

Postere fra læringsnettverk på Helgeland

Samling 4, 7. og 8. juni 2023

Gode pasientforløp - Brønnøy kommune

Samling 4



4. Evaluere	
Måle og reflektere over resultater	
Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere	

Enkle prosedyrer som man skal følge i overgang mellom tjenester. Kontaktinformasjon lett tilgjengelig. Flere fellesmøter (slik som det vi hadde på rådhuset) slik at vi ser hverandre mer og får en følelse av at vi jobber sammen.

Det burde vært litt bedre tid til hver enkelt pasient.

Vi har fortsatt behov for å kommunisere tettere og bedre på tvers av tjenestene

Mål: Bedre samarbeid mellom tjenestene

Delmål: Klar, tydelig, høflig og profesjonell i møte med andre
 Delmål: Avklart ansvarsfordeling
 Delmål: De ulike tjenestene har kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsoppgaver

Måloppnåelse:

- Bedre koordinering mellom ROP og miljøterapijensenen etter samling
- Ukentlig møte mellom tjenestekontoret og hjemmebaserte tjenester
- Tjenestegjennomgang hjelpemiddelservice og innspillmøter med samarbeidende tjenester.

Vi har fått på plass rutiner som hindrer innleggelser i KAD fra bemannet bolig

På bogruppe 4 har vi en klar plan på dette. Med innkøst, plan for rehab, avreise og planlegging av videre tjenester. I rehab-arket de får skal det stå kontakter i de ulike tjenestegruppene. Dette falt litt ut etter bogrupsa flyttet til det gamle 7, så det jobbes med å implementere hos ansatte igjen.

Vi har begynt å ta tak i "reinnføring" av rutiner for rehabilitering på korttidsopphold igjen, men har fortsatt en jobb å gjøre

Mål: Forebygge reinnleggelser

Delmål: Istandsette personal til å håndtere pasienter der de er (dersom mulig)
 Delmål: Utarbeide rutiner på hva man skal gjøre før legevaktt kontaktes

Måloppnåelse:

- Ingen innleggelser fra heidøgnns omsorg til KAD så langt i 2023
- Reinnleggelser KAD: 2021 12stk - 2022 7stk - 2023 - 1 (så langt i år)

Mål: Implementere rutiner og sjekklister for gode pasientforløp

Delmål: Etablere og innføre rutiner og sjekklister
 Delmål: Alle pasienter/brukere skal tilbys tverrfaglig innkomst-/oppstartsamtale
 Delmål: Sikre brukermedvirkning ved planlegging og utførelse av tjenestetilbud

Måloppnåelse: Gjennomført informasjonsmøte mellom korttidsavdeling sykehjem og aktivitet&meistring, men ikke kommet videre med reinnføring av rutiner på korttid rehab. Planlagt spredning til tverrfaglig rehabilitering i hjemmet.

Pårørendegruppe for sykehjem og heidøgnns bemannet bolig er i drift med månedlig møte.

Mål: Forutsigbarhet for ansatte og brukere

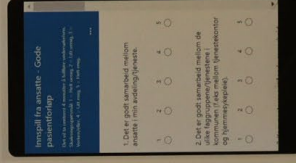
Delmål: Organisere primærteam/primærkontakt ut fra brukers behov
 Delmål: Rett kompetanse på rett plass, til rett tid

Delmål: Personer med demens skal oppleve stabilitet og trygghet
 Måloppnåelse: Primærteam er i drift i deler av hjemmebasert tjeneste, jobber videre med spredning. Sykehjemmet har utarbeidet nye rutiner for primærkontakter.

Forbedringsteam

Annie Bratås - Tjenestekontoret
 Tonje Johansen - Fellesfunksjoner
 Karina Lande - Hjemmebasert
 Ann Kristin Lorentsen - ROP/miljøterapijenester
 Hanne Solberg - Aktivitet og meistring
 Sandra Ediasen - Sykehjem
 Brith-Tone Thrana - ROP

Innspill fra ansatte for å vurdere effekt av tiltakene som er gjort så langt

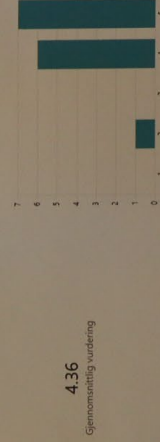


Oppsummering av innspill i oppfølgingsundersøkelsen

- Ansatte opplever i stor grad godt samarbeid innad i egen tjeneste/avdeling.
- Det er en liten forbedring fra undersøkelsen for et år siden, men ansatte opplever fortsatt for dårlig samarbeid mellom de ulike tjenestene.
- Mangel på møtepunkter, tid og rom for tverrfaglig samarbeid trekkes fortsatt fram som årsaker til at samarbeidet ikke er godt nok.
- For mange fagpersoner involvert i oppfølging av hver bruker, samt for lite tid trekkes fram som hindre for brukermedvirkning
- Behov for bedre samarbeid med sykehus og tidligere planlegging av hjemkomst for brukere med omfatende behov

Resultat fra oppfølgingsundersøkelsen som viser forbedringspunkt

1. Det er godt samarbeid mellom ansatte i min avdeling/tjeneste.



2. Det er godt samarbeid mellom de ulike faggruppene/tjenestene i kommunen.



Arbeidsgruppen

Legkontor: Heidrun Stene

ROP tjenesten: Silje Sandstrak

Hjemmetjenesten: Judith W Edvardsen, Lill Kristin Knutsen
Dag Einar Knutsen

Sykehjemmet: Elin Kristin Johansen, Thea Kristin Johansen
Oskar Knutsen, Victoria N Nikolaisen

kommunedirektør: Tor Henning Jørgensen

EVENTYRØYA DØNNA



FRA VI TIL OSS

Gode
pasientforløp



HVA ER VIKTIG FOR DEG?

HOVEDMÅL

- Sikre god samhandling mellom de ulike enhetene innad i kommunen

DELMÅL

- God kommunikasjon og informasjonsutveksling
- Fokus på egenmestring hos brukerne
- Bruke "hva er viktig for deg?" som utgangspunkt for tjenestetilbudet

- 21 sykehjemsplasser
- 1 KAD rom
- 15 omsorgsboliger for eldre
- 1 rom til avlastning
- 8 omsorgsboliger i bofelleskap (Inkludert 1 bolig til avlastning barn)
- Rus og psykiatri
- Legetjeneste
- Helsestasjon
- Hjemmesykepleie
- Sykehjem
- Kommunefysioterapeut
- Folkehelsekordinator
- Ambulerende vaktmester

Status i dag

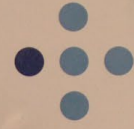
- Samordnet hjemmetjenesten og sykehjemmet
- Markerer "Hva er viktig for deg?" dagen årlig
- Startet opp møteplass for eldre
- Tilstatt kommunefysioterapeut
- Tilstatt Ambulerende vaktmester
- Begynt med opplæring av ansatte med observasjon og vurderingskompetanse (vr briller, pro act)

Videre arbeid

- Oppstart av sykeleiersteam
- Fra kommune 2.0 til kommune 3.0
- Observasjon og vurderingskompetanse
- styrke samarbeidet mellom enhetene
- Oppstart prosjekt tjenestestyrt bemanning og organisering av arbeid

Erfaringer

- Utfordrende å jobbe med prosjekt/turnus
- Fått mye faglig påfyll gjennom samlingene
- Gjenstår mye jobb til vi er i mål



Overordnet mål:

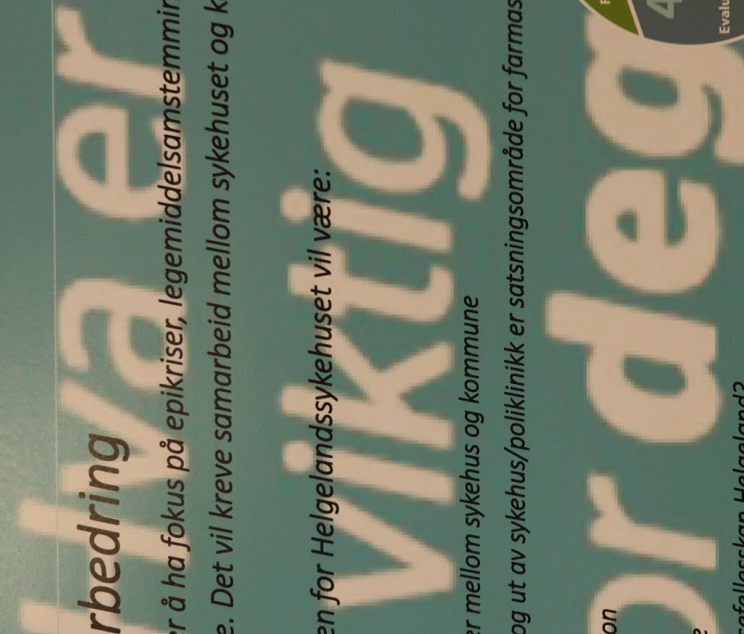
Pasienter i Helgelandssykehuset skal oppleve et sømløst pasientforløp med god kommunikasjon og samhandling, samt pasientsikkerhet i alle ledd av forløpet.

Kontinuerlig forbedring

Helgelandssykehuset ønsker å ha fokus på epikriser, legemiddelsamstemming og gode utskrivingsamtaler i veien videre. Det vil kreve samarbeid mellom sykehuset og kommunene for å få til et best mulig resultat.

Begynnelsen på fortsettelsen for Helgelandssykehuset vil være:

- ◆ *Hva er viktig for deg*
- ◆ *Forbedringsarbeid i overganger mellom sykehus og kommune*
- ◆ *Legemiddelsamstemming inn og ut av sykehus/poliklinikk er satsningsområde for farmasøytene*
- ◆ *Involvering av kvalitetstråd*
- ◆ *Avvikskultur i egen organisasjon*
- ◆ *Møter med kommuner*
- ◆ *E-læringskurs tjenesteavtalene*
- ◆ *Nettverk på Helgeland via Helsefelleskap Helgeland*



Spjeldliste ved utskrivningsamtale:	Dato	Sign.	Navn ansatt
Spjeldliste ved innkomst ved Helgelandssykehuset HF			
Start utskrivningsprosessen ved innkomst			
<ul style="list-style-type: none"> Involver pasient og/eller pårørende - hva er viktig for dem? Sjekk plan for behandling under innleggelse og tematiser utskrivningsdato for pasienten og/eller pårørende Documenter plan for utskrivning som eget punkt i behandlingsplan Start PLO-medisinopptak ved behov Erving og/eller pårørende om eventuelle spørsmål med pasient og/eller pårørende Avklar hvem som skal stoppe medisinene Sjekk om legemiddellisten i medikamentmodulen blås, ved innleggelse og utskrivelse 			
Føderede pasient og/eller pårørende på utskrivningsamtale			
<ul style="list-style-type: none"> Avklar om pasienten ønsker å ha med pårørende tilstede under utskrivningsamtalen Informasjon om tilsted ved innkomst, tittel behandling som er gjort og hvorfor Gjennomgang av oppdatert legemiddelliste Gjennomgang av endringer i legemidler (ny, endret, kur, seponert) samt behov for oppfølging av disse Erving om pasienten har behov for kontrolltillate hos sykehus eller fastlege Avklar endring behov for kommunale tjenester etter utskrivelse Avklar behov for transport Avklar om noen tar med pasienten i hjemmet/ har pasienten nøkler Har pasient eller pårørende flere spørsmål? Er pasienten fornøyd med informasjon som er gitt? 			
Utskrivningsamtale			
<ul style="list-style-type: none"> Erklære til fastlege, henviser og samarbeidende helsepersonell Pasient får med epikrise i hånd PLO- medisinert er fukt og kommunen har beregnet tilbud Sjekk utskrivningsamtale Skriv av pasienter har med seg legemidler til de får fylling selv Kontrollert oppfølging (spesialisthelsetjeneste- fastlegen) Syremening Hendelse trykksak behandling Erving om oppfølging og medisinertus Er forfatter PLO-medisinopptaket 			

VAR/HØST 2023 – oppstart av to team/piloter



VAR 2023 – oppstart av to team/piloter



« Dette er det mest matnyttige jeg har vært med på i min tid som brukerrepresentant »
Stat: Anne Lise Brygfield, leder brukerutvalget Helgelandssykehuset HF

- **Viktig med tålmodighet**
- **Viktig med eierskap**
- **Viktig å motivere**
- **Viktig å ikke gi seg**

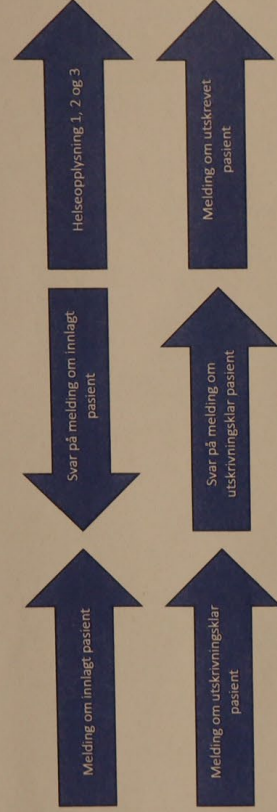
«Hva er viktig for deg?»

GODE PASIENTFORLØP

i Hemnes

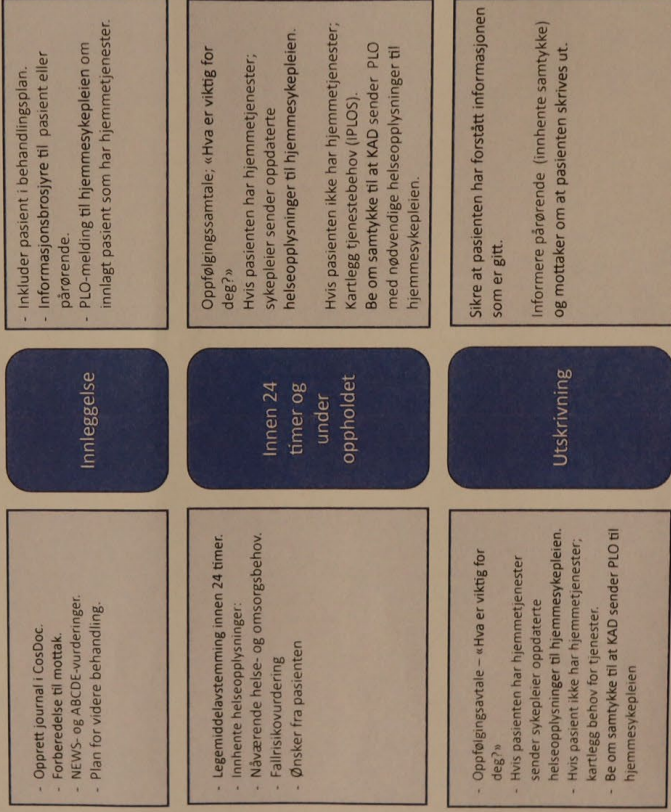
1

Saksbehandling



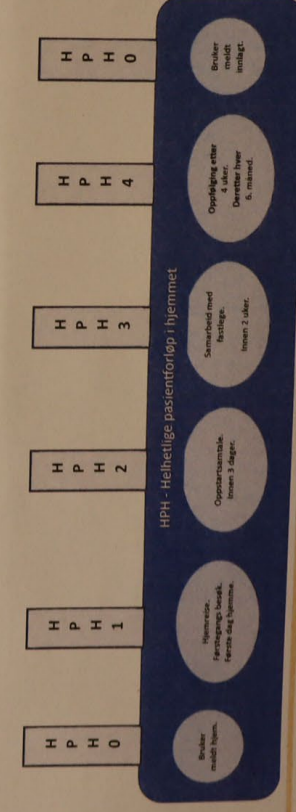
2

Korttidsavdeling



3

Hjemmesykepleie

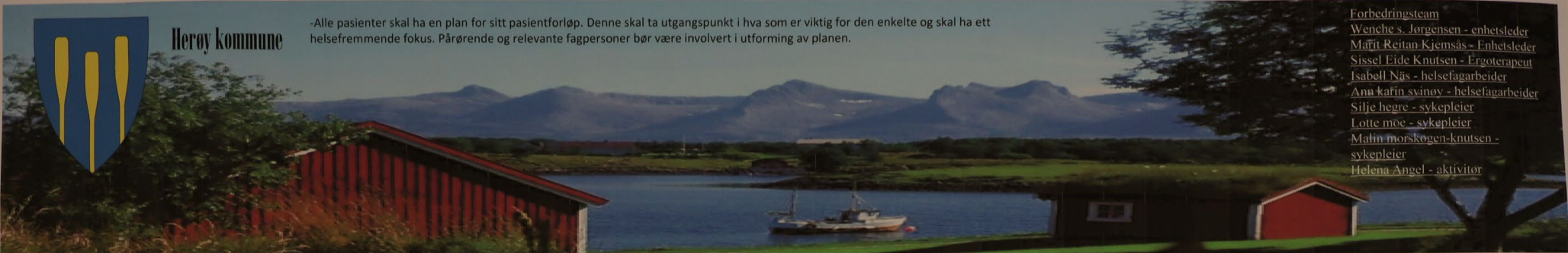




Herøy kommune

-Alle pasienter skal ha en plan for sitt pasientforløp. Denne skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte og skal ha ett helsefremmende fokus. Pårørende og relevante fagpersoner bør være involvert i utforming av planen.

Forbedringsteam
Wenche s. Jørgensen - enhetsleder
Marit Reitan Kiemsås - Enhetsleder
Sissel Eide Knutsen - Ergoterapeut
Isabell Näs - helsefagarbeider
Ann Karin Svainoy - helsefagarbeider
Silje hegre - sykepleier
Lotte moe - sykepleier
Mahn morskøgen-knutsen - sykepleier
Helena Anjel - aktivator



DELMÅL VI HAR HATT FOKUS PÅ

- Faste ansatte har kjennskap til retningsendringen «Hva er viktig for deg», og har fokus på dette i arbeidshverdagen. (tidsfrist: 12 - 2022, måles i spørreskjema)
- Faste ansatte bruker arbeidsplanen i Cos Doc i den daglige oppfølgingen av pasienter, samt registrerer utførte/ikke utførte oppdrag. (tidsfrist: 05 - 2023, registrering av utførte oppdrag).
- Faste ansatte har tilstrekkelig kompetanse og rutiner for å dokumentere/lese i pasientens plan/journal Cos Doc (tidsfrist: 05 - 2023, måles i spørreskjema).
- Faste ansatte kan utforme plan for pasient: Kartlegging, mål, tiltak, evaluering. (Brukermedvirkning og tverrfaglig samarbeid ivaretas) (tidsfrist: 10 - 2023, måles i spørreskjema).
- Alle avdelinger har daglige tavlemøter (unntatt i helger) for å kvalitetssikre oppfølging av pasienter. (tidsfrist: 12 - 2022, måles ved etablering av rutiner og det legges inn som oppdrag i avdeling som skal krysses utført/ikke utført).

Gode pasientforløp



FORBEDRINGSTILTAK GJENNOMFØRT I 2022/2023

- Tavlemøtene er etablert i alle avdelingen og gjennomføres hver dag.
- Internundervisning cos dok hver tirsdag 1 time.
- Fokus på kjennskap til retningsendringer «hva er viktig for deg»



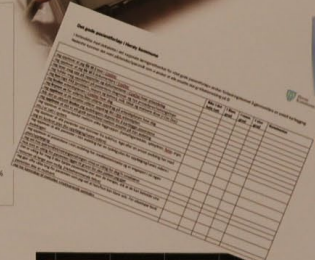
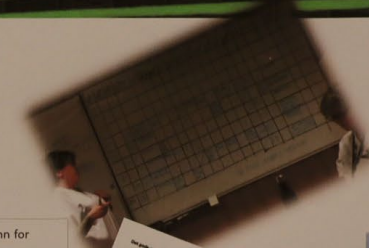
VEIEN VIDERE.

- Videre arbeid med mål og tiltak (målinger)
- Rehabiliteringsopphold som tar utgangspunkt i «Hva er viktig for deg?»
- Samarbeid med Helgelandssykehuset «Den eldre pasienten»
- Temaplan «Leve hele livet» Herøy kommune



VEDLEGG 2 - HVA ER VIKTIG FOR DEG DAGEN 2021 OG 2022

Oppsummering av resultater fra beboere på Herøy omsorgssenter (Hva er viktig for deg) dagen 2021 og 2022:



Gode
pasient
forløp



Leirford kommune
- muligheter på land og på vann



Forbedringsteam

Marit Myrvik
Therese Sigmundsdatter
Parinya Nilsen
Sigbjørn Olsen
Jon Albert Olafsen- Båmes
Karina Kjørstad
Tove Nyland
Birgit Johansen

Hovedmål:

Sikre et trygt og
forutsigbart pasientforløp som
ivaretar pasientens behov

Delmål:

Hva er viktig for deg?
Unngå innleggelse/ reinnleggelse
Systematisk kartlegging
Sikre pasientens behov

Forbedringspunkter:

- Involvering av pasienten
- Bedre rutiner for tildeling av tjenester
- Samhandling om pasientene
- Plan ved forverring, oppfølging
- Bedre utnyttelse av kompetanse

Forbedringstiltak:

- Innføre sjekklister/ flytskjema
- Innkomst- / «hva er viktig for deg» - samtale
- Tjenestekontor (forslag til politisk behandling)
- Tettere samarbeid med Helgeland Rehabilitering
- Konkretisere mål for korttidsopphold

Målinger forbedringstiltak pr. 5/6-23

Pårørendesamtaler på sykehjem: 13

Pasientsamtale/ innkomst/hva er viktig for deg- samtale sykehjem: 2

Kartleggingssamtale/ hva er viktig for deg- samtale hj.spl:

Tjenestetilbud i pleie- og omsorgssektoren

Hjemmetjenesten:
Hjemmesykepleie (ca. 95 brukere)
Miljøtjenesten
Praktisk bistand
BPA
Avlastningstjenester for barn og unge
Omsorgsboliger
Omsorgslønn
Dagsenter for personer med demens
Helsestasjon for eldre
Demenssteam med personal fra sykehjem og hjemmetjenesten
Sykehjem (29 plasser)

Rus- og psykiatrisk tjeneste
Dagsenter (ikke i drift per dags dato)

Status- hvilke tiltak har vi satt i gang?

De fleste i pleie- og omsorgstjenesten har deltatt på proact- kurs. Dette øker personalets kompetanse i systematisk kartlegging og kan hindre innleggelse/ reinnleggelse.

Personalet på sykehjemmet har gjennomført HLR-kurs, avklart HLR- status på pasienten og startet arbeid med å lage plan ved forverring til pasientene.

Koordinerende enhet har månedlige møter med Helgeland rehabilitering i Sømna

Det er opprettet en stilling til tjenestekontor for å sikre bedre rutiner for kartlegging og tjenestetildeling.

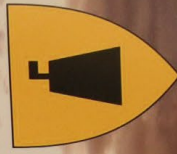
Flere ansatte tar videreutdanning for å øke kompetansen i pasientgruppen.

Utarbeidet sjekklister for innkomst/ hva er viktig for deg- samtale og pårørendesamtaler og oppstart av slike samtaler.

Oppstart av felles nattevaktteam (hj.spl./sykehjem) for bedre utnyttelse av kompetansen i pleie- og omsorgstjenesten.

Plan for tettere samarbeid mellom sykehjem og fysioterapeut.

Fallforebyggende grupper kommet i gang med helsestasjon for eldre og frivillige



LURØY
KOMMUNE

Gode pasientforløp i

Lurøy

LURØY
LAGA

Innbyggertall: 1852 (02.05.23)
Mål: Sikre innbyggernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester.
Delmål: Innbyggerne skal kunne bo i egne hjem på tross av funksjonstap

Hva er viktig for deg?

Tiltak

- Tverrfaglige samarbeidsmøter igangsatt hver 14.dag.
- Visma veilederen, fagprogram for helsepersonell innført.
- Fallforebyggende gruppe gjennomført i alle kretser. Fokus på fallforebygging videreføres.
- Oppdatering av sjekklister inntakst omsorgsbolig/rehabilitering/institusjon. For å ivareta brukermedvirkning, egne ressurser og pårørendesamarbeid i større grad.

Planlegge for spredning

- Informasjon til bl.a. Eldrerådet
- Kommunens hjemmeside/Steinkjerringa

Forbedringsarbeidet fortsetter – kontinuerlig og helhetlig i alle tjenester

- Brukerrepresentant i forbedringsteamet
- Brukerundersøkelse
- «Hva er viktig for deg? -dagen» markeres i hele kommunen!

Forbedringsteamet: Kay Pedersen, sykepleier, Erlend Henriksen, fysioterapeut, Freddy Johnsen, leder omsorg, Kristin Bjarke, leder omsorg, Henrik Manukyan, leder omsorg, Øystein Aasvik, leder miljøterapi, Tonje Østrem, tildelingskontor, Berit Harsvik Hauknes, leder Enhet barn og familie, Anne Brit Greff, HSO-sjef og Eva Evensen, ergoterapeut.



Rana
kommune

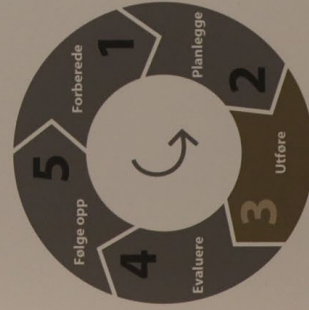
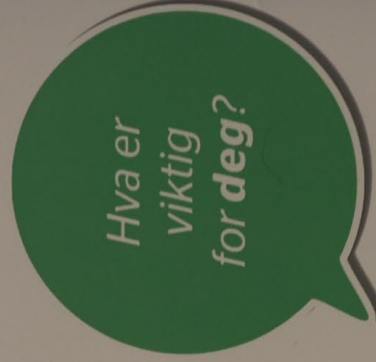


Litt fakta om Rana Kommune

Byen har over 21 000 innbyggere, men i kommunen som helhet bor det over 26 000 mennesker. Rana kommune har et areal på 4460 km², dvs Norges fjerde største kommune i utstrekning.

Mål – hva skal vi oppnå?

Forbedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene i pasientforløpene blir av god kvalitet. Bedre koordinerte pasientforløp. «Hva er viktig for deg?» blir gjennomgående i brukerens møte med tjenestene, slik at brukeren opplever å bli sett og videre motivert til økt egenomsorg. Forebygge innleggelse og reinnleggelse.



3. Utføre
Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

Oppdatering av status i arbeidet

Kommunen er startet opp med implementering av verktøy og sjekklister fra DigiPro-helse. Vi har hatt målinger på bruk av innleggelses-rapporter på pasienter med kommunale tjenester som ble innlagt i sykehus. Kommunen er i gang med opplæring av Pro Act instruktører, og jobbes videre med kursing av øvrige ansatte. Det jobbes videre med implementering av «hva er viktig for deg» i arbeidsverktøy som kartleggingsmaler og brukerundersøkelser.

Medlemmer i forbedringsteamet

Astrid Skjæving..... seksjonsleder institusjonstjenesten
Lena Handberg..... seksjonsleder hjemmebaserte tjenester
Lilli – Ann Krutå..... seksjonsleder hjemmebaserte tjenester
Svein Arne Andersen..... seksjonsleder rehabiliteringstjenesten
May Helen Steinfiell..... rådgiver psykisk helse og rus
Ingrid Lorentzen Kildal..... psykologspesialist
Trine Graven..... rådgiver tildelingskontoret
Tonje Bergh Grimsø..... fysioterapeut innsatsteam
Liv Tove Risøy..... sykepleier 1 korttidsavdelingen
Ingvild Jensen..... sykepleier hjemmetjenesten





VEFSN KOMMUNE

- et steg foran



Foto © Aleksander Nordaas

«Gode pasientforløp» i Vefsn kommune

Mål:

1. Forbedring av samhandling med spesialisthelsetjenesten
2. Forbedre kommunikasjon og samarbeid med fastlegene
3. Forbedre samhandling på tvers av enhetene internt i kommunen



Rapport Gode pasientforløp Vefsn kommune

NASJONALT LÆRINGSNETTVERK
HELGELANDSKOMMUNER OG HELGELANDSSYKEHUSET

oktober 2021 – juni 2023

Hva har vi jobba med?

- Etablert forbedringsteam på tvers av enhetene – del av overordnet kvalitetsrutine.
- Samarbeidsmøter med Helgelandssykehuset.
- Forbedret interne rutiner og sjekklister rundt utskriving, mottak og tjenesteyting
- Etablert tverrfaglig inntaksteam for brukere med sammensatte behov.
- Utvelgelse av kartleggingsverktøy gjeldende for hele tjenesten i helse og omsorg.
- Arbeidet i gruppen har vært med å iverksette andre forbedringsprosesser som innsatsteam og forbedring av legetjenesten.
- Fokus på forbedringsarbeid innad i tjenestene.