

# Postere fra læringsnettverk i Ofoten, Troms og Finnmark

Samling 4, 19.-20. november 2019



# DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 1



Alta kommune



## 1. Forberede

Felles erkjennelse av behovet for forbedring

Forankre og organisere forbedringsarbeidet

Klargjøre kunnskapsgrunnlaget  
- forskning, erfaring og brukerkunnskap

## 1. Forberede

- Vi ser et behov for forbedring i kommunen
  - Kommunene har satt sammen et tverrfaglig forbedringsteam
  - Hele kommunen må spille på samme lag, mot samme mål
- PROBLEMOMRÅDE**
- **Manglende tverrfaglig koordinerende enhet**
  - Informasjonsflyt både ved innleggelse og utskrivelse
  - Tilrettelegging før hjemkomst i samarbeid med pårørende
  - Kompetanseheving, og riktig kompetanse på rett sted
  - Folkeopplysning og forventningsavklaring om nivå på tjenestetilbud
    - o Klare rammer og retningslinjer for kommunale tjenester, gode søknadsskjema, tilgjengelig informasjon

## VISJON OG MÅL FOR ARBEIDET

- Sikre et godt pasientforløp med bruker i fokus
- Rett tjeneste til rett tid, der det er samsvar mellom forventning/behov og tjenestetilbud
- Tydelig avklaring av roller og ansvarsforhold

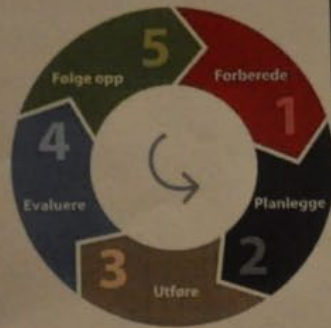
Alta kommune har 20 000 innbyggere. Det er en langstrakt kommune med flere brukere ute i distriktene.

Nærsykehus er to timer unna. Sykestue i sentrale Alta med både sykestueplasser og to korttidsplasser. I tillegg har kommunen 23 rehabiliterings/korttidsplasser og 6 korttidsplasser for demente. Hjemmetjenesten er pr 2018 delt inn i to soner. Kommunen har også et hverdagsrehabiliteringsteam i prosjekt. Dette koordineres av en samhandlingskoordinator. Videre har Alta et demensteam med egne dagtilbud for unge og eldre demente. Det er også en kreftkoordinator i kommunen.

Forbedringsteamet *DET GODE PASIENTFORLØP*: sykepleier Marit Toset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinsylla



## DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 2



### 2. Planlegge

Kartlegge behov og dagens praksis

Sette mål

Velge måleverktøy

Finne / utvikle forbedrings-tiltak

### 2. Planlegge FORBEDRINGSTILTAK

- Klar bestilling ved innleggelse - hva skal bruker oppnå med korttidsplass
- Utarbeide et **kartleggingsverktøy** som fanger opp funksjon og fungering i hverdagen ved både innleggelse og utskrivelse (eks. ADL, hygiene, ernæring, kognitiv fungering, fallrisiko)
  - o Gode rutiner for bruk av kartleggingsverktøy, planlegging av utskrivelse
  - o Sikre at alle tjenesteyterne kommer med innspill ved utarbeidelse av skjema/verktøy
- Gi en oversiktlig og informativ informasjon om fremdriften i prosjektgruppens arbeid
- Engasjere bredt på ulike tjenesteområder for å sikre eierskap, engasjement og forankring i tjenestetilbudene
- Sikre riktig kompetanse og felles tankegang om hvordan kommunen skal yte best mulig tjenester

### Vår målgruppe

Vi ønsker å kartlegge brukere på korttidsplass og/eller rehabiliteringsplass, ved innleggelse og utskrivelse til hjemmet

### Disse må involveres i arbeidet

- Hjemmetjenesten
- Sykehjemmet
- Psykiatri- og rustjenesten
- Ergo-/ fysioterapitjenesten
- Ledelsen ved de aktuelle avd.

### MÅL OG DELMÅL for arbeidet vårt

- Pasient og pårørende opplever å bli sett og hørt under hele forløpet, implementering av «den gode samtalen»
- Sikre god kommunikasjon mellom tjenestene og brukerne for å sikre forsvarlig helsehjelp på rett tjenestenivå



### 3. Utføre

Prøve ut og tilrettelegge ny praksis



#### Målepunkt

- Forbedringsteamet planlegger å bruke det utarbeidete kartleggingsskjema som målepunkt for et godt pasientforløp
  - o Kryssjekk utført/ikke utført

### 3. UTFØRE

- Forbedringsteamet har laget utkast på verktøy (kartleggingsskjema før innkomst, ved innkomst og ved utskrivelse) for å sikre god og forsvarlig oppfølging av pasienter på korttidsavdelingen, inkl. den gode «hva er viktig for deg»- samtalen
  - o Teamet bruker *målepunkter for det gode pasientforløp* og HPH 2 (systematisk oppfølging av pasienter, kvalitetssikring) som utgangspunkt

#### Hvordan sikre ledelsesforankring og informasjon ut

- Kommunalleder deltar på samling 3
- Helseadministrasjonen inviteres jevnlig på møter med forbedringsteamet
- Forbedringsteamet sender forløpet ut informasjon om arbeidet og hvor i prosessen gruppa er
- Forbedringsteamet vil utfordre ledere i hver tjeneste på å gi gruppa en tilbakemelding, slik at det gis mulighet for innspill

# DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 4



Alta kommune

## 4. Evaluere

Måle og reflektere over resultater

Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere



## GJENNOMFØRTE TILTAK

### I avdeling (korttidsavdelingen)

- Sjekkliste for innskriving av pasienter på avdelingen
- Oversikt over innlagte pasienter (tavle på vaktrommet)
- Ukentlige interne fagmøter
  - o Gjennomgang av aktuelle pasienter
- Utarbeidelse av informasjonsbrosjyre som gis til alle pasienter ved innskriving
- Tildeling av primærkontakt til alle pasienter

### I journalsystem (Profil)

- Gjennomgang av tjenestetilganger i journalsystem

### Systemtiltak

- Tydeligere PLO-utveksling med spesialisthelsetjeneste
  - o Etterspørsel av medisinske opplysninger
  - o Dialog rundt utskrivestidspunkt
- Endring av vedtak
  - o Rutiner for innskriving og utskriving på korttidsavdelingen
- Gjennomgang av tjenesteavtale 5

## EVALUERING AV PROSESSEN

Personalmøte med ansatte på aktuell avdeling har vært viktig for å sikre eierskap til tiltakene. Dette har skapt en viktig og nødvendig dialog/samhandling

- Ansatte har i stor grad bidratt i utarbeidelsen av sjekklista
- Flere interne rutiner i avdelingen har blitt gjennomført underveis i prosessen, dette kan ha påvirket måleresultatet

Forankring i ledelsen, og god dialog og samarbeid med forbedringsteamet ved Hammerfest sykehus har vært avgjørende for gjennomføring av prosessen.

## VEIEN VIDERE

- Gjennomføring av nye målepunkt, januar -20
  - o For evaluering av effekt av tiltak (2 mnd. etter implementering av sjekklista)
- Ledelsen er kalt inn til statusmøte etter gjennomført 4. samling
  - o Her skal forbedringsteamets videre arbeid avklares

Forbedringsteamet ser behovet for å videreføre påbegynt arbeid. Vi ønsker også å utvikle et system for å sikre et godt pasientforløp innad i egen kommune (fra korttidsavdeling til hjemmet).

Forbedringsteamet *DET GODE PASIENTFORLØP*: sykepleier Randi Åkvik, avdelingsleder korttidsavdelingen Trond Bjørnå, samhandlingskoordinator Aslaug Murberg, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinshylla

# Gode pasientforløp

## - samling 4



Balsford kommune

### Visjon/Mål:

Helsefremmede, helhetlige og koordinerte pasientforløp, med pasientens mål i fokus - der vi bruker gode kartleggingsverktøy. Styrke samarbeid innad i kommunen, og med sykehuset.

Vi har tatt utgangspunkt i kartleggingsbesøk-skjema fra Surnadal – og tilpasset det lokale forhold. Skjemaet revideres fortløpende. Vi bruker også "Hva er viktig for deg" skjema.

Vi har for første gang markert, "Hva er viktig for deg" dagen.

### Implementering:

Vi har gjennomført et seminar, som et ledd i implementeringen, og noen enheter har hatt kurs i bruken av skjemaet - og bruker det.

### Ledelsesforankring:

Alle ledere innenfor helse og omsorg i kommunen, inkl. Kommunalsjef, har fått informasjon om arbeidet i Det gode pasientforløp gjennom lokalt seminar - vi har fått gode tilbakemeldinger.

### Utfordringer og veien videre:

Utfordringer med deltagelse på møtene - vanskelig å finne dag som passer for alle. Ønske om å beholde Det gode pasientforløp gruppe - usikker form.



Forbedringsteamet: May-Tove Johansen (Koordinator for funksjonshemmede), Marit Tøllefsen (Enhetsleder, sykehjem og hjemmetjeneste), Bente Nordheim (Fagleder, hjemmetjeneste), Kristin Nilsen (Sykepleier, sykehjem og hjemmetjeneste), Siri Hansen (Fagleder, hjemmetjeneste), Bente Seljeiv (Enhetsleder, hjemmetjeneste), Hanne Lykkedrang (Sykepleier, hjemmetjeneste), Anne-Grethe Heggen (Fagleder, hjemmetjeneste), og Ingvild Westerbeek (Saksbehandler).



# Gode pasientforløp Evenes kommune



Fokus på «hva er viktig for deg spørsmålet» i pasientarbeidet vårt



## Målepunkter

- Innlegelsesrapport skrevet?
- Primærkontakt oppnevnt etter tre dager?
- Samtale innen 3 dager med primærkontakt etter utskrivelse fra sykehus?
- Tverrfaglig møte, innkalle aktuelle samarbeidspartnere

## Resultat fra perioden 21 mars til

18. juni 2019

Spørsmål	Antall svar	Antall svar	Antall svar	Antall svar
1. Innlegelsesrapport skrevet?	100%	100%	100%	100%
2. Primærkontakt oppnevnt etter tre dager?	100%	100%	100%	100%
3. Samtale innen 3 dager med primærkontakt etter utskrivelse fra sykehus?	100%	100%	100%	100%
4. Tverrfaglig møte, innkalle aktuelle samarbeidspartnere	100%	100%	100%	100%

\* Data er hentet fra Easyquest-undersøkelse om bruken av sjekklister 9 av 12 sykepleiere har svart på denne

## Spørreundersøkelse om bruk av sjekklister

Easyquest-undersøkelse om bruken av sjekklister  
9 av 12 sykepleiere har svart på denne

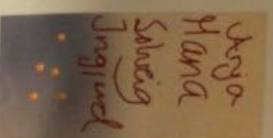
- Spørsmålene var:
- Har du brukt sjekklista
  - Hadde du nytte av den?
  - På en skala fra 1-5, hvor 1 er dårligst, hvor godt fungerte det?
  - Er det noen opplysninger som mangler?
  - Har du vært med på noen samarbeidsmøter?
  - Har du spurt pasienter spørsmålet "Hva er viktig for deg?"
  - Ved ny pasient, har primærkontakt blitt oppnevnt innen 3 dager?
  - Ved ny pasient, har han/hun fått samtale med primærkontakt innen 3 dager?



## Spredning av sjekklister til

- Psykisk helse og rus
- Miljøtjenesten

Forbedringsteamet i Evenes består av





# DET GODE PASIENTFORLØPET KLINIKK HAMMERFEST

Klinikk Hammerfest

Klinikk Kirkenes



### FORBEDRINGSTEAMET:

- |                            |                             |                       |                      |                            |
|----------------------------|-----------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------------|
| Spesialergoterapeut        | • Fagutviklingsspi. kir/ort | • Fagutviklingsjormor | • Kvalitetskonsulent | • Kommunekoordinator       |
| Enhetsteleder akutt-mottak | • Fagutviklingssykepleier   | • Sykepleier medisin  | • Lis2 kir/ ort      | • Samhandlings-koordinator |
|                            | • medisin                   | • LMS-koordinator     | • Sykehusfarmasøyt   |                            |

# Veiien videre



- Forbedringsteamet inngår i daglig drift
- Fokusområder:
  - Videre fokus på Klinikken's mål
  - Inkludering og oppfølging av kommuner i Vest-Finnmark
  - Workshop for tjenesteavtale 3, 5 og 6 med kommuner i Vest-Finnmark samt forskrift om ledelse og kvalitetforbedring
  - Forbedringssejant- utdanning

FINNMARKSSYKEHUSET  
PILGRIMSGATE 10 | 2018 | 91 55 59

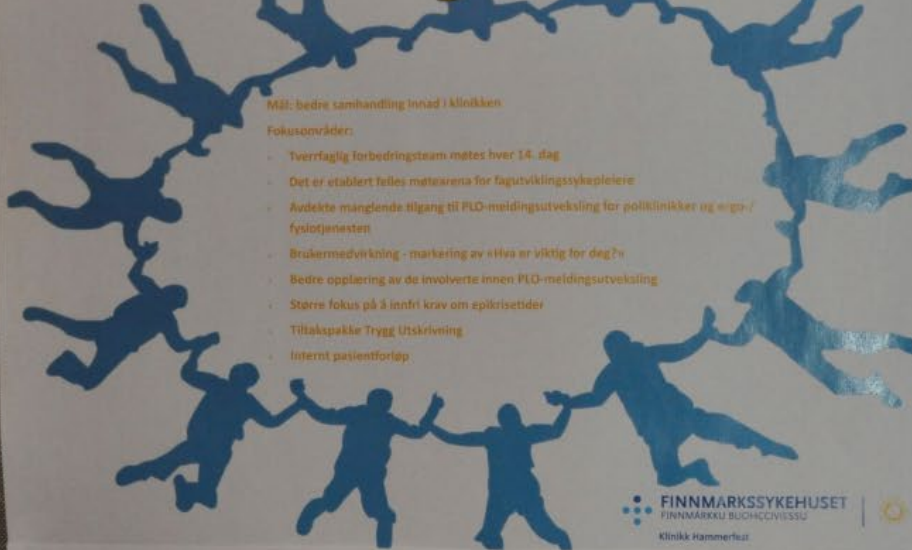
Klinikk Kirkenes



gj i klinikken

Samhandlings-

# Samhandling i klinikken



Mål: bedre samhandling innad i klinikken

Fokusområder:

- Tverrfaglig forbedringsteam møtes hver 14. dag
- Det er etablert felles møterarena for fagutviklingsseminarer
- Avdekte manglende tilgang til PLO-meldingsutveksling for poliklinikk og ergo-/fysiotherapeuter
- Brukermedvirkning - markering av «Hva er viktig for deg?»
- Bedre opplæring av de involverte innen PLO-meldingsutveksling
- Større fokus på å innfri krav om epikrisetider
- Tiltakspakke Trygg Utskriving
- Internt pasientforløp

# Samhandling utad



Mål: Bedre samhandling med kommuner i Vest-Finmark og Klinikk Kirkenes

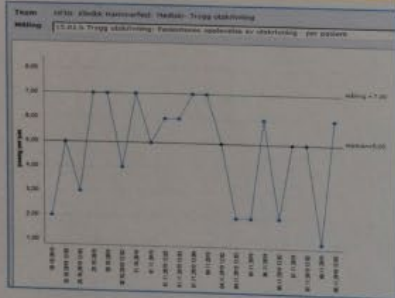
Fokusområder:

- HP-planen med Hammerfest kommune følges opp og evalueres
- Oppfølgingsmøter med Alta og Nordkapp kommune er gjennomført
- Ledsageravtalen ble revidert
- Leisager ved transport av pasient og innlagt ledsager - avklaring av ansvarsområder
- Tiltakspakke Trygg Utskriving
- Internt pasientforløp

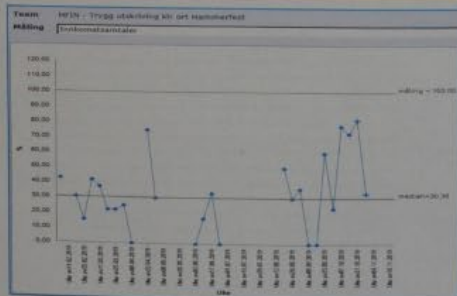
# Trygg utskrivning

Mål for Trygg utskrivning:

100 % utskrivningssamtaler innen (utgangen av) 2020



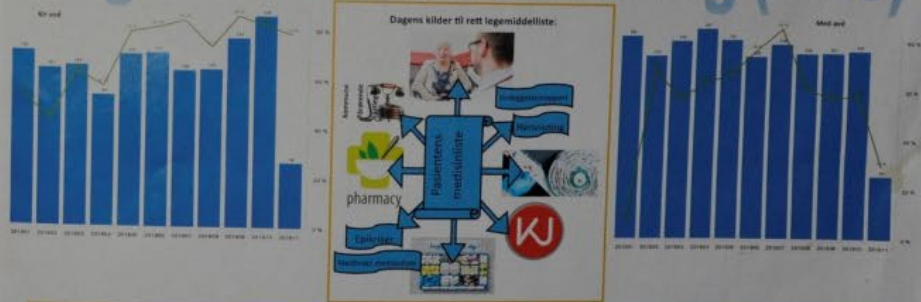
Utarbeidet en felles sjekkliste for overføring av pasienter mellom sykehus og kommuner. Avklarte forventninger til og innhold i PLO-meldingsutvekslinger.



Fokusområder:

- Bedre pasientens opplevelse av utskrivningen
- Etablert forbedringsteam på tvers av avdelingene med jevnlig møter
- Undervisning i innkomtsamtalen
- Bruke forbedringmetodikk
- Brukt erfaringer fra andre som har brukt tiltakspakken
- Samarbeid med Klinikk Kirkenes

# Legemiddelsamstemming (LMS)



Tiltak:

- Tilgjengelig sykehusfarmasøyt for veiledning og opplæring innen LMS, samt for gjennomføring
- Opplæring av merkantilt personell i tjenestekoding av LMS
- Jevnlige oppfølging av LMS og resultatene, direkte med de involverte i arbeidet

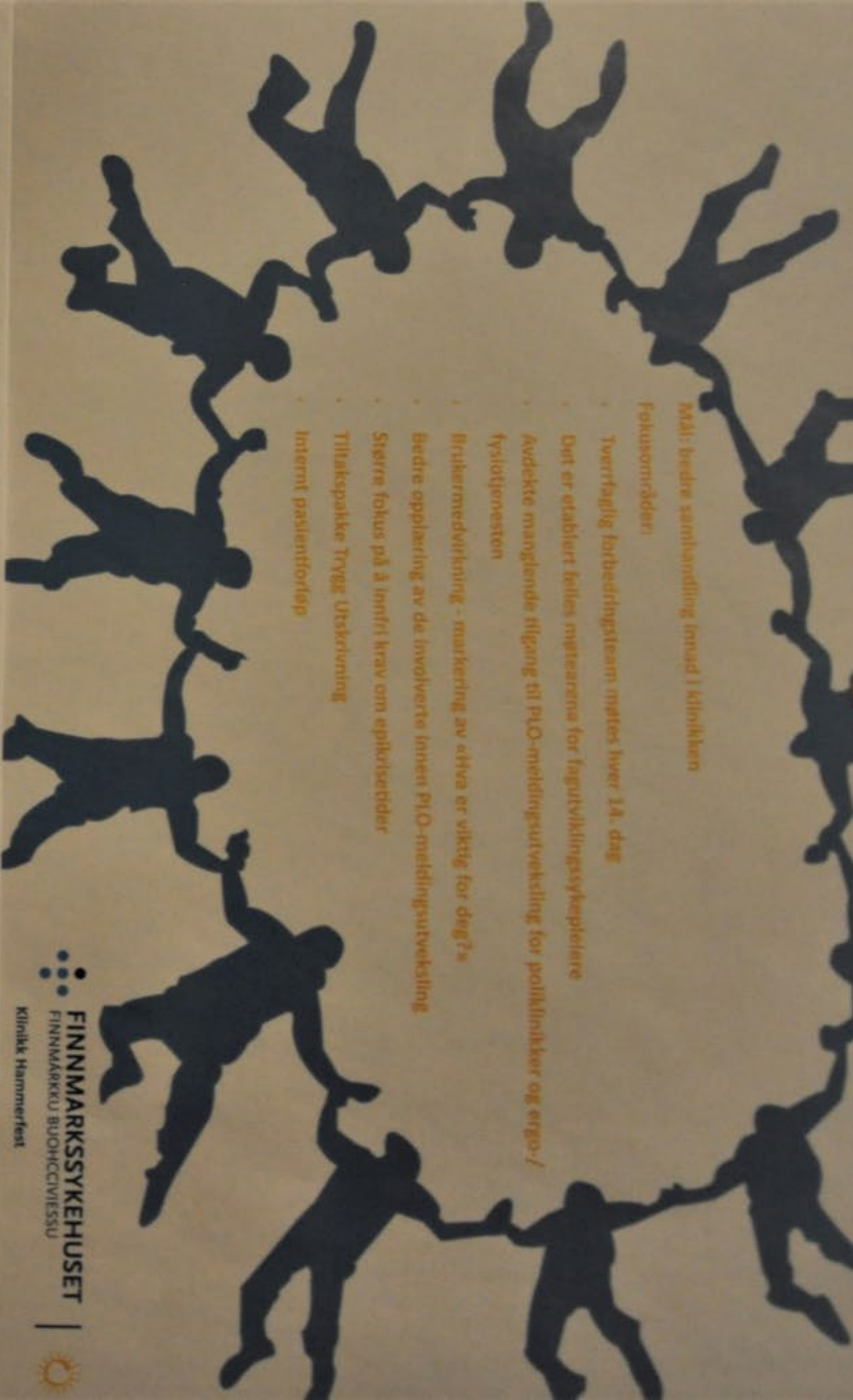
LMS er et tema på klinikkleder møtene også

- Etablert kontakt med kommunal helse- og omsorgstjenesten med målet å forbedre legemiddellistene ved innleggelse og utskrivelse
- Økt fokus på kildene og bruk av disse under LMS
- Økt fokus på legemiddelsamstemming fra mottak til avdeling

Vi tenner videre:

- Oppdaterte legemiddellister som medfølger pasienten ved en innleggelse. Den skal også være lett tilgjengelig
- Oppdatert legemiddelliste som medfølger pasienten ved utskrivelse med informasjon om øst oppfølging av medikamenter.

# Samhandling i klinikken



Mål: bedre samhandling innad i klinikken

Fokusområder:

- Tverrfaglig forbedringsteam møtes hver 14. dag
- Det er etablert felles møtearena for fagutviklingsprosjektene
- Audekte manglende tilgang til PLC-meldingsutveksling for poliklinikk og ergo-/ fysioterapi
- Brukermelding - markering av etiva er viktig for dag's
- Bedre opplæring av de involverte innen PLC-meldingsutveksling
- Større fokus på å innfri krav om epliktsteder
- Tiltalespaker Trygg Utskrivning
- Internt pasientforløp

FINNMARKSSYKEHUSET  
FINNMARKKU BUDHCIVISSU

Klinikk Hamnerfest

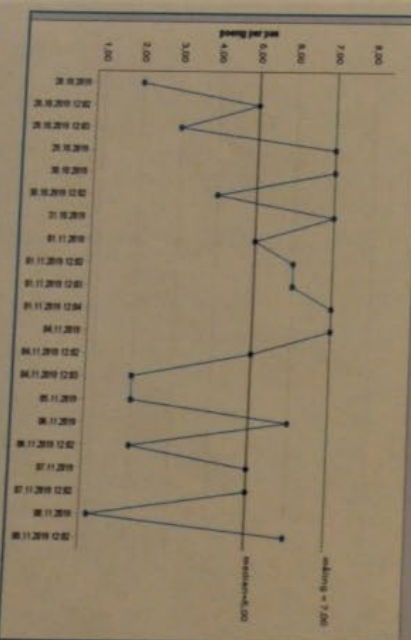
## Trygg utskrivning

Mål for Trygg utskrivning:

100 % utskrivlessamtaler innen (utgangen av) 2020

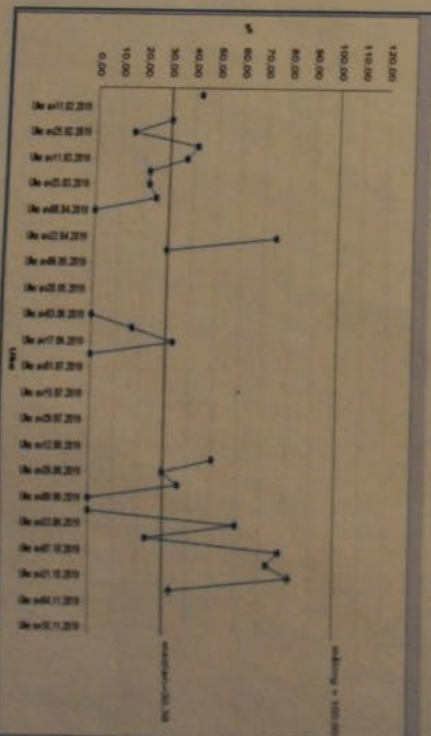
Team: HFTN - Klinikk Hamnerfest - Høden - Trygg utskrivning

Måling: 13.01.20 Trygg utskrivning: Pasientens opplevelse av utskrivning - per pasient



Team: HFTN - Trygg utskrivning for ØST Hamnerfest

Måling: Innkomstssamtaler



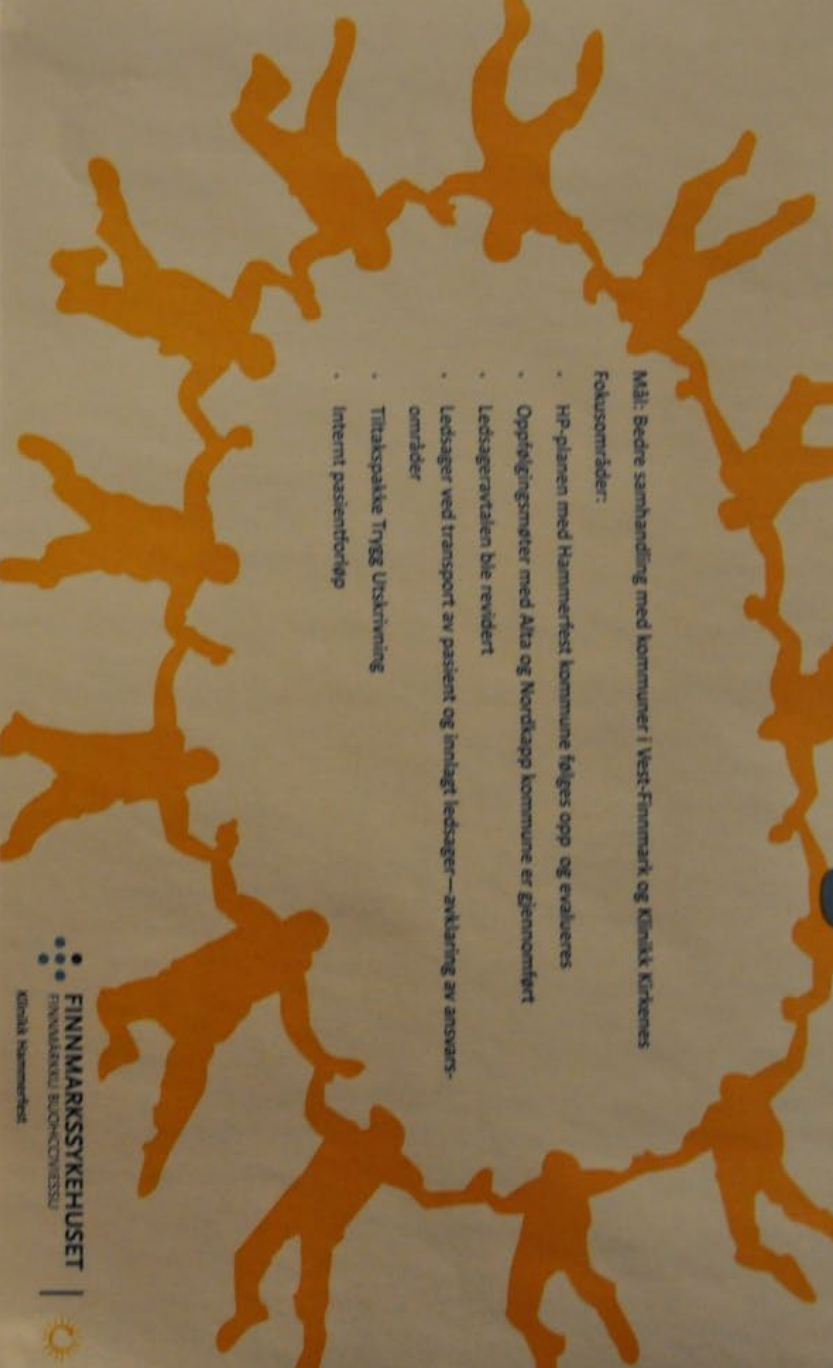
Fokusområder:

- Bedre pasientens opplevelse av utskrivningen
- Etablert forbedringsteam på tvers av avdelingene med jevnlig møter
- Undervisning i innkomststalten
- Bruke forbedringsmetodikk
- Brukt erfaringer fra andre som har brukt tiltalespaken
- Samarbeid med Klinikk Kirkenes

FINNMARKSSYKEHUSET  
FINNMARKKU BUDHCIVISSU

Klinikk

# Samhandling utad

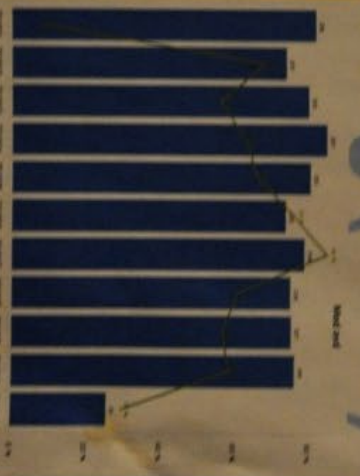
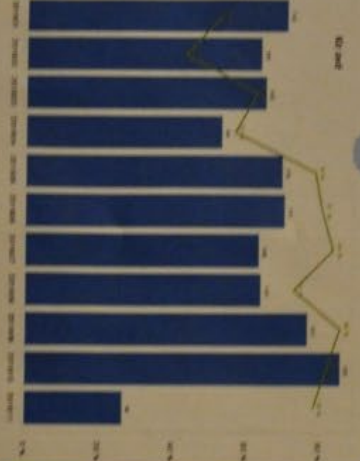


Mål: Bedre samhandling med kommuner i Vest-Finnmark og Klinikk Kirkenes

Fokusområder:

- HP-planen med Hammerfest kommune følges opp og evalueres
- Oppfølgingsmøter med Alta og Nordkapp kommune er gjennomført
- Ledersamtalen ble revidert
- Ledsager ved transport av pasient og innlagt ledsager—svikling av ansvarsområder
- Tilraskpakke Trygg Utskriving
- Internt pasientforløp

# Legemiddelsamstemming (LMS)



- Tilrask:**
- Tilgjengelig sykehusfarmasøyt for veiledning og opplæring innen LMS, samt for gjennomføring.
  - Opplæring av merkbart personell i kjemiskoding av LMS
  - Jevnlig oppfølging av LMS og resultatene, direkte med de involverte i arbeidet.

- LMS er et tema på klinikkledermøtene også
- Etabbert kontakt med kommunal helset- og omsorgstjenesten med målet å forbedre legemiddellistene ved innleggelse og utskrivelse
- Økt fokus på klidene og bruk av disse under LMS
- Økt fokus på legemiddelsamstemming fra mottak til avdeling

Veien videre:

- Økoderne legemiddellister som innefølger pasienten ved en innleggelse. Den skal også være lett tilgjengelig.
- Oppdatert legemiddelliste som medfølger pasienten ved utskrivelse med informasjon om evt oppfølging av medikamentet.



# HELHETLIGE PASIENTFORLØP I FINNMARK

## Visjon og strategi for pasientforløp i Finnmark

- Utarbeide strukturert pasientforløp sammen med kommunen innen november 2019
- Implementere trygg utskrivning og trygt mottak innen utgangen av 2020

## Interne målsetninger innen oktober 2019

- 80% av PLO pasienter som legges inn på Kir/Ort og Medisinsk enhet skal ha fått gjennomført en strukturert kartlegging
- 80% av PLO pasienter som legges inn på Kir/Ort og Medisinsk enhet skal ha fått «Hva er viktig for deg?» samtale og funksjonsbeskrivelse
- Pasientopplevd kvalitet skal ha median på 10 av 12 innen juni 2019

## Tiltak



### MAKROSYSTEM

#### Strategi for klinikken

- Utarbeide felles mål for forløp
- Felles handlingsplaner over 3 år
- Forankring i ledergruppene og utvidet klinikkleder møtet
- Gjennomgående faglig fokus



### MIKROSYSTEM

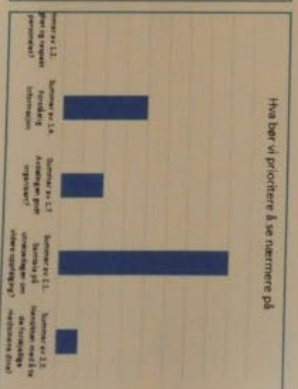
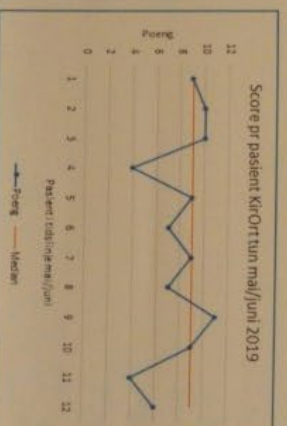
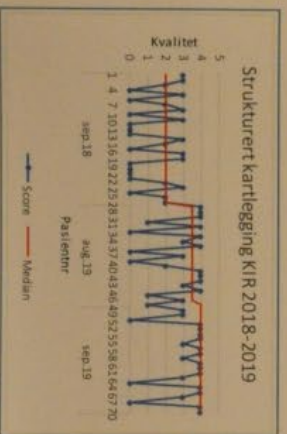
#### Årshjul for kvalitetsutvikling

- Systematisk undervisning
- Tilknyttet kartlegging og pasientsikkerhet
- Fokus på fag og kvalitet
- Premiering og motivasjon
- Verktøy for pasientforløp

## Resultater:

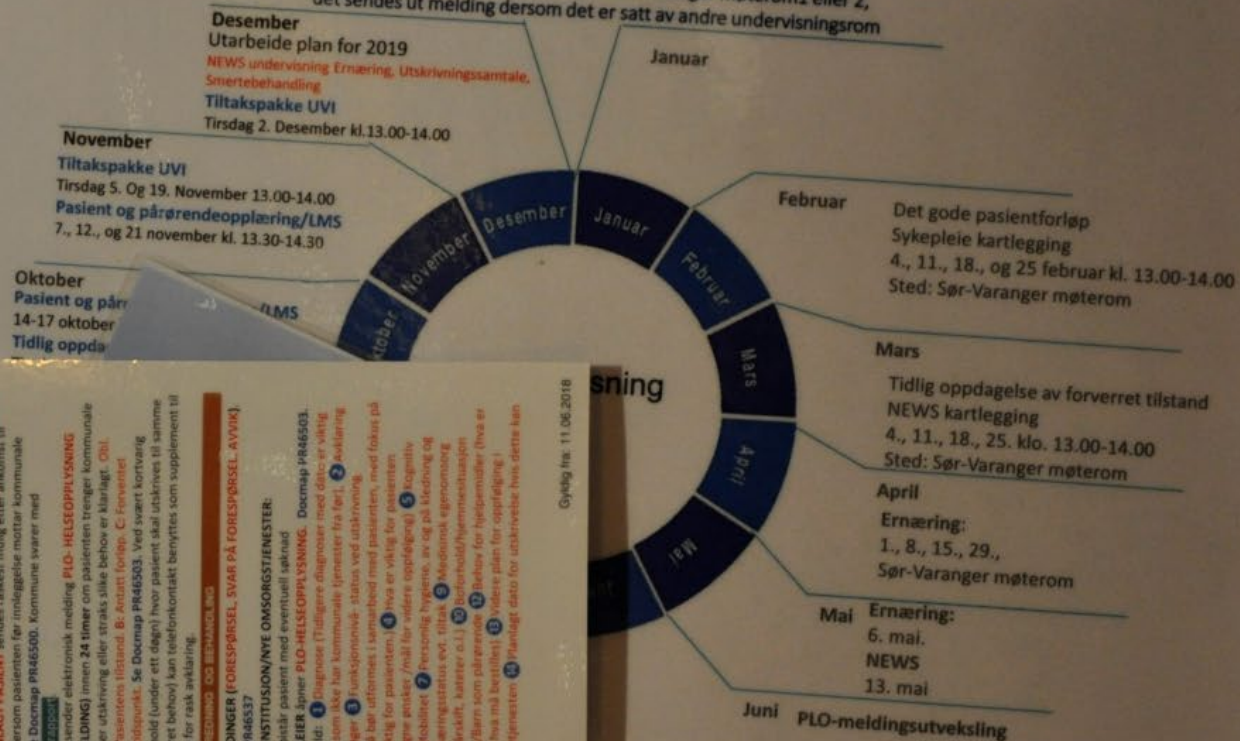
Kir/Ort: Fra 55% til 82% kartlagte pasienter, fra 55% til 82% funksjonsbeskrivelser, fra 2% til 65% Hva er viktig for deg fokus. Pasienttilfredshetsundersøkelsen median fra 6 til 9. Forbedringstiltak: Utskrivningssamtale.

Med: Fra 62% til 69% kartlagte. Fra 2 % til 60% «Hva er viktig for deg?» samtale Fra 58% til 68% funksjons-



# Årshjul for felles faglig oppdatering ved Klinikkkirkenes 2019

Undervisningene er i hovedsak på Sør-Varanger møterom1 eller 2, det sendes ut melding dersom det er satt av andre undervisningsrom



**INNHOLDSSKISSE** | PLO- MELDINGER Docmap 01.1902

**INNLÆGGET PASIENT** sendes raskest mulig etter ankomst til sengepost dersom pasienten får innleggelse mottar kommunale tjenester. Se Docmap PR46500. Kommune svarer med **SYKEPLEIER** sender elektronisk melding **PLO- HELEOPPLYSNING** (**TIDLIG MELDING**) innen 24 timer om pasienten trenger kommunale tjenester etter utskriving eller straks slike behov er klarlagt. **OHJ** innbud: A) Pasientens tilstand. B) Antatt forløp. C) Henvendte utskrivningspunkter. Se Docmap PR46503. Ved svært kortvarig sykehusopphold (under ett døgn) hvor pasient skal utskrives til samme tilbud (uendret behov) kan telefonkontakt benyttes som supplement til PLO-melding for rask oppfølging.

**UNDERSØTELSE OG BEHANDLING**

**DIALOGMELDINGER (FORESPØRSEL SVAR PÅ FORESPØRSEL, AVVIK)**  
Se Docmap PR46537

**VED BEHOV INNSTILLING/NYE OMSORGSTEMESTER:**  
**SYKEPLEIER** bistår pasient med eventuell søknad  
**LEGE/SYKEPLEIER** åpner **PLO-HELEOPPLYSNING**. Docmap PR46503.  
Ønsket innhold: 1) Diagnose (Tidligere diagnoser med dato er viktig for pasienter som ikke har kommunale tjenester fra før). 2) Avklaring problemstillinger 3) Evakrasjonnivå- status ved utskriving (frankismonøk bør defineres i sammenheng med pasienten, med fokus på hva som er viktig for pasienten). 4) Hva er viktig for pasienten (Pasientens egne ønsker (mid for videre oppfølging) 5) Kognitiv funksjon 6) Mobilitet 7) Personlig hygiene, av og på klødding og toalett 8) Ernæringsstatus evt. tilkatt 9) Måleinnokke eggesomning (begreper, sjakkitt, katester o.l.) 10) Bortforhold/hjemmesituasjon 11) Pårørende/barn som pårørende 12) Bakgrunn for helseplapper (hva er evt. berett og hva må bestilles) 13) Valgte plan for oppfølging i spesialisthelsetjenesten 14) Planlagt dato for utskrivelse hvis dette kan angis.

Gyldig fra: 11.06.2018

**November**  
Tiltakspakke UVI  
Tirsdag 5. Og 19. November  
Pasient og pårørende  
7., 12., og 21 november kl. 13.30-14.30

**Oktober**  
Pasient og pårørende  
14-17 oktober kl. 13.30-14.30  
Tidlig oppdagelse av forverret tilstand  
Tirsdag 1. Og 8. okt kl. 13.00-14.00

**September**  
Forebygging av fall og trykksår  
Tirsdag 03., 10. sept kl. 13.00-14.00  
Mandag 16. kl. 13.00-14.00  
Tirsdag 24. kl. 13.00-14.00  
PLO-meldesystem  
9. september kl. 13.00-14.30

**August**  
Sykepleie kartlegging  
Sjekkliste ved utskrivning

**Juli**  
1. Innføring av PLO-meldesystem  
8 juli. Pasient og pårørende

- Opptatt sykehus
- Hva er viktig for pasienten?
- Sykepleiermøte for pasienter
- Mai-19 Laget lommekort for bruk ved sykepleiermøte
- Laget lommekort for bruk ved samtale
- Informasjon om læring
- Workshop med klinisk arbeid
- de fra sykehuset



**Forbedringsteammet i Hammerfest kommune:**

- Fag- og forvaltningseenheten
- Sykepleie og spesialisykepleie
- Intermedisærrenhet
- Ergo- og fysioterapitjenesten
- Rus og psykiatritjenesten
- Høldøgn bemannet omsorgsbolig
- Hjemmetjenesten

# Gode pasientforløp

## 4. samling

### Demografiske utfordringer

- Norges største tykke i areal og avstand.
- I Hammerfest er det mye vær både sommer og vinter, med stengte fjelloverganger, rasfare, stengte flyplasser, kansellerte båtavganger.
- Lang reisevei til rett faglig kompetanse i kommune- eller spesialisthelsetjenesten.
- Utfordrende infrastruktur.

### Statusrapport

- Innleggelsesrapporter og elektronisk pasientsamhandling er forbedret med > 80 %.
- Kommunalit ansatt helsepersonell er i gang med heving av observasjonskompetanse (Proact) og opplæring i elektronisk informasjonsutveksling i EPJ (PLO).
- Etablert fast samarbeid med forbedringsteamet i kommunen og Klinikk Hammerfest.
- Etablert gode rutiner for å ivareta «hva er viktig for deg?» i pasientforløpet.
- Helhetlig pasientforløp (HP) mellom Hammerfest kommune og Klinikk Hammerfest er ferdigstilt.
- Forankret gode pasientforløp i kommunal ledelse.





Harstad kommune  
Attraktivt helse liv!

## HOVEDMÅL



- Kvalitetssikkert pasientforløp i alle overganger med en felles forståelse for oppgaveløsning
- Utvikle helhetlig pasientforløp i kommunen uavhengig av pasientens bosted
- Redusere sykehussinnleggelse
- Stykke pasientens og brukers autonomi

## Forbedringsarbeid i Harstad

Jobbet med tanken om å teste seg frem til beste løsning

### BRUK AV FORBEDRINGSSIRKEL

1. Forberedelse
  - Vi har akutt utfordring i sektoren
  - Har felles forståelse av utfordringsbildet.
2. Planlegging
  - Laget sjekkliste
  - Lagt målberetning
3. Uprøving - Systematisk uprøving av ideer (=)
  - TESTET ut spesidene i 3 anledninger
  - Involvering av ansatte i utprøving
  - Vi er i gang med 3 runder testing - dette da løsning har vært prøvet
4. Evaluerer
  - Vi har EVALUERT - MÅLT- REPERERT
  - Dette har medført JUSTERING av sjekkliste som nå har blitt TESTET ut på nytt
5. Følge opp
  - Der jobbes nå med videreføring av god praksis ut i resten av sektoren
  - Flere angjanger i ledergruppen
  - Erfaring skal deles og andre avdelinger skal bidra ut



- Felles forståelse i overføring og mottagelse av pasient
- God informasjonsflyt
- Godt samarbeid internt og med spesialisthelsetjeneste

## Fremdriftsplan våren 2019

Oppgave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planlegging												
Uprøving												
Evaluerer												
Følge opp												

## Fremdriftsplan høst 2019

Oppgave	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Planlegging												
Uprøving												
Evaluerer												
Følge opp												

### Forbedringssteamets medlemmer:

- Irene Utmo (avdelingsleder hjemmebaserte tjenester)
- Rita Helme (saksbehandler ved koordinerende enhet)
- Vibeke Arnesen og Regina Absa (fagsykepleier ved korttids/rehab)
- Trine Nilsen (ergoterapeut)
- Linda K Hansen (fagutvikler ved hjemmebaserte tjenester)
- Katrine Edvardsen (fagutvikler ved Helseidens omsorg/institusjon)
- Aud-Elin Danielson (PSHT koordinatør for Harstad kommune)
- Tone Skoglund (omsorgsfaglig rådgiver)







# Gáivuona suohkan Kaifjord kommune Kaivuonon komuuni



Lina Synn Sæviäinen  
Helse- og omsorgsrådgiver



Birgitte Ojan Gerstadius  
Sykepleier og helse- og omsorgsrådgiver



Turid Aulberg Ojan  
Helse- og omsorgsrådgiver



Guro Selstad  
Leder

## Vår visjon og vårt mål med å delta på Gode pasientforløp

Forbedre kvaliteten på pasientforløpet mellom de ulike behandlingsnivå både mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og lokalt mellom de ulike enheter i kommunen.

## Kåifjord helsetun

- Sykehjem 26 plasser fordelt på 3 avdelinger
- Kapasitet: 32 sengeplasser
- Langtidsopphold, korttidd rehab, avlastning, akutt, KAD
- 8 omsorgsboliger i nær tilknytning
- Samlokalisert med
  - hjemmebasert omsorg
  - helsestasjon
  - legetjeneste
- dagerstender/aktivitetstilbud for hjemmeboende



- Tallene har mangler på pasienter med avsluttede helse- og omsorgsforløp
- Årsammaler og legemiddelgjennomgang gjennomføres vår og høst, derfor er ikke alt registrert i 2019.
- Flytting til nytt helsetun juni 2019, har medført forskyvninger av planlagte tiltak
- Det er ikke tatt med tall fra lindrende behandling, diabetessjekk, demensomsorg, rus og psykiatri og andre fagområder, registrerte samtaler/møter er innen institusjonsbasert omsorg og hjemmesykepleie.



Antall innbyggere etter aldersgrupper, Normalalderrettet, 2006 - 2080	
År	Antall innbyggere etter aldersgrupper prosent
	0-15   16-24   25-39   40-54   55-64   65-79   80+   0-64   65-79   80+
2006	3.269   20   19   12   17   19   16   12   5   84   13
2007	3.288   20   18   12   16   19   18   14   5   84   16
2008	3.297   15   11   16   20   17   16   6   7   79   22
2009	3.282   15   11   16   20   17   16   6   7   77   24
2010	3.232   15   10   16   19   16   17   7   7   75   25
2011	3.133   15   9   17   18   16   17   8   7   73   27
2012	3.063   14   9   16   16   17   18   8   7   71   29
2013	2.978   14   9   15   16   18   18   11   6   69   31
2014	2.896   13   8   14   17   15   19   13   6   66   33
2015	2.808   13   8   14   17   14   21   14   6   63   35

- ### Uttordringer
- Økende populasjon av eldre over 65 år. Kan gi ringvirkninger på tilgang på fagkompetanse/og redusert arbeidskraft
  - Redusert befolkning i produktiv alder
  - Forventet økning/ending av tjenestebehov
  - Kommunen har små ressurser og prosjektarbeid/innovativt arbeid kan i liten grad prioriteres. Dette fører til en negativ utvikling

- ### Status i Kåifjord
- Sjekklister og prosedyre – I drift fra 04.november 2019 (forsinnet oppstart)
  - Deltar i «Kvalitetsikring av legemiddelbruk for eldre i Nord- Troms 2018-2019» «Læringsnettverk i samstemning av legemiddellister og tverrfaglig legemiddelgjennomgang»
  - Årsammaler i sykehjem etablert som rutine på alle langtidsinnlagte pasienter de siste 3-4 år – skal starte opp i hjemmebasert omsorg
  - Tverrfaglige samarbeidsmøter gjennomføres på pasienter med omfattende hjelpebehov og på pasienter i overføring mellom institusjon og hjemmebasert omsorg. (1)
  - Hverdagsrehabilitering
  - Forebyggende hjemmebesøk- Start fra januar 2020?



- 2019: Nyttisatte
  - Psyklog 100% - spesielt for barn og ungdom
  - miljøarbeider 50% fram til august 2020
  - Ergoterapeutstilling 50%,
  - Ungdomskontakt i prosjekt 1 år 100%,
  - Ergoterapeutstilling 100% med bakgrunn- og erfaring med folkehelse.
- Tett samarbeid med lokalforeningen i Røde kors omsorg om arrangementer, besøk og annet frivillig arbeid til hjemmeboende og til pasienter innlagt i institusjon
- Velferdsteknologi



Forankring  
er skikkelig  
utfordrende



# NORDKAPP KOMMUNE

HVA ER VIKTIG FOR BRUKERE I  
NORDKAPP?

Bo lengst mulig  
hjemme

Sosial  
felleskap

Trygghet

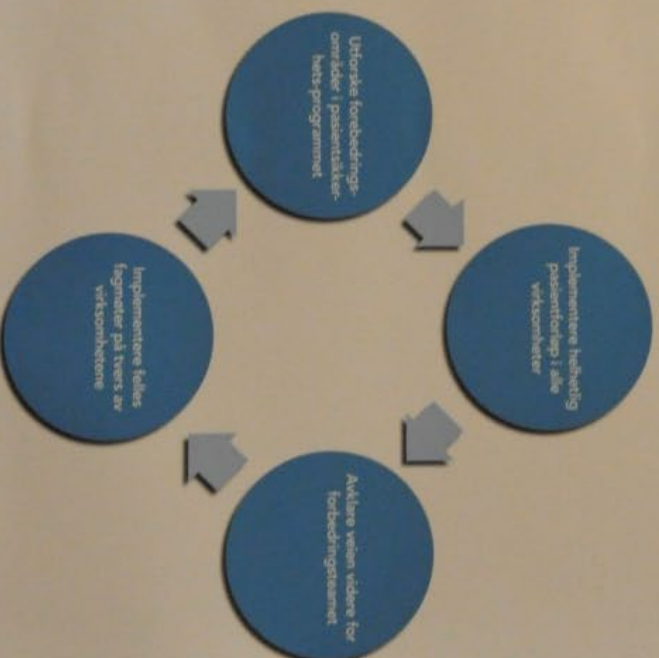
Nordkapp kommune har ca. 3200 innbyggere. Kjøretid til nærmeste sykehus er 3 timer. Vei og vær kan være utfordrende. Horningsvåg havn er en av Nord-Norges største cruisehavn med anløp av 100 turistsbåter hvert år. I løpet av sommerseasonen er det ca. 300 000 turister som besøker kommunen. Disse demografiske utfordringene gjør at kommunen må ha en god akutt beredskap og tilstrekkelig med fagfolk og kompetanse.

Forbedringsområde

Hva er gjort



Forbedringsteam består av:



Anne Trine Eide  
Leder for rehabiliteringsstasjonen



Pålvi Jamppanen  
Ardelingsleder i Vestta



Sissie Kjosbakk  
Leder for hjemmesjefstaben



Tone Nerstad  
Fagleder



Anja Myhrud  
Fagretning i sykepleier i Njemsnesstasjonen

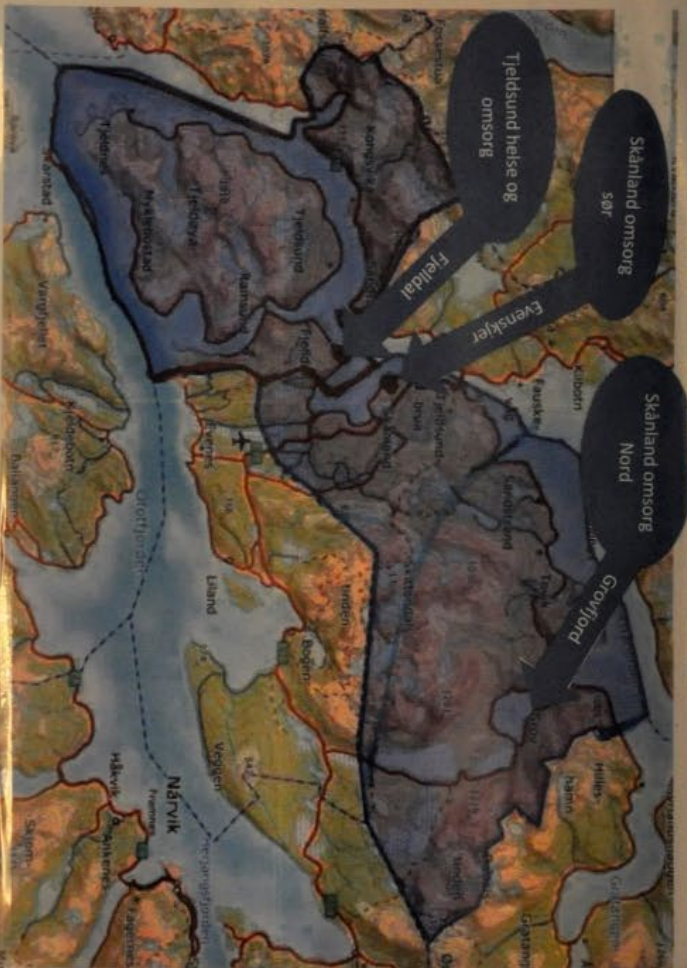
## Tjeldsund kommune

### Skånland kommune



## Forbedringssteam Skånland/Tjeldsund

Maritje Husabø - kommuneforbedring  
Karinabritt Thom - Helse og omsorgstjenester  
Tor Jonud Thom - Helse og omsorgstjenester  
Solveig Skjerd - Helse og omsorgstjenester  
Sunn Thode Smith - Sosialt og helse og omsorgstjenester  
Ann Elv Kjekshus - Helse og omsorgstjenester  
Mette Hestvold - Helse og omsorgstjenester  
Siri Skjold - Helse og omsorgstjenester



## Utfordringer Nye Tjeldsund 2020

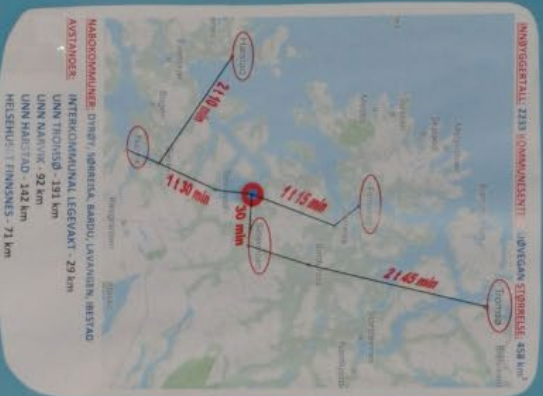
- Langstrakt kommune med flere perifere bygder
- Dårlige veier – store avstander
- Flerkulturelt – samisk-flyktninger
- Ulike arbeidskulturer i ulike hjemmefølester
- Få vikarer
- IT utfordringer, nettverk og telefon
- Kompetanse
- Forståelse for hverandre sine arbeidsoppgaver
- Bemanning – få pleiere på stort distrikt, spesielt kveld og helg

## Oppsummering – statusrapport

- Vi er i rute...
- Vi har permene...
- Vi har bearbeidet og tatt i bruk sjekklistene...
- Vi har laget sekkene med utstyr...
- Kommune-sammenslåing har tatt litt overhand...
- Fokuset videre må være målepunktene...
- Flott å bli kjent på tvers av kommunegrensene...
- Implementeringen har vært en positiv prosess... vi er på gang...



# SALANGEN KOMMUNE



Her ble Måne, tidligere i Salangen, etablert som et av de største og mest populære turist- og utvandringsområdene i Salangen. Det er et fantastisk område med mange aktiviteter og utvandringsmuligheter. Her finnes det mange fine turstier og utvandringsmuligheter.

## Tjenester i Salangen kommune:

- Pleie- og omsorgstjeneste
    - Salangen hør- og Eitrestenher (SAEH)
  - Helsevesenstjeneste
    - Frisør og tannlege
    - Helsestasjon
    - Psykiatri
    - Ergoterapi
    - Psykisk helsestasjon
- I tillegg har vi ambulansesjøsjon i kommunen.

## Mål for forbedringsarbeidet

- Trygge og forutsigbare pasientforløp i alle livets faser.
- En tjeneste som er i stand til å ivareta individuelle behov og ønsker.

## Veien videre:

- Spjekkliste.
- Tverrfaglig møte.
- Førstegangssamtale og oppfølgingsamtale.
- Nærtjeneste i hjemmesykepleien.

Forbedringsarbeidet gjelder alle som mottar helse- og omsorgstjenester fra Salangen kommune.

Hovedmålgruppen for vårt forbedringsarbeid er mottakere av hjemmebaserte tjenester.

## Status egne mål og måltinger

- Det er gjennomført intervjuevaluering som skal avvikle for deilig og midtveide samtale (eller -gjennomføring) for alle som er deilig ansatte (har det vært).
- Måltinger for pasienter på korttidsopphold på sykehus:
  - o Primærkontaktstilt ved innreise.
  - o Primærkontaktstilt ved innreise.
  - o Innledning til tverrfaglig møte mellom helse og omsorgstjenester.
- Dette ble gjennomført i løp 9 av 8 pasienter i perioden 1.12.2023-31.12.2023
- Utfordrer og begrensninger i 2024: Gjennomføring av primærkontaktstilt ved innreise.
- Trøst har per i dag ikke innført brukere i forberedingsarbeidet.

## Ledelsesforankring

- Kommunen deltar i faglige utvalg og er involvert i alle prosjekter og oppfølginger.
- Avdelingsledere og enhetsledere for helse og OLO samt kommunestyret er delaktige i utviklingen og har tilgang til alt som blir produsert og dokumentert i forbedringsarbeidet.
- Informasjon om og involvasjon til samling ble spesifikt sendt ut til aktuelle ledere.
- Lederne involveres med på intervjuevaluering som er viktig for deilig i

## Forbedringstiltak

- Evaluere nåværende tjenester og se på behov og muligheter for å endre på disse.
- Innføre nærtjeneste i hjemmesykepleien:
  - o Sykepleiere og pleie-/omsorgsjef
  - o Samarbeidssamtaler
  - o Kommuneadministrasjonen presenteres for forslaget, og tar det evt. til politisk behandling.
- Disponering av timer for praktisk bistand:
  - o Ansatte, avdelingsledere, omsorgsteam og pleie-/omsorgsjef kan drøfte og evt. ta avgjørelser på dette.
- Samarbeid med frivillige:
  - o Frivilligsentralen (SAFA) kan bistå privatpersoner med bl.a. innkjøp.

Fortsatte innføring av hverdagsmøting som en naturlig del av pleie- og omsorgstjenesten.

- Hva er viktig for deg-samtale
- Ledelse og ansatte må bidra
- Hverdagserhabilitering i nært samarbeid med hjemmetjenesten.
- Tverrfaglige møter:
  - o For alle sykehjemsboere
  - o For alle på korttidsopphold
  - o For andre tjenestemottakere ved behov

Når pasient melder fra sykehus, kartlegges de individuelle behovene i forkant ved hjelp av en spjekkliste.

- Oppretter primær- og sekundærkontakt første dag.
- Gjennomfører 1. gangssamtale innen 3 dager etter utskrivelse fra sykehus – inkluderer «Hva er viktig for deg»
- Gjennomfører tverrfaglig møte innen første uken.
- Hjemmesykepleien utfører oppfølgingsamtale når pasienten har reist hjem.
- I helse- og omsorgsplanen til Salangen kommune 2020-2029, vurderes behovet om ambulerende nattevakt.

# Læringsnettverk Gode pasientforløp

4. samling

19-20.november 2019



Et hav av muligheter

Raus – Fremoverlent- Bærekraftig



#### Forbedringsteamet består av:

Lisa Estensen, Mona Pedersen, Janita Jensen, Kjell Jarle Hansen, Anniken Almestad, Hege Birkeland, Bente Johnsen, Hanne Ness Eidsvik, Anita Theodorsen, Wivi Jakobsen

## Mål:

God pasientflyt

Tilstrekkelig og relevant informasjon til riktig tid.

God rolleavklaring og ansvarsfordeling

## Forbedringstiltak:

### Bedre samhandlingsrutiner

Implementering av flytskjema og sjekklister hos medarbeidere.

### Medbestemmelse for pasienten.

«Hva er viktig for deg?»

Felles kartleggingsverktøy for å kartlegge behov/utfordringer til pasient

Ferdigstille sjekklister.

Jobbe videre med Flytskjema for pasientforløp i Senja kommune

## Oppgaver vi har hatt fokus på siden sist:

Forankring og involvering av ledere. Nytt møte med ledere på nyåret

Forbedringsteamet videreføres i 2020

Kartleggings skjema – implementeres i hele Senja kommune

Flytskjema for pasientforløp

Plan over hvor ulike tjenester skal gis i Senja kommune.

Nødvendige politiske avklaringer

Opplæring av nøkkelpersonell i bruk av hva er viktig for deg

## Målepunkter

1. Antall avvik pasientforløp
2. Bruk av kartleggings skjema





## Sø-Varanger kommune -en grensesprengende kommune

### Forankring og informasjonspredning

Forbedringssteamet møtes månedlig for å drive arbeidet fremover

- Februar -19:
  - Oppstart av måling i bruk av skjema for innleggelsesrapport –dette er utviklet i samarbeid med Kirkenes sykehus
  - Hva er viktig for deg?-gruppa fortsetter arbeidet med planlegging av hva er viktig for deg? –dagen
  - Sykepleiermøte for implementering av sjekklistebruk utskrivelsesdagen

Mai-19

- Laget lønnekort til bruk ved skrivning av innleggelsesrapport
- Workshop med sykepleiere i HBO for opplæring i bruk av 4 meter gangtrest og hva er viktig for deg? -samtale
- Laget lønnekort for hva er viktig for deg samtale
- Informasjon om læringsnettverk, forbedringsarbeid og «hva er viktig for deg?» i Kommunestyret
- Workshop med Klinik Kirkenes med felles informasjonsutveksling, og for å skape en felles forståelse av forbedringsarbeid også for de som ikke har deltatt tidligere. Her deltok ansatte fra flere avdelinger både fra sykehuset og fra kommunen, og vårt team fikk med fastlege til denne Workshopen

Juni-19

- Oppstart av grundig kartleggingsbesøk og bruk av sjekkliste innen 3 dager
- Gjennomførte -Hva er viktig for deg? Dagen

September og oktober-19

- Forbedringssteam i kommune og i sykehus har sammen jobbet fram felles prosjektrapport og pasientforløp. Vi har også sammen gitt informasjon om læringsnettverk, forbedringsarbeid og «hva er viktig for deg?» – på lokalt faglig samarbeidsorgan OSO -østfyket

Oktober-19

- Informasjon om læringsnettverk, forbedringsarbeid og «hva er viktig for deg?» – på fastlegemøte
- Fastlege med i forbedringssteamet
- Laget lønnekort for bruk av sjekkliste på utskrivelsesdagen og på kartleggingsbesøk innen 3 dager

### Status tiltak og målinger

Mottak i hjemmet

Fig 1 viser målinger gjort fra 05.11.18-30.09.19

Sjekkliste brukt og besøk av sykepleier utskrivelsesdagen

Sjekkliste brukt ved grundig kartlegging innen 3 dager, oppstart 03.06.19

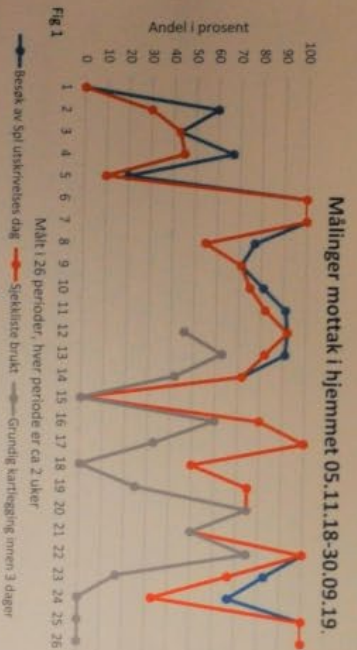


Fig 1

→ Besøk av søi utskrivelses dag → Sjekkliste brukt → Grundig kartlegging innen 3 dager

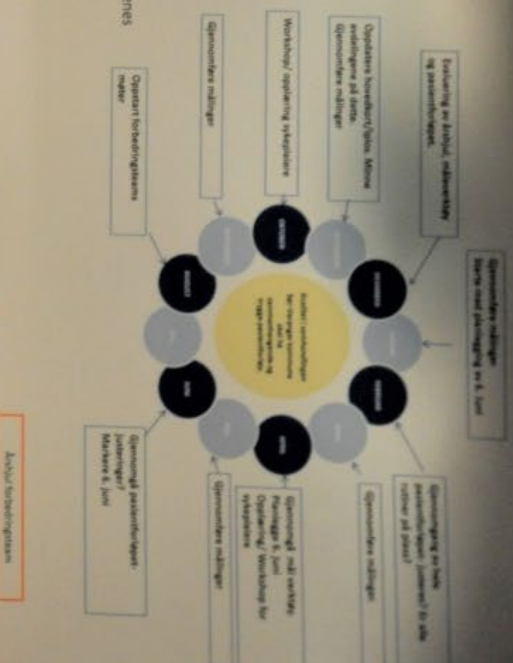
Videre arbeid:

Oppstart av evalueringstesk innen 5 uker, dette arbeidet er påbegynt, men ikke helt klart for oppstart og bruk av sjekkliste enda

Sambandling innad i kommunen ved inn- og utskrivelse til/fra korttidsavdeling, dette arbeidet er også påbegynt, men ikke alle sjekklistene og prosedyrer er klare

Følle opp kvaliteten på vurderingsbesøk og innleggelsesrapporter

Opprettet samarbeidet med Klinik Kirkenes



### Involvering av brukere i forbedringsarbeidet

Februar-19:

Informasjon om læringsnettverk, forbedringsarbeid og «hva er viktig for deg?» i Eldrerådet

April -19

Informasjon om læringsnettverk, forbedringsarbeid og «hva er viktig for deg?» – for alle pensjonister på felles pensjonistmøte, for å få innspill til tema i årets markering av Hva er viktig for deg? –dagen

Juni-16 Hva er viktig for deg? –dagen markert på samfunnshuset.

- Tema:
- Morgendagens helseutfordringer v/Rådmann Nina Bordi Øvergaard
- Hvordan møte alderdommen i egen bolig? v/NAV hjelpemiddelcentral Finnmark
- Brannsikkerhet i hjemmet v/Brannstasjonen
- Nytt tilbud til hjemmeboende over 65 år - Sterkere sammen, gå årene godt i møte med styrke i kropp og sinn v/Tverrfaglig vurderingssteam (TVT)

Bruk av skjema for innleggelsesrapport

Høydelen er:

Når vi bruker skjemaet så blir den faglige kvaliteten på innleggelsesrapportene høyere

Målingene går ut på at vi teller antall innleggelsesrapporter som er sendt av disse er gjort bruk av skjemaet, som ligger i skjema i profil. Se for

- Febr-19: Skjema ble brukt i 23,5 % av alle sendte innleggelsesrapporter
- Febr-19: Skjema ble brukt i 46,2 % av alle sendte innleggelsesrapporter
- Mai-19: Skjema ble brukt i 46,2 % av alle sendte innleggelsesrapporter
- Juli-19: Skjema ble brukt i 64,8 % av alle sendte innleggelsesrapporter
- Sept-19: Skjema ble brukt i 54,8 % av alle sendte innleggelsesrapporter
- Okt-19: Skjema ble brukt i 54,8 % av alle sendte innleggelsesrapporter

### Målinger bruk av skjema for innleggelsesrapport

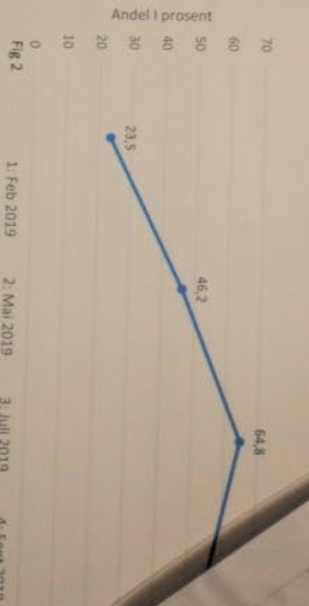


Fig 2

### Sø-Varanger kommune sitt forbedringssteam:

Foran fra venstre: Ann-Veronica Sotkajärvi, avdelingsleder HBO Bjørnvatn, Marte Hilden, avdelingsleder Rehab avdeling, May Symvåg Birkeøy, avdelingsleder HBO Kirkenes base 2, Hild Ulvång, sykepleier USHT, Kirsti Ollila, Bak fra venstre: Anita Petterren Hemminen, avdelingsleder Fysioterapienheten, Stine Fallmo Hansen, saksbehandler Tidelingskontor, Sissel Sandnes, koordinerende enhet, Anita Vangen, leder Tverrfaglig vurderingssteam (TVT) og leder i Forbedringssteamet og Tonje Indbjør, avdelingsleder Ergoterapienheten.

Ikke tilstede da bildet ble tatt: Mia Josefsen Johansen, avdelingsleder HBO Hesseng og Mette Nødtvedt, avdelingsleder HBO Kirkenes base 1







# TROMSØ KOMMUNE

Befolkning: over 75.000 innbyggere.

Areall: 2.571 km<sup>2</sup>

By og distriktskommune, med store strømløp.

Byen har kommunestyretskule, som også er ledelseskule for kommunen.

2 ledere i ledelsesutvalget: Rådshovud, Norg. Rådshovud, DRG. 1 leiar i leiarutvalget, ansvarleg for leiarutvalget, Norg. Rådshovud, DRG. 1 leiar i leiarutvalget, ansvarleg for leiarutvalget, Norg. Rådshovud, DRG.



FORBEDRINGSTEAMET BESTÅR AV PERSONELL FRA TILDEKNINGSPUNKT, HJEMMETJENESTEN, SYKEHUS, HELSEFAGT, KANNASJOTT, FASTLEGE, SYKE HELE OG OMSORG, SERJONGSEREN, PASIENTTJENESTI HELSETJENESTE TEAM (PHN), HJEMTORGSPERSONELLTJENESTEN OG

## HVA HAR VI GJORT?

- LAGET ETTERFØLJING OVERLETTINGSRAPPORTER TIL INTERNE OVERLETTINGER SOM SKAL DEKKE ALLE AVDELINGER OG PROBLEMLØSNINGER
- LAGET KARTLEGGINGSSKJEMA, HJEMMETJENESTE PASIENTORLØP 1) (PH 1) SOM SKAL BRUKES INNEN 3 DAG ETTER UTSKRIVELSE
- LAGET SKJEMA HJEMMETJENESTE PASIENTORLØP 2) (PH 2) SOM FRAMBRONNTRAKTER BRUKER MINIMUM HVER 6 MÅNED
- RUTINE LAGET FOR Å SENDE FRA MEDLING TIL FASTLEGEN ETTER KARTLEGGINGEN ER UTFØRT MED EN OPPSUMMERING.
- MÅL FOR INNEGGJELSESRAPPORT SYKEHUS RYDDET OPP I OG KVALITETS SIKKET
- ALLE SKJEMA OG RUTINER HAR AVVA ER VIKTIG FOR DEGA SOM ET AV DE FØRSTE SPØRSMÅLENE



## INNSIKTSARBEID

- MANGE SKJEMA SOM ER IKK, MEN LIVETEL, SPESIBET LAGET FOR ENKELTAVDELINGER
- PASIENTER IKKE MED PÅ Å LAGE EGEN PLAN
- MANGE KARTLEGGINGER AV PASIENTER, MTE DOBBELTARBEID PÅ GRUNN AV MANGLENDE, IKKE GOD NOK DOKUMENTASJON
- FASTLEGEN IKKE KOPLET NOK PÅ I FORLØPENE, OG MØTTER OFTE IKKE DE SYKESTE PASIENTENE

- FLERE FAGDAGER FOR ALLE LEDERE I HJEMMETJENESTEN MED TEMA «HJEMMETJENESTE PASIENTORLØP»
- FAGDAG FOR 180 HELSEFAG, SYKEPLEIERE I HJEMMETJENESTEN
- RUTINER OG SKJEMA GODKJENT I KVALITETSUTVALG
- SKJEMAER LAGT INN I PROFIL OG ORDNET STRUKTUR
- ALLE KAN BRUKE SKJEMAENE, MEN TESTES UT I HOVEDSAK PÅ EN ENHET I HJEMMETJENESTEN I FORBINDELSE MED ET STØRRE PROSJEKT

## AV 49 PASIENTER VISER DOKUMENTASJONEN:



## UTFORDRINGER OG VEIEN VIDERE

- STOR ORGANISASJON SOM SKAL BU ENIG OM Å ENDRE RUTINER
- STORE ENDRINGER OG ARBEID SOM PÅGÅR SAMTIDIG
- TILSKREVENDE
- FORBEDRINGSTEAMET HAR BLITT ENDRET FLERE GANGER
- FORTSETTE Å HOLDE FOKUSET OG MÅLE
- VIDEREUTVIKLE SKJEMA OG RUTINE
- SKJEMAER OG HJEMMETJENESTE TRYKES OPP TIL ALLE ANSATTE

Befolkning: over 75.000 innbyggere.  
Areal: 2 521 km<sup>2</sup>

By og distriktkommune, med lange avstander.

Byen har universitetssykehus, som også er lokalsykehus for kommunen.

5 sykehjem (4 korttidavdelinger), Øyeblikkelig hjelp døgnetohjelp (ØHD), 5 enheter hjemmehjelp, omsorgsboliger, rehabilitering, hverdagsrehabilitering, Pasiententeret helsefjernetseleom (P5HT), oppfølgningstjeneste, rus- og psykijertjenester, helsehus, leggevakt, tildelingskontor mm.



FORBEDRINGSTEAMET BESTÅR AV PERSONELL FRA TILDELINGSKONTOR, HJEMMETJENESTEN, SYKEHJEM, HESEHUSET, FARMASØYT, FASTEGE, STAB HESE OG OMSORG, SEKSJONSLEDER, PASIENTSENTRERT HELSETJENESTE TEAM (P5HT), HVERDAGSREHABILITERINGEN

## INNSIKTSARBEID

- MANGE SKJEMA SOM ER LIK, MEN LIKEVEL «SPESEIETT LAGETT» FOR ENKELTAVDELINGER
- PASIENTER IKKE MED PÅ Å LAGE EGEN PLAN
- MANGE KARTLEGGINGER AV PASIENTER- MYE DOBBELTARBEID PÅ GRUNN AV MANGLENDE/IKKE GOD NOK DOKUMENTASJON
- FASTLEGGEN IKKE KOPLET NOK PÅ I FORLØPENE, OG MØTER OFTE IKKE DE SYKESTE PASIENTENE

## HVA HAR VI GJORT?

- LAGET «ITVERRFAGLIG OVERFLYTTINGSRAPPORT» TIL INTERNE OVERFLYTTINGER SOM SKAL DEKKE ALLE AVDELINGER OG PROBLEMSTILLINGER
- LAGET KARTLEGGINGSSKJEMA «HELHETLIG PASIENTFORLØP 1» (HP 1) SOM SKAL BRUKES INNEN 3 DAG ETTER UTSKRIVELSE
- LAGET SKJEMA «HELHETLIG PASIENTFORLØP 2» (HP 2) SOM PRIMÆRKONTAKTER BRUKER MINIMUM HVER 6 MÅNED
- RUTINE LAGET FOR Å SENDE PLO MELDING TIL FASTLEGEN ETTER KARTLEGGINGEN ER UTFØRT MED EN OPPSUMMERING.
- MAL FOR INNLEGGELSESRAPPORT SYKEHUS RYDDET OPP I OG KVALITETS SJEKKET
- ALLE SKJEMA OG RUTINER HAR «HVA ER VIKTIG FOR DEG?» SOM ET AV DE FØRSTE SPØRSMÅLENE

- FLERE FAGDAGER FOR ALLE LEDERE I HJEMMETJENESTEN MED TEMA «HELHETLIG PASIENTFORLØP»
- FAGDAG FOR 180 HELSEFAG/SYKEPLEIERE I HJEMMETJENESTEN
- RUTINER OG SKJEMA GODKJENT I KVALITETSUTVALG
- SKJEMAER LAGT INN I PROFIL OG ORDNET STRUKTUR
- ALLE KAN BRUKE SKJEMAENE, MEN TESTES UT I HOVEDSAK PÅ EN ENHET I HJEMMETJENESTEN I FORBINDELSE MED ET STØRRE PROSJEKT










## UTFORDRINGER OG VEIEN VIDERE

- |  |  |
|--|--|
| • STOR ORGANISASJON SOM SKAL BLI ENIG OM Å ENDRE RUTINER | • FORTSETTE Å HOLDE FOKUSET OG MÅLE                    |
| • STORE ENDRINGER OG ARBEID SOM PÅGÅR SAMTIDIG           | • VIDEREUTVIKLE SKJEMA OG RUTINE                       |
| • TIDSKREVENDE   | • SKJEMAER OG HJELPEKORT TRYKKESS OPP TIL ALLE ANSATTE |
| • FORBEREDINGSTEAMET HAR BLITT ENDRET FLERE GANGER       |  |


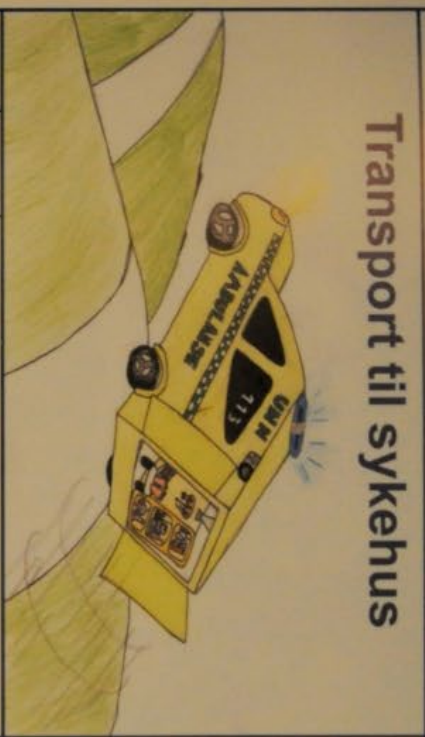


# GODE PASIENTFORLØP - UNN HARSTAD

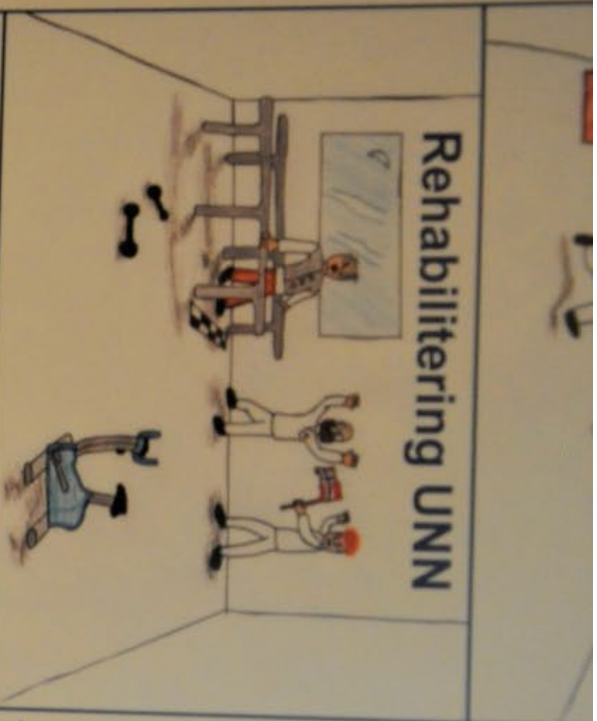
SAMLING 4 - TROMSØ 19 – 20 NOVEMBER 2019

Læringsnettverk: Sverre Vågstad, Anne-Mari Bataiden, Elisabeth Giersten, Grethe Aspaker, Lisbeth Spansvoll, Rita Holtøy og Trine Øverland

Situasjon:	Del gode pasientforløp:	Forbedringstiltak / delmal / involvering:	Status november 2019
 <p><b>Sykdom oppstår i hjemmet</b></p>	<p>Hjemmetilbudet er sent til stede og kan hindre sykdoms</p> <p>Del gode tilfelle viser for behandling av akutt sykdom</p> <p>Pasienter i primærhelsetjenstetjenester (primærhelsetjenstetjenester)</p> <p>Høyde og god deling med Akk</p> <p>Integrerte pasienter følger pasienten</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</li> <li>Pasienter er involvert i pasientens sykdomsforløp</li> </ul> <p><b>Delmal:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>God samarbeidsforhold til alle pasienter</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Integrerte pasienter</li> <li>God deling av informasjon om pasientens sykdomsforløp og pasientens behov</li> <li>God deling av informasjon om pasientens sykdomsforløp og pasientens behov</li> </ul>	<p><b>Forløp / kvalitet på innleggelsesprosesser:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Gode rapporter med funksjonsmålinger</li> <li>Rapporter med kun PLOS-score</li> <li>Nøye innleggelsesprosesser mangler full</li> </ul> <p>God funksjonsmåling ut av sykehus, korre informasjon om pasientens funksjon før innleggelse. Pasienter har et godt med behandling av sin innleggelsesforløp. UNN har korre med resultat i egne prosesser.</p> <p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Transport til sykehus</b></p>	<p>God, trygg og effektiv transport til sykehus</p> <p>Trygt og korre informasjon</p> <p>God samarbeidsforhold mellom primærhelsetjenstetjenester og Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Akuten</b></p>	<p>Man blir mer og mer pasienter som er godt samarbeidsforhold</p> <p>Lage med et korre samarbeidsforhold</p> <p>Kort ventetid og god informasjon</p> <p>Et godt samarbeidsforhold i samarbeidsforhold med Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Utvide omfang av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</li> <li>Bedre samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</li> <li>Bedre samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>På sykehusavdelingen</b></p>	<p>Raskere for elektronisk medisinforvaltning med samarbeidsforhold</p> <p>Pasienter merke, deler og profitterer samarbeidsforhold</p> <p>Helsepersonell for dag til i samarbeidsforhold</p> <p>God samarbeidsforhold med pasienter for et godt og effektivt samarbeidsforhold</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>På poliklinikken</b></p>	<p>God samarbeidsforhold i samarbeidsforhold med poliklinikk behandling</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Rehabilitering UNN</b></p>	<p>Pasienter egne mål og ønsker samarbeidsforhold og samarbeidsforhold</p> <p>Pasienter til behandling i samarbeidsforhold og til samarbeidsforhold</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Transport hjem</b></p>	<p>Direkte komme til Akk</p> <p>Akk merke, deler og profitterer samarbeidsforhold</p> <p>Kort ventetid og god informasjon</p> <p>Et godt samarbeidsforhold i samarbeidsforhold med Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Oppfølging etter hjemkomst</b></p>	<p>Gode samarbeidsforhold og samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>Et godt samarbeidsforhold i samarbeidsforhold med Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>
 <p><b>Oppfølging av fastlegen</b></p>	<p>Pasienter følger opp av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>Et godt samarbeidsforhold i samarbeidsforhold med Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p> <p>God og effektiv samarbeidsforhold av samarbeidsforhold mellom Akk og Akk</p>	<p><b>Forbedringstiltak:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Redusere ventetid gjennom samarbeidsforhold</li> </ul> <p><b>Involvering:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Akk, Akk, Akk</li> </ul>	<p>UNN har god og gode samarbeidsforhold.</p> <p>Del gode samarbeidsforhold mellom Akk og Akk og samarbeidsforholdet i behandling av sykdomsforløp, inkludert informasjon, samt «white lines» ved sykdomsforløp som ikke krever behandling.</p> <p>Nøyaktige innleggelsesprosesser for pasienter følger.</p>

## Læringsnettverk: Sverre Vigstad, /

Situasjon:	Det gode pasie
<p><b>Sykdom oppstår i hjemmet</b></p> 	<p>Hjemmesykepleien er rask og håndterer situasjonen</p> <p>Det finnes klare rutiner for akutt sykdom</p> <p>Personalet i hjemmesykepleien pasienten (primærsykepleier)</p> <p>Ryddig og god dialog med Innleggelsesrapport følger</p>
<p><b>Transport til sykehus</b></p> 	<p>Rask, trygg og effektiv transport</p> <p>Trygt og kompetent person</p> <p>God samhandling med helsevesen ved henting av pasient</p>
<p><b>I Akutten</b></p> 	<p>Man blir møtt av personale forberedt</p> <p>Lege med rett kompetanse</p> <p>Kort ventetid og god informasjon</p> <p>En god seng å ligge i, sammenhengende hvis lang ventetid</p> <p>Kartlegging av kommunale</p>
<p><b>På sykehusavdelingen</b></p> 	<p>Rutiner for elektronisk medisin med kommunene blir fulgt</p> <p>Pasientens ønsker, behov og kartlegges</p> <p>Helsepersonell tar seg tid til pasientene</p> <p>God samhandling med pasienter godt og helhetlig forløp</p> <p>God og tidlig planlegging og overføring til hjemmet</p>



## Rehabilitering UNN

Pasientens egne mål og ønsker kartlegges og vektlegges

Pasienten får tverrfaglig behandling og motivert til fysisk aktivitet

Fokus på optimal ernæring

God og tidlig planlegging av utreise (hjelpemidler / pleiebehov)

Tverrfaglige samarbeidsmøter



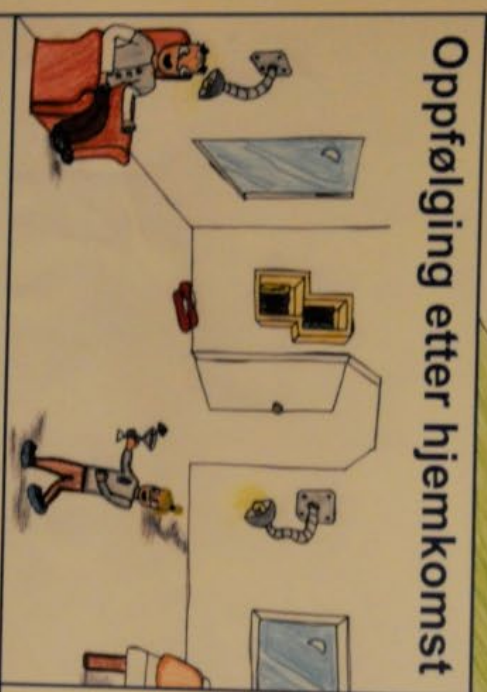
## Transport hjem

Drosjen kommer til avtalt tid

Ikke overfylt drosje

Kortest mulig reisevei (lang reisevei for å kjøre hjem andre pasienter oppfattes som belastende)

Slipper å vente i hovedinngangen



## Oppfølging etter hjemkomst

Gode epikriser og sykepleiesammenfatning gjør det enkelt for primærhelsejefenesten å følge opp pasienten

Et begrenset antall helsepersonell å forholde seg til

God tid til pasientoppfølging og samtale

Fysikalsk behandling tilbys ved behov.



## Oppfølging av fastlegen

Pasienten følges opp av fastlegen, ikke bare hjemmesykepleien

Innkalles til kontroll i løpet av rimelig tid

Hjemmebesøk av fastlege ved behov

Alle tegninger: Sondre Vigstad



# Læringsnettverk for gode pasientforløp samling 4

## Forbedringsteamet UNN Tromsø

Stort team med varierende deltakelse - INGEN NEVNT, INGEN GLEMT ©

### Hva har vi fått til



#### Forbedringstiltak:

Styrke pasientens rolle som sjef i eget liv gjennom å innføre «Hva er viktig for (deg) meg?»-samtaler som rutine under sykehusopphold.

Status:

I gang med brukerundersøkelse. Det arbeides med å få spørsmålet inn i innkomst- og oppfølgingsamtale, og hvordan det skal dokumenteres i DIPS. Plan for implementering gjenstår å lage.

#### Forbedringstiltak:

Styrke lagspillet og dialogen mellom pasienten, pårørende, UNN og kommunen ved hjelp av målrettede samarbeidsmøter gjennom lyd/bilde.

Status:

Ortopedisk sengepost er pilot og i gang med utprøving mot 11 aktuelle kommuner. Veileder er utarbeidet. Plan for spredning/implementering i UNN Tromsø gjenstår å lage.



UNN HF - Universitetssykehus og lokalsykehus.

- 6300 ansatte
- Fem sykehus: UNN Tromsø, UNN Harstad, UNN Narvik, Asgård sykehus, Longyearbyen sykehus,
- To distriktmedisinske sentre
- Fem sentre for psykisk helse og rus.

Pasientforløpene våre

Utfordringer internt:

- Høyspesialiserte avdelinger
- krevende koordinering
- Oppfølging av «satellitpasienter»
- Få avdelinger har kultur for tverrfaglig samarbeid

Utfordringer eksternt:

- Avstander
- Universitetssykehusfunksjon for 87 kommuner
- Mange små distriktskommuner (uten f.eks. apotek)
- Mangel på kompetanse

