

Postere fra læringsnettverk i Helse Bergen-regionen

Samling 3, 15. og 16. februar 2023



ALVER
KOMMUNE

Gode
pasient
forløp

Om Alver kommune: Innbyggjarar: 29593 Areal: 679 km2

Forbetringsgruppa i Alver kommune

Sjukeheimstjenesta: Monica Stenseth, driftskoordinator, Anne Brattetaule, avdelingsleiar, Christina L Fosse, tenesteleiar
 Heimetjenesta: Liv Marit Hetlebakk Hope, avdelingsleiar, Bente F. Helland, tenesteleiar
 Forvaltning: Gro Elin Kleiveland og Ann Kristin Hagesæther Aasgård, Kari Hesjedal, avdelingsleiar
 Øvrig leiding og stab: Tord Moltumyr, tenesteleiar, lege og rehabilitering, Leni Dale, Kommunalsjef, Simon Grandahl, Rådgjevar, H/O

MÅL, DELMÅL og TILTAK:

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

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

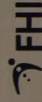
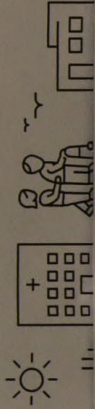
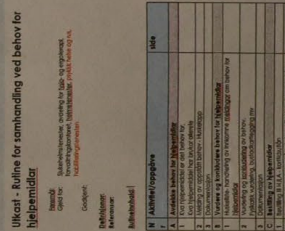
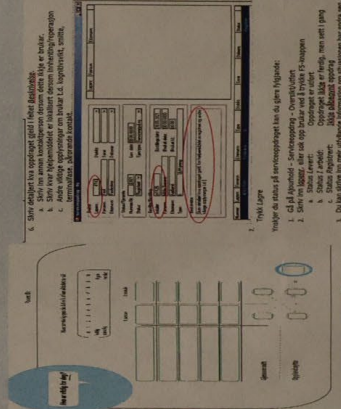
Delmål 2: Vurdere dagens kapasitet vs behov – ressursar og lokasjon

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 heimetjenesta

Aktivitetar og tiltak:





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

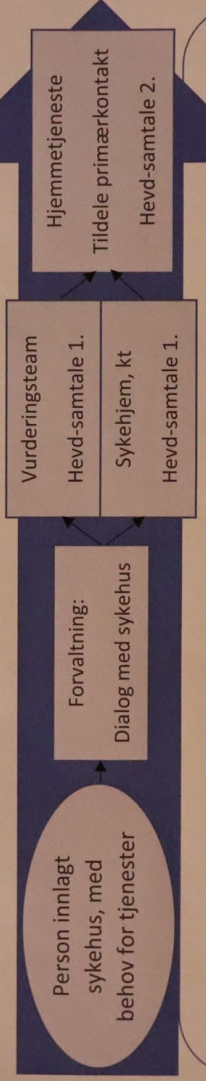
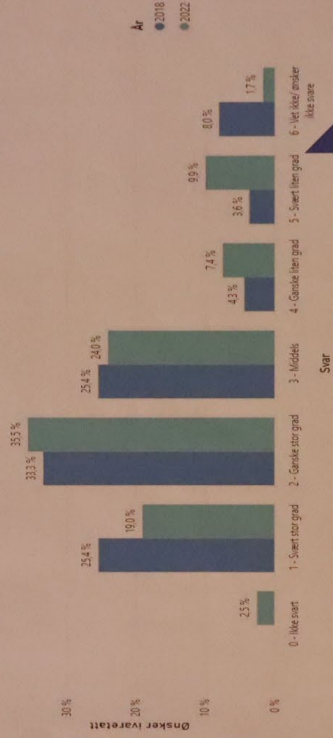
Kommunens verdier:
Raus – Interessert – Modig – Kompetent

O-punktsmåling:
Brukerundersøkelse hjemmetjeneste i 2018 og 2022:

Tiltak:

- Innføre Hva-er-viktig-for-deg? -samtaler
- Økt pårørende-involvering
- Primærkontakt i hj.tj.

I hvor stor grad opplever du at dine ønsker og mål blir ivare tatt når det besluttes hvilke tjenester du skal ha?



Utvalg og delmål:

Utvalg: Nye tjenestemottakere som utskrives fra sykehus til KT-opphold på sykehjem eller til hjemmet, og som tilhører hjemmesykepleien avd. Nord f.o.m 1.mars til 1.juni 2023.

Delmål 1: 80% av pasientene har gjennomført Hva-er-viktig-for-deg? -samtale innen 72 timer fra innskrivning på korttidsplass sykehjem

Delmål 2: 80% av nye tjenestemottakere har gjennomført Hva-er-viktig-for-deg? - samtale innen 4 uker etter oppstart av hjemmetjeneste (2.samtale)

Delmål 3: Alle tjenestemottakerne har blitt tildelt primærkontakt i hjemmetjenesten



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 heil dags omsorgsbustad som er eit nytt omsorgsnivå i kommunen.

Kven deltek på gode pasientforløp:

Laila Taraldsen, Leiar ergo-fysioterapitensta, Mariann Aase, Ergoterapeut
Elisabeth Kalvenes, Fysioterapeut, Iren Mjellingen, Leiar pleie og omsorgstenesta
Kjersti Rabben, Leiar heimetenesta, Sindre Lohne, Rådgjevar velferdsteknologi
Kaia Lekve Blåmes, Sjukepleiar primærløstteam ved fastlegekontoret
Charlotte Oksnes, Sjukepleiar ved Miljøarbeidertenesta

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 spesialisthelsetensta og institusjon, til heimen

Behov for tiltak:

- Årleg helsejekk og forebyggjande heimebesøk til alle som fyller 80
- Ta i bruk velferdsteknologi som støtte for tryggleik og mestring
- Opprette tverrfagleg vurderingsteam som sikrer overganger
- Ta i bruk sjekk-liste for alle korttidspasienter ved sjukeheimen
- Ta i bruk kva er viktig for deg skjema i møte med alle pasienter

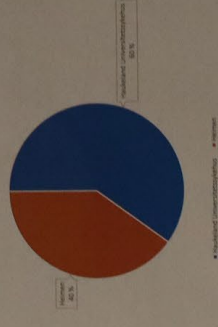
Målepunkter:

Oversikt over nedskalering av sjukeheimsplassar i perioden august 2022- februar 2023



Oversikt over kvar dei innlagte korttidspatientane kom i frå i perioden januar-februar 2023

Kvar dei innlagte korttidspatientane kom i frå i perioden når dei kom inn på KTO januar-februar 2023



Totalt 10 personar var innlagt korttidsopphald i januar-februar 2023

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 heil dags omsorgsbustad som er eit nytt omsorgsnivå i kommunen.

Kven deltek på gode pasientforløp:

Laila Taraldsen, Leiar ergo-fysioterapitensta, Mariann Aase, Ergoterapeut
Elisabeth Kalvenes, Fysioterapeut, Iren Mjellingen, Leiar pleie og omsorgstenesta
Kjersti Rabben, Leiar heimetenesta, Sindre Lohne, Rådgjevar velferdsteknologi
Kaia Lekve Blåmes, Sjukepleiar primærløstteam ved fastlegekontoret
Charlotte Oksnes, Sjukepleiar ved Miljøarbeidertenesta

Overordna mål: Bu heime lengst mogleg i eigen bustad

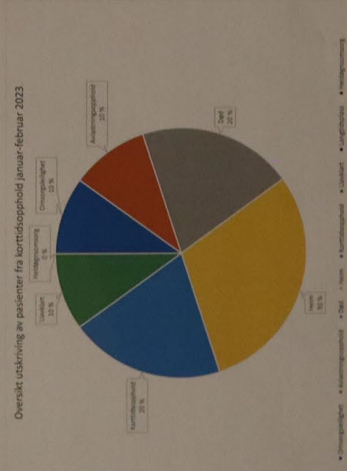
Mål for gode pasientforløp:

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

Behov for tiltak:

- Årleg helsejekk og forebyggjande heimebesøk til alle som fyller 80
- Ta i bruk velferdsteknologi som støtte for tryggleik og mestring
- Opprette tverrfagleg vurderingsteam som sikrer overganger
- Ta i bruk sjekk-liste for alle korttidspasienter ved sjukeheimen
- Ta i bruk kva er viktig for deg skjema i møte med alle pasienter

Oversikt over kvar pasientane ved korttidsopphald i perioden januar-februar 2023 blei utskriven til:

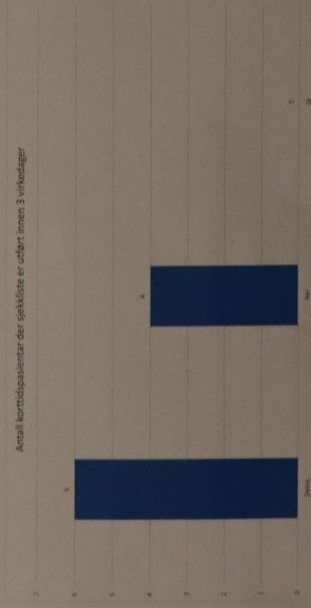


Til pasientar blei utskriven heim med velferdsteknologi som støtte for tryggleik.

1: Lokaliseringsteknologi + RoomMate. 2: Døralarm → RoomMate

Tatt i bruk sjekklister korttidspasienter i perioden januar-februar 2023 –

Mål: Alle (100%). Oppnåelse: 60 %



- 12 sykepleiere har fått opplæring i bruk av sjekklister som skal nyttast ved innleggelse av korttidspasientar. Teamet ynskte ei oversikt over kvar korttidspatientane kom frå og kvar dei blei utskrivne til.

- Vi har etablert eit nytt tverrfaglig møte med sjukepleiar ved KTO-avd, ergoterapeut og fysioterapeut på tirsdagar, for betre tverrfagleg samhandling.

- Sjekklister utarbeida i teamet og den er digitalisert i Profil (EPJ).

- Teamet har gjennomført delar av sjekklister på 60 % av dei innlagde pasientane innan tidsfristen i perioden januar-februar 2023. Målet var 100 %. Alle punkt var rikkje mogleg å gjennomføra grunna det kognitive hos innlagd pasient.





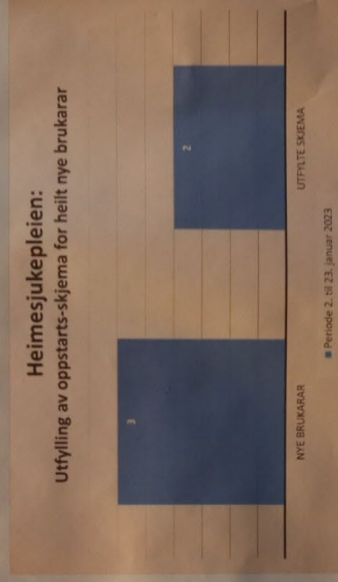
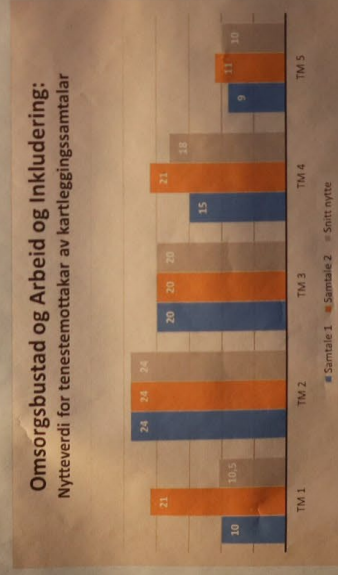
Austrheim KOMMUNE

Gode pasientforløp

- Trygge forløp for brukarane i pleie og omsorg.

Mål: Gjennomføra to kartleggings-samtalar «kva er viktig for deg?», innan januar 2023.

Delmål: Gjennomføra kartleggings-samtale som rutine i den daglege drifta, og involvera alle tilsette.

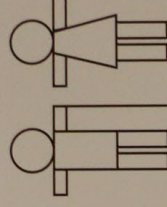


Felles søknadsskjema for tenester i Austrheim kommune er under forbetring.

Nordliheimen har fokus på kva som er viktig for pasienten, og brukar likt inkomstskjema som i heimetenesta. **Fysioterapiavdelinga** har sidan sist samling, i større grad, begynt å bruka ein standardisert funksjonstest (SPPB) ved undersøking og oppstart. Seks pasientar er testa eller retesta for å samanlikna gamle resultat.

Forbetringssteam: Anne Hildegunn Færøy (kommunalsjef), Jeanette Espenes (tagleiar/Arbeid og Inkludering), Janne Nordanger (vernepleiar), Agnethe Saltveit (sjukepleiar), Siv Hopland (sjukepleiar) og Dan Kristian Karlsten (fysioterapeut).

GODE PASIENTFORLØP



BERGEN KOMMUNE EHB T Fana og Ytrebygda

FORBEDRINGSTEAM:

Camilla Andal - fagansvarlig sykepleier
Anne Gunn Ekeland - fagansvarlig sykepleier
Christine Bergtun - fagansvarlig sykepleier
Charlotte G. Oldervoll - fagansvarlig syepleier
Marte Hyo Smedsvik-Vårdal - fagansvarlig sykepleier
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 helsejenesteteam, 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.

Formål:

Bedre tilpassede tiltak/tjenester til den enkelte pasient, med større fokus på pasientmedvirkning

Målsetting:

Alle kjente brukere som blir meldt hjem fra institusjon med endret hjelpebehov, kartlegges i en egen hjemkomstamtale innen 3 virkedager.

Minst 80% av målgruppen skal få gjennomført «hjemkomstamtale», og minst 80% av de som gjennomfører del 1 skal også gjennomføre del 2.

Tiltak:

Hjemkomstamtale: Skjema med del 1 og del 2. Del 1 gjennomføres innen 3 virkedager av ansatt i primærlaget, del 2 gjennomføres etter 4 uker.

Dokumentasjon:

Bruk fanen «hovedmåling», Mappen «vurdering av hjelpebehov» under Kartlegging/vurdering i Profil.
Skjema scannes inn i Profil.

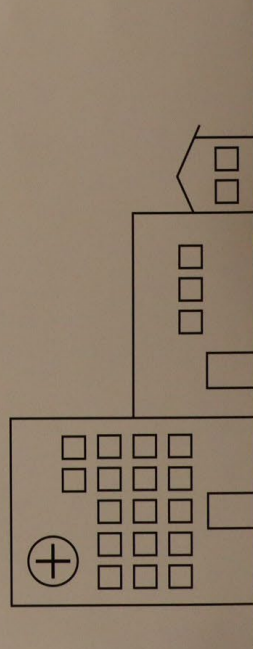
Pilotering Fase 1:

Fase 1: januar.
Fase 2: medio februar til medio april - periode på 8 uker
- prøves ut i 1 omsorgsteam
- max 10 pasienter

FASE 1:

Opplæring av 15 helsefagarbeidere i bruk av skjema.

RESULTAT OPPLÆRING FASE 1:

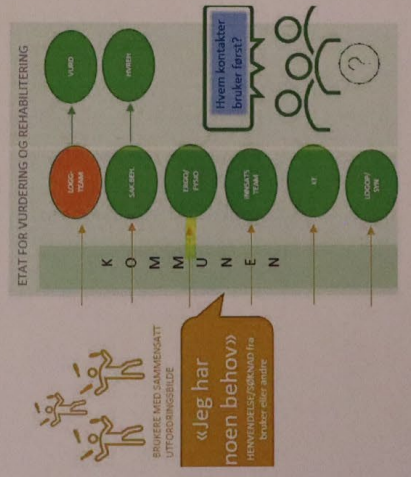




MÅL:
 HVA ER VIKTIG FOR DEG
 SAMTALE ER GJENNOMFØRT
 PÅ ALLE NYE
 HJEMMEBOENDE BRUKERE
 (ERGO/FYSIO OG HVREH
 ARNA/ÅSANE)

**MÅL:TVERRFAGLIG
 KARTLEGGING ER
 GJENNOMFØRT INNEN 5
 DAGER (VURDERINGSTEAM
 SØR)**

Kompetanse	Ansatt	Forf. utvalgning	Spesialitet	Tjenestetid	Avstener	OK	Ikke	Ikke
13.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
19.04.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
03.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
13.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
12.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
11.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
11.02.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6
09.12.2019	6	6	6	6	6	6	6	6



**MÅL:BRUKERE MED
 SAMMENSETTE BEHOV FÅR
 KONTAKT MED RETT
 TJENESTE INNEN ... DAGER
 (FYLINGSDALEN/
 LAKSEVÅG)**

DET GODE PASIENTFORLØP I EVR

MÅL - MÅLE - EVALUERE - TILPASSE



Hjemmesykepleien

Fyllingsdalen & Laksevåg

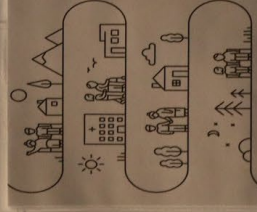
Fakta/Demografi:

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

Mål

Pasienten opplever ikke dobbel kartlegging i overgangen fra vurderingsteam til hjemmesykepleie.

HVA ER VIKTIGT FOR DEG?



Involverte aktører:

- Sykepleiere i hjemmesykepleien i Fyllingsdalen & Laksevåg.
- Vurderingsteam i sør/vest.
- Rådgiver i hjemmesykepleien i Fyllingsdalen & Laksevåg.

Forbedringsteam

Fagansvarlig sykepleiere:

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



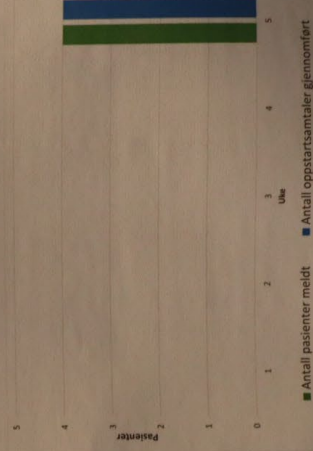
Funnt ved intervju:
→ Opplevelse av kommunikasjonssvikt mellom helseforretak og innad i kommunehelsejensekten.
→ Manglende planlegging og involvering på foreldre, involvering ved utskrivelse.
→ Uklare forventninger til hjemmesykepleien.

Forbedringsområder

Sikre god samhandling i pasientoverføring fra vurderingsteam til hjemmesykepleie.

Prosess

- Regelmessige møter i nettverksgruppen og med vurderingsteam.
- Utarbeidet nytt oppstartskjema for nye pasienter.
- Startet testperiode i januar med bruk av nye oppstartskjema.
- Utarbeidet foreløpig graf.





Forbetringssteam:

Prosjektleiari: Jorun Elin Dahl – leiar Koordinerande eining
 Bodil Lundø Hansen – fagsjokepleiar, fagstab
 Marit Holdhus Bang – spsjalsjokepleiar, rehabiliteringsavd Fusa
 Marianne Hågensen – sjukepleiar, rehabiliteringsavdeling Os
 Atle Gusland – fysioterapeut
 Iselin B. Mjåtvéd – ergoterapeut, kartleggingsteam
 Eva Tillerli Sirevåg – saksbehandlar forvaltning
 Turid Vrdenes – avdelingsleiar, heimesjokepleie Fusa
 Katrine Mæland – avdelingsleiar, heimesjokepleie

Kvifor styrke kartlegginga?

Sikre god kartlegging
 Unngå dobbeltarbeid
 Styrke «Kva er viktig for deg»
 Inkludere pårørende
 Forventningsavklaring

Utprøving i:
 Rehabiliteringsavdeling Os
 Rehabiliteringsavdeling Fusa
 Heimesjokepleien team 3, Os
 Heimesjokepleien gr 2, Fusa

OPPLÆRING: (gjennomført i veke 6 og 7)

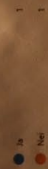
3 timars opplæring i tema av fagsjokepleiar:
 «Kva er viktig for deg»-skjema
 Ipløs
 Ernæring
 Fallforebygging
 NEWS
 Profil
 Primærkontaktrolla

3 timars opplæring i gjennomføring Kartleggingspakken saman med Kartleggingsteamet Praktisk trening

MÅLINGAR:

1. Har du fått opplæring i bruken av Kartleggingsspakken?

Erstaddfør:



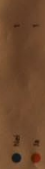
2. Hvor mange har du gjennomført Kartleggingsmåle med?

Erstaddfør:



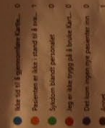
4. Var det noen av de nye pasientene som du har kartleggingsintervjuer for, som IKKE ble kartlagt med Kartleggingsspakken?

Erstaddfør:



5. Hvorfor ble i så fall pasienten ikke kartlagt?

Erstaddfør:





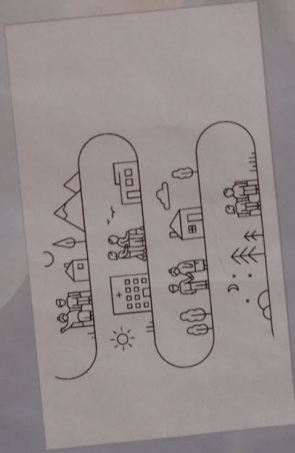
Eidfjord kommune

Eidfjord kommune

- 950 innbyggjarar (3. kvartal 2022)

Eidfjord bygdaheim

- 20 plassar, 14 plassar på somatisk avdeling og 6 plassar på demensavdeling
- 18 omsorgsbustadar tilknytte Eidfjord bygdaheim
- Integreert teneste saman med heimesjukepleien



Formål

Brukarar i Eidfjord kommune opplev eit heilskapleg pasientforløp og oppfølging som sikrar autonomi og brukarmedverknad.

Mål

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

Delmål

- 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

Me har for lite grunnlag for å presentere målingar per dags dato. Dette er på grunn av lite innleggingar/pasientar siste tida.

- Målingar me er i gong med/planlegg å gjennomføre er:
- Å måle ut ifrå sjekklister, kor mange pasientar som blir spurt "kva er viktig for deg" innan 3 døgn.
 - Å måle ut ifrå skjema for oppfølgingsamtale kor mange pasientar som får gjennomført oppfølgingsamtale innan fem veker.
 - Å måle om det er dokumentert i EPJ-system at det er blitt spurt og sett i gong tiltak for "kva er viktig for deg" innan 3 døgn.
 - Å måle kor mange tilsette som har fått opplæring i «kva er viktig for deg-samtalen».

Status

- Starta med ny sjekklister for innkomst i sjukeheim i byrjinga av februar 23. Sjekklister inneheld spørsmålet "kva er viktig for deg".
- Er i gong med å forberede undervisning for personalet i "kva er viktig for deg-samtalen" og utarbeide eige skjema for dette. Undervisning er planlagt i mars 23.
- Er i gong med å utarbeide brosjyre med informasjon om Bygdaheimen
- Eige punkt på tavla der ein fører inn "kva er viktig for deg" på kvar enkelt pasient.
- Er i gong med å utarbeide skjema for oppfølging av «Kva er viktig for deg»

Deltakarar i forberingsteamet
Elisabeth Hovland – sjukepleiar
Linda Kydland – sjukepleiar
Janne Sæd - hjelpepleiar
Barbie Mjigrino – helsefagarbeidar



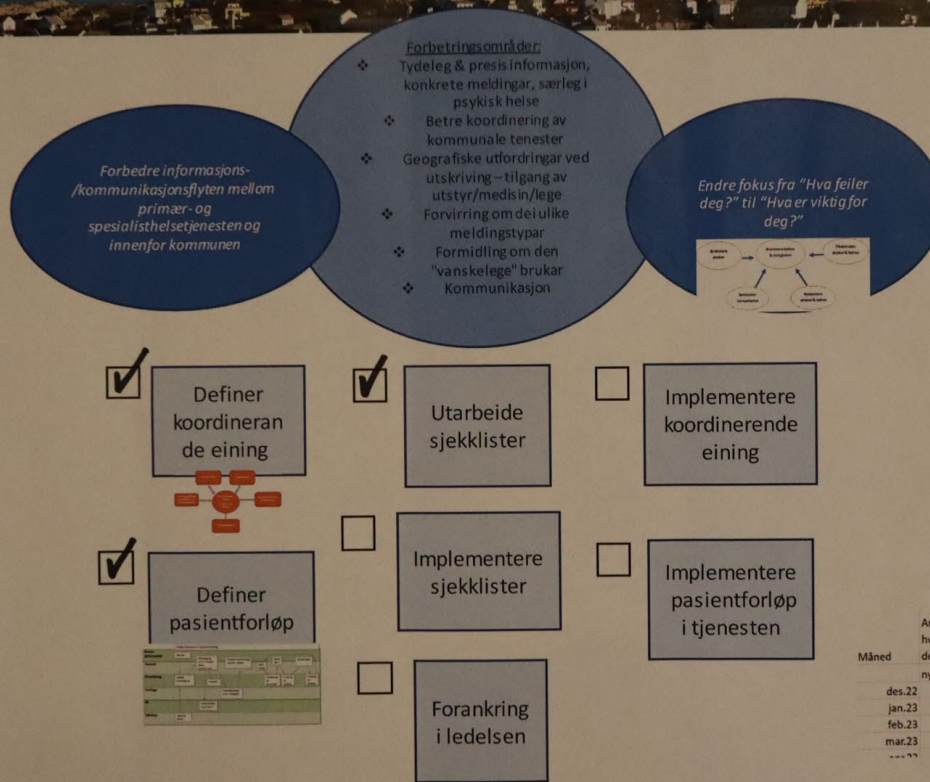
Deltakarar Fedje kommune: Anita H. Villanger – Psykiatrisk sjukepleiar, Astrid S. Øksnes - Avdelingssjukepleiar, Mathias Stangeland – Fysioterapeut, Nadine Gutte-Preusse – Pleie- og omsorgsleiar



Gode pasientforløp

Mål:

- Innen desember 2022 - utviklet & tatt i bruk sjekklister for innlegging, mottak, kartlegging & evaluering.
- Innen desember 2022 - kartlagt og innen desember 2023 - definert pasientforløpet i vår kommune.
- Innen desember 2024 skal 100 % av brukerne ha et tilpasset tjenestetilbud.
- Innen desember 2023 har alle tilsette gjennomført opplæring om tankesett "hva er viktig for deg?" - brukerens behov.
- Innen desember 2023 skal 80 % av brukerne være godt fornøyd med og oppleve god nytte av hjemmetjenestene
- Bruker ser sine ressurser, begrensninger og opplever brukermedvirkning.



Utfordringer:

- TID
- Geografi/logistikk
- Forankring i personalgruppen
- Sårbar personalsituasjon

Fordeler:

- Korte avstander
- Lokal samhandling
- Liten personalgruppe

Målepunkt:

- Antall gjennomførte "Hva er viktig for deg?" – samtaler
- Antall gjennomførte sjekklister

Måned	Antall bruker aktuell med hva er viktig for deg-samtale	Gjennomført samtale	ikke mulig å gjennomføre samtale	ikke gjennomført	startet, men ikke gjennomført
des.22	4	0	2	1	1
jan.23	2	2	1	2	1
feb.23	1	2			0
mar.23					
...					

	Pasienter som er ny eller har vært innlagt	Gjennomførte sjekklister	Påbegynte sjekklister
Desember	4	0	2
Januar	0	0	0
Februar			
Mars			
Anril			

Fedje kommune FAKTA:

505 innbyggjarar, demografisk hovudvekt a v eldre, sjukeheim med 12 plassar, heimesjukepleie, 4 omsorgsbustadar, 100% fysioteapistilling, 20% ergoterapistilling, Rus- og Psykisk helseteneste, legeteneste med legevaksordning

Trygg overgang frå sjukehus til kommune

Rettt informasjon til rett tid

Læringsnettverk Gode pasientforløp



HELSE BERGEN HF

- 14 000 tilsette
- Eimingar i Bergen, Voss, Askøy, Bjørnafjorden, Alver og Øygarden
- Samarbeid med 18 kommunar med omkring 450 000 innbyggjarar
- 71 510 døgnopphald i 2022

FORBETRINGSTEAMET

Merete Eide Hernes,
Seksjon for samhandling
Solveig Dale,
Lungeavdelinga
Christina Svendsen,
Lungeavdelinga
Carina Lønne,
Seksjon for alderspsykiatri
Mette Monsen,
Seksjon for samhandling

Reidun Nordal,
Seksjon for e-helse
Jeanette Iversen,
Mottaksklinikken



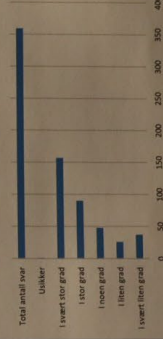
MÅL

- Trygg overgang frå sjukehus til kommune
- Me gir rett informasjon til rett tid
- Tilsette i sjukehuset har kunnskap om og forståing for eigen rolle og ansvar i inn- og utskrivingsprosessen

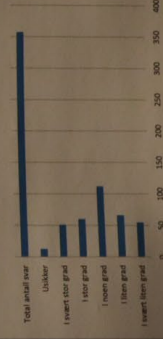
MÅLINGAR

- Kartleggingsundersøking hausten 2022 blant sjukepleiarar, vernepleiarar sosionomar og miljøterapeutar
- Låg svarprosent: 14 % (361 medarbeidarar)
- 57 % av desse har jobba meir enn 5 år i sjukehuset. 93 % av dei som svarte er sjukepleiar

Samhandling med kommunehelsestjenesten er en viktig del av jobben min



Jeg har behov for mer opplæring i samhandling og pleie- og omsorgsmeldinger til kommunen



TILTAK

- Halvdags seminar om samhandling og pleie- og omsorgsmeldingar for tilsette på sengepost mars 2023
- Revitalisere og distribuere informasjonsplakat om inn- og utskrivingsprosessen
- Utarbeide og innføre opplæringspakke – eige kompetansekrav:

 - Implementere e-læringskurs i inn- og utskrivning, utvikla i samarbeid mellom kommunar og sjukehus
 - Utvikle e-læringskurs om pleie- og omsorgsmeldingar; kor trykker du og kvifor og kva skal innhaldet vere

- Samarbeide med kommunane og få innspel på kva som er viktig for dei
- Innføre «Kva er viktig for deg?» i pasientdokumentasjonen
- Auke kunnskapen om kvarandre gjennom felles seminar

Howdan har du fått opplæring i samhandling og pleie- og omsorgsmeldinger? (I lere svar mulig)



- Distans på kurs/utgåing om samhandling og pleie- og omsorgsmeldingar 17,6%
- Distans på forlesning / instruksjonsvideo 11,4%
- I lere arbeidsgjevarer/forbudsvarer 47,6%
- I lere i lere av en utgåing 18,5%
- I lere i lere fått opplæring 22,4%



Kvam herad

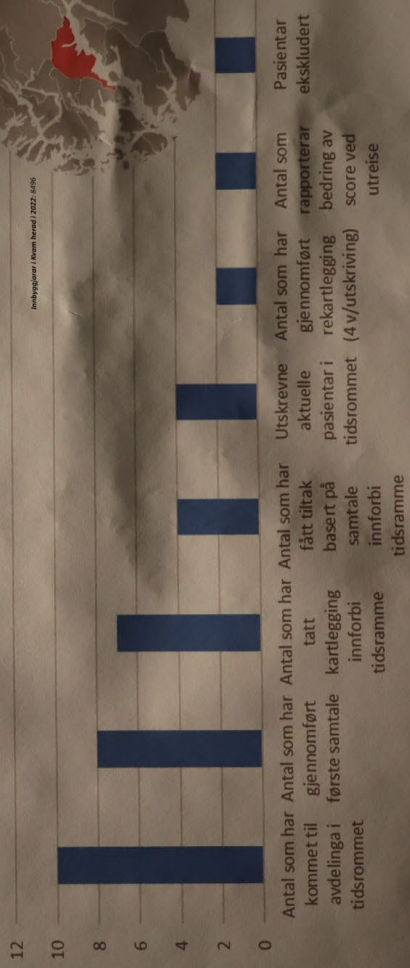
PILOTPROSJEKT

MÅL: Minst 80% av alle pasientar ved Kvam rehabiliteringsavdeling med rehabiliteringsvedtak skal verta spurde; *kva er viktig for deg?*, og få sett egne individuelle mål og tiltak innan 3 virkedagar.

Kortleis måler ein?

- Nyttja tavle - pasientar med rehabiliteringsvedtak får to raude magnetar ved innkomst på avdelinga. Desse vert grøne etter at samtale er gjennomført.
- Ein skal telja over brukarar i eit utval på bestemte tidspunkt. Første oppteiging er etter veke fem for perioden 01.01.23 – 09.02.23.
- Ein skal nytta "kva er viktig for deg"-skjema i start- og sluttsamtale.
- I piloten har fysioterapeutane teke ansvar for dette, ein vil implementera at andre yrkesgrupper òg tek desse samtalanene.

Kva er viktig for deg-samtalar på rehabiliteringsavdelinga (01.01.23-09.02.23)



Erfaringar:

- Hugs å skriv på dato for første- og andregongsscoring.

Magnetar:

- Ein for fyrste samtale og ein for andre samtale.
- Kan glippa i ein travel kvardag.



Framtida er her



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 funksjonshemming.
- Ei Helseavdeling med lege, helsestasjon, jordmor, psykisk helse, fysio/ergo/hjelpemiddel.
- Hukommelsesteam, koordinerande eining, tiltaksråd, dagse nter, førebyggjande heimebesøk, heimetrening for kvardagsheile

Forbedringsteamet for gode pasientforløp

Elin Elkemo

Leiar forvaltningskontoret for helse- og omsorg

Frida Eide

Ass.leiar ved Masfjorden sjukeheim

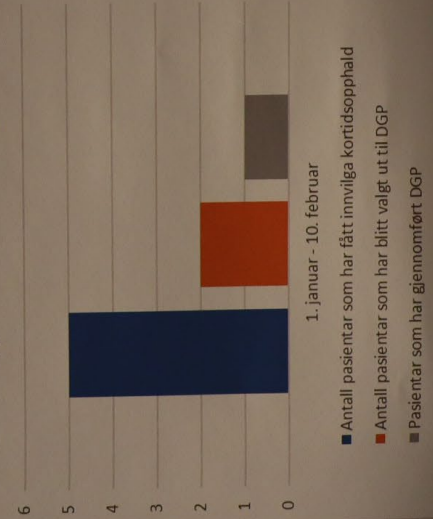
Lene Reigstad Danielsen

Leiarde kommunefysioterapeut

Det har vore gjennomført testing av pasientforløpet for korttidsopphald-rehabilitering i perioden 1. januar til 10. februar 2023.



Tildelt og gjennomført pasientforløp for korttidsopphald rehabilitering



MÅL

- Helse- og omsorg har etablerte prosedyrar for korttidsopphald for rehabilitering, som sikrar brukarmedverknad og tverrfagleg samarbeid gjennom heile opphaldet.
- Helse- og omsorg har etablert forløp for korttidsopphald-rehabilitering.



OSTERØY KOMMUNE

Gode pasientforløp

Innbyggjartal: 8131 Areal: 255,12 km²

Helse- og omsorgstenesta i Osterøy kommune er organisert i 5 einingar.

Helsetenester består av legetenesta, ergo/fysioterapi og forvaltning.

Osterøytunet er sjukeheimen på Osterøy, med plass til 56 pasientar i kort- og langtidsopphald.

Heimetenesta er inndelt i to soner, og har i tillegg eitt bufellesskap med 16 leilegheiter.

Bu- og avlastingstenesta yter tenester i 11 bustadar - og driv dagtilbod for personar med nedsett funksjonsevne.

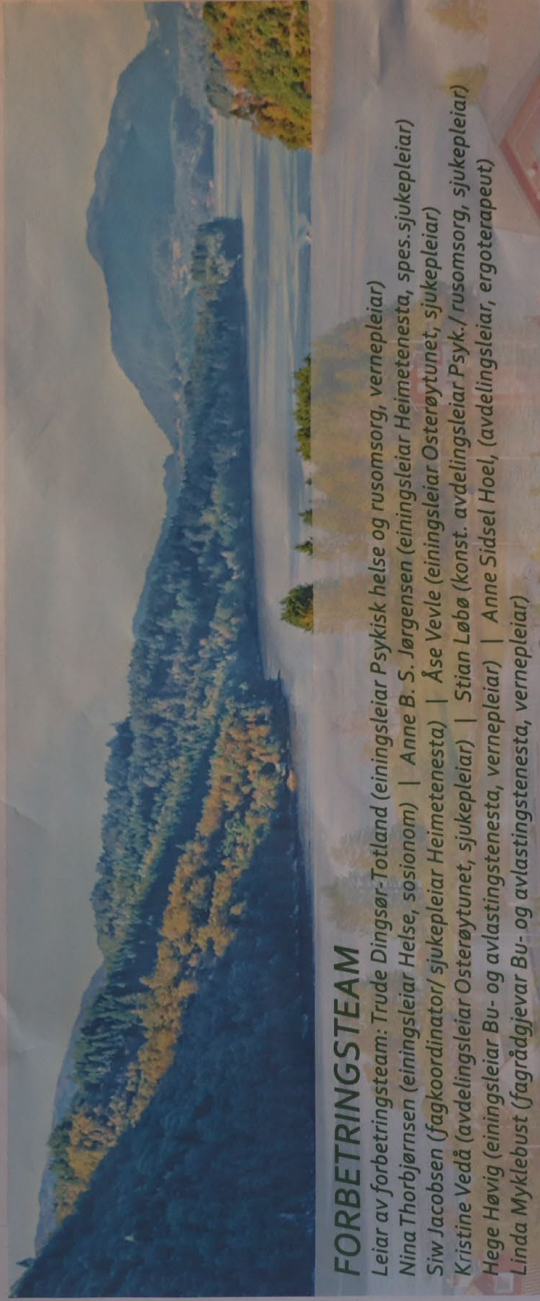
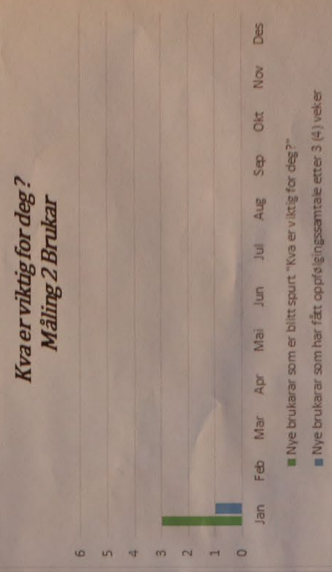
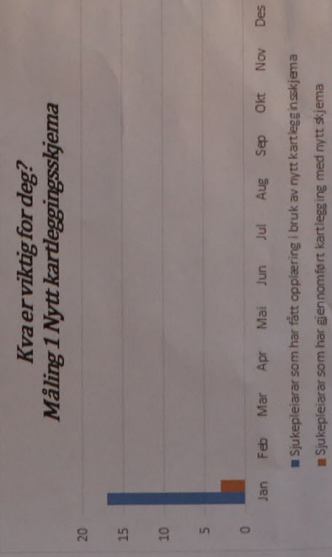
Psykiatri og rusomsorg har døgnbemannna bufellesskap og driv dagtilbod nokre dagar i månaden.

I samhandling om helse- og omsorgstenester i Osterøy kommune, opplever innbyggjarane å bli spurt "Kva er viktig for deg?"

Smart mål:

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

Målingar:

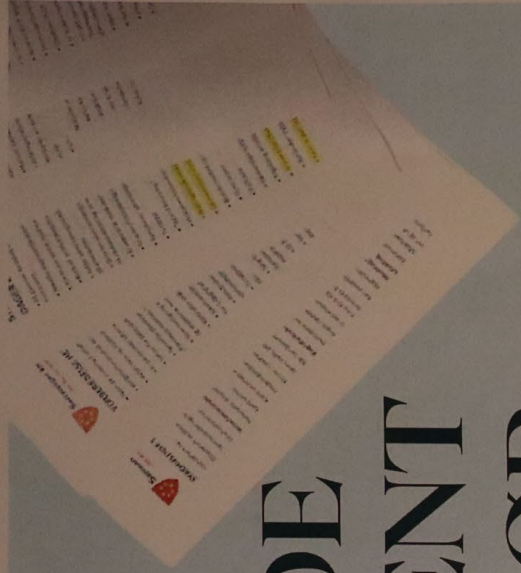


FORBETRINGSTEAM

Leiar av forbetringsteam: Trude Dingsør-Totland (einingsleiar Psykisk helse og rusomsorg, vernepleiar)
Nina Thorbjørnsen (einingsleiar Helse, sosionom) | Anne B. S. Jørgensen (einingsleiar Heimetenesta, spes. sjukepleiar)
Siv Jacobsen (fagkoordinator/ sjukepleiar Heimetenesta) | Åse Veivle (einingsleiar Osterøytunet, sjukepleiar)
Kristine Vedå (avdelingsleiar Osterøytunet, sjukepleiar) | Stian Løbbø (konst. avdelingsleiar Psyk./ rusomsorg, sjukepleiar)
Hege Høvig (einingsleiar Bu- og avlastingstenesta, vernepleiar) | Anne Sidsel Hoel, (avdelingsleiar, ergoterapeut)
Linda Myklebust (fagrådgjevar Bu- og avlastingstenesta, vernepleiar)



GODE PASIENT FORLØP

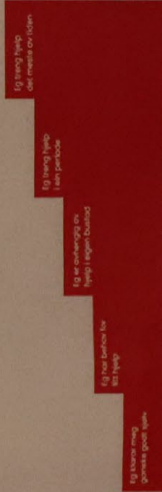
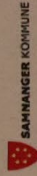


Mål:

1. Rett tjeneste til rett tid
 - ny omsorgstrapp og søknadsskjema.
2. Avklare forventninger
 - Samarbeidsmøter med pas/pårørende og PLOMS
3. Sikre lik opplæring, og felles ansvar
 - sjekklister som vi allerede har i bruk
4. Evaluering av tjeneste.
 - Sjekklister som blir utarbeidet nå i hsp
 - bruke sjekklister som allerede er i bruk på Samnangerheimen.



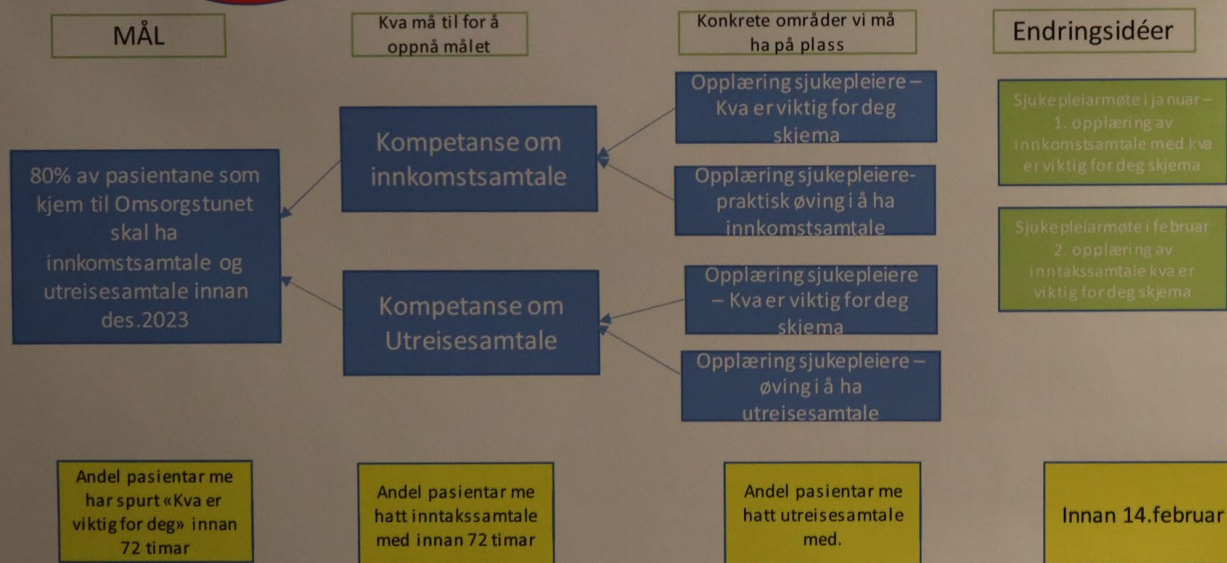
OMSORGSTRAPPA



Trykk på trappetrinn for mer informasjon

Ulvik herad er ei lita bygd i Hardanger med 1165 innbyggjarar. Bygda strekkjer seg frå inst i Hardangerfjorden til høgfjellet på Hardangervidda. Det arbeidar 91 personar i helse i kommunen, fordelt på ulike tenester. Ca 22% av befolkninga er over 70 år.

Me vil skape betre informasjonsflyt, betre det tverrfaglege samarbeidet og styrke dialogen mellom pasient og helsepersonell



Måloppnåing:

- Antall sjukepleier som har fått teoretisk opplæring:
 - 7 stk
- Antall sjukepleiarar som har fått praktisk opplæring:
 - 1 stk
- Antall pasientar som har hatt inntakssamtale:
 - 4 av 6 pasientar
- Antall pasientar som har blitt spurt "Kva er viktig for deg?"
 - 4 av 6 pasientar

Deltakarar:

- Stine Øvsthus - Teamleiar - Fagansvarleg fysioterapeut
- Siw-Marlene Bolstad - Avdelingssjukepleiar
- Aina Samnøy - Ergoterapeut
- Minna Øydvinn - Rehabiliteringssjukepleiar
- Kristin Aase - Fysioterapeut
- Anna Holven - Fagsjukepleiar

FORBEDRINGSGRUPPE

Sigrunn Stamnes Vik

Prosjektleder og einingsleiar i helse og meistring.

Monika Dahle Skjerveggen

Avdelingsleiar for korttidsavdeling i Vaksdal kommune. 6-8

korttidsplassar. Plassane vert nytta til rehabilitering, avlastning, palliasjon, avklaringsopphald osv.

Maria Kolstad

Avdelingsleiar for heimetenesta i Vaksdal kommune. Heimesjukepleie, praktisk bistand, dagenter for eldre og personar med demens, Omsorg pluss.

Ann Marit Møhus Lie

Koordinator på forvaltningskontoret i Vaksdal kommune. Forvaltningskontoret består av ca. 2,3 årsverk fordelt på 3 personar. Tverrfagleg kompetanse med vernepleier, sjukeleiar og ergoterapeut.

Gode pasientforløp – Kva er viktig for deg

«50% av pasientane som reiser heim etter korttidsopphald med forløp 4 (medisinsk oppfølging) skal, innan 14 dagar, ha blitt spurt «kva er viktig for deg», og i samarbeid med brukar skal individuelle mål stå i samsvar med vedtaket, innanfor kommunens rammer»



Gjennomgang og revidering av eksisterande sjekklister

Informasjon og opplæring til tilsette i organisasjonen

Revidere agenda i vekentlege vedtaksmøte

Utarbeide måleskjema og sette start/ slutt for måling

Forankra hjå einingsleiar og kommunalsjef

FORANKRING



GIENNOM SAMARBEIDSRÅDET OG UNDERUTVAL SJUKEHUS/KOMMUNE



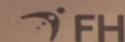
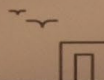
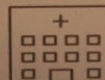
GIENNOM KOMMUNALSJEF OG KOMMUNEDIREKTØREN SI UTVIDA LEIARGRUPPE



INFORMASJON OM PROSJEKTET TIL TILSETTE, AVDELINGSLEIARAR OG FASTLEGAR I KOMMUNEN



VAKSDAL KOMMUNE





VOS2

❖ bygd for alle



Kort beskriving:

Voss herad er inndelt i fire store geografiske område, med kvar sin sjukeheim og heimeteneste.

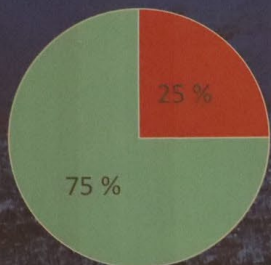
Mål:

Innan 09.02.23 skal 80% av pasientane som vart lagt inn på Voss sjukehus, frå korttidsavdelinga på Voss sjukeheim ha fått med seg innleggingsrapport der sjekklista har vorte nytta.

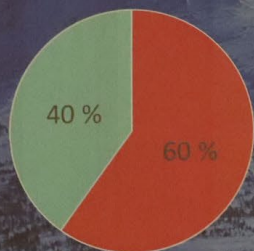
Delmål:

80% av pasientane som i tidsperioden 19.01.23-09.02.23 blei innlagt på Voss sjukehus frå korttidsavdelinga på Voss sjukeheim skal ha vorte spurt spørsmålet: **Kva er viktig for deg?**

Antall innlagte på sjukehuset som har fått med seg innleggingsrapporten



Antall tilsette møtt på internundervising



Oppsummering av arbeidsoppgåva/statusrapport:

- Har utarbeida sjekkliste for innleggingsrapport
- Har gjennomført undervising om bruk og målsetning av sjekkliste
- Har gjennomført målingar jamfør mål og delmål

Vidare arbeidsoppgåver:

- Innsamling av data fram til 15.08.23 på grunn av for få innleggingar i måleperioden
- Dialog med Voss sjukehus om sjekkliste for tilbakemelding til Voss sjukeheim
- Forbetre delmåla



Snubletrådar på vegen:

- Ting tar lenger tid enn tiltenkt når ein er avhengig av andre
- Brei nok informasjon til samarbeidspartar

•Forbetringsteamet består av:

- Eva Soltveit Johnsson, fagleiar langtidsavdeling
- Roy Sørensen, områdeléiar
- Trude Lydvo, hovudverneombod
- Kristina Rode, avdelingsleiar heimetenesta/korttidsavdeling



Gode pasientforløp



Frå storby til storhav

Øygarden kommune ligg vest for Bergen er den nest største kommunen i Vestland fylke.

- 39 000 innbyggjarar
- 2 800 tilsette
- Regionsenter og kommunesenter på Straume
- Kommunedelsenter i Skogskiftet og på Rong
- Areal: 315 kvadratkilometer
- 1 500 øyar
- Vekstkommune med viktige næringer innan olje, gass, industri, handel, jordbruk, fiskeri og havbruk
- Regionale storprosjekt
 - Sofrasambandet, investering 23 milliardar kroner
 - Ny godshamn for bergensregionen på Agdenes
 - Anlegg for karbonfangst og lagring i Energparken
- Helselandsbyen på Straume har eit omfattande tilbod innan helse og omsorg
- Kommunen har godt utbygd oppvekst- og tenestetilbod og mangfaldig forenings- og kulturliv der det er lagt til rette for rekreasjon, kulturelle møtestader og sosiale nettverk.



Mål:

Sjå til at alle gjer det som står i rutineane våre, for å sikre god pasientflyt, med hovudfokus på journalsystemet.

Tiltak i perioden mellom målingane:

Hatt fokus på godkjenning av notat i alle einingane, munnleg informasjon, e-post, snakka om det i faglunsj, tilbydd opplæring mm.

Pasient/brukarfokus:

Arbeidet som vert gjort her vil ha stor innverknad på flyten i arbeidet kring pasienten. Det vil minska moglegheit for svikt i overgangar.

Refleksjons kring målinga vi valde:

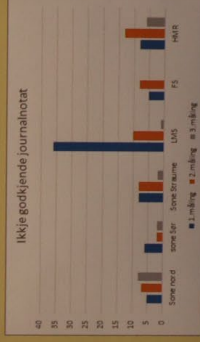
Vi oppdaga at fag/journalsystemet vårt ikkje egna seg til kartlegging av det vi her spurte etter, og tala fekk begrensa verdi. Det har likevel vore ein læring og nyttig prosess. Det at vi har hatt fokus på å ta ut rapportar i journalsystemet og kva desse rapportane/målingane viser har gitt oss nyttig lærdom. Det å ta ut tall i diagram, er enkelt, visuelt og kan virke motiverande.

Optimal bruk av journalsystem:

Vi avdekkja tydeleg at fokus/opplæring i korrekt bruk av journalsystemet er ein kontinuerleg prosess. Dette har direkte innverknad på brukaren. Skal ein få fram og vektleggje det pasienten meiner er viktig for seg, må optimal bruk av journalsystemet ligge i botnen. Vi har avdekkja fleire «manglar/hindringar» rundt bruk av journalsystemet som vi må ha fokus på framover.

Ikkje-godkjende journalnotat:

Fokus for forberingsteamet sitt arbeid har vore journalsystemet. Vi har valt å ta målingar av ikkje-godkjende journalnotat. Vi valde å ta ut dette området fordi det har stor innverknad på pasientsikkerheit, då ikkje-godkjende notat hindrar overføring av journalar mellom tenestestader.



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



ØYGARDEN KOMMUNE