



**VEFSN KOMMUNE**

*- et steg foran*



Foto © Aleksander Nordaas

## **Gode pasientforløp – Vefsn kommune**

Innbyggere: ca. 13 400.

Kommunesentret

Mosjøen har ca. 10 000  
innbyggere.





# Mål

Målet for arbeidet i Nasjonalt læringsnettverk for gode pasientforløp er å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.

## **I Vefsn kommune har vi 3 hovedprioriteringer:**

- Forbedring av samhandling med spesialisthelsetjenesten
- Forbedre kommunikasjon og samarbeid med fastlegene
- Forbedre samhandling på tvers av enhetene internt i kommunen



# Team Forbedring



Karin Ingebrigtsen, enhetsleder Sykehjemstjenesten og leder av gruppen

Elisabeth Bogfjellmo, enhetsleder hjemmetjenesten

Rachel Berg, kommunalsjef helse og omsorg

Fredrik W. Jørgensen, kommunepsykolog

Veronika Pettersen, leder kvalitetsavdelingen

Michael Bjørsvik Dahle, avd.leder Rehabiliteringstjenesten

Tanja Drevland, avd.leder Solina

Kristina Solhaug Paulsen, avd.leder Korttidsavdelingen

Anette Strøm, sykepleier Hjemmetjenesten

Lena Engdal, avd leder Hjemmetjenesten

Monika Beiermann / Jannicke Olsrud / Anniken Jørgensen, ergoterapeuter

Lill Inger Reinfjell, enhetsleder Helse



## **TEAM FORBEDRING**

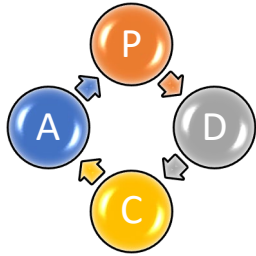
- Gruppen utarbeider en overordnet A3 som danner grunnlag for tiltakene som ble og fortsatt skal gjennomføres. Vi startet opp med forbedringer på tvers av enhetene i kommunen.
- Koordinerer og legger til rette for arbeidet og følger med på utvikling og resultat.
- Evaluerer og følger opp.

## **AVDELINGSVISE KVALITETSGRUPPER**

- Gjennomfører egne A3 for at vi skal engasjere og forankre ned i drift.
- Sette opp tiltak som skal jobbes med i egen avdeling og videresender problemstillinger som ikke kan løses på dette nivået til Team Forbedring.
- Evaluere og følge opp

# A3

metodikk



## Kontinuerlig forbedring

Planlegge – Utføre – Følge opp – Forbedre

1

### Observert problem:

Forbedre samhandling på tvers av enhetene internt i kommunen

2

### MÅL/Ønsket situasjon:

- At tjenesten som skal ta imot pasienten er sikret god nok informasjon til å kunne gi pasienten god oppfølging og nødvendig helsehjelp
- Sikre at brukermedvirkning og «Hva er viktig for deg» er integrert i hele pasientforløpet.
- Systematisk evaluering av tjenester og tiltak

3

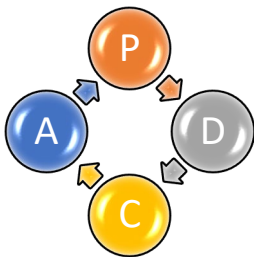
### Nå situasjon – «Brainstorm»

- Hva er opplevd nå-situasjon
- Mangelfull informasjon mottak nye pasienter
  - brukermedvirkning og faglige oppfølging – mangler medisinske opplysninger
- Risiko for uønskede hendelser
  - Ikke god nok planlegging
- Ulik forståelse mellom ulike tjenester – behov for planmøte
- Mangler enhetlige og gode systemer for når det skal være planmøter
- Personal på ulike avdelinger har ulik forventning – noe som kan skape frustrasjon / gir dårlig samarbeidsklima
- For lite systematisk bruk av sjekklister – følge opp rutiner vi har etablert
- Rutiner for inkomstsamtaler blir ikke fulgt godt nok opp i hjemmetjenesten
  - For sein oppfølging av pasienter
  - Ulik kartleggingsverktøy
- Mangler overordnet struktur for pasienter som har behov for tjenester fra flere avdelinger samtidig
- Pasientjournalssystemet – kan være pasientfeller – får ikke med oss viktig informasjon



# A3

metodikk



## Kontinuerlig forbedring

Planlegge – Utføre – Følge opp – Forbedre

4

### Rotårsaksanalyse av hindringene – (se problembeskrivelse og nåsituasjon)

#### Hindring 1: Mangelfull informasjon mottak nye pasienter

Hvorfor: Mangelfulle rutiner når planmøter avholdes

Hvorfor: Ulike forventninger i ulike tjenester

Hvorfor: Systemer ikke godt nok på plass

Hvorfor: Stor press på tjenestene

Hvorfor: Stor pasientflyt – mange pasienter

#### Hindring 2: Ulik forståelse mellom ulike tjenester

Hvorfor: Ulik erfaring og kompetanse

Hvorfor: Ulikt fokus

Hvorfor: Mangel på strukturer for samarbeid mellom fagenheter

Hvorfor: Ikke samlokalisert

Hvorfor: Ulik Arbeidshverdag – ulike fokus i arbeidshverdagen

#### Hindring 3: For lite systematisk bruk av sjekklister

Hvorfor: Opplevelse av sjekklister som tidstyver

Hvorfor: Kanskje ikke gode nok sjekklister

Hvorfor: Kanskje ikke god nok opplæring

Hvorfor: Ikke godt nok implementert

Hvorfor: For lite fulgt opp av ledere

#### Hindring 4: Rutiner for inntakssamtaler blir ikke fulgt godt nok opp i hjemmetjenesten

Hvorfor: For travelt? Mangelfulle system? Ikke prioritert?

Hvorfor: Mangelfull forståelse? Kultur/ ukultur?

Hvorfor: Mangelfull oppfølging fra ledere

Hvorfor: Det er ikke definert i tjenesten vår at dette er en oppgave for sykepleier i hjemmetjenesten.

5

#### Hindring 5: Ulike kartleggingsverktøy

Hvorfor: Ikke samstemt om felles kartleggingsverktøy – bruker ikke samme standarder – får ulike svar

Hvorfor: Ikke samlokalisert – ulik forståelse

Hvorfor: Ulike fagpersoner som har utviklet ulike verktøy

#### Hindring 6: For lang oppfølging av pasienter – evaluering av tjenestevedtak til pasienter som bor i eget hjem

Hvorfor: Ikke satt av tid til å drive med systematisk evaluering

Hvorfor: Mangelfull opplæring av helsepersonell

Hvorfor: Mangelfull prioritering

Hvorfor: Kultur/ ønske om å opprettholde pasientrelasjon

Hvorfor: Det er utfordrende å ta beslutninger som kan gi motstand fra pasient/ pårørende – mindre tjenester

#### Hindring 7: Mangler overordnet struktur for pasienter som har behov for tjenester fra flere avdelinger samtidig

Hvorfor: «Høyre handa» vet ikke hva «Venstre handa» gjør

Hvorfor: Ulik fagforståelse/ ulik kompetanse/ ulike forventninger til hverandre

Hvorfor: et lederansvar å utarbeide strukturer

#### Hindring 8: Lite tilfredsstillende pasientjournalssystem

Hvorfor: Tungvint å arbeide i – utdatert – mange klikk

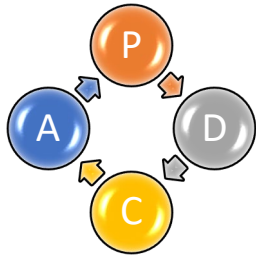
Hvorfor: Pasientfelle – viktig dokumentasjon blir borte i dokumentmassen

Hvorfor: Brukes ulikt av ulike avdelinger/ tjenester/ fagområdet

Hvorfor: Evalueringsverktøy følges ikke godt nok opp

# A3

metodikk



## Kontinuerlig forbedring

Planlegge – Utføre – Følge opp – Forbedre

### Tiltakene

Sett inn tiltak for å fjerne hindring som gjør det mulig å nå mål.  
Definer ansvarlig og frist

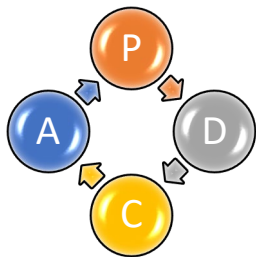
### Evaluering

Evaluere tiltak etter en gitt tid for å se om det ga ønsket effekt.

Nr.	Tiltak:	Ansvarlig	Frist	Evaluering – etterprøve tiltak
1	<p><b>Hindring :</b> Mangelfull informasjon ved mottak og utskriving av pasient</p> <p><b>Tiltak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Rutine helhetlig pasientforløp ?</li></ol> <p>Se: <a href="#">Helhetlig pasientforløp (HPH) - Trondheim kommune</a></p> <ol style="list-style-type: none"><li>2. Faste møter med Helgelandssykehuset</li><li>3. Rutine Trygg utskriving</li></ol>	<p>Veronica</p> <p>Karin / Elisabeth /Fredrik</p> <p>Tanja og Kristina</p>	<p>Mai 23</p> <p>Juni 2023</p> <p>Mai 23</p>	<p><b>2. Møtestruktur etablert feb 23.</b> Etableringsmøte og et ordinært møte avholdt.</p> <p>Ikke ferdigstilt, men jobbes med...22.5.2023</p>
2	<p><b>Hindring :</b> Ulik forståelse mellom ulike tjenester</p> <p><b>Tiltak:</b></p> <p>Lag ny rutiner for planmøter internt (ved utskriving) og hvem som deltar.</p> <p>Se på ny rutine for hverdagsrehab / hverdagsmestring</p> <p>Rutine rehabiliteringsforløp</p>	<p>Karin og Elisabeth</p> <p>Michael/Anniken Michael</p>	<p>April 23</p>	<p><b>Ok, Utarbeidet og publisert mars 23 .</b></p> <p><b>Gjennomført mai 2023</b></p>
3	<p><b>Hindring :</b> For lite systematisk bruk av sjekklister</p> <p><b>Tiltak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Sjekkliste for hvilke opplysninger tjenestekontoret må ha ved melding om utskrivningsklar.</li></ol>	<p>Veronica</p>	<p>April 23</p>	<p>- <b>OK, Sjekklisten laget og tatt i bruk. Lagt inn i Compilo.</b></p> <p>- <b>April – sjekkliste gjennomgås i samarbeidsmøte tjenestekontor/hjemmetj.</b></p>
4	<p><b>Hindring:</b> Rutiner for inkomstsamtaler blir ikke fulgt godt nok opp i hjemmetjenesten</p> <p><b>Tiltak:</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. Inkomstsamtaler skal gjennomføres innen 3 virkedager – Hva er viktig for deg?</li><li>2. Målinger gjennomføres</li></ol>	<p>Elisabeth</p>	<p>Mai 23</p>	<ol style="list-style-type: none"><li>1. Delvis gjennomført pr22.5.23, jobbes med</li><li>2. Ikke gjennomført pr 22.5.23 jobbes med</li></ol> <p><b>22.5.2023 Dette arbeidet avsluttes og blir implementert i TØRN prosjektet.</b></p>

**A3**

metodikk

**Kontinuerlig forbedring**

Planlegge – Utføre – Følge opp - Forbedre

### Tiltakene

Sett inn tiltak for å fjerne hindring som gjør det mulig å nå mål.  
Definer ansvarlig og frist

### Evaluering

Evaluere tiltak etter en gitt tid for å se om det ga ønsket effekt.

Nr.	Tiltak:	Ansvarlig	Frist	Evaluering – etterprøve tiltak
5	Hindring Ulike kartleggingsverktøy 1. Gjennomgang av ulike verktøy og bli enige om hva vi bruker i kommunen. Kartleggingsskjema depresjon?	<b>Veronica,</b> Jannicke, Elin Å, Annette, Fredrik	Mai 23	Kartlegging depresjon: GDS – ikke kognitiv svikt Cornell – ved kognitiv svikt Jobbes videre med å kartlegge og avklare videre kartleggingsverktøy.  <b>OK, Iverksatt mai 2023, lagt inn i Compilo</b>
6	Hindring: For lang oppfølging av pasienter – evaluering av tjenestevedtak til pasienter som bor i eget hjem 1. Beste praksis i hjemmetjenesten nord – sjekk at alle avdelinger har samme rutine og implementer	Lederteam hjemmetj.	Mai 23	Ikke gjennomført pr 24.3.23 Forbedring gjennomført 21.04.23  <b>Iverksatt i hjemmetjenesten Nord – blir implementert til andre avdelinger.</b>
7	Hindring : Mangler overordnet struktur for pasienter som har behov for tjenester fra flere avdelinger samtidig 1. Etabler tverrfaglig inntaksteam 2. "Innsatsteam" - prosjekt i Fremtidens Helse- og Omsorgstjenester	Fredrik  Hans Leo Dagsvik	Nov 22  2023/2024	1. Iverksatt / rutine utarbeidet og lagt i Compilo  2. Eget prosjekt - fått midler i samarbeid med Grane og Hemnes.
8	Hindring: Lite tilfredsstillende pasientjournalssystem	Utsettes		



# Målinger:

- Antall innskrivninger i hjemmetjenesten kontra antall inntakssamtaler innen 3 dagers frist - ansvar hjemmetjenesten – Ikke gjennomført.
- Antall avholdte tverrfaglige inntaksmøter pr. År. **Avholdt 4 møter hittil.**



# Rapport

## Gode pasientforløp Vefsn kommune

NASJONALT LÆRINGSNETTVERK  
HELGELANDSKOMMUNER OG HELGELANDSSYKEHUSET  
OKTOBER 2021 – JUNI 2023.



# FORBEDRING AV SAMHANDLING MED SPESIALISTHELSETJENESTEN

- Dette arbeidet kom sent i gang.
- Vi var avventende til at prosessen på samlingene i læringsnettverket skulle vie dette mer oppmerksomhet, men sånn ble det ikke.
- Sykehuset tok første initiativ til et møte med tjenestekontoret.
- Første møte ble avholdt 4.1.23. Veronica Pettersen, leder Kvalitetsavd. Vefsn kommune og Brita Rødli, enhetsleder medisinsk sengepost, Helgelandssykehuset Mosjøen fikk da videre ansvar for å planlegge møter og samarbeidsstruktur.
- Målet med møtene er generelt å bedre samarbeid for å sikre gode pasientforløp. Agendaen varierer alt etter innmeldte saker men det dreier seg om samarbeidet; samt orientering/info fra både sykehus og kommune
- Følgende møter er avholdt: 4.1.23, 7.3.2023 og 24. mai 2023.



## **FORBEDRE KOMMUNIKASJON OG SAMARBEID MED FASTLEGER/TILSYNSLEGER SYKEHJEM**

- Samarbeidsmøter med tilsynslegene i sykehjemstjenesten
- En lege skal være representert i legemiddelgruppen i Sykehjemstjenesten. Rutine for legemiddelgruppen i sykehjemstjenesten ligger vedlagt.
- Samarbeidsutvalg for legetjenesten
- Sak til kommunestyret ang. organisering av legetjenesten. Planlegger også gjennomgang av arbeidsbeskrivelse for tilsynsleger og der vil det bli sett på oppmøtetid og tydeliggjøringa av vikarordning og samarbeidsmøter.



# FORBEDRE SAMHANDLING PÅ TVERS AV ENHETER INTERNT I KOMMUNEN

## Rehabiliteringsavdelingen:

- Rehabiliteringsavdelingen har sett på pasientforløp internt i avdelingen:
  - Det er utarbeidet egen rutine for forløpsspasienter og i tillegg vil pasienter som går inn i et rehabiliteringsforløp få et eget vedtak på dette – vedtaket blir utarbeidet i løpet av desember. Rehabiliteringsforløp vil si at pasienten ikke skal ha opphold mer enn en uke før den er i gang med neste «tjeneste», eks fra hjemmerehabilitering til fysioterapi.
  - Ordnet med ny revidert samarbeidsrutine med KTA for å ivareta rehabiliteringspasienter best mulig
  - Ukentlige møter med tjenestekontoret, Rehabiliteringstjenesten og KTA for å passe på at pasientene mottar riktig tjeneste til riktig tid
  - Sterk og stødig (trimgrupper)
  - Ergoterapeut har hatt en ny runde med kurs/opplæring/påminnelse om viktigheten rundt hverdagsmestring – er gjennomført pr. 2.12.22.

Ny rehabiliteringsplan for Vefsn kommune er utarbeidet og er lagt til kommunestyret for godkjenning.





## **Korttidsavdelingen / Solina**

- Med utgangspunkt i Trygg utskriving fra pasientsikkerhetsprogrammet har det vært jobbet med å se på egne rutiner og endre disse ut fra det som er anbefalt.
- Rutinen er under arbeid og ikke ferdigstilt.
- Revidert rutine er også gjennomført for planmøter ved utskriving fra sykehjemstjenesten.



- **Tjenestekontoret**
- Her har det vært jobbet med dialogen med sykehuset før mottak av pasient og det er utarbeidet en sjekklister for bruk i tjenestekontoret ved henvendelse om utskrivningsklare pasienter.
- Liste ferdig og tatt i bruk pr 2.12.22

## **Ledergruppen**

- Deler av ledergruppen innen Helse og omsorg har utarbeidet rutine og etablert «**tverrfaglig inntaksteam**». Bakgrunnen for dette er at vi av og til har pasientutfordringer som krever økt innsats og vilje til samarbeid for å klare å finne gode løsninger som fungerer for pasienten. Hittil har vi avholdt 4 møter.
- Møtene er satt inn i kalender som faste møter hver 6. onsdag og møtet har faste deltakere.



## Hjemmetjenestene:

- Forbedret prosedyre rundt inntakssamtaler og fokus på «Hva er viktig for deg».
  - Målinger på tidsfrister for når inntakssamtaler skal være gjennomført.
  - Forbedret arbeidet med evaluering av tjenestevedtak.
- Hjemmetjenesten deltar i TØRN prosjekt og dette arbeidet vil fortsette der.



# Evaluering og oppfølging

- Team Forbedring fortsetter å jobbe med problemstillingene i A3 .
- Vi ser at flere mål for vårt arbeid ikke er nådd, noe må vi utsette og noe vil bli avsluttet. Kartlegginger som er utført vil danne grunnlag for videre arbeid.
- Arbeidet har resultert i en varig struktur for forbedringsarbeid i tjenesten og den vil vi ta vare på og videreutvikle.
- Denne organisering vil bli lagt til vår nye  
*«Rutine for overordnet kvalitetsledelse i Helse og omsorg i Vefsn kommune»*
- videre arbeid følges opp gjennom kvalitetsavdelingen.



**VEFSN KOMMUNE**  
*- et steg foran*



Foto © Aleksander Nordaas

Tusen takk for meg

