(Kommunerepresentant)

”Samarbeidsavtale for planlegging av pasientforløp” er vedlegg til Retningslinjer for samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetjenesten for pasienter med LTMV i kommunene jfr «Tiltak 1».

Vedlegg 10 - fremdriftsplan

