

Postere fra læringsnettverk i Ahus-regionen

Samling 3, 14.-15. september 2022

Eidsvoll kommune

- Trivsel og vekst i grunnlovsbygda



Det gode pasientforløp - 3. samling 14. og 15. september 2022



FAKTA

Eidsvoll kommune ligger nord i Viken fylke. Kommunen har et areal på 457 kvadratkilometer og har ca. 26.000 innbyggere. Den består av flere tettsteder og helsetjenestene skal ytes i flere sentrale tettsteder, samt ute til innbyggere ytterst i distriktene. Ifølge levekårsundersøkelsen skårer kommunen lavt på folkehelseprofilen.

Helsetjenestene er fordelt i 3 virksomheter, bestående av virksomhet for Hjemmebaserte tjenester, Eidsvoll helse- og omsorgssenter, samt Helse og bistand. Kommunen driver tjenestene i egen regi og kjøper sjeldent tjenester fra private aktører. Kommunen har ikke felles saksbehandlingsenhet og forholder seg til 4 lokalisasjoner knyttet til Akershus universitetssykehus, med ulik praksis.

STATUS

Forbedringsarbeidet er presentert i kommunalt samhandlings-team, der våre virksomhetsledere er representert sammen med assisterende kommunedirektør.

Vi har fått mandat til å jobbe videre med dette utover prosjektperioden.

Utfordringer og mål er kartlagt. Vi har kommet godt i gang med dialog på hvordan løse utfordringene.

Orientering om status i Gode pasientforløp i Hovedutvalget for Helse, omsorg og forebygging er utført.

FORBEDRINGSTEAMET

Tor Axel Eliassen - leder koordinerende enhet, Helse og bistand. Leder for forbedringsteamet

Rudy Van Oevelen - avdelingsleder folkehelse, fysio- og ergoterapi

Emil Anfinnes - leder vurderingsteam, Helse og bistand

June Dramstad - avdelingsleder 1. avdeling, Eidsvoll helse- og omsorgssenter

Mona Knutsen - koordinator, Eidsvoll helse- og omsorgssenter

Vivvi Olsen - saksbehandler vurderingsteam

Beate Sandin - saksbehandler vurderingsteam

Anne Nordheim - teamsykepleier distrikt nord, Hjemmebaserte tjenester

Jeannett Thorstensen - teamsykepleier distrikt indre sør, Hjemmebaserte tjenester

Karoline Frantzen - teamsykepleier distrikt ytre sør, Hjemmebaserte tjenester

Lage tydelige rolleavklaringer mellom vurderingsteam og samarbeidende tjenester

Avklare roller og oppgaver mellom vurderingsteam og samarbeidende tjenester

Utvikle felles kartleggingsverktøy for vurderingsteamene

Utarbeide tjenestebeskrivelser og tildelingskriterier for alle helsejenestene

Bli tøffere på å ta pasienter rett hjem. Sikre nødløsning med ekstra sengeplass på korttid. Kriterier for bruk av seng utarbeides

Alle enheter i kommunen skal ha admin.enhet i CosDoc

Forenkle arbeidet med utveksling av E/PLO meldinger

Alle PLO-meldinger skal sendes til egen admin.enhet tilhørende hver virksomhet

Flere har tilgang til saksbehandlerjournal og øvrige journaler

Implementere «Hva er viktig for deg»

Ledelsesforankre at «Hva er viktig for deg» skal implementeres i våre tjenester

Implementere «Hva er viktig for deg?» i alle kartleggingsverktøy

ET GODT OG TRYGT PASIENTFORLØP

Fakta om Hurdal

Hurdal kommune ligger på Øvre Romerike, i Viken fylke. Hurdal er en liten kommune med ca. 3000 innbyggere. Det er ca 850 arbeidsplasser i kommunen, og ca 430 personer pendler inn til arbeid i kommunen. Helsestilbudet i Hurdal består av et legesenter, sykehjem og hjemmesykepleie. Det finnes også fysioterapeuter og ergoterapeuter i kommunene.



HURDAL
KOMMUNE



Gode Pasientforløp

Forbedringssteamet:

- Olvind Brathen - Fysioterapeut
- Tuvø Kristine Andersen - Sykepleier
- Malene Solbakken Slemdal - Sykepleier & leder av teamet

VÅRE MÅL

- Skape gode rutiner som forankres hos de instansene som skal samarbeide gjennom pasientforløpet.
- Forbedre kommunikasjon mellom helsepersonell og brukere
- Styrke brukerperspektiv gjennom "hva er viktig for deg?" - samtaler

FORBEDRINGSOMRÅDER

- Bruke prosedyrer og sjekklister aktivt.
- Informasjon/involvering av brukere og pårørende
- Pasienten i fokus
- Kommunikasjon mellom instanser



Tiltak

- Forbedre og utarbeide prosedyrer, rutiner og sjekklister som sikrer et godt samarbeid mellom instansene
- Jobbe aktivt med lederforankring
- Bedre informasjon og involvering av brukere og pårørende



Kongsvinger kommune er en middels stor kommune med ca 18 000 innbyggere. Kommunen består av en bykjerne med stort geografisk område med omliggende grender.

Kommunen yter alle slags omsorgstjenester til sine innbyggere, samtidig som man er vertskommune for en del tjenester i regionen. Kommunen har en del demografiske utfordringer der man har mange eldre innbyggere, lavt utdanningsnivå og mange uføretrygdede. En stor andel av innbyggerne bor ute i distriktene og dette gir utfordringer i henhold til integrasjon og utvikling innen velferdsteknologi. Kommunen arbeider aktivt med rekruttering av høgskolegrupper inn i sine tjenester, og kommuneøkonomien er relativt god.

Deltakerne i læringsnettverket er:

- Liv Wang Pedersen, avdelingsleder (leder av læringsnettverket).
- Marianne Stormorken, koordinator
- Gry Nelly Tronbøl, AKS sykepleier i HBT
- Elise Sand, ergoterapeut
- Anja Østli Ausland, AGS sykepleier korttidsavdeling
- Rita Bates, helsefagarbeider
- Ida Sørli, saksbehandler tjenestekontoret
- Siv Anita Westheim, rådgiver Stab HM.



**KONGSVINGER
KOMMUNE**

NES KOMMUNE

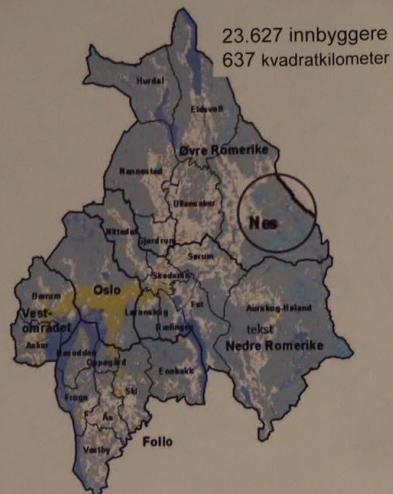
VIKEN, Øvre Romerike

Visjon:

Det gode liv der elvene møtes

Verdier:

Nærhet Engasjement Synlighet



VÅRT TVERRFAGLIGE FORBEDRINGSTEAM:

VIRKSOMHET	NAVN	STILLING
Hjemmetjenesten	Linn E. Amundsen	Sykepleie-koordinator
	Elin Holen	Sykepleie-koordinator
	Elvy Holtet Olsen	Saksbehandler
Miljøarbeidertjenesten	Marianne S. Deocareza	KEF
	Kirsten Røisli	Avdelingsleder
Dialog og Mestring	Ann Helen Amundsen	Ergoterapeut
	« Øystein O. Staurheim	Fysioterapeut
	« Bodil K. Skjevdal	Hukommelses-koordinator
Helse og velferd	Jorunn F. Lyster	Fagrådgiver
Hjemmetjenesten Leder forbedringsteam	Kristin S. Holm	Fag- og kvalitetsansvarlig



FORBEDRINGSTILTAK:

1. Oppdatere «Samarbeidsrutine for Hjemmetjenesten, Fysio/ergo og Tildelingsenheten Helsetjenester i hjemmet etter innleggelse og ved funksjonsfall»
2. Oppdatere «Rutine for korttidsforløp Nes sykehjem».
3. Fortsatt vurdering av ulike tiltak som gjennomgang av verktøy, sjekk-lister, andre rutiner, samarbeidsarenaer.



HVORDAN MÅLE FORBEDRINGSARBEIDET?

- Kvalitativt? (COPM, PSFS)
- Kvantitativt? (COSDOC, egen manuell sjekkliste)



Gode pasientforløp

Samarbeidsgruppe sektor helse og velferd:

Hjemmesykepleien - Karen Aurmo og Gunhild Bryld
Mestrings og forebygging - Dino Trbonja og Katrine Øksnes
Bølig og tjenester/ Tildelingskontor - Marit Buraas og Anne-Grethe Lundgreen
Institusjon Døli - Therese Ruud og Laufey Gudfinnsdottir
Skytta bo og Service senter - Tine Visserbråten
Oterholt og Ingrid Hofflund-Nystad

Nittedal kommune har ca 25 000 innbyggere/ nittedøler.

Statusrapport: Samling 3

Mål 1 - Bedre kommunikasjon mellom faggrupper, brukere og pårørende

Utførte tiltak: Gerica og journalisystem. Forenkle og forbedre henvisningsrutiner mellom tjenestene.

Påbegynt arbeid i gruppen:

Felles TVF - KL verktøy revideres og forbedres - utprøves fra sept 2022

Brukerstatus - lage mal på innhold og utarbeide rutiner.

Innleggelsesrapport - Kvalitetssikre innhold i innleggesrapporten til sykehus.

Fokus:

Informasjon og evaluering

Innvolvering av alle ansatte/ ledere (utvides til å gjelde hele sektoren)

Hva betyr det at pasienten er i senterum?

Hvordan disponere rammer godt nok?

Hvordan få ut god og enkel informasjon til alle parter?

Hvordan få til gode rutiner ved pasientoverganger?



NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka



RÆLINGEN
KOMMUNE

GODE PASIENTFORLØP

3. samling

Fakta om Rælingen

Antall innbyggere
19.024

Antall eldre over 65 år
2.172

Areal
71,68 km²

Rælingen er en langstrakt kommune som naturlig deles inn i to distrikter, Løvenstad og Fjerdingby.

Vi har to sykehjem. Alle langtidsplassene er lokalisert på Løvenstadtunet, mens korttids- og rehabiliteringsplassene er på Fjerdingby helsetun. Der finnes også én KAD-plass og to palliative plasser. Hjemmesykepleien har nylig gått fra å være inndelt i de to distriktene til å jobbe teambasert.

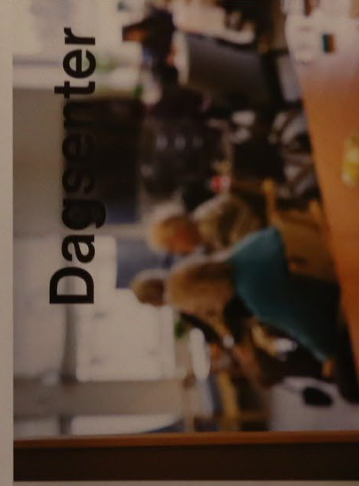
Dagsenteret har i tillegg til ordinært dagsentertilbud turgrupper. Fysio- og ergoterapitjenesten har nylig startet opp dagrehabilitering (x2/uke i 8 uker).

Vi har vurderings- og mestringssteam, som møter nye eller uavklarte pasienter når de kommer hjem fra sykehus. De kartlegger behov for tjenester og tilrettelegging i hjemmet. Vi har også huseiendomssteam og nyopprettet kreftkoordinator (2021).

Spesielt for Rælingen er at vedtaksmyndigheten ligger hos tjenestene, ikke hos saksbehandler.

Forbedringsteamet

- Vibeke Vasholmen
- Linn Therese Fjell
- Eli Anne Bendiksen
- Christin Skogen
- Jeanette Milo
- Gry Olsen
- Karianne Johnsrud
- Darko Barisa
- Øystein Kjølbørg
- Lise Bakken



Dagsenter



Mål – hva skal oppnås?

- Helhetlig fokus på helsejensene våre. Dette innebærer også bedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene blir av god kvalitet.
- *Hva er viktig for deg?* blir gjennomgående i brukerens møte med tjenestene, slik at han opplever å bli sett, og videre motivert til økt egenomsorg.
- Dagtilbudet i kommunen tilpasses brukernes behov i større grad, slik at brukere og pårørende blir bedre rustet til å mestre hjemmesituasjonen lengst mulig.

Hvilke konkrete tiltak/handlinger skal iverksettes?

- Fortsette arbeidet med sjekklister for overganger mellom tjenester, både mot sykehus og internt i kommunen. Helhetlig fokus, få historikken tydeligere frem ved endret tjenestebehov. Evaluere dagens samarbeidsmøter. Bli bedre kjent med hverandres tjenester.
- Opprette en arbeidsgruppe med mål om å implementere *Styrkebasert dialogverkstøy* i alle helsejensene, samt øke fokus på *Hva er viktig for deg?*
- Fortsette å utrede behovet for å utvikle dagtilbudet i kommunen. Flere dialogkaféer, spørreundersøkelser. Se på muligheter i eksisterende tilbud, samt transportmuligheter.



SØR-ODAL

Koble av eller koble på
PÅ ET SØR-ODAL - som i tiden du bodde
for mer informasjon kontakt oss

FORBEDRINGSTEAMET:

- Ingeborg Øksdahl, ergoterapeut og leder av teamet
- Berit Ingvaldsen, konstituert enhetsleder hjemmetjenesten
- Mari-Anne Joramo, avdelingsleder hjemmetjenesten
- Ida Marie Granmo, fagspesialer hjemmetjenesten
- Caroline Ellevoid, avdelingsleder korttids- og rehabiliteringen
- Stw Torill Gjesnes, sykepleier korttids- og rehabiliteringen
- Anette Hjøll, enhetsleder Rehabilitering og tildeling
- Line Merete Hagen, saksbehandler
- Karoline Sofia Knutsrud, fysioterapeut

Fra intervjuene:

- Fra pasientene:
- Liten grad blitt spurt om hva som er viktig for dem, både i kommuner og på sykehuset
 - For opplevelse med informasjon fra sykehuset om veien videre
 - Ingen informasjon om grad av behov
 - Ser på praktisk bistand og oppfølging som viktig for å ha det bra

Fra ansatte:

- Vanskelig å foreta innleggelse i de enkelte sakene
- Må ofte etterspørre informasjon fra spesialisthelsetjenesten

Forbedringsområder:

- Tidlig planlegging av hjemmese fra korttids- og rehabilitering, med ett bruk av inntakstallene, samarbeidsmåter og hjemmebesøk med pasient og pårørende
- Revidere sjekklister utarbeidet i tidligere forbedringsarbeid
- Evaluere innholdet i tavlene i hjemmetjenesten og ved korttids- og rehabiliteringen - gir tavlene relevant informasjon, og bidrar informasjonen til å drive prosessen framover?
- Bli bedre på å spørre hva er viktig for deg? og bruke dette som arbeidsverktøy



Sør-Odal er med sine 7900 innbyggere den mest største kommunen i Kongsvinger-regionen. Kommunen søker til Akershus Universitetssykehus etter at Kongsvinger sykehus ble overført til fra Sykehuset Innlandet til Ahus i 2019.

Helse og mestring er største tjenesteområde i kommunen, med 220.09 årvokst fordelt på 302 ansatte. Det overordnede målet for tjenesteområdet er at all arbeid som utføres, skal bidra til at flest mulig mestrer livet selv. Fokusområdene for Helse og mestring er

- På innbyggernes side - brukernes vedvirkning og samhandling om tjenestene
- Folkehelse - forebygging og friskliv
- Bærekraft - velfersteknologi og rehabilitering først

Videre satsningsområder:

- Rehabilitering først - hjemme best
- Rekruttering og oppfølging
- Røpølog og digitalisering
- Akershusregion og samarbeid
- Samarbeid, trykne, næringsarbeid

- Nye bygge og omsorgsboliger

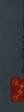
Demografi og nøkkeltall:

- 381 innbyggere over 80 år pr 2021, 1519 innbyggere over 67
- I 2020 bodde 8,3% av innbyggerne over 80 år på sykehjem
- I 2020 mottok 30,2% av innbyggerne over 80 år bistand fra hjemmetjenesten
- Tjenesteområdet har i dag 18 HOO-boliger og 67 sykehjemsplasser, fordelt på
 - To KAD-plasser
 - 13 korttids- og reha-plasser
 - 16 plasser på skjermet avdeling
 - 30 langtidsplasser
 - Ett palliativt rom

Kommunen gikk i 2018 gjennom en omfattende omorganisering. 16 langtidsplasser ble nedlagt, og 7 langtidsplasser ble omgjort til korttids-plasser. Som følge av dette ble 4,2 sykepleierpost overført fra sykehjem til hjemmetjenesten. Det er også lagt til rette for økt fleksibilitet med hensyn til avlastningsplasser, eksempelvis ved demensavdeling.

Utfordringer:

Å opprettholde faglige forvarlige tjenester innenfor en redusert kommunal økonomisk ramme, samtidig som etterspørselen etter tjenester øker.



Mål - Hva skal oppnås?

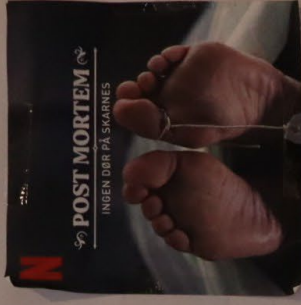
Bedre koordinerte pasientforløp

Hvilke konkrete tiltak/handlinger skal iverksettes?

- Innsatsstrategi
- Tidlig hjemmebesøk hos pasienter som er på korttidsopphold
- Tiltaksplanlegging av bolig skal være utført før hjemkomst fra sykehus eller sykehjem
- Revidere sjekklister og tavler i hver avdeling
- Trykklige samarbeidsmåter med pasient og pårørende.

Hvordan måle forbedringsarbeidet?

- Tid fra innleggelse sykehjem til hjemmebesøk er utført
- Om hjemmemåter er på plass til hjemkomst
- Hvor mange pasienter det er borte fra sykehuset



POST MORTEM

INGEN DØR PÅ SVARNES

Måltinger

Periode: 01.09.22 til 09.12

Bredt av utvalgte
Hjemmetjenesten: 0
Vardingsplassen: 10/14

Samarbeidsmåter

Det blir planlagt gjennomført 125 samarbeidsmøter i regi av hjemmetjenesten

Hjemmebesøk

Det blir planlagt hjemmebesøk på 37 pasienter, men gjennomført 0.

Målingene har vært viktig for det er få pasienter som har behov for et samarbeidsmøte i hjemmetjenesten.