

Postere fra læringsnettverk i Møre og Romsdal

Samling 4, 20. og 21. mars 2019

AURE KOMMUNE

AURE KOMMUNE



For ytterst venligst: Olav Øster, Anestesiassistente/Endokrinologiske Leger, Anestesiassistente, Tamsen rekkløper – Olav Nordvik, Anestesiassistente Sør – Cathrin Tvedten, Aker Anestesiassistente – Åse Kahrå, Anestesiassistente Nord – Ingvor Semmelstad, Anestesiassistente – Astrid Cecil Gjerdal.

AURE KOMMUNE

Mål med arbeidet:
 Skape en tryggere innlegg for pasienten ved å bedre informasjon og samarbeid med en pårørende og pleier, samt med andre kliniske og utvorne samarbeidspartnere.
 Vi ønsker å sette brukermødering i fokus!

Prekvalifisering i forhold til utgrensning

Disse er noen av de viktigste punktene som er tatt med i utgrensningen, og som vil bli diskutert i de ulike avdelingsmøtene.

- Kvalitet i pasienter som blir innlagt på sykehuset
- Informasjon til pasienter og pårørende om hva som er viktig for dem
- Samarbeid mellom ulike avdelinger

AURE KOMMUNE

Informasjon med

- Informasjon om hva som er viktig for pasienter og pårørende
- Informasjon om hva som er viktig for kliniske og utvorne samarbeidspartnere
- Informasjon om hva som er viktig for ledere

Utvalgte punkter som er tatt med i utgrensningen:

- Kvalitet i pasienter som blir innlagt på sykehuset
- Informasjon til pasienter og pårørende om hva som er viktig for dem
- Samarbeid mellom ulike avdelinger

AURE KOMMUNE

Brukermødering og innmelding

- Brukere setter egne mål etter «hva er viktig for MEG»
- Grunngivere informasjon pga uniform kartlegging
- Oppfølgingsamtale 3 dager etter hjemkomst
- Oppfølgingsamtale 4 uker etter hjemkomst
- HVA ER VIKTIG FOR DEG-dagen 6 juni

Anestesiavdeling og innmelding

- Kurs for ansatte i Aures pasientforløp tilpasset ansvar
- Fortløpende evaluering i avdelingsmøter
- Muligheter for direkte tilbakemelding til leder i teamet
- Evaluering og tilbakemelding har blant annet ført til spissing av avgrensning og maler for dokumentasjon i Gericatextbank, samt work-shop.
- Deltar i HVA ER VIKTIG FOR DEG-dagen 6 juni


Hva har vi gjort?

- Sett sammen relevante informasjon
- Kvalitet i pasienter som blir innlagt på sykehuset
- Informasjon til pasienter og pårørende om hva som er viktig for dem
- Samarbeid mellom ulike avdelinger

«HVA ER VIKTIG FOR DEG?»

Hvor er vi nå?

Evalueringssamle februar 2019 i forberedingsstam
 Ønske om å jobbe videre med forankring og måltinger



Gjennomført work-shop med stort engasjement fra ansatte hvor vi jobbet med

- Brukermødering
- Sjekklister
- Arbeidsflyt

Resultat: Større engasjement blant ansatte, bruk av skjenn gir kortere sjekklister, digitalisering av prosjektet med kartleggingslapp. «Hva er viktig for deg» - samtalen er viktig for brukermødering.

Videreføring av arbeid

Kvalitet i pasienter som blir innlagt på sykehuset

Informasjon til pasienter og pårørende om hva som er viktig for dem

Samarbeid mellom ulike avdelinger

Nye tilfellestillinger med ansatte pasienter, både inn og uten pasientforløp

Arbeidsflyt

Måltinger

Arbeidsflyt

Arbeidsflyt

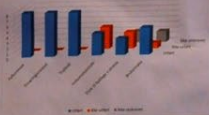
Kva er viktig for deg?

AVERØY KOMMUNE

En god forbindelse

Samhandling
- Til det beste
for brukerne

Målekriterium korttidsavdeling



Hvor pasientene blir innlagt fra

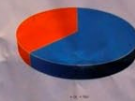


Læringsnettverket
Deltakere: Marte Redal Vassli (Tidlingsenheten), Ann-Helen Strand (Hjemmebaserte tjenester) og Hilde Bullgård (Sykehjem)

- Screeningverktøy
 - Fallrisiko
 - Score 1 – 5, ved score over 2 må det settes inn tiltak
 - Trykksår
 - Hvis ja på ett av de spørsmålene må det settes inn tiltak
 - Ernæringsstatus
 - Score 0-6, ved score over 3 må det lages ernæringsplan
 - Samsvaret med sykehuset og etter retningslinjer fra Pasientsikkerhetsprogrammet
 - Kvalitetssikring for alle enheter og alle pasienter

Status:
Alle pasienter på sykehjem er screenet, alle beboere på AOS er screenet. Øvrige brukere i hjemmetjenesten er påbegynt.
Gjenstår opplæring i Botjemenst.
Prosedylene ligger på Compilo.

Prosentvis fordeling på korttidsavdeling



Målekriterium for hjemmebaserte tjenester



- Samhandlingsmøte
 - Deltakere: En representant fra Tidlingsenheten (leder møtet), avdelingskoordinator fra korttidsavdeling, fagleder hjemmebaserte tjenester, ergoterapeut og fysioterapeut.
 - Følgende punkter blir gjennomgått på møtet:
 - Innkomsgrunn, medisinsk avklaring, ADUIPOS, NEWS, Kartlegging av trykksår, ernæring og fallrisiko, søvnyrme, kognitiv funksjon, fysisk funksjon, hva er viktig for pasienten, Bolig, hjemmebesøk, gangtest, brukermøte/pårørende møte.

- Referat på hver pasient blir skrevet i pasientjournal etter hvert samhandlingsmøte.
- Representant fra Tidlingsenheten og avdelingskoordinator tar innkomstmøte med nye pasienter etter samhandlingsmøte.
- Representant fra Tidlingsenheten fører målekriterium for utvalgte målepunkter for utførelse. Gjeldende fra 01.01.2019.

- Det må fortsatt jobbes med:

- Kvalitet og informasjonstyt
- Høldningsarbeid
- Personalsvår

Nytt:

- 4 meter gangtest på alle pasienter på korttidsavdeling.

Jobbes med:

- Tilnærmes deltakelse på samhandlingsmøte.

- Brukerstatus – Gerica
 - Er utført og oppdatert på de fleste pasienter både i hjemmetjenesten og på sykehjem
 - Tiltak for kvalitet på innleggelsesrapporten.
- Overføringsrapport
 - Brukes ved innleggelse på sykehjem og ved utskrivelse fra sykehjem til hjemmetjenesten
 - Prosedyre ligger på Compilo
 - Tiltak etter klagesaken, for å sikre informasjonstveksling.
- E-link rapport til fastlege
 - Rapport for opphold ved sykehjem sendes til fastlege ved utskrivelse.

• Klagesak

- Klager har fått informasjon under hele forberedingsprosessen
- Klager fikk tilbud om å delta på fagdagen – Samhandling – Til det beste for brukerne.
- Klager fikk spørsmål om å holde innlegg på fagdagen.

- Klagesaken resulterte i følgende rutiner og dokumenter:

- Saksbehandling, brukemedvirkning og koordinering ved saknad om opphold ved Averøy sykehjem avdeling A.
- Kartleggingsmøte – helse og omsorgstjenester
- Innryk i pasientjournal
- Overføringsrapport
- Overføring fra hjemmetjenesten til sykehjemmet
- Rutiner for opphold ved Averøy sykehjem avdeling A.
- Spjekkliste for korttidsopphold ved Averøy sykehjem.

Innbyggere: 2 641



Gjemnes kommune

Trygt å leve, godt å bo

FORBEDRINGSTEAM



En rød tråd:

- Gode pasientforløp
- Hverdagsrehabilitering
- Palliativ plan/plan for lindring

Hva er viktig for deg?



Mål: Forbedre pasientforløpene, inkludere brukerne.

Plan:

- Hva er viktig for deg- dagen
- Utvikle målinger

Tiltak: -Innført sjekklister

- Informasjon til de ansatte
- Informasjon til brukerne

TEAMET BESTÅR AV:

- JORID LEIRDAL, FYSIOTERAPEUT
 - ELIN GLOMSTAD BRANDVIK, SPL HJ.TJ.
 - CECILIE JULSETH TENNØY, DOKUMENTASJONSANSVARLIG
 - IDA-MALENE HYLLNES, SPL SYKEHJEM
-

Gode pasientforløp

Helse og omsorg i Herøy

Kva er viktig for deg?

www.heroy.kommune.no

Forbetringssteam

11 deltakarar frå Herøy

- Kommunalsjef
- Avdelingsleiatarar
- Seksjonsleiatarar
- sjukepleiarar

Kva er viktig for deg?

Kva er viktig for deg?

Målsetting

- Alle nye pasientar/brukarar i heile Helse og omsorg skal møtast likt
- **Førstegongssamtale** (helst innan 3 dagar)
- **Legetime** innan 2 veker ved behov
- **Oppfølgingsamtale** (innan 4-6 veker)
- Oppdaterast ved endring/revurdering

Kva har vi gjort?

- Kick-off i oktober for alle tilsette
 - Kva er viktig for deg
 - Gode pasientforløp
 - basiskompetanse
 - motiverande samtale
- Laga film om «kva er viktig for deg»
- Utforma eiga sjekklister
- Implementering i Gerica
- Tavlemøter ved korttidsavdelinga

Kvar er vi no?

- Implementere verktøya i arbeidskvardagen
- Eigarskap til sjekklister
 - Kvar seksjon tilpassar si sjekklister
- Innføring av tavlemøter på sjukeheimsavdelingane

Kva er viktig for deg?

Plan for vidareføring

- Følgje opp tiltak
 - kva er viktig for deg
 - førstegongsbesøk
 - oppfølgingsbesøk
- Korrigere og evaluere sjekklister
- Vidareutvikle tavlemøte

Kva er viktig for deg?





HUSTADVIKA

Hva har vi oppnådd!

- Samarbeid mellom kommunene,
- Eide og Fræna,
- Laget sjekklister for utskrevne pasienter,
- Brukerstatus,
- Tavlemøter i hjemmetjeneste og på korttidsavdelinger,
- Laget miniteam for implementering.

Utfordringer vi har møtt!

- Mange samtidige prosesser,
- Vanskelig å finne møtepunkter,
- Ikke satt av ressurser til å frikøpe deltakerne,
- Store utskiftninger i teamet.

Brukerstatus:

- Kritisk info
- Risikovurdering/sikkerhet
- Kognitiv funksjon
- Manglende samtykke kompetanse
- Bolig (Omsorg for dyr)
- Nettverv/aktivitet
- Personlig hygiene
- Ernæring/eliminasjon
- Forflytning
- Fall/fallfare
- Hjelpemidler
- Planer

Rutiner ved utskrivelse av pasient:

- Er brukerkortet rett?
- Epikrise tattatt, tiltak iverksett?
- Vitale målinger
- Brukerstatus oppdatert?
- 4 meter gangtest
- Nødvendige tjenester og hjelpemidler?
- Bestilt time hos fastlege?
- E-link til fastlege sendt.



Kristiansund kommune
I medvind sånsett vær

Forbedringsteam Kristiansund kommune



Hvem er vi i teamet: Vi er satt sammen av flere enheter og faggrupper - Hjemmetjenesten, Storhaugen helsehus og tildelingstjenesten

Hverdagshjulet – et verktøy å bruke i forbindelse med

«Hva er viktig for deg?» samtalen



MÅL:

- «Hva er viktig for deg?»
- Kvalitetssikre tjenestene
- Bedre samhandling

VI HAR JOBBET MED :



ERFARINGER:

- ❖ NYTTEN I AKTIV BRUK AV TAVLE
- ❖ OPPLEVD NYTTE AV KARTLEGGINGSVERKTØY (SJEKKLISTER)
- ❖ OPPLEVER AT FASTLEGEN INNVOLVERES PÅ ET TIDLIGERE TIDSPUNKT VED HJEMKOMST
- ❖ OPPLEVER BEDRE DOKUMENTASJON I JOURNALEN (PROFIL)
- ❖ VIKTIG Å HA FASTE MØTETIDSPUNKT FOR Å OPPRETTHOLDE ARBEIDET
- ❖ SYKEFRAVÆR HAR VÆRT EN UTFORDRING
- ❖ LEDERFORANKRING PÅ MELLOMLEDERNIVÅ – PERSONAVHENGIG
- ❖ ENDRINGSKULTUR – TIDKREVENDE OG UTFORDRENDE



Midsund kommune

Revisjonsprosjekt: Helse (en del), 01-15-16-17-18-19, 2019-2020 og 2021-2022



Hva har vi gjort?

- Utarbeidet kartleggings skjema
- Introdusert dette på fagdag til personalet
- Gjort skjemaene tilgjengelig i alle avdelinger
- Personalet går med buttons «hva er viktig for deg?» -gjør oss mer bevisst

Erfaring

- Mange skjema å forholde seg til både for brukerne og personalet
- Avsette god tid til kartlegging, gjerne over flere besøk
- Ulike reaksjoner på «hva er viktig for deg?», enkelte brukere oppfatter det som en test, nesten engstelig for å svare feil
- Ansvarliggjøring av brukerne, de må være med å samhandle for nå målene selv, ta ansvar for egen helse

Plan videre

- Skape gode rutiner for bruk av kartleggingsverktøyet
- Starte med risikotavle i løpet av 2019

Vi er i en spesiell situasjon med kommunesammenslåing. Det er derfor viktig for oss å arbeide for å implementere dette, og at det skaper grunnlag for gode pasientforløp i vår nye kommune

Molde sjukehus



Hva har vi oppnådd

«Hva er viktig for deg?» – samtalen

- > Pilotprosjekt kir.B og Molde kommune
- > Oppstart 1.april -19
- > Gjennomføre målinger
- > Forbedring av pasienttavle

HVA ER VIKTIG
FOR DEG?

Prosjekt «Legevisitt»

- > Medisinsk avdeling
- > Oppstart januar -19
- > Bruk av sjekklister og kvalitetstavle
- > Målinger:
Start/slutt previsitt, brudd på taushetsplikt,
gjennomført statusmøte, utskrivelse
innen kl.14.00

Bruk av magneter på
pasienttavle for å markere
hvilke pasienter som mottar
kommunale tjenester

Prosjekt «Legedokumentasjon»

- > Medisinsk avdeling
- > Oppstart januar -19
- > Bruk av nye maler og kvalitetstavle
- > Målinger:
Liggetid, bruk av nye maler for
innkomstnotat og ukentlig
oppsummeringsnotat, dagsnotat



Plan videre

- > Implementere «Hva er viktig for deg?» samtalen til alle sengepostene

Forbedringsteamet består av:

Jannike Haugland Reiten
May Oddrun Nymark
Camilla Bauge Evensen
Lise Beathe I. Nias
Anne Lena Moen
Lene Svendsen Røngnes

Kvalitetsrådgiver/sykepleier
Klinisk farmasøyt
Sykepleier kir.avd.
Sykepleier med.avd.
Intensivsykepleier, akuttmottak
Ergoterapeut

Våre verdier



ANERKJENNELSE PÅLITELIGHET RESPEKT INTERESSE LØSNINGSORIENTERT

ANERKJENNELSE

Vi er flinke til å gi gode tilbakemeldinger til andre. Ledere ser sine medarbeidere, og gir dem oppgaver de kan vokse på.

PÅLITELIGHET

Vi holder det vi lover, og følger opp regelverk i lover og forskrifter.

RESPEKT

Vi viser respekt for andre, og forventer det samme tilbake. Det er avgjørende for en god og konstruktiv dialog.

INTERESSE

Vi er oppriktig interessert i jobben vår og i våre kolleger. Dermed er alle med og bidrar til et godt arbeidsmiljø og god kvalitet på tjenestene.

LØSNINGSORIENTERT

Vi jobber alltid for å finne løsninger når problem oppstår, og vi skal ha fokus på utvikling og nytenking.

Jeg velger meg april!
I den det gamle faller,
i den det ny får feste,
det volder litt rabalder
– dog fred er ei det beste,
men at man noe vil.

Jeg velger meg april,
fordi den stormer, feier,
fordi den smiler, smelter,
fordi den evner eier,
fordi den krefter velter,
– i den blir somnen til!

Bjørnstjerne Bjørnson

HELHETLIGE PASIENTFORLØP

Heimetjenesten:

- Sjekkliste heimetjeneste
- Målepunktskjema
- «Hva er viktig for deg» - samtalen

Fastleger:

- Forespørselsmelding i Profil
- 2-ukers kontakt lege

Korttidsopphold:

- Sjekkliste korttidsopphold
- Målepunktskjema korttidsopphold

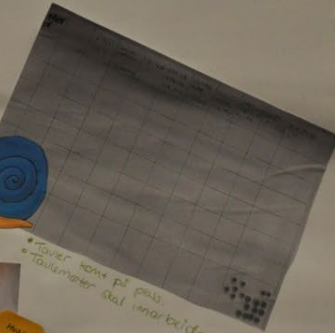


- Hvordan komme videre?
- Hvorfor gjør vi ikke det vi har besluttet?
- Konkurrerende satsinger/ledelse/kulturer/ holdninger?

SANDE KOMMUNE



- Fokuset er mer i utarbeidelse
- Prosedyrer med flere kilder kan være
- Utvikling av prosedyrer og planer
- Omsetning av planer og prosedyrer



- Taker
- Tattestimer skal samarbeid



FOKUS



- Tidvis problem med systemer i kommunen. Det er akseptert!
- Vansker med systemutvikling og bruk.



...Og så var det alle det andre ...



Det går sakte, men sakte framover...



Aud, Natalie, Anne, Else, Veronica, Christa





**SKODJE
KOMMUNE**



I Skodje kommune har vi fokus på tavlemøter i arbeidet med å skape et helhetlig og trygt pasientforløp. Skodje Omsorgssenter (SOMS) og HBO har valgt litt ulike punkter på tavla, og noen felles. Vi vil her presentere et utvalg av punkta som er i bruk.

- HBO har brukt litt tid på å komme fram til en god og brukervennlig prosedyre for tavlemøte, og hvilke punkt det er viktig å ha med på en tavle, for å sikre en helhetlig pleie.
- HBO har daglig tavlemøter.
- SOMS har fått tavlemøter godt innarbeidd, etter rundt 9 måneders bruk. Tavlemøter man-ons-fre. Mandag er det tverrfaglig møte; avd.leder, pleiepersonell, lege, fysioterapeut og tildelingskontoret. Onsdag møter hjelpemiddelansvarlig i kommunen, i tillegg til pleiepersonell.
- SOMS har brukt de samme punkta på tavla i hele periodene. Vurderer flere punkter? Bytte ut noen av de som er i bruk? Lage en skriftlig prosedyre!



Avd.leder Skodje Omsorgssenter Arne Hauglid,
spj. SOMS Marthe Kvale,
avd.leder HBO Marianne Ødegaard,
Marianne Snavis fra tildelingskontoret og
spj HBO Tove Asbjørnsen

Pasient/brukere

SOMS har korttidspasienter på tavlemøter, og langtidspasienter to ganger i året i forbindelse med helsekontroller.

HBO har brukt litt tid på å komme fram til hvilke brukere som skal tas opp på tavlemøte. Dette har de nå en klar prosedyre på.

Innkomsamtaler

HBO har samtale med alle nye brukere av tjenester fra kommunen. Der deltar brukeren, spj. tildelingskontoret og evt pårørende. Samtale innen 7 dg.

SOMS har tilsvarende samtale med alle korttidspasienter innen 3 dg. Tilsvarende deltar dersom møtet faller på en fast legedag, evt tar legen en egen samtale (innen 7 dg). Det er laget en grundig prosedyre for inkomstsamtale, med tydelig fordeling av ansvarsområde.

Hva er viktig for deg?

Vi har tatt i bruk skjemaet som viser evt framgang i områder som er viktige for pasient/bruker. Vi spør om dette i inkomstsamtalen, og tar det igjen i utsamtalen. Har vi oppnådd det som var viktige mål for tjenesten?

Samtalene er godt etablerte i arbeidshverdagen, og oppleves positivt for både ansatte og pasient/pårørende. Hensikten med tjenesten blir tydeligere. Pasienten er med på å utforme sin egen tjeneste ved å ha fokus på «Hva er viktig for deg?». Kommer tidligere i gang med planlegging av hjemreise.

Legemiddelsamvurdering

Denne rutinen var godt innarbeidd også før tavlemøte ble innført. Men det er oppdaget at ikke alt helsepersonell er helt trygge på prosedyren for LMS, og hva det faktisk innebærer av arbeid. Ved helsekontroll av langtidspasienter ved SOMS blir det gjort LMG to ganger årlig, evt oftere ved legemiddelrelaterte problemer.

Sammenfatning

Sikrer at sammenfatningen blir oppdatert med de nyeste helseopplysningene om pasient/bruker. Dette er også viktig i forhold til evt innleggelsesrapport til sykehus, i tillegg til at det er et viktig arbeidsverktøy for pleiepersonell. Det skal være en kort oppsummering av hjelpebehovet til pasient/bruker.

Palliativ plan

HBO har også fokus på palliativ plan under tavlemøter. Hver bruker blir vurdert om de er i en slik helsestatus, at en plan burde utarbeides. Det dokumenteres i journalen, at dette er vurdert, og evt startet arbeidet med utarbeiding av plan.

Tiltaksplan

Tidligere ble den bare tilfeldig utfylt. Punkta var der, men forklaring på tiltak manglet. Dette er nå blitt mye bedre, og en kan lett lese seg fram til hjelpebehovet til pasienten.

Rapport samhandling

SOMS: Rapport skrives en gang i uka, oftere ved endring i tilstand eller ved viktig info ang hjemreise fra korttidsopphold. Det er her tildelingskontoret finner nødvendig info om aktuelle pasienter.

Utsamtale

SOMS: Fortsatt litt tilfeldig hvordan dette blir gjort. Ingen tydelig prosedyre på dette enda. Men pasienten får info som plan videre når de skal hjem fra korttidsopphold. Vi jobber videre med dette framover.

E-mil til fastlege

SOMS: Sikrer tettere samarbeid med fastlege ved hjemreise. Skriver en oppsummering av korttidsoppholdet, og evt behov for videre oppfølging. En oppdatert medisinske følger med. Vi jobber litt videre med innhold i e-meldingene

Målingsarbeid

Skodje Omsorgssenter har gjennomført målinger etter gitte kriterier (se skjemaet under) i en periode på tre måneder, for å se om vi har fått til en forbedring av pasientforløpet etter innføring av tavlemøte. En gjenganger som gjør at vi scorer under 100%, er at tiltaksplanen ikke blir utfylt i løpet av første uka. Vi scoret også under 100% på noen korttidspasienter i perioden rundt jul, ved at inkomstsamtalen ble gjennomført etter fristen på 3 dager.

Vi vil fortsette å foreta målinger av forbedringsarbeidet framover, men kanskje finne andre kriterier å måle etter.

HBO har ikke kommet i gang med målinger enda, men vil starte denne prosessen ganske snart.

Målepunkter for det Gode pasientforløp

Utdelt	Jan	Feb	Mar	Apr	Mai	Juni	Sammenlagt
1. Tidspunkt for inkomstsamtale							
2. Tidspunkt for helsekontroll av langtidspasienter og helsekontroll av korttidspasienter							
3. HBO for palliativ plan							
4. HBO for tiltaksplan							
5. Rapport samhandling							
6. Utsamtale							
7. E-mil til fastlege							
8. Samarbeid med fastlege							
9. Samarbeid med fastlege							
10. Samarbeid med fastlege							
11. Samarbeid med fastlege							
12. Samarbeid med fastlege							
13. Samarbeid med fastlege							
14. Samarbeid med fastlege							
15. Samarbeid med fastlege							
16. Samarbeid med fastlege							
17. Samarbeid med fastlege							
18. Samarbeid med fastlege							
19. Samarbeid med fastlege							
20. Samarbeid med fastlege							



Plan videre framover

SOMS:

- Lage en skriftlig prosedyre for tavlemøte.
- Vurderer om det er behov for nye punkter på tavla. Er det noe vi faller ut av mangler? Kan noen punkter byttes ut?
- Lage en prosedyre for utsamtale. Hva bør være fokus i samtalen? Hvem skal være med? Skriftlig rapport etter samtalen under samhandling i Profil.
- Jobbe videre med innholdet i e-melding til fastlege ved hjemreise.

HBO:

- Komme i gang med målinger av forbedringsarbeidet.
- Fortsette arbeidet med å innarbeide tavlemøte som en naturlig del av det daglige arbeidet.
- Få til en enighet om kriterier for å ha brukere på tavla.

Forbedringsteamet fra Smøla



Smøla kommune

Øy i et hav av muligheter

Innbyggere: 2160

Areal: 271,91

Store avstander



I TRYGGE HENDER 24/7
Nasjonal pasientsikkerhetskampanje

- Tavlemøter
- Fallforebygging
- Samstemming av legemiddellister

VI VIL AT:

«Brukeren mestrer hverdagen hjemme lengst mulig, til tross for multimorbiditet. I dette ligger det å forebygge forverring av sykdom på et tidlig stadium for slik å unngå innleggelse i sykehjem eller sykehus»

Brukeren i hovedsetet
«Hva er viktig for DEG?»



ALLE SKAL MED!!

Tverrfaglig samarbeid er i fokus



Oppnådde mål:

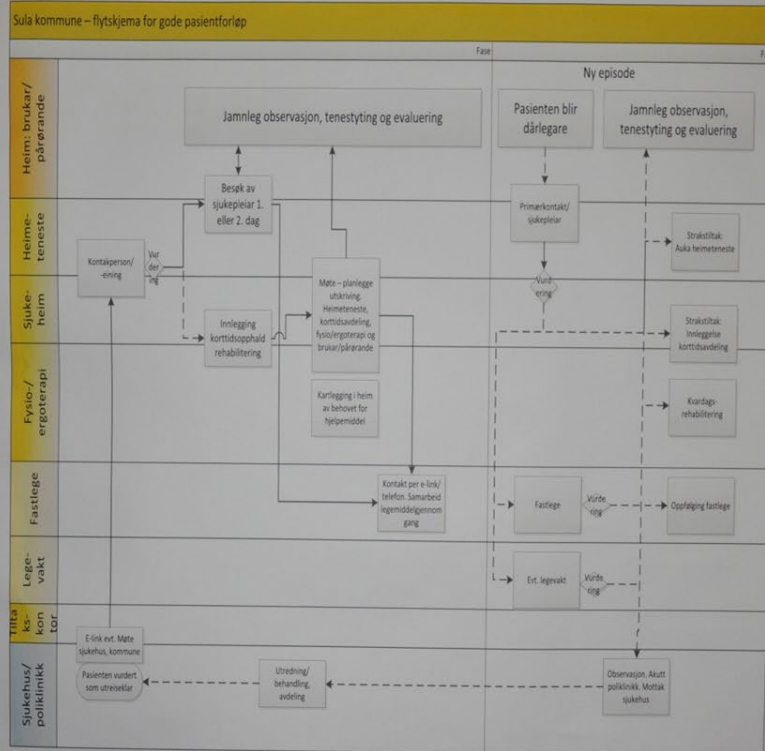
- Implementert HPH i sin helhet i hjemmetjenestene via «virtuell avdeling». 60 brukere har til nå vært innlagt i avdelingen!
- Tverrfaglige tavlemøter er innført ukentlig, både inne og ute
- Alle forløp har utgangspunkt i «hva er viktig for brukeren?».
- Vi involverer den store ressursen de pårørende!
- Hverdagsrehabilitering er godt etablert
- Aktivitetsvennordning
- Alle brukere har hatt legemiddelgjennomgang i 2018
- Multidose innført i hjemmetjenesten
- NEWS- opplæring for alle ansatte og innkjøp av utstyrsekker
- Alle brukere har fått brukerstatus

Veien videre:

- Implementere forløp i sykehjem
- Videreutvikle virtuell avdeling, redigere sjekklister
- Sette nye mål og fortsette å måle
- Palliativ plan
- Videreutvikle samarbeid med sykehusene
- Forebygge fall
- Implementere flere tiltakspakker fra Pasientsikkerhetsprogrammet



Forbedringsteamet i Sula Kommune har utarbeidd eige pasientflytskjema for vår kommune:



PLAN for vidare arbeid i Sula Kommune:

Videreføre implementering av sjekklister

Opplæring i bruk av sjekklister skal implementerast; opplæringsplan for nytilsette i Sula Kommune

Opplæring/opprising av rutine i bruk av sjekklister i alle avdelingar ein gong per år; Rutine ved overflyttingar frå helseføretak kommune og internt i kommunen

SUNNDAL KOMMUNE

HPH - Helhetlig pasientforløp i hjemmet

Internundervisning for alle ansatte:

Tirsdag 26.03 kl 14-15 store møterom
Onsdag 27.03 kl 12-13 store møterom
Torsdag 28.03 kl 12-13 store møterom



Hva er HPH?

- HPH er et utskrivings- og oppfølgingsprogram som beskriver hva som skal skje ved innleggelse i, og utskrivelse fra sykehus.
- Programmet strukturer oppfølgingen i kommunehelsetjenesten ved å definere stopppunkt, som skal sikre systematisk vurdering av pasientens behov og samhandling med pasientens fastlege.
- Det er utarbeidet sjekklistor som verktøy for ansatte som skal vurdere pasientens tjenestebehov og for å kvalitetssikre informasjonsoverføringen mellom kommune, fastlege og sykehus i overgangssituasjoner.
- HPH - et verktøy som bygger på et felles mål bilde, tydelig rolle og ansvarsforståelse og et systematisk kompetansearbeid.

Mål for satsingen

- Å utvikle pasientforløp der pasienter skal oppleve et helhetlig tjenestetilbud.
- Pasientens opplevelse av mestring og involvering skal styrkes.
- Pasientforløpet skal være forutsigbart og koordinert for både pasient, pårørende og tjenesteutøver.
- Redusere unødvendige sykehusinnleggelse og unngå reinnleggelse etter kort tid.
- Sikre god oppfølging av pasient gjennom samhandling mellom fastlege og hjemmetjenesten.
- Trygge ansatte i forhold til pasientene for å unngå unødvendig kontakt med leger/legevakt.
- En felles forståelse av hverandre og hverandres oppgaver i samhandlingen, gir forventningsavklaringer slik at det oppnås mindre frustrasjoner og større tillit i tjenestene og hos bruker/pårørende.

Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp

- **Kontinuitet** - tjenestene henger sammen gjennom god samhandling. Tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- **Samarbeid** - to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- **Samløst** - smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- **Pasientestret** - pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- **Informasjonsdrevet** - fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/oppfølginger om pasientens tilstand og behov. (Anders Grimsno)

Våre sjekklistor

- ▶ Sjekkliste 1 Forberedelse hjemkomst.docx
- ▶ Sjekkliste 2 Første vurderingsbesøk.docx
- ▶ Sjekkliste 3 Oppfølgingsamtale.docx
- ▶ SJEKKLISTE VED INN- OG UTSKRIVNING SYKEHUS.docx
- ▶ Fastlege forespørselmelding 2.docx

Tekstbank HPH 2, første samtale

- Verdier og livsstil
- Hva er viktig for deg nå
- Hva gir deg trygghet
- Sosialt nettverk/kontakt med pårørende
- Tidligere aktiviteter/interesser
- Vekt/høyde/HNA
- Matlyst/vækt
- Personlig hygiene/hud/påklædning
- Eliminasjon
- Matlaging/husarbeid/skaffe varer og tjenester
- Forflytning ute/inne
- Sener
- Søvnmønster
- Respirasjon
- Sirkulasjon
- Alkohol/røyk/rusmidler
- Kommunikasjon
- Psykisk helse/hukommelse/samtalkekompetanse
- Hvilke tjenester trenger pas
- Hjelpemidler/ergoterapi

BEGYNNELSEN PÅ FORTSETTELSEN

Gode pasientforløp



FELLES FAGDAG

2 dager

For alle ansatte i hjemmetjenesten
Gjennomgang av HPH sjekklister
Innspill på sjekklister
Erfaringsutveksling



REVIDERT SJEKKLISTER

En kontinuerlig prosess
Justert etter gjennomgang i arbeidsgruppen, og etter felles fagdag
Justert sjekklister og mal i Gerica etter innføring av «brukerstatus»

- Noen nye punkter:
- Brukerstatus
 - Pårønderinvolvering



STUDIETUR NEDERLAND

Palliative patient care- livlig og offentlig

Gjennomgående fokus: hva er det pasienten trenger? Hva vil egentlig pasienten de siste dagene?
Hva er viktig for deg?

Gerica- koordinering for hjemmeboende med demens
Modell for pasientforløp- the Gerica model

Fokus på koordinering

Resultats i flere sykdomstilfeller og mulighet til å bli hjemme lengre

Møte med prosjektledere for eu-prosjektet Sustainable integrated care for elderly (SUSTAIN)

Erfaringer og oppsummering av prosjektet. Erfaringer om endringsprosesser

Integrert omsorg for eldre skrepelige personer i Amsterdam
Geriatric care model

Hvordan å sette pasienten i fokus (person back to the steer)

Likhetstrekk med HPH, vurderingsbrett av lykkefelle og påfølgende oppfølging etter å mnd

Erkjennelse av det er viktig med en koordinert- en som har oversikten

Middelstørrelse forberedning for eldre hjemmeboende som bor alene

Oppfordrer til økt pårønderinvolvering

Pasientforløp- InterRAI

Dataverktøy

Mulighet for å dele data på tvers av samarbeidende helse- og sosialtjenester

Stor interesse for vår arbeidsmodell (PHO) og hjemmesykepleie

MÅLERESULTATER

Oppfølgingsprosent fra 30% til 100%

De fleste under 100%

Dårlig oppfølgingsprosent på oppfølging og samhandling med fastlege

Grunn til avvik?

- Sykefravær?
- Behov for å prioritere andre oppgaver i perioder

STUDIETUR NEDERLAND

Palliative patient care- frivillig og offentlig

Gjennomgående fokus: *hva er det pasienten trenger? Hva vil egentlig pasienten de siste dagene?*

Hva er viktig for deg?

Geriant- koordinering for hjemmeboende med demens

Modell for pasientforløp- *the Geriant model*.

Fokus på koordinatrollen

Resulterte i færre sykehusinnleggelseser og mulighet til å bo hjemme lenger

Møte med prosjektledere for eu-prosjektet Sustainable integrated care for elderly (SUSTAIN)

Erfaringer og oppsummering av prosjektet. Erfaringer om endringsprosesser

Integrert omsorg for eldre skrøpelige personer i Amsterdam

Geriatric care modell

Hensikt å sette pasienten i førersetet (person back to the steer)

Likhetstrekk med HPH; vurderingsbesøk av sykepleier og påfølgende oppfølging etter 6 mnd.

Erfarer at det er viktig med en koordinator, en som har oversikten

Modellen viser forbedring for eldre hjemmeboende som bor alene

Oppfordrer til økt pårørendeinvolvering

Pasientforløp- InterRAI

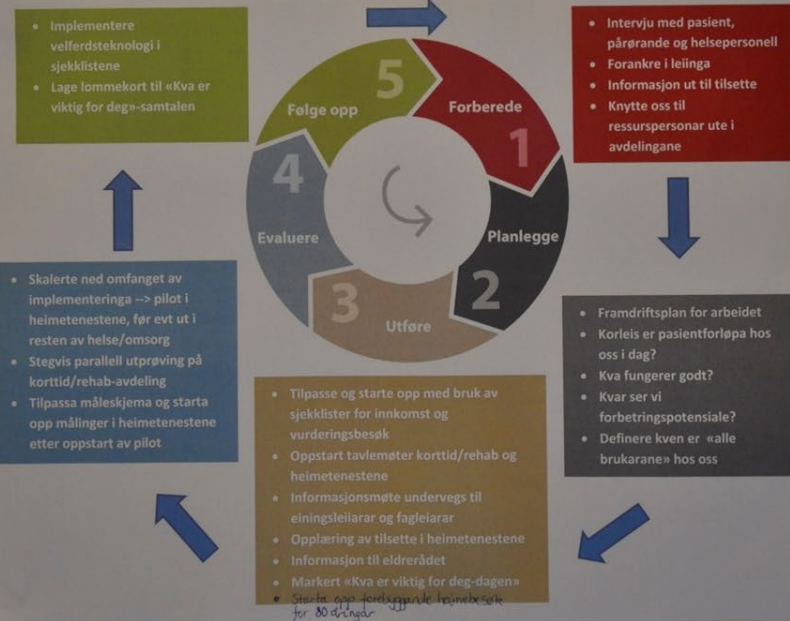
Dataverktøy.

Mulighet for å dele data på tvers av samarbeidene helse- og sosialtjenester

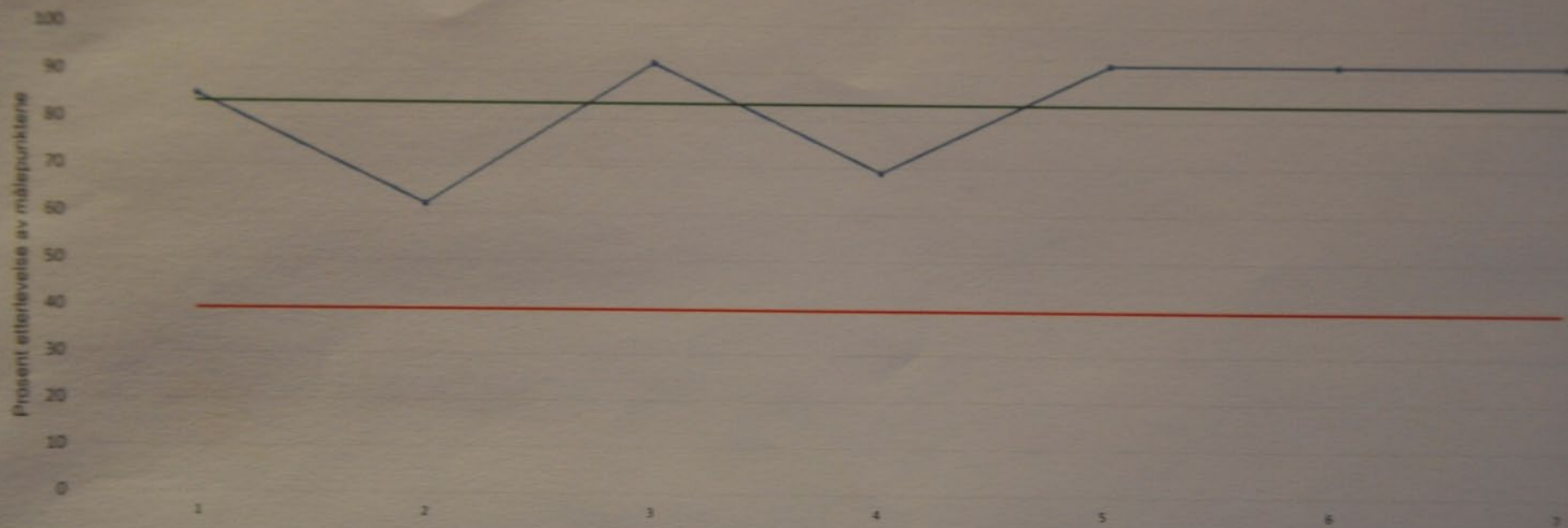
Stor interesse for vår arbeidsmodell (HPH) og hjemmerehabilitering

SYKKYLVEN KOMMUNE

-VÅR PROSESS I LØPET AV LÆRINGSNETTVERKET



Prosent etterlevelse av målepunktene / sjekkliste



Pasienter i kronologisk rekkefølge sortert etter utskrivningsdato

→ Prosent etterlevelse av målepunkter / sjekkliste — Gj.snitt X — Ø. kontrollgrense — N. kontrollgrense

Kva er viktig for deg?

Vanylven kommune

Fagkoordinator Sone Sør: Britt Berge
Avd. leiar Sone Sør: Janne H. Rekkedal
Fagkoordinator Sone Nord: Åse Eikrøm Nordal
Avd. leiar Sone Nord: Unni Særdal
Sjuepleier korttidsavdeling VHD: Elise A. Levold
Helsefagarbeider korttidsavdeling VHD: Benedikte Hellebust
Fysioterapeut: Janita Sæther Heimland
Prosjektleder/ergoterapeut: Jo-Anne Tanner



Kva vi har gjort

- Fast prosjektleder som har jobba strukturert og har leda gjennom prosjektet
- Laga faste prosedyrar, kartleggingskjema og sjekklister
- Oppfølging av dei tilsette om gode pasientforløp
 - Tilpassa Vanylven nettside med oppdaterte kontaktopplysningar
 - Markering «kva er viktig for deg» dagen
- Informert via lokalavis om prosjektet og har gitt informasjon til elderrådet, livsløpvalget og råd for funksjonshemma
- Satt i gang kartlegging av alle multisjuka som står i fare

Var vanskeleg å finne ut kva teneste som først i Vanylven kommune (pårørende)

Føler seg trygg når ein veit at ein kan få hjelp når ein treng det (brukar)

- Har implementert dei nye arbeidsmetodene i kvardagen vår
- Heilhelg kartlegging har ført til meir tverrfaglig samarbeid
 - Brukar føler seg bedre ivarett
 - Har evaluert kartleggingskjema og laga nytt
- Månadlege teammøter der vi har drøfta og evaluert vårt arbeid
- Oppretta faste team på heimetjeneste sone Sør og Nord
 - Faste møte med fastlege og tverrfaglig team

Her er vi no

Plan vidare

Veldig interessert i nye ting, men er også litt skeptisk. Vi har allerede travle dagar. Korleis skal vi flette denne nye tanken inn i arbeidsdagen? (tilsette)

- Fagdager om gode pasientforløp, kvardagsrehabilitering, velferdsteknologi og andre aktuelle tema. For eksempel E-læring om kvardagsmeistring ved NHI.no
- Oppfølging og veiledning av dei tilsette underveis av prosjektleder
 - Faste møte med fastlege og tverrfaglig team
- Optimalisere kommunikasjon mellom lege og tverrfaglig team/heimetjeneste, faste rutinar E-link og rask svar tilbake
- Optimalisere kartleggingsmetoder ved å bruke tilleggsskjema som er tilpassa brukars behov



Vestnes kommune



Rutine for bruk av rødtaktler gode pasientforløp

Vestnes kommune (VKN) vil bestrebe seg på gode pasientforløp for alle som får behandling i kommunen ved bruk av rødtaktler. I tillegg vil samarbeidsforholdene med samarbeidsinstansene i alle faser av pasientens forløp være gode. Rutinene er utviklet med hensett til hva som er best for pasientene.

Med pasienten og pårørende på forhånd

- Bruk av rødtaktler.
- Informasjon om bruk av rødtaktler.
- Informasjon om pasientforløpet og om samarbeid.
- Informasjon om samarbeidsforholdene med samarbeidsinstansene.

Ved avslutning av pasientens aktuelle helsehjelpstiltak

Alle pasienter har et ansvar for å følge opp helsehjelpstiltakene sine og å samarbeide med samarbeidsinstansene i alle faser av pasientens forløp. Det er viktig at pasientene og pårørende er aktive og involverte i alle faser av pasientens forløp.

Med pasienten og pårørende på forhånd

Alle pasienter har et ansvar for å følge opp helsehjelpstiltakene sine og å samarbeide med samarbeidsinstansene i alle faser av pasientens forløp. Det er viktig at pasientene og pårørende er aktive og involverte i alle faser av pasientens forløp.

Helsehjelpstiltakene skal være utarbeidet og godkjent av samarbeidsinstansene i alle faser av pasientens forløp. Det er viktig at pasientene og pårørende er aktive og involverte i alle faser av pasientens forløp.

SIKKERHET VED MOTTAK AV PASIENT

Utført av	Godkjent av	Dato
1. Pasientens identitet er bekreftet		
2. Pasientens tilstand er vurdert		
3. Pasientens behov er vurdert		
4. Pasientens forløp er vurdert		
5. Pasientens samarbeidsforhold er vurdert		
6. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
7. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
8. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
9. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
10. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
11. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
12. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
13. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
14. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
15. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
16. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
17. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
18. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
19. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
20. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		



Vurdering av ernæringsmessig risiko

Pasientens identitet og journal nr. _____ Alder _____

1. Høghet _____ mm Hg
Vekt _____ kg
Vekt per areal _____ kg/m²

2. Væske og elektrolytt
Tilgjengelighet _____ mmol/l
Væske per areal _____ l/m²

3. Rødtaktler og samarbeidsinstans
Rødtaktler _____ mmol/l
Samarbeidsinstans _____ mmol/l

Ernæringsmessig risiko _____

Ernæringsmessig risiko	Ja	Nei
1. Pasientens tilstand er vurdert		
2. Pasientens behov er vurdert		
3. Pasientens forløp er vurdert		
4. Pasientens samarbeidsforhold er vurdert		
5. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
6. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
7. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
8. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
9. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
10. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
11. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
12. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
13. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
14. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
15. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
16. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
17. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
18. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
19. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		
20. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert		

SIKKERHET FOR VURDERING AV FALLRISIKO

Pasientens identitet og journal nr. _____ Alder _____

1. Pasientens tilstand er vurdert

2. Pasientens behov er vurdert

3. Pasientens forløp er vurdert

4. Pasientens samarbeidsforhold er vurdert

5. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

6. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

7. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

8. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

9. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

10. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

11. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

12. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

13. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

14. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

15. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

16. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

17. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

18. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

19. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

20. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

HELPEKJØRAN BRANNRISIKO

1. Pasientens tilstand er vurdert

2. Pasientens behov er vurdert

3. Pasientens forløp er vurdert

4. Pasientens samarbeidsforhold er vurdert

5. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

6. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

7. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

8. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

9. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

10. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

11. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

12. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

13. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

14. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

15. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

16. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

17. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

18. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

19. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert

20. Pasientens samarbeidsinstanser er vurdert



Kjøere rådmann - kampanjefilm fra 'Livsiktig'

Den eldre multisjuka pasient

Volda Sjukehus,

20.-21. mars

Medisinsk sengepost er i ei omleggingsfase med omrokering på pasientgrupper. Ny teamleiar på gruppe B. planlegger oppstart av kvalitetstavle så snart dette er på plass, rundt 18.mars.

Kva vi har gjort?

- Evaluert og justert sjekklister. Presisert kven som skal ha sjekklister.
- Kvalitetstavle, gruppe B som pilot på Med sengepost. Implementere til dei andre gruppene etterkvart.
 - Individuelt tilpassa fagområde. Sjekklister for den multisjuka eldre skal vere grunnstamma på kvalitetstavlene.

Plan for vidareføring av arbeidet:

- Implementere kvalitetstavlur til dei andre gruppene i løpet av 2019.
- Ny måling sept 2019 (nullmåling utført hausten 2018)
- Fokus på «Kva er viktig for deg?»

Måling: Antal multisjuka eldre innlagt gjeldande dag.

Av desse: antal reinnlagde,
antal «plan ved forverring» ved forrige innlegging,
antal gjennomført aktuelle screeningar.

Forbetringsteam ved Volda sjukehus

- Janne Håskjold, Leiar for forbetringsteam, kreftsjukepleiar, med sengepost
- Hilde Stevens, slagsjukepleiar mottak
- Silje Bjørdal, sjukepleiar, kir sengepost
- Kari Ellen Vartdal, sjukepleiar, akuttmottak
- Ben Andre Skorstad, farmasøyt
- Anne Irene Kjerstad, fysioterapeut
- Jill Bruaset, LIS-lege/ortoped
- Janne Viddal, rehab.- sjukepleiar med sengepost
- Ingvild Ulvestad, konst. overlege med avd.

I trygge hender

24
7

Kvalitet
Tryggleik
Respekt

Læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp

Volda kommune

God informasjon til rett tid gir trygge overflyttinger for pasienten

«Det er for de siste årene på et slikt nivå med så mange gode pasienter som kommer på helsevesenets vegne»

«Jeg føler at eg er på oppvarming»

Delaktige i forberedelsestematet

Delaktige i forberedelsestematet er pasienter og pårørende som har deltatt i opplæringskurs og som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.



Om Volda kommune og våre helse- og omsorgstjenester
 Volda kommune ligger på Sørøstlandet og har 5200 innbyggere. Det fleste bor i sjøen Volda, men vi har også flere byer og tettsteder. Dette inkluderer byer som og andre byer. Helse- og omsorgstjenestene består av sjukehuset, helsestasjon, omsorgstjenester, tjenester for funksjonshemmede, helsevesenets barne- og ungdomstjenester, familievern, sosialtjenester og rus og psykisk helsevesen. Vi har helsevesenets egne team for kvartalsoppfølging og demens. Sjukehuset har en egen avdeling med sykepleieassistenter og et helsevesenets Volda kommuner lever sammen med oss, med og samarbeid og samarbeid.

Kva har vi lært av å kartlegge av pasientforløpa:

Informasjonell	Formidlingsforløp	Relasjon
<ul style="list-style-type: none"> • Jernbelegget er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Pasienter og pårørende som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet • Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell 	<ul style="list-style-type: none"> • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell • Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell

Forberedelsestematet:



Kva vil vi lære andre? Kva kan du lære av oss?

- Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Vi har lært at informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell

Nokre av våre mål:

Her er våre mål:

- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell

Formidlingsforløp

- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell

Relasjon

- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell
- Informasjonell er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell

Nytt MPH-skjema for Volda:

Erfaring frå ein «Kva er viktig for deg»-samtale

Denne erfarer at det er viktig for å sikre pasienter med 12-18 års alder som er informasjonell. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.

Eksempel på involvering av tilsette:

Eksempel på involvering av tilsette er pasienter og pårørende som har deltatt i opplæringskurs og som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.

Eksempel på involvering av tilsette og brukarar:

Eksempel på involvering av tilsette og brukarar er pasienter og pårørende som har deltatt i opplæringskurs og som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.

Innføring av tavlemete på korttidsavdeling

Innføring av tavlemete på korttidsavdeling er pasienter og pårørende som har deltatt i opplæringskurs og som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.

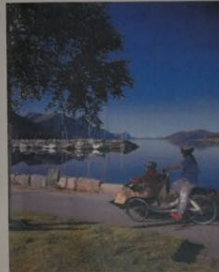
Innføring av tavlemete på korttidsavdeling

Innføring av tavlemete på korttidsavdeling er pasienter og pårørende som har deltatt i opplæringskurs og som har vært med på å utvikle og gjennomføre temaet. Dette er en viktig del av pasientforløpet og gir pasientene og pårørende en god opplevelse av å være med på å utvikle og gjennomføre temaet.



Ørskog kommune
- Sannmersperla ved Storfjorden -

Gode pasientforløp , god kvalitet og fornøgdde brukarar.



God livskvalitet til eldre
og kronisk sjuke.

Tavlemøter – samhandling – målsetting – informasjon



Heimetenestene – Avdelingslærar Linn Eiv Abrahamsen Sævik og
assistent Hanna Sævi.

- Tverrfagleg samarbeid for å sette tydelege mål, utarbeide framdriftsplan ut frå kartlagt potensiale og hjelpebehov av pasient / brukar. Kven gjer kva og når.
- Samhandling mellom sjukeheim og heimeteneste for å sikre god informasjonstyt ved inn- og utskrivning.
- Heimetenestene innfører HPH (heliskapleg pasientforløp i eigen heim).
- Ipløserregistrering ved innkomst og utskrivning ved sjukeheimen, for å følge utvikling av måleindikatorar.



Tilværing Lars Tore Nerheim, sjukeheimar
Anita Reinertsen og kommunisipalstapat Selving Sværtan.

Forbetra områder i pasientforløpa

Kva er viktig for deg samtalen

- Kartlegging av brukarane som tek utgangspunkt i «Kva er viktig for deg samtalen» der også kvardagsrehabilitering og velferdsteknologi er inkludert.
- Tidlig møte mellom pasient/pårerande og pleie- og omsorg, der ein avklarar ansvar og oppgaver for å nå felles mål ut frå potensiale og hjelpebehov.
- Avklare kven som er næraste pårørande (primærkontakt) i samtalen med brukar, slik at tenestoområdet har ein pårørande å forhalde seg til.
- Bruk av strukturert mål / sjekklister i samtalen.



Avansert klinisk sjukepleiar Maren Langlo Kongnes og Adel Sjøholt.

Samtalemal - Sjekklister – Tiltakskort

- Samtalemal og sjekklister for kartlegging av opplysningar om ny pasient / brukar, og for overføring av pasient / brukar mellom sjukeheim og heimeteneste.
- Sjekklister for heimebesøk og tilrettelegging i heimen.
- Sjekklister for innkomst.
- Sjekklister for utskrivning.
- Bruk av tiltakskort.
- Bruk av måleindikatorer.

Kommunikasjon – Dialog – Samhandling



- Kommunikasjon, dialog og samhandling mellom personell på ulike tenesteniiva og med pasienten / brukaren er eit kontinuerlig forbetningsarbeid.
 - Gjennomføre «Kva er viktig for deg samtalen» for å kartlegge pasienten / brukaren sitt potensiale, målsetting og behov – forventningsavklaring.
 - Epikrise må være tilgjengeleg for pasienten / brukaren vert overflytta innført / ekskortert for bl.a. å sikre tilrettelegging i form av hjelpemidar, kompetanse, medikament osv.
 - Tidlig planlegging og førebunde møte av heimreise frå sjukeheimen.
 - Masteroppgåve frå Maren Langlo Kongnes →→→→→→→→
- «Sjukepleiarar sine erfaringar med kommunikasjonsstrømen og innhaldet i PLO – meldingar mellom primær- og spesialisthelsetenesta».

Sjukepleiarar sine erfaringar med kommunikasjonsstraumen og innhaldet i PLO-meldingar mellom primær- og spesialisthelsetenesta

Mastergradoppgåve NTNU
Ålesund

Forfattar: Maren Langlo Kongsnes,
avansert klinisk sjukepleiar,
Ørskog kommune



Kommunikasjonsstraumen mellom primær- og spesialisthelsetenesta

Kommunen seier:

- Fungerer stort sett bra
- Brukar telefonen i tillegg
- HBO får til tider ikkje melding om innlagd pas
- Varierende kor ofte vi får oppdateringar
- Får kort tid å skaffe utstyr og medikament

Sjukehuset seier:

- Innleggingsrapporten kjem ofte raskt
- Vi sender melding og så ringer vi for å dobbelsjekke
- Blir sendt «unødvendige» meldingar
- Helsepersonell i kommunen kan ikkje alltid å behandle PLO-meldingar

Forskingsspørsmål

- ❖ Kva erfaringar har sjukepleiarane i primær- og spesialisthelsetenesta når det gjeld kvaliteten på innhaldet i PLO-meldingar, og korleis opplevast kommunikasjonsstraumen mellom desse tenestene?

Kvaliteten på innhald i PLO-meldingar

Kommunen seier:

- Får stort sett den inf vi treng
- Saknar heilskapstenking og inf frå andre avdelingar
- Uoversiktleg og med mykje repetisjon
- Manglar ofte epikrise med legemiddelliste (sendast av leger 5/1)
- Legg ved ei ferdig spl.samanfatning, oppdaterer den ved behov, manglar felles standard for desse

Sjukehuset seier:

- Vi skriv mykje fordi vi veit lite
- Innleggingsrapporten, berre den vi får, manglar ofte inf om normalfunksjon til pas
- Legemiddelliste er ofte feil eller ikkje oppdatert
- Vi får IPLOS-verdiar, men det er berre tal, dei i kommunen kan skrive meir utfyllande på kvar talverdi slik at inf blir nyttig for oss

Opplæringa knytt til PLO-meldingar

Kommunen seier:

- Den har vore grei
- Fekk felles opplæring før innføringa
- Har ein mal ved dataen som fungerer
- Har lært av og til kvarandre
- Ikkje vore på oppdateringskurs
- Vi har ikkje standard opplæring for nye tilsette
- Hjelpt kvarandre på tvers av sjukeheim og heimebasert omsorg

Sjukehuset seier:

- Den har vore grei
- Var på kurs før innføringa
- Inf på datasystemet
- Har ei oppskrift ved dataen som fungerer godt
- Person i avdelinga under innføringa
- Lært av og til kvarandre
- Ikkje vore på oppdateringskurs
- Ikkje standard opplæring for nye tilsette

Resultat

- Mykje tyder på at kommunikasjonen mellom primær- og spesialisthelsetenesta har blitt enklare med PLO-meldingar
- Det er grunn til å anta at automatisk dokumentasjon av PLO-meldingar er med på å auke pasienttryggleik
- Det kan sjå ut som opplæringa knytt til PLO-meldingar er litt tilfeldig
- Sjukepleiarar sin kunnskap på tvers av tenestene ser ut til å vere avgjerande både for kvaliteten på innhaldet i PLO-meldingar og korleis kommunikasjonsstraumen fungerer
- Det er grunn til å anta at det er behov for endringar i innhaldet i PLO-meldingane

System og tid

Kommunen seier:

- Tilfredse
- Tidsparande og meir effektivt
- Positivt med direkte lagring i pasientjournal
- Opplever lite kunnskap frå sjukehuset om korleis kommunesektoren fungerer

Sjukehuset seier:

- Tidsparande og enklare
- Positivt at vi kan skrive, lagre og halde fram seinare
- Vi vurderer ofte omsorgsnivået til pas ulikt
- Utfordrande å halde oversikt over kva kommunar som har legemiddellager/apotek, sjukeheim/omsorgsbolig osv

Konklusjon

- Det er utfordringar med kvaliteten på innhaldet i PLO-meldingar sendt både frå primær- og spesialisthelsetenesta
- Det manglar viktig informasjon om pas som ironisk nok samsvarer med dei opplysningane spl etterlyste før innføringa av PLO-meldingar
- Antek at det er behov for endringar både i standardinnhald (IPLOS-verdiar) og «fri-tekst-område» i PLO-meldingar
- Det vil truleg vere nyttig med standard opplæring både i primær- og spesialisthelsetenesta
- Hospitering på tvers av tenestene vil truleg vere nyttig for å få betre kjennskap til kva informasjon dei på andre tenesteniåvå treng



ØRSTA KOMMUNE

KVA HAR VI FÅTT GJORT?

- ✓ Trøtt ut med spillere i SEO Avst og Vest og Kystregionen (9.11.16)
- ✓ Måltidstrøtt ut på ulike tider i uka
- ✓ Økonomisk støtte til SEO avst og Vest og Kystregionen
- ✓ Læringsnett med støtte og informasjon om ulike aktiviteter og spillere
- ✓ Fylling av utvalgte spillere i 2017 i løst
- ✓ Informasjon og deltagelse med spillere
- ✓ Kommunikasjon med utvalgte spillere
- ✓ Tilstedeværelse ved SEO, Kystregionen og avst og Vest
- ✓ Foredragsholdere
- ✓ Ofte en viktig del av det som er viktig i forbindelse med utvalgte spillere

- ✓ Vi har klart å følge med på, rett opp med spillere og er utvalgte spillere
- ✓ Godt utvalgte spillere
- ✓ Både utvalgte og utvalgte spillere i SEO og Kystregionen – spesielt i forbindelse med utvalgte spillere



STATUS

Vi ser at ending av kultur, arbeidsstøtte og utvalgte spillere er på god vei
Den største utfordringen er å holde på utvalgte spillere og utvalgte spillere

PLAN FOR VIDARE ARBEID

- ✓ Justere utvalgte spillere
- ✓ Evaluering av utvalgte spillere
- ✓ Jobbe med endringstiltak og utvalgte spillere
- ✓ Innføre utvalgte spillere og utvalgte spillere
- ✓ Følge utvalgte spillere og utvalgte spillere
- ✓ Komme i gang i det som er viktig i forbindelse med utvalgte spillere





Hva er viktig for deg?

At leger/ sykepleiere har rett kompetanse

At jeg får den hjelpen jeg trenger

Tilrettelegging

Jeg vil klare mest mulig selv

Komme raskt til behandling

Smil og vennlighet

At jeg får komme hjem og gjenoppta mitt daglige liv

At jeg blir sett

At jeg får informasjon

HELSE MØRE OG
ROMSDAL HF
ÅLESUND SJUKEHUS