

Postere fra læringsnettverk i Helse Bergen-regionen

Samling 4, 20. og 21. september 2023



ALVER KOMMUNE



Gode
pasient
—forløp



Innbyggjarar: 29834

Areal: 679 km²

Bef.t: 45,5 innb/km²

Høgste fjell: 957 moh

Forbetringsgruppa i Alver kommune

Sjukeheimstenesta: Monica Stenseth, driftskoordinator. Anne Brattarule, avdelingsleiar. Christina L. Fosse, tenesteleiar

Heimetenesta: Liv Marit Hettebakke Hope, avdelingsleiar. Berthe F. Helland, tenesteleiar

Forvaltning: Gro Elin Kleiveland og Ann Kristin Hagesæther Aasgård, Kari Hesjedal, avdelingsleiar

Øvrig leing og stab: Torodd Moltumyr, tenesteleiar, lege og rehabilitering. Silje Lussand, rådgjevar. Simon Grandahl, rådgjevar H/O. Leni Dale, Kommunalisjef

MÅL, DELMÅL og status for TILTAK:

Mål 1: Naudsyne hjelpemiddel alltid på plass ved utskrivning frå sjukeheim

Delmål 1: Rutine som avklarar oppgåve- og ansvarfordeling og kommunikasjonslinser ved meldt behov, bestilling, mottak og utlevering

Delmål 2: Vurdere dagens kapasitet vs behov – ressursar og lokasjon

Status: Testar bruk av nytt flyskjema og funksjon i Profil til samhandling og oversikt over hjelpemiddel – i 2 avdelingar haust 2023

FLYTSKJEMA – OPPGÅVEFORDELING I SAMHANDLING OM HJELPEMIDDLAR



6. Srvv detaljert kva oppdraget gjeld i faneet **Bestyring**.
 a. Srvv kva hjelpemiddel er lokalisert deson innheltnal reiserasjon
 b. Srvv kvar hjelpemiddel er brukar f.d. kognitivt/synt. smitte,
 c. Andre viktige opplysningar om brukar f.d. kognitivt/synt. smitte,
 terminalfase, påkrande kontakt.

7. Trykk Lagre

Ynskjer du status på serviceoppdraget kan du gjere fylgjande:

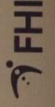
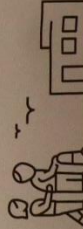
- Gå på Åbnehald – Serviceoppdrag – Oversikt/utført
- Srvv inn løgging, eller søk opp brukar ved å trykke F5-sknappen
- Status Levert:
 a. Oppdraget ikkje er ferdig, men sett i gang
 b. Status f. arbeid:
 c. Status f. utført: Sett status til utført og trykk lagre
 d. Du kan skrive inn mer utfyllende informasjon om statusoppgaven har endra seg.

Mål 2: «kva er viktig for deg»-samtale vert nytta systematisk ved mottak av nye brukarar

Delmål 1: Kva er viktig for deg» inn på sjekklister for mottak av ny pasient/brukar

Delmål 2: Pilotere systematisk bruk av samtale i 2-3 avdelingar i sjukeheim og heimetenesta

Status: Gjennomført ein del samtalar, utfordrande å implementere i sommar, men berre gode erfaringar. Arbeider vidare med implementering



Pasient og pårørende opplever et godt og helhetlig pasientforløp med god kommunikasjon og samhandling i hele forløpet.

Kommunens verdier:

Raus – Interessert – Modig – Kompetent

Tiltak:

- Innføre Hva-er-viktig-for-deg? -samtaler (HEVD-samtale)
- Økt pårørende-involvering
- Primærkontakt i hjemmesykepleien

Informasjon og involvering:

- Leder og ansatte i
- forvaltningsenheten og vurderingsteam
 - korttidsavdelingene 2B og 2C på Kleppstø sykehjem
 - hjemmesykepleien avd. Nord
 - fysio-/ ergotjeneste og hverdagsrehabilitering

Informasjon gitt til ledergruppen Helse og omsorg

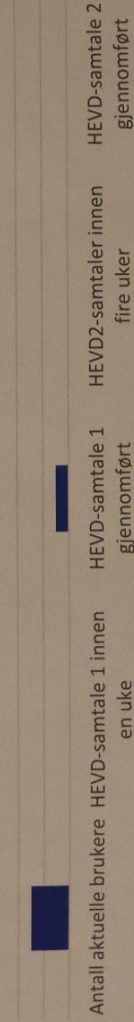
Evaluering og justering

Utvalg: Kriteriene ble utvidet pga. for få aktuelle tjenestemottakere.

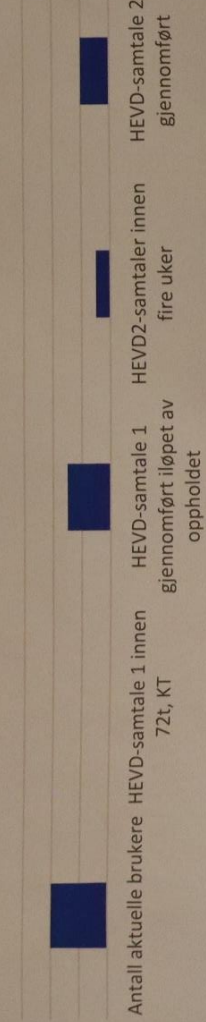
Delmål: ble justert i forhold til inntakskriteriene.

Tiltak: Pårørendeinvolvering ifm. HEVD-samtaler ble ikke vektlagt i prosjektperioden 14.6 – 28.8

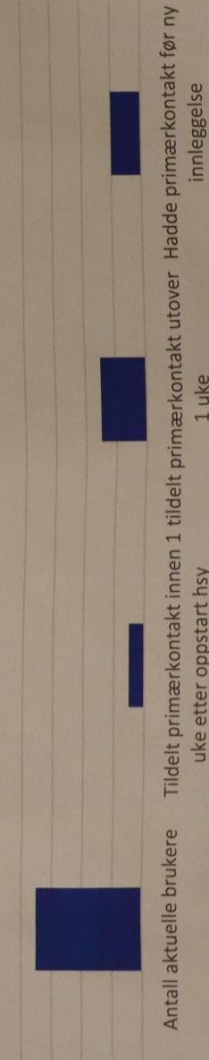
Sykehus - hjem



Sykehus - sykehjem KT - hjem



Tildelt primærkontakt i hsy



VEIEN VIDERE:

- Videreføre arbeidsgruppe for implementering og spredning, justere og evaluere delmål, følge opp med målinger
- Delta i Læringsnettverk om Pårørendearbeid 2023-2024





AUSTEVOLL KOMMUNE

Austevoll er ein øykommune sør for Bergen, med fergeforbindinge både sør og nord i kommunen. Det bur 5283 innbyggere i Austevoll. I løpet av 2022 skal 52 sjukeheimsplasser redusert til 36 og det skal starte opp 11 plasser på Heildøgnsomsorgsbustad som er eit nytt omsorgsnivå i kommunen. Fokuset må vera å gje riktige tenester til rett tid og vi må betre samhandlinga mellom tenestane

Kven deltek på gode pasientforløp:

- Laila Taraldsen, leiar ergo-fysioterapitenesta; Mariann Aase, ergoterapeut; Elisabeth Kalvenes, fysioterapeut; Iren Melingen, leiar pleie og omsorgstenesta; Kjersti Rabben, leiar heimetenesta; Sindre Lohne, rådgjevar velferdsteknologi; Kaia Lekve Blærnes, sjukepleiar ved fastlegekontoret

Overordna mål: **Bu heime lengst mogleg i eigen bustad**

Mål for gode pasientforløp:

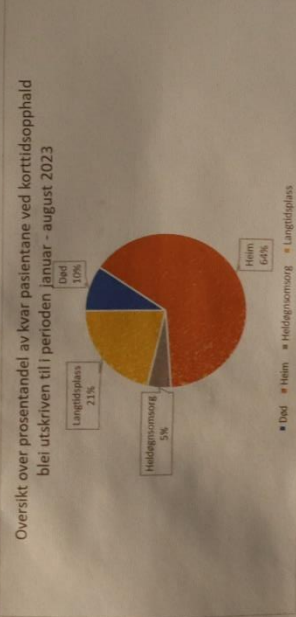
- Nedskalere 16 sjukeheimsplasser
- Opprette nytt omsorgsnivå i kommunen 11 plassar HDO
- Gode overganger fra spesialisthelsetenesta og institusjon, til heimen

Viktige tiltak som har betra samhandlinga i kommunen:

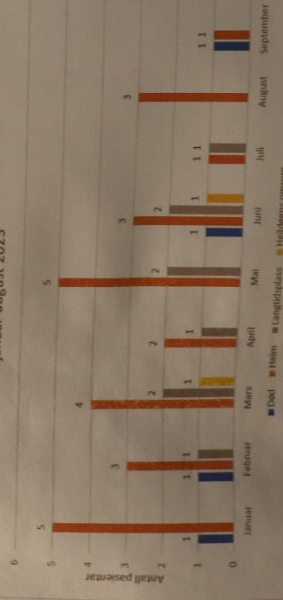
- Faglunsi med fokus på kvardagsmestring og kvardagsaktivitet, samt hjelpemiddel til auka sjølvstende og aktivitet
- Årleg helsejekk og forebyggande heimebesøk til alle som fyller 80
- Velferdsteknologi som støtte for tryggleik og mestring
- Etablert eit nytt tverrfaglig møte med sjukepleiar ved korttidsavdelinga, ergoterapeut og fysioterapeut kvar veke
- Sjekkliste for alle korttidspasienter ved sjukeheimen, digitalisert i Profili (EPI)

- “Kva er viktig for deg”-skjema i møte med alle pasienter
- Tverrfagleg team oppretta i april 2023 med mål om heimebesøk til utskrivne pasientar innan 3 virkedager. Tverrfagleg team utfører også heimebesøk til pasientar som søker nye tenester

Oversikt over kvar pasientane ved korttidsopphald blei utskrivne til i perioden januar-august 2023:

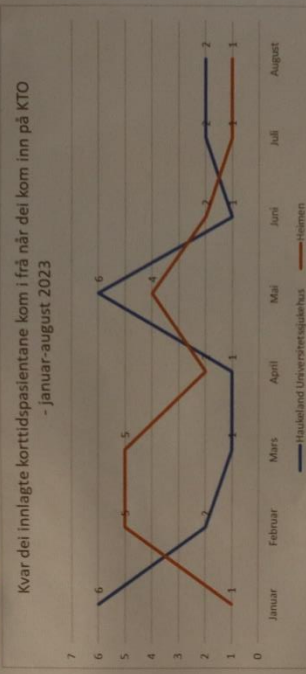


Oversikt over kvar pasientane ved korttidsopphald blei utskrivne til i januar-august 2023



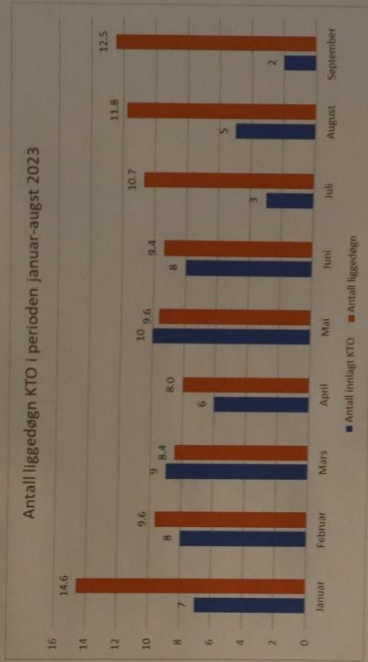
Kva er viktig for deg?

Oversikt over kvar dei innlagte korttidspasientane kom i frå i perioden januar-august 2023



34 pasientar var innlagt ved korttidsopphald i januar – august 2023. Seks av desse var reinlagt ein gong, og éin var reinlagt to gonger.

Antall liggedøgn korttidsopphald i perioden januar-august 2023:



Konklusjon

Gode pasientforløp har gitt oss ei samhandlingsarena lokalt og gitt gode moglegheiter for deling og erfaring frå andre.

Fin tidsintervall til å gjennomføre, god tid mellom samlingane og moglegheit for oppfølging undervegs.

Me starta med 46 sjukeheimsplasser i august 2022 og har i august 2023 kun 26 bebuarar på sjukeheimen, altså 10 ledige plasser. Målet er å kunne ta imot alle innbyggjarane i kommunen som treng kort eller langtidsplass ved Babey.

Vegen vidare:

- Implementere og sørge for varig endring av praksis
- Alle søkere om nye tenester skal vurderes for rehabilitering

Kva er viktig for deg?



Austrheim KOMMUNE

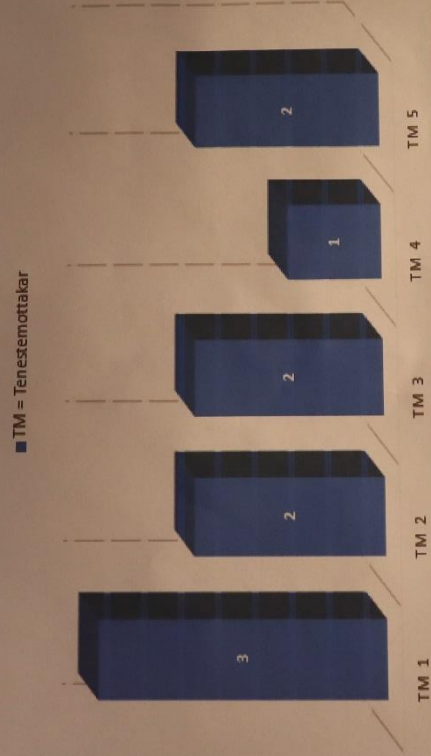
Gode pasientforløp

- Trygge forløp for brukarane i pleie og omsorg.

Mål: Integrera «Kva er viktig for deg» i arbeidet i møte med innbyggjarane, og dei tilsette i kommunen.

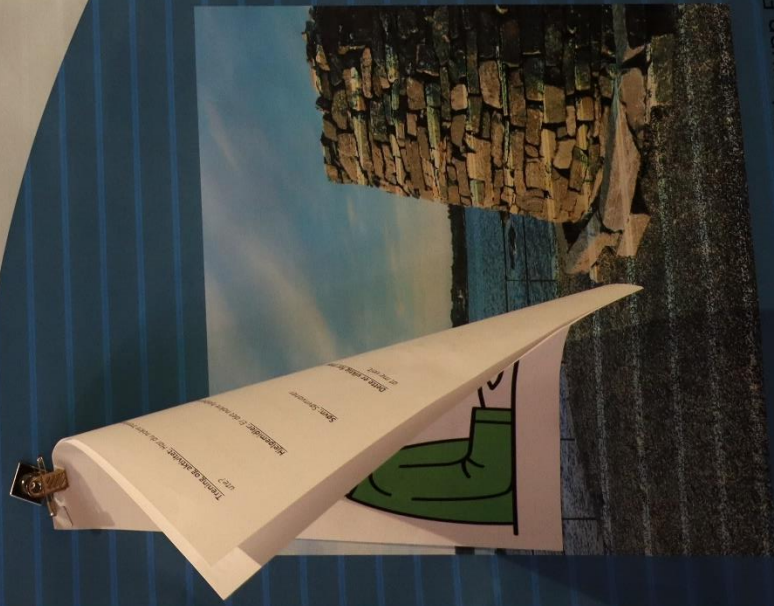
Delmål: Dette skal me gjera ved å bruka dei ulike kartleggings skjema som er tilpassa kvar avdeling i pleie- og omsorg (PLOMS).

SAMANFATNINGAR I PERIODEN 2019-2023



Arbeid og Inkludering

har fokus på å få implementert «Kva er viktig for deg» som prosedyre i drift, presentert i Netpower. Me jobbar med å bli flinkare til å fanga opp endringar, og registrera desse i Profil.



Felles søknadsskjema for tenester i

Austrheim kommune er under utvikling.

Nordliheimen har fokus på kva som er viktig for pasienten, og brukar likt innkomstskjema som i heimetenesa. Det er kjøpt inn tavler til kvart rom, der ein skriv kva som er viktig for den enkelte pasienten i løpet av opphaldet.

Heimesjukepleien: Markerte «Kva er viktig for deg»-dagen. Snakka med alle deltakarane om dette, og fekk ein del uventa svar. Ein brukar ønskte ikkje å svara, fordi at hen var redd dette skulle bli brukt mot vedkommande. Me ønskjer å markera «Kva er viktig for deg»-dagen årleg framover!

Heimeteam: Anne Hildegunn Færøy (kommunalsjef), Jeanette Espenes (fagleiar/ Arbeid og sjukepleiar), Agnethe Soltveit (sjukepleiar) og Siv Hopland (sjukepleiar)

Forbringsteam:

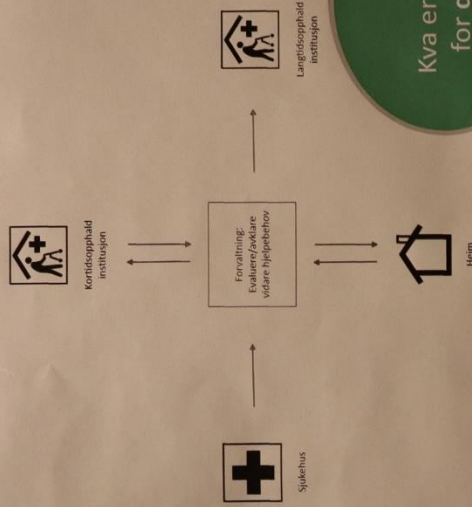
Prosjektleder: Jorun Elin Dahl – leiar Koordinerende eining
Bodil Lunde Hansen – fagkoordinator, Helse og velferd
Marit Holdhus Bang – spsjalsjokepleiar, rehabiliteringsavd Fusa
Marianne Hågensen – konst.avd.leiar, rehabiliteringsavdeling Os
Atle Gusland – avd.leiar Helsefremming og rehabilitering
Iselinn B. Mjåtvedt – ergoterapeut, kartleggingsteam
Eva Tillerli Sirevåg – saksbehandlar forvaltning
Turid Vindenes – avdelingsleiar, heimesjokepleie Fusa
Katrine Mæland – avdelingsleiar, heimesjokepleie



FJORNA
KOMMUNE



Gode pasientforløp



Kva er viktig for deg?

KARTLEGGINGSPAKKEN

Styrke og sikre god kartlegging

Styrke brukarmedverknad – Kva er viktig for deg

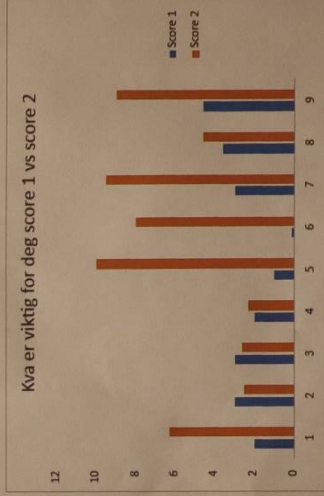
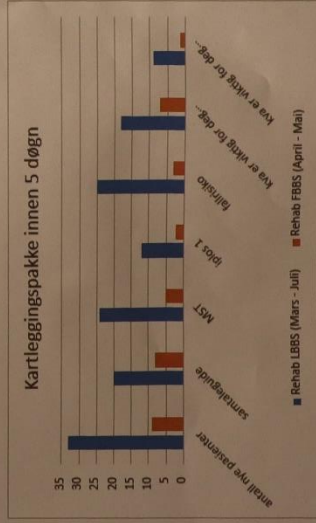
Inkludera pårørande

Forventningsavklaring

Unngå dobbeltarbeid



MÅLINGAR:



PLAN FOR SPREDNING:

Oktober	Nov/ des	Januar
Ferdigstille rapport Informere	Registrere og måle	Evaluere
Opplæring nye avd./ressurspersonar		Evt plan for vidare spredning i andre einingar






GODE PASIENTFORLØP

EIDFJORD KOMMUNE

MÅL

Pasientar på Eidfjord Bygdaheim vert spurt «Kva er viktig for deg?» og dette vert følgt opp og arbeida systemtisk med.

Tiltak

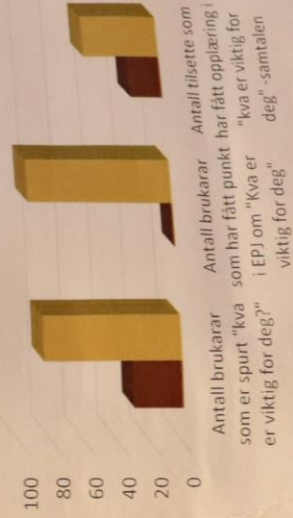
-  Innført ny sjekkliste som inneheld spørsmålet "kva er viktig for deg"
-  Undervisning for personalet i "kva er viktig for deg-samtalen"
-  Har laga velkomst-brosjyre med informasjon
-  Eige punkt på tavla der ein fører inn "kva er viktig for deg" på kvar enkelt pasient.
-  Markerer «Kva er viktig for deg-dagen»

Kva er viktig for deg?

❖ 80% av alle nyinnkomne pasientar på Eidfjord Bygdaheim vert spurt «Kva er viktig for deg?» og det blir sett i verk individuelle mål og tiltak innan tre døgn etter innkomst.

❖ 80% av alle nyinnkomne pasientar på Eidfjord Bygdaheim får evaluering (Har me lukkast med kva er viktig for deg?) innan fem veker etter innkomst.

Målingar i %



Plan vidare

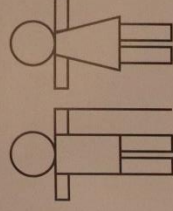
- Er i gang med å utarbeide skjema for «Har me lukkast med kva er viktig for deg»
- Undervisning fleire gonger for å nå ut til alle tilsette
- Fortsette å markere «kva er viktig for deg»-dagen
- Måle antall brukarar som har fått gjennomført «Har me lukkast med kva er viktig for deg»-samtale

Team: Elisabeth Hovland (sjukepleiar), Janne E. Sæd (hjelpepleiar), Barbie Migrino (helsefagarbeidar), Linda Kydland (sjukepleiar)



Foto: Katrine Heide Elling

GODE PASIENTFORLØP



EHBT Fana og Ytrebygda

FORBEDRINGSTEAM:

Camilla Andal - avd.leder OT Lagunen
Anne Gunn Ekeland - fagansvarlig sykepleier
Christine Bergtun - fagansvarlig sykepleier
Charlotte G. Oldervoll - sykepleier HT Ytrebygda
Marte Hyo Smedsvik-Vårdal - avd.leder OT Blomsterdalen
Marion Nilsen - helsefagarbeider
Zdravka Savic - helsefagarbeider
Anne Karin Eide Flesland - sykepleiefaglig konsulent

DEMOGRAFI OG TJENESTER:

Hjemmebaserte tjenester Fana og Ytrebygda yter nødvendig helsehjelp til hjemmeboende pasienter i vårt geografiske område. Dette utgjør 1450 pasienter. Vi er organisert som 2 helsejenestetteam, 5 omsorgsteam og en gruppe som jobber med personer med demens. Demografien er i stor grad eldre, men inkluderer også pasienter i alle aldre med forskjellige utfordringer, med både kort- og langvarige behov.

Hva har vi gjort:

- Hjemkomstmøter, del 1 og 2
- Undervisning
- Pilot periode
- Erfaringer
- Posterne henger opp

Justeringer:

- Brukt sirkelen for kvalitetsforbedring, for å vurdere arbeidet vårt underveis.
- Endret piloteringsperioden både lengde og tidspunkt.
- Justerte ned utvalget.
- Revidert skjema for "hjemkomstmøtene" flere ganger.

Resultat 1:

- Ønske om max 10 brukere, fikk 5.
- Mål i forhold til brukere: 80% av brukerne skulle ha gjennomført samtale 1 og 2.
- Resultat: 100%
- Mål i forhold til ansatte: 15 helsefagarbeidere få opplæring i bruk av skjema.
- Resultat: 12 av 15.

Resultat 2:

- Fikk gode tilbakemeldinger fra ansatte og avdelingsleder. De opplevde nytteverdien.
- Fikk tilbakemelding fra noen om at "Hva er viktig for deg" skjemaet var vanskelig å bruke.
- Sitat av intervju med ansatt: "Pasienten var meldt hjem med hjelp til dusj. I hjemkomstmøtene kom det frem at pasienten ønsket å dusje selv, uten hjelp fra HSY"

Evaluering av pilot:

- Vi er fornøyd med redskapet vi har laget.
- Både ansatte og leder opplevde nytteverdien av arbeidet vårt.
- Opplæring ble gitt til alle aktuelle ansatte, men vi ser samtidig at perioden etter opplæringen burde vært fulgt opp tettere.
- Piloteringen ble sårbar pga. organisatoriske endringer og andre forhold, det gjorde det utfordrende å følge opp.

Veien videre:

- Fortsette piloteringen og ha tettere oppfølging.
- Redigere ansattguiden etter tilbakemeldinger.
- Ønsker å ta det videre til kvalitetsgruppen.



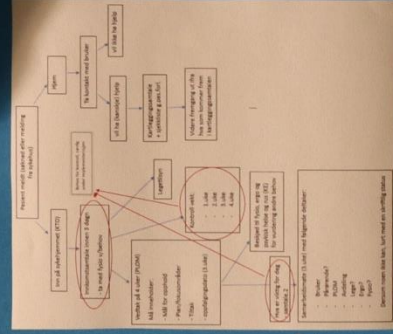
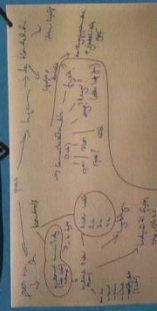
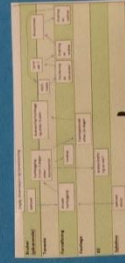
Bellevanningslegekommune, Anja H. Vilho, Stangeland – fysioterapeut, Nadine Gutte-Preusse – Pleie- og omsorgsarbeider

Gode pasientforløp

Fedje kommune FAKTA:

505 innbyggjarar, demografisk hovudvekt av eldre, sjukeheim med 12 plassar, heimesjukepleie, 4 omsorgsbustadar, 100% fysioterapistilling, 20% ergoterapistilling, Rus- og Psykisk helseteneste, legeteneste med legevaktordning

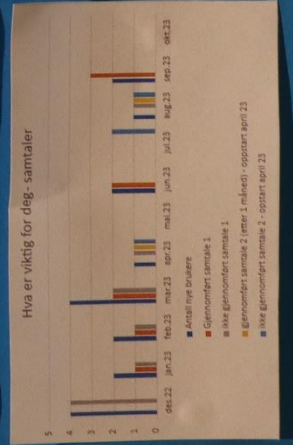
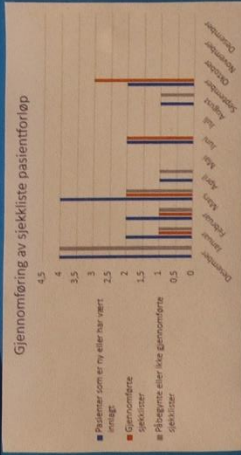
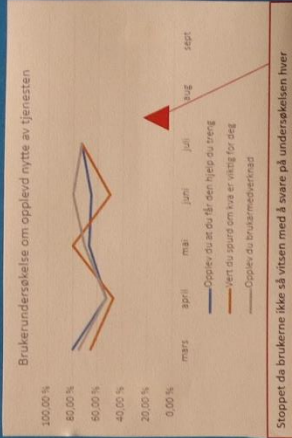
Innen desember 2022 har vi kartlagt og innen desember 2023 har vi definert pasientforløpet i vår kommune.



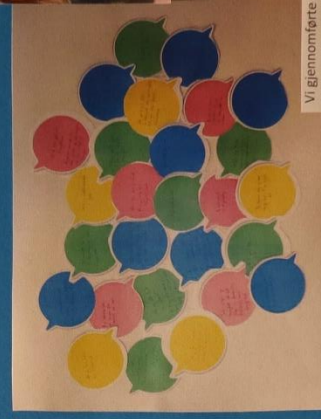
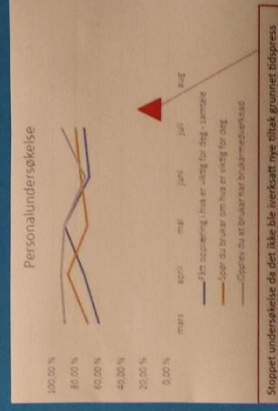
Fra tanke til flytskjema

Innen desember 2023 skal 80 % av brukerne være godt fornøyd med og oppleve god nytte av hjemmetjenestene

- Målepunkt:**
- Tall gjennomførte "Kva er viktig for deg?" – samtalar
 - Tall gjennomførte sjekklister
 - Prosentvis tall fornøydde brukarar
 - Prosentvis tall personale kjent med kva er viktig for deg? - samtale



Innen desember 2023 har alle tilsette innen Fedje helsevesenet gjennomført opplæring om tankesett "hva er viktig for deg?" - brukerens behov



Vi gjennomførte en undersøkning ved dei kommunale tilsette om kva var viktig for dem når det kom til møte med helsevesenet



Utfordringar:

- TID
- Geografi/logistikk mtp avstand til næraste helseforetak, ferge, apotek
- Forankring i personalgruppa
- Sårbar personalsituasjon
- Ny utfordring:
 - Variierende struktur/kvalitet på kommunikasjon mellom kommune & sjukehus
 - Manglande kontrollrutinar
 - Lojalitet til vedtak & prosedyrar
 - Justering av brukar/pårørande sine urealistiske forventningar

Målsetting vidare:

- Automatisering i bruk av kartleggings skjema, òg i andre einingar
- Implementering av pasientforløp med skriftlege rutinar, òg i andre einingar
- Jobbe vidare med dei andre målene som vart satt i starten av prosjektet
- Fortsette med implementeringsarbeid hos dei tilsette om kva er viktig for deg – tankesett



Hjemmesykepleien

Fyllingsdalen & Laksevåg

BERGEN
KOMMUNE

Forbedringsteam

Fagansvarlige sykepleiere:

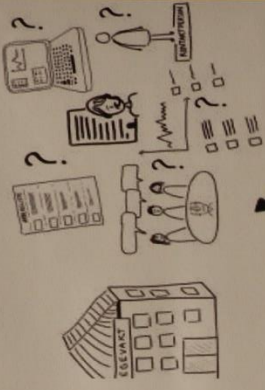
Ingrid Jacobsen
Kari Anne Økland
Maria Knutsen
Lisbeth Andreassen
Tina Standal
Anette S. Epland
Julie Yvonne Knutsen Vabø
Sandra Otteraaen
Vibecke Eikås

Fakta/Demografi:

9 avdelinger:
derav 7 hjemmesykepleie og 2 omsorg +
Innbyggere pr. 1. kvartal 2021: 71 000
Areal: ca 50 km²
Pasientantall: 1250

Forbedringsområde:

Sikre god samhandling i
pasientoverføring fra vurderingsteam
til hjemmesykepleie.



Hva er
viktig
for deg?

Mål:

Pasienten opplever ikke dobbelkartlegging i overgangen fra vurderingsteam til hjemmesykepleie.

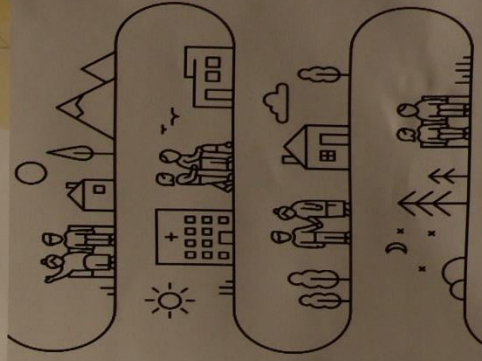
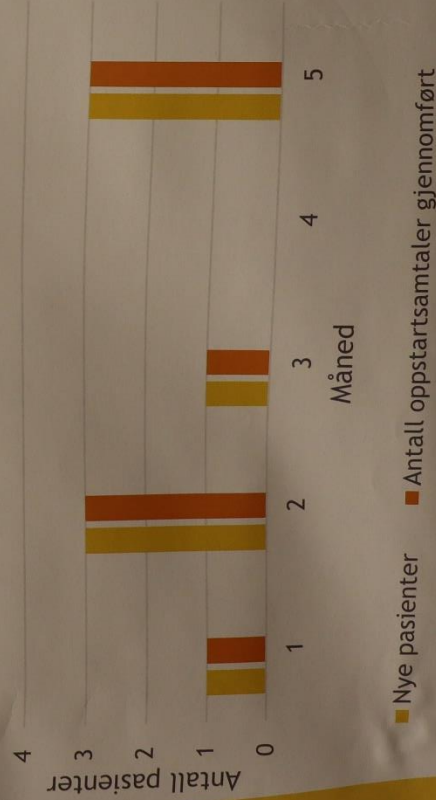
Hva er gjort?

- Har sammen med Etat for vurdering og rehabilitering utarbeidet et nytt kartleggingsskjema til bruk i første møte med pasient.
- Testet skjemaet i en avgrenset periode i to avdelinger.
- Oversendt kartleggingsskjema til etatens kvalitetsrådgiver for planlegging av implementering.

Hva må gjøres?

Videre implementering som styrende dokument i Etat for hjemmebaserte tjenester og Etat for vurdering og rehabilitering i Bergen kommune.

Målinger



■ Nye pasienter ■ Antall oppstartssamtaler gjennomført



Forbetringssteam:

- Elizabeth W. Høydal
- Mona Hjartholm
- Synnøve B. Giil



Søknadsskjema



Oversikt helsetenester

Oppnådde mål:

- Helse- og omsorgstenester er samla og lett tilgjengeleg på heimesida til kommunen
 - Søknadsskjema er lett tilgjengeleg og oversikteleg
 - Oversikt over kommunale og andre aktuelle tenester på heimesida



Utfordringar undervegs:

- Mange prosjekt i kommunen
- Vanskeleg å jobbe med forbetningsarbeidet mellom samlingane
- Mange tankar om kva som kan forbetrast – vanskeleg å konkretisere kva ein skal ha fokus på
- Vanskeleg å breie det ut i kommunen
- Bemanningsutfordringar

Fokus vidare:

- Vi er motivert for å fortsette med forbetningsarbeidet
- Utarbeide og implementere kartleggingsskjema
- Sette «Heilheitleg pasientforløp» i system
 - Samle alle dokument relevant for HPH i kvalitetssystemet
 - Informere jamleg i kommunalt infoskriv til alle innbyggjarar

ԵՄՄՄՄՄՍԿԼԻՏ ՏՄԻԷԿԱԼԻՋ ԸՐԻՏ ԳՆՏԳՐԱՆՈ ՑԳՅՐԻՏ

ԻՐԻՏ ԵՄՄՄՄՄՍԿԼԻՏ ՆՈՋՏԱՄԱՐՈՒՆԻ ԴՐՅԱ

ՊՈՒՐՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄԻՆԵՐԸ



ՎԵՐԵՆՎԵՐԵ

ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԿՐԻՏԻԿԱԿ

- ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ
- ՕՍԿԱՐՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ
- ԲՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ
- ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ

ԿԱՄ

ԼԻՏ ՏՄԻՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

- ԼԻՏ ՏՄԻՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

ԻՆՏԵՐՆԱԿԱՆ ԵՐԾՈՑ

ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

- ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

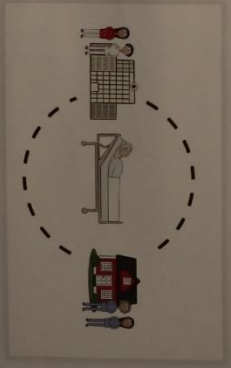


ՄԱՅԻՆԵՐԸ ԵՐԾՈՑ ԿՆՆՎՏՆԱԳՆՈՒՄՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ

- ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ
- ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ ԸՐԻՏ ԳՆՈՒՄՆԵՐԻՆԵՐԸ



ԵՄՄՄՄՍԿԼԻՏ ԿՈՆՏԱԿՏՆԱԿՆԵՐԸ

ԵՄՄՄՄՍԿԼԻՏ ԿՈՆՏԱԿՏՆԱԿՆԵՐԸ



Kvam herad

Risa
i
Bul
og
Kva
er
viktig

Hunden
i
vinter

Familien
er
viktig

Gode pasientforløp - Kva er viktig for deg?

For
mange
er
viktig

11
To
5-6
1-2
1-3

lappen

Familie

ARBEIDSMETODE

- Prosjektgruppe, møter mest fysisk, ved behov via teams. Møtereferat og alle dokument i teamet på teams. Fysiske møter og arbeid saman i teamsdokument.
- Lite møter og framdrift før og i sumarferien.

Forme for
undersøking

Spesialiserer
i
lære
nær
nøtt

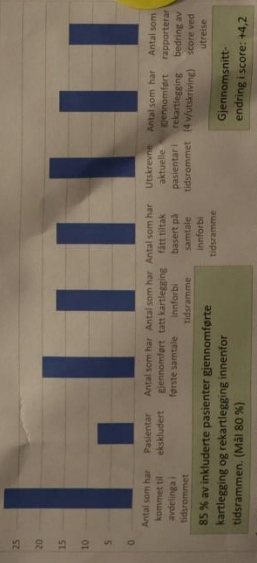
ERFARINGAR

- Etter piloten blei det mindre bruk av skjema og scoring men fortsatt auka fokus på tverrfaglege møter. (Har ikkje overført samtalanen frå fysioterapeut til andre yrkesgrupper enno).
- Utfordrande å etablere forankring. Fordel med avdelingsleiarar i prosjektgruppa.
- Ope spørsmål gir vidt spekter av svar.
- Vanskeleg å «vidareføra oppgåvene» til nye/andre.

VEGEN VIDARE

- Etablering i andre avdelingar.
- Fokus på spørsmålet ved «Tavlemøter», pakkar i KS-læring og rutinar i compilo
- Setja tidsplan på tiltaka i Gerica for å generere oppdrag.
- **Kva skal til for ei vellykka implementering hjå oss? Korleis får me det til?**

Pilotprosjekt på rehabiliteringsavdelinga (01.01.23-21.04.23)



Gjennomsnittsendring i score: +4,2

1 pasient som ikke klarte å score er likevel tatt med i statistikken, da det viktigste var å bli spurt spørsmålet.



A G god
hjelpe
og
trygge

Spørsmål
er
en
musk
svart

At de som
ikke har deltek
gjør for ut i
bedre

Monnet
Sjakt

Vil
de
være
med
på
en
prosjekt

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30



- Oppretta tiltak i EPJ (Gerica).
- Utarbeida infoskriv for samtale som kvar avdeling kan tilpassa sitt behov.
- Utkast til «sjekkeliste» for innkomstsamtalar i omsorgsboligar og heimesjuepleie, som kvar avdeling skal tilpassa etter sine forhold.
- Markert KVD-dagen med hjelp frå elevar på helse arbeidarfag som fekk opplæring i å stilla spørsmålet på forhånd.
- Invitert avdelingsleiarar (gruppeleiarar) til vidare deltaking.

ME HAR:

- 15-32 Brukermedvirkning
- 15-32 i Kva er viktig for deg - startsamale
- 15-32 i Kva er viktig for deg - oppfølgingsamtale
- 15-99 Samtaltid



Framtida er her

Gode pasientforløp - Kva er viktig for deg?

Me ynskjer å kartlegga alle pasientar/brukarar med «Kva er viktig for deg?» skjema. Formålet med denne kartlegginga er å få fram kva som er viktig for pasienten, for å fremja brukarmedverknad og å betra forventningsavklaring.

Intervjuguide

Hensikta med denne guiden er å bidra til at ein beskriv dei aktivitetane som er viktige for brukaren, og at brukaren kan vurdere korleis ho/han er i stand til å utføre desse aktivitetane på en skala frå 0 (Kan ikkje utføre aktiviteten) til 10 (kan utføre aktiviteten utan vanskar eller som før sjukdom).

Vurderinga bør starta med eit intervju, der brukaren fortel om sin kvardag, og kva for aktivitetar som er viktige, men utfordrande å meistra. Ein måte å innleie intervjuet på er å be brukaren beskriva ein vanleg dag. Intervjuet kan for eksempel starta med spørsmålet "*Kan du fortelje meg kva du gjer når du vaknar om morgonen?*" Still gjerne spørsmålet "*Kva er viktige aktivitetar i livet ditt no?*" for å få fram aktivitetar som brukar sjølv synest er viktige. Samtalen kan få fram kva vanar brukaren har, korleis dei desse aktivitetane blir utført, og kvar viljen og motivasjonen ligg.

Dette krev at ein stiller opne spørsmål, lyttar og tar seg tid.

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH) – YouTube

Det er viktig at brukaren får fortelja si historie. Då kan brukaren lettare vurdere seg sjølv og få hjelp til å velja sine mål.

Å få bestemte fokus i samtalen styrker eigenkontroll, noko som er helsefremjande og viktig for engasjement og trivsel. Det gjer det lettare å finna motivasjon til å strekkja seg etter måla ein har satt seg.

Aktivitetshjul:

I denne prosessen er det brukaren som styrer, mens helsepersonell er hjelperane på vegen. For å sikra at ein kjem innpå alle områda som er viktige for brukaren, kan ein ha aktivitetshjulet som utgangspunkt, og passa på å stilla minst eit spørsmål knytt til kvar av områda.

Når ein har kartlagt 3-5 viktige aktivitetar som er utfordrande for brukaren å meistrere, skriv ein ned desse og scorar i "Kva er viktig for deg – skjema". Når ein beskriv aktivitetane anbefaler ein å halde seg så tett som mogleg til brukaren sine egne formuleringar og ordval.

Det er viktig å la brukarane ha måla sine, sjølv om vi ikkje ser dei som realistiske. Helsepersonell kan ikkje lova at måla blir nådde, men hjelpe å jobba seg nærare måla som er viktige for brukar. Det kan være nyttig å sette opp delmål, kva som skal til for at brukaren kan nå måla sine. Ein håpar at dette også skal medverka til betre forventningsavklaring i forhold til kva mål som helsetenestene kan hjelpe brukar med.

Dersom det er vanskeleg for brukaren å talfeste måla sine, så må helsepersonell prøve å talfeste saman med brukaren.

Husk å nytta brukarnummer frå Gerica som Pasient-ID.





MASFJORDEN KOMMUNE

- ein kommune me er stolte av

Innbyggjarar: 1629

Storleik: 556 km²

3 delt kommune:
Nordbygda
Sørsida
Indrefjorden

Helse- og omsorg:

- Ein sjukeheim som dekkar heile kommunen
- Ei heimetenesteavdeling med 3 soner
- Eit Bu- og aktivitetssenter for barn og unge med funksjonsshemming.
- Ei Helseavdeling med lege, helsestasjon, jordmor, psykisk helse, fysio/ergo/hjelpemiddel.
- Hukommelsesteam, koordinerande eining, tiltaksråd, dagsenter, førebyggjande heimebesøk, heimetrening for kvardagshelse

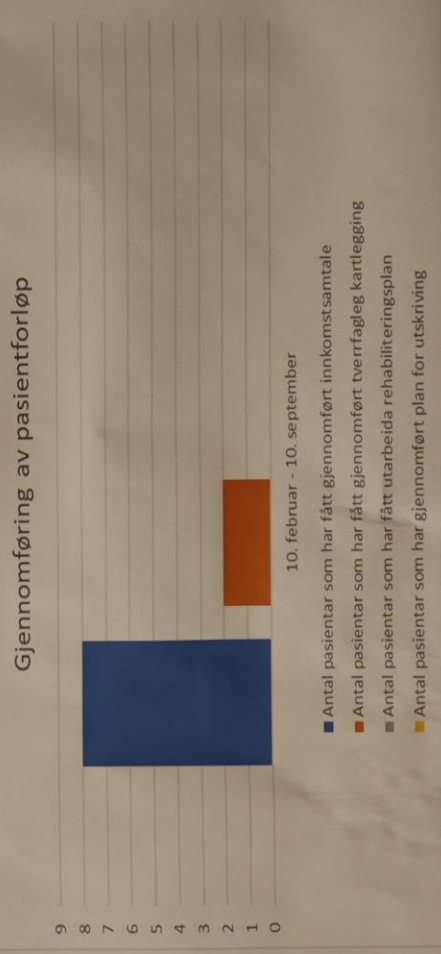
Forbedringsteamet for gode pasientforløp

Elin Eikemo
Leiar forvaltningskontoret for helse- og omsorg

Frida Eide
Sjukalearar ved Masfjorden sjukeheim

Lene Reigstad Danielsen
Leiarde kommunefysioterapeut

Det har vore gjennomført testing av pasientforløpet for korttidsopphald-rehabilitering i perioden 10. februar til 10. september 2023.



Det har vore utarbeid verktøy for registrering og dokumentasjon av korttidsopphald for rehabilitering. Det er eit digital verktøy i 6 delar.

Tiltak for forbedring:

- Etablering av primær- og sekundærkontakt med definerte oppgåver knytt til KTO-forløpet.
- Pasientsikkerhetstavle blir innført på sjukeheimen.
- Betre utvelgning av aktuelle KTO pasientar
- Gjentatt informasjon til personale og motivasjon frå leiinga.
- Opplæring i bruk av verktøy

Utfordring:

- Bemannning på sjukeheim
- Kommunikasjon
- Ansvarsfordeling
- Pasientar har ikkje passa inn i forløpet, sjukdom mm.

Innbyggjartal: 8131

Areal: 255,12km²

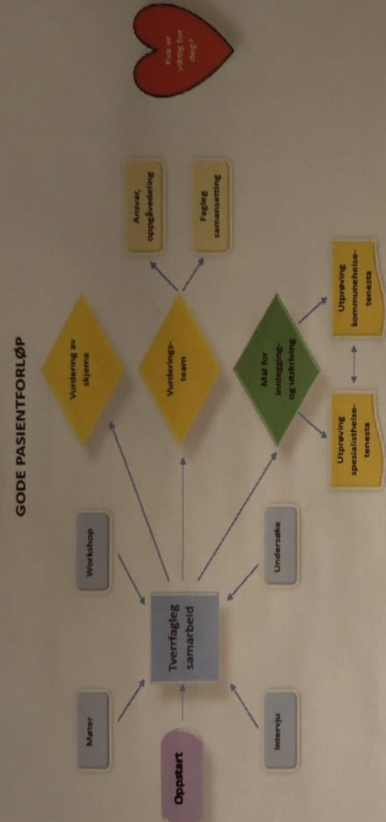
Helse- og omsorgstenesta i kommunen er organisert i 4 einingar.

Osterøyfunet er ein sjukeheim med plass til 56 pasientar i kort- og langtidsopphald og ergo/fysioterapi teneste.

Heimetenesta har heimesjukepleie, Praktisk bistand, omsorgsbustader, forvaltingsteneste og dagtilbod til personar med demenssjukdom.

Bu- og avlastningstenesta har 11 bustadar, avlastning og ambulante tenester.

Psykisk og rusomsorg har bufellesskap, psykiatriteneste og russteam.



I samhandling om helse- og omsorgstenester i Osterøy kommune opplever innbyggjarane å bli spurt

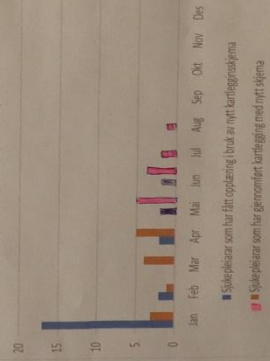
«Kva er viktig for deg?»

Smarte mål:

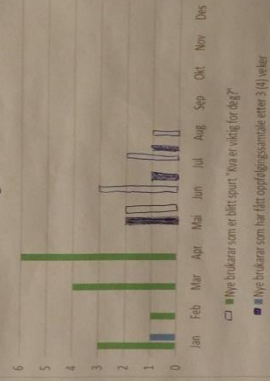
Alle nye brukarar som kjem frå sjukehus med behov for heimetenester i Osterøy kommune skal få kartleggingsbesøk innan 24 timar.

Målingar:

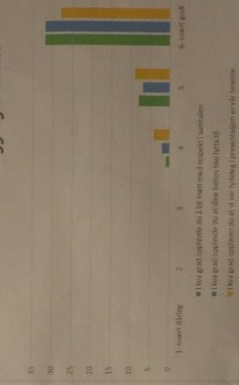
Kva er viktig for deg?
Måling 1. Nytt kartleggingskjema



Kva er viktig for deg?
Måling 2. Brukar



Måling
Opplevd brukarmedvreknaad kartleggingsamtale



FORGJEVINGSTENESTEN

Laga av forforgjevingstenesta i Osterøy kommune er organisert i 4 einingar. Anne B.S. Jørgensen einingsleiar heimetenesta og forvaltingstenesta i Osterøyfunet. Sigrun Lunde einingsleiar for spesialisthelsetenesta i Osterøyfunet. Sigrun Lunde einingsleiar for kommunehelsetenesta i Osterøyfunet. Linda Nylkkestad einingsleiar for psykiatritenesta og rusomsorg i Osterøyfunet.

© 2014 Osterøy kommune

GODE PASIENT FORLØP

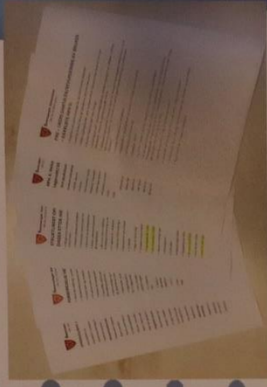
- Samnanger er ein kommune i midthordaland i Vestland fylkje. Den grenser i nord til Vaksdal, i aust mot Kvam. I sør mot Bjørnafjorden og i vest mot Bergen. Kommunen ligg ved Samnangerfjorden.
- Innbyggertall 2501.
- Sjukeheimen har 25 plassar
- 19 omsorgsbustadar
- 11 plasser i bustad for funksjonshemma.
- 98 pas i heimesjukepleien.



Samansetning av forberingsteam:

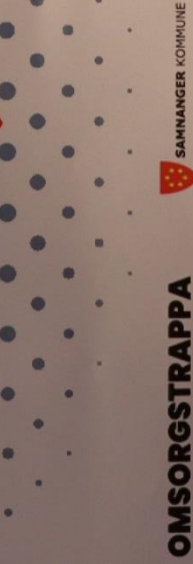
- Einingsleiari: Janne Drevsjø
- Ass avd spl: Wenche Steinsland
- Helsefagarbeidar: Linn Mjelde Fonn
- Fagsjukepleiar: Kjersti H Liøen

Kva er viktig for deg?



Forbetringsområdet

1. Rett teneste til rett tid
2. Sikre lik opplæring, og felles dntsvaer
3. Evaluering av teneste



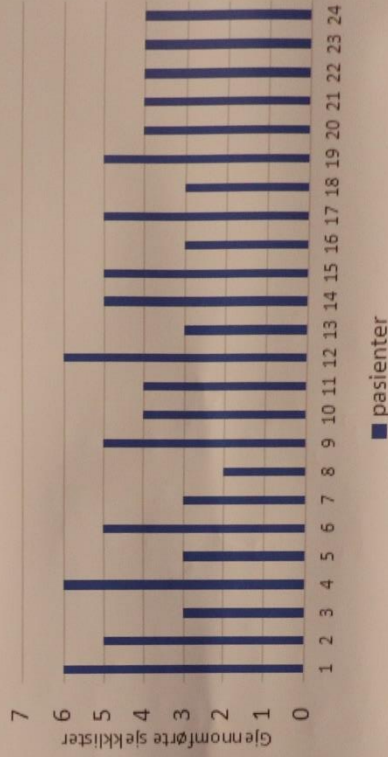
- MÅL:**
1. Alle pasientar frå sjukehus til eigen heim skal starte Gode pasientforløp (sept 23)
 2. Alle rehabiliteringspasientar frå sjukeheim til eigen heim, skal starta Gode pasientforløp
 3. Alle pasientar i Gode pasientforløp, har tiltaket "Kva er viktig for deg?" i Profil
 4. Alle tilsette i pleie og omsorg i Samnanger Kommune, kjenner til Gode pasientforløp og sjekklister.



Konklusjon/Plan vidare:

- Må ha meir internerdivisning.
- Har betre kommunikasjonsform til sjukehus.
- Lettere å argumentere for heimreise.
- Sitra god heimreise
- Bette evaluering av pasientcasus

pasienter i Gode pasientforløp



Dette har me gjort:

- Utarbeida innkost- og utreiseskjema for Ulvik omsorgstun
 - Laga rutinar og gitt opplæring til sjukepleiarane
- Gjennomført spørjeundersøking for tilsette i helse og velferd
- Revidere anamnese skjema for ergo- og fysioterapitenesta
- Markert: Kva er viktig for deg dagen
- Utarbeide kriteria for ulike korttidsopphald
 - Rehabilitering, utgreiing og anna opphald

Dette skal me arbeida vidare med:

- Resultatet i spørjeundersøkinga
- Flytskjema for utskrivning av pasient i frå sjukehus til heimen
- Utarbeida informasjonsskriv for opphald og kriteria for opphald på omsorgstunet
- Revidere prioriteringsnøkkelen for ergo- og fysioterapitenesta
- Utarbeide internoversikt i mellom helsetenestene og oppdatere internettsida
- Utarbeide årleg plan for «Kva er viktig for deg dagen»





VOS2

❖ bygd for alle

Kva er viktig for deg?



Kva er viktig for deg?

Forbetringslaget består av:

- Eva Soltveit Johnsson, fagleiar langtidsavdeling
- Roy Sørensen, områdeleiar
- Trude Lydvo, hovudverneombod
- Kristina Rode, ass. områdeleiar



Snubletrådar på vegen:

- Ting tar lenger tid enn tiltenkt når ein er avhengig av andre
- Brei nok informasjon til samarbeidspartar
- Overføring av prosjekt vidare i kvardagen

Mål:

- 80% av pasientane som kjem inn på korttidsavdelinga på Voss sjukeheim skal bli stilt spørsmålet «Kva er viktig for deg?» i perioden 04.09-15.09.23.

Delmål:

- 80% av pasientane som blir innlagt på korttidsavdelinga på Voss sjukeheim skal ha fått utarbeida tidsplan med eige tiltak knytt til «Kva er viktig for deg?».
- 80% av pasientane på korttidsavdelinga på Voss sjukeheim som har fått utarbeida eige tiltak knytt til «Kva er viktig for deg?», skal ha oppnådd heilt eller delvis målet sitt innan 14 dagar eller ved heimreise.

Oppsummering av arbeidsoppgåver/statusrapport:

- Har utarbeida sjekklister for innleggingsrapport
 - Ventar på programvare oppdatering i Geric, slik at kommunane som krinsar til Helse Vest nyttar same mal
- Har gjennomført «Kva er viktig for deg? - dagen»
 - Bebuarar, pasientar og brukarar vart stilt spørsmålet
 - Musikkinnslag med dans
 - Finare middag med festbord og kake
 - Kom gode tilbakemeldingar frå bebuarar og tilsette
- Oppretta tiltaksplan til dokumentering av «Kva er viktig for deg?»
 - Tilsette i korttidsavdelinga er informert
 - Tatt målingar frå 04.09.23

Vidare arbeidsoppgåver:

- Gjennomgang av svara frå «Kva er viktig for deg? - dagen»
 - Informere andre leiarar om positivt resultat frå dagen
- Eventuell innføring av ny programvare
 - Informere tilsette
 - Involvere andre leiarar
- Vidare implementering av "Kva er viktig for deg?"
 - Alle skal bli stilt spørsmålet og få utarbeida tiltak



Gode pasientforløp

Plan for vidareføring av gode pasientforløp.
Forankra hjå kommunalsjef.

Innleiing

For å sikre at vi får opp intensjonen i "Nasjonal handlingsplan for pasientsikkerhet", "Kvalitetsforbedring og "Forskrift om leidelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten" anbefalar arbeidsgruppa at det etablerast ei fast gruppe som arbeider med forbettingsarbeid med fokus på "Gode pasientforløp" i Øygarden kommune. Dette må initierast frå kommunalsjef, slik at det vert jobba på tvers av sektorar og systematisk i heile organisasjonen.

Hensikt

- Etablere ei permanent gruppe som arbeidar med forbettingsarbeid innan «Helhettig pasientforløp i hjemmet» (HPH)
- Sikre trygg overgang mellom tenestestadene i kommunen og mellom kommunne og spesialisthelse-tenesta
- Sette i system korteis kartlegge kva som er viktig for pasienten og korteis inkludere pasienten sine ønsker og behov. «Kva er viktig for deg?»
- Sjå til at pasienten får god informasjon til rett tid
- Gode rutinar i bruk av journalsystemet
- Lage eit løp for «skropelege eldre»

Sjekkliste tverrfagleg mândagsmøte (TVM) - til inntaksmøte

Nye pasientar som manglar vedtaksdato og pasientar som må få utvida opphald skal takast opp som sak i TVM. Dato i TVM er forslag til vedtaksdato. Dato blir endeleg vedteke på inntaksmøte torsdag etter TVM.

Sjulepleiar eller avelingsleiar som deltek i TVM skal sette seg inn i bakgrunn for innleggning i HUS eller LMS hos pasientar som skal ha vedtaksdato/utvida opphald - og gi ein kort presentasjon av pasienten.

Namn på pasienten:

Sjekkliste	Info
1. IPOS - om mogleg lag denne klar til TVM	
2. Når kom pasienten til LMS/FS og kvifor?	
3. Kva er mål og plan for opphaldet?	
4. Type opphald - rehabilitering eller kortidsopphald?	
5. Kva er det som gjer at pasienten treng døgnopphald (Sv evt. utvida opphald)?	
6. Treng pasienten velferdsteknologi? Rette instans treng tid for å få på plass utstyr. Er det søkt om trykkskalalar/ informasjon om kostnad?	
7. Treng pasienten hjelpemiddel/tilrettelegging i heimen?	
8. Er pasienten kjent av heimesykepleien? Innhent relevant informasjon!	
9. Forslag til vedtaksdato!	

Bakgrunn

KS i samarbeid med Folkehelseinstituttet er utgangspunkt for det Nasjonale læringsnettverk for gode pasientforløp. Satsinga har gått over heile landet i perioden 2014 til ut 2023. Alle kommunar i HelseBergen regionen - med sine tilhøyrande sjukehus - har deltatt. I perioden våren 2022 til haust 2023 (18 mnd - 4 samlingar med jobbing mellom periodane).

Læringsnettverket byggjer på arbeidet Helhettig pasientforløp i hjemmet (HPH) - eit rammeverk med strukturert oppfølging ved hjelp av sjekklister. Arbeidet skal også resultere i at brukaren opplever å vera likeverdig i utarbeiding av sitt pasientforløp. Derfor er kvar ei viktig for deg? - spørsmålet så viktig.

Nettverksgruppe/forbettingsgruppe

I Øygarden kommune har vi vore ei gruppe på 7 stk, sett saman av tilsett frå LMS, Fjell sjukeheim, heimetenestesonene, koordineringssenteret og Helse, Meistring og Rehabilitering.

Vegen vidare

Gjennom tida forbettingsgruppa i Øygarden har vore i sving, har vi utforska forbettingsområde for å gje gode

løp for pasientane. Tidleg i prosessen oppdaga vi at manglande og dårlege funksjonar i CosDoc og kunnskap om journalsystemet i seg sjølv, gjer at det er fare for svikt overgangane. Heilt konkret sag vi at mange journalnotat ikkje var godkjend. Manglande godkjenning gjer at journalnotat ikkje kan overførast til ny tenestestad.

Vegen vidare:

- Sørge for at overordna kvalitetsarbeid etter inter-forskrifta ligg på overordna nivå i Helse og velferd
- Opprette ei gruppe som arbeidar med kvalitetsarbeid med tema HPH
- Implementer arbeidet med «Code pasientforløp» i organisasjonen
- Ha godt samarbeid med systemansvarleg for journalsystemet, for å sikre god opplæring og bruk av journalsystemet
- Kven er dei skropelege eldre? Hensiktsmessige tiltak for denne gruppa.

Deltakarar

Gruppa lyt vere sammansett av personar frå ulike einingar i Helse og Velferd (HV). Kommunalsjef for Helse og velferd er ansvarleg for arbeidet.

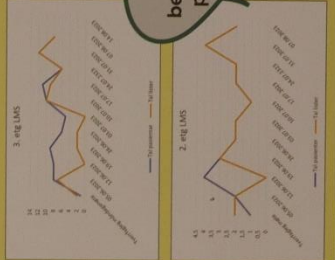
"Fleire møter førebudd til møtet"

"Godt verktøy for å skrverferat etter tverrfagleg møte"

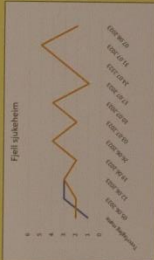
Erfaring

Med litt drahjelp er listene tatt i bruk og det har gitt betre kvalitet på tverrfagleg mândagsmøte, betre referat i Journal slik at koordineringssenteret får den informasjonen dei treng for å lage vedtak. Arbeidet med kortidspasientane byrjar med en gong ein tek i bruk sjekklista.

"Betre tall, men saknar indikatorar for kvalitet"



"Betre beskriving av pasienten"



Når lina er orange, så er tallet på lister og pasientar samanfallande.

Deltakarar: Liv Møen, Britt-Marie Landro Nordhaug, Anita L. Kausland, Anita Asphaug, Karen Dahl Henriksen, Katrine Risløw og Tonje Tangen Altvsvåg.



ØYGARDEN KOMMUNE