



Notodden

INNBYGGERTALL

– 13 025 (2023)

- Ca. 340 årsverk i helse - og omsorg
- Tildelingskontor – ca.1200 tildelinger i 2022
- Antall utskrivningsklare 2022 - 676



Notodden kommune

Erfaringer fra samarbeidet om

Gode
pasient
forløp



Notodden kommune

Bluesbyen



SYKEHUSET TELEMAR

Avdeling Notodden

KS læringsnettverk 2021- 2023





Notodden kommune

Helse og omsorg

2021- 2023 : 10 forberedningsteam fra kommunene i Øvre Telemark og 1 forbedringsteam fra Notodden sykehus



Vestfold og Telemark



Innbyggertall: 424 832 (2022)
Kommuner: 23
Innbyggertall øvre Telemark: 51205 (2015)
Kommuner i øvre Telemark: 10
Lokalsykehus: Notodden sykehus, Sykehuset Telemark



‘Ryddde i eget hus’

→ forbedringsområder etter intervju og analyse;



Notodden kommune



avd. Notodden

MÅL:

- Skrive mer informative sammenfatninger i profil som gir bedre informasjonen i innleggelses-rapporter til sykehjem og sykehus
- Styrke brukervedvirkningen ved bruk av - Hva er viktig for deg ?

MÅL:

- Sikre gode pasientforløp og brukervedvirkning ved implementering av «Hva er viktig for deg?» hos inneliggende pasienter i Sykehuset Telemark, avd. Notodden innen mai 2023.





Retningslinje for skriving av sammenfatning i pasient/bruker sin journal i fagprogrammet profil.

Formål

Sikre at journalen oppfyller sin funksjon som redskap for ytelse av forsvarlig helsehjelp, og som dokumentasjon til bruk i tilsynssaker, erstatningssaker og lignende.

Sammenfatning i journal skal bidra til at kvaliteten på dokumentasjonen blir bedre, og at den blir lettere tilgjengelig for de som trenger den.

Dokumentasjon av sykepleiernes helsehjelp må inneholde et minimum av informasjon for å innfri de faglige og juridiske kravene som stilles til denne.

Dokumentasjonen skal synliggjøre god pasientsentrert og etisk forsvarlig sykepleie.

Omfang/Virkeområde

Alle avdelinger i omsorg.

Ansvar

Tjenesteansvarlig sykepleier og primærkontakt.

Skal gjøres ved oppstart av tjeneste og ved store endringer i pasientens helsetilstand og/eller sosiale forhold, herunder boforhold.

Aktivitet/beskrivelse

Dokumentasjonen gjøres i Profil, under fanen Plan/Rapport i pasienten sin Elektronisk pasientjournal (EPJ).

Under fanen Sammenfatning finner du tre typer dokumentasjonsområder:

- Sammenfatning med vurdering av skrøpeligheit (Clinical Frailty Scale, Forklaring, Norsk versjon).
- OBS/behandlingsplan
- Tidligere sykdom

Sammenfatning:

- Mal for skriving av sammenfatning ligger under fanen Skjema i profil. Teksten der kan kopieres inn i journal/sammenfatning

- Sammenfatningen bør skrives slik at en ikke trenger oppdatere den så ofte.
- Sammenfatningen kan lett kopieres inn i e-meldinger ved innleggelse på sykehjem/institusjon og ved sykehusinnleggelse og melding til lege.
- Malen ligger i Compilo og er lett å finne. Søk på en av følgende ord; mal, skjema, sammenfatning, skrøpeligheit.

I Mal for skriving av sammenfatning står alle punkter med hjelpetekst og kan brukes som sjekkliste.

Ligger som vedlegg her. Vurdering av skrøpeligheit ligger og som vedlegg her.

OBS/behandlingsplan:

F.eks der pasient/bruker har KOLS, sårstell osv. mal til behandlingsplan hentes fra fanen Skjema --

Tidligere sykdom:

Her skrives tidligere sykdom (med diagnosekode) som er relevante for behandlingen av pasient/bruker.

Vedlegg

Mal for skriving av Sammenfatning i profil

[Last ned](#)

Vurdering av skrøpeligheit

[Last ned](#)

Referanser

[Forskrift om pasientjournal](#)





Mal for skrijving av sammenfatning (med hjelpetekst)

- **Sammenfatning**

Kritisk informasjon: for eksempel. Smitte, aktuell behandling som skal følges opp allergier, HLR-/resp-
Skrepelighetskala: her skrives *skår* ut fra Vurdering av skrepelighet.

(Sykehuset bruker den. Iplos er kun brukt i den kommunale pleie og omsorgstjenesten og er ukjent for leger).

Opplysninger om ressurser/fysisk og kognitiv funksjon og hjelpe behov;

1. Kommunikasjon/ sanser; (pasient/bruker sin evne til å kommunisere med andre personer. Med kommunikasjon menes å forstå og uttrykke seg verbalt/nonverbalt, og ved bruk av kommunikasjonsutstyr, tolk og teknikker. Hvordan er syn og hørsel? Har pasient/brukers evne til å huske nylig inntrufne hendelser, finne fram i kjente omgivelser, være orientert om tid og sted, gjenkjenne kjente personer, huske avtaler og viktige hendelser den siste uken).

2. Kunnskap/utvikling/psykisk/samtykkekompetanse (pasient/bruker sin evne til å håndtere egen sykdom, skade eller funksjonsnedsettelse, til å ta kontakt med behandlingsapparatet når symptomer eller skade oppstår, følge behandlingsopplegg og håndtere egne medisiner. Evne til å betale regninger, prioritere mellom utgifter, betale for seg med kontanter og kort. Evne til å skaffe seg varer som mat/drikke, klær/sko, husholdningsartikler, tekniske tjenester og husholdningstjenester, som er nødvendige og relevante i dagliglivet (enten via internett/telefon eller direkte i butikk). Evne til å ta avgjørelser og organisere daglige gjøremål, gjøre valg mellom alternativer, disponere tiden gjøremålene tar og integrere uforutsette hendelser. Vurderes pasienten til å ha samtykkekompetanse?).

3. Åndedrett/sirkulasjon (har pasient/bruker evt sykdommer som påvirker dette? Bruker pasient/bruker faste medisiner eller medisiner ved behov for luftveissykdom? MTU:Inhalasjonsapp,CPAP/Bipap, konsentrator? (Legg ved evt behandlingsplan)

4. Ernæring/væske/ elektrolyttbalanse (spiser og drikker pasient/bruker nok? Klarer pasient/bruker å spise selv?). BMI, ernæringskartlegging

MUST

5. Eliminasjon (er pasient/bruker kontinent/inkontinent for urin/avføring? Har pasient/bruker problemer ift eliminasjon? Har pasient/brukers behov for hjelp til å utføre toalett besøk/-funksjoner). Permanent kateter- KAD/suprapubisk kateter, urostomi, ileo/colostomi?

6. Hud/vev/sår (pasient/brukers evne til å vaske og stelle hele kroppen inkl. pusse tenner/munnhygiene). Har pasienten hudlidelse evt sår? Evt sårbehandlingsprosedyre legges under OBS/behandlingsplan) brukes kompresjonsbehandling?

7. Aktivitet/ funksjonsstatus (pasient/bruker sin evne til å gå, bevege eller forflytte seg på ett plan innendørs på: flatt gulv, over terskler, ut og inn av seng, opp og ned av stol. Evne til å gå, bevege eller forflytte seg utenfor egen bolig, opp og ned trapper, fortauskanter, på ujevne underlag mv.). behov for fallforebyggende tiltak?(screenet)Hjelpemidler?

8. Smerte/søvn/hvile/velvære (opplys om evt smerter pasient/bruker har og evt behandling for det. Sover pasient/bruker hele natten, evt behov for sovemedisin. Evt rutiner for å sove godt.. Sover pasient/bruker på dagtid?)

9. Seksualitet/reproduksjon (har pasient/bruker evt sykdommer i reproduksjonsorganene)

10. Sosialt/boforhold (Pasient/bruker sin evne til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kollegaer og personer i nærmiljøet. Evne til å ta initiativ og handle deretter? Pasient/bruker sin evne til å styre egen atferd. Med dette menes å ha kontroll over impulser, verbal og fysisk aggresjon overfor seg selv og andre, - hvordan er boligen tilrettelagt? Trapper? Terskler? Soverom og bad i hovedplan?) Bor alene eller sammen med familie?

11. Åndelig/kulturelt/livsstil (pasienten/bruker sin evne til å styrke og opprettholde et sosialt nettverk, ha/ta kontakt med familie, venner, kollegaer og personer i nærmiljøet).

12. Annet/ delegert aktivitet og observasjoner (er det evt behandling/trening osv som skal følges opp?)





Samarbeidsmøter kommune og sykehus

Møte 27.10.22 og 01.12.22.

Tema:

- erfaringsdeling
 - hvordan opplever vi samarbeidet ved inn og utskriving av pasienter?
- informasjonsutveksling ved overføring av pasienter
 - følges retningslinje for plo meldinger?
 - hva sendes av opplysninger og hvilke opplysninger har vi behov for
 - utfordringer som følge av ulike journalsystem





Mål for Gode pasientforløp i samarbeid:

- Bedre og nyttig innhold i innleggelsesrapport fra kommunen
- Bruk av CFS skår (Clinical Frailty Scale/skrøpelighetsskala)
- Gjøre kjent og følge retningslinje for PLO-flyt
- Bruke «Hva er viktig for deg?»





Notodden kommune

Helse og omsorg

Vedvarende endring? Resultat spørre us. egen kommune (10 ?)

Utvalg: - 7 avdelinger + tildelingskontor, - Sykepleiere, vernepleiere, ledere og saksbehandlere , - 26 av 40 mulig svar

Kjenner du til den nye (fra 2022) Retningslinjen for skiving av Sammenfatning i profil/pasientens journal?)

88%

ja

11%

nei

På en skala fra 1(liten grad) til 5 (stor grad) i hvor stor grad opplever du at sammenfatningen i pasientens journal gir deg nyttig og oppdatert informasjon?

4.2



Synes du vil skal fortsette å følge Retningslinje for skiving av sammenfatning i profil?

100%

ja

Hva er viktig for deg? - bruker du spørsmålet i kommunikasjon med pasient/bruker?

80%

ja

19%

nei

Opplever du at Hva er viktig for deg? spørsmålet bidrar til målretta tiltak i oppfølging av pasienten og i samarbeid med pasienten?

53%

ja

30%

som før

7%

nei

7%

vet ikke

Erfarer du at pasienten/brukeren opplever Hva er viktig for deg? spørsmålet som godt/nyttig?

57%

ja

23%

vet ikke

19%

nei



Erfaringer fra prosess

- ✓ positivt å samarbeide
- ✓ kjente til hverandre fra før – godt samarbeidsklima
- ✓ begge parter var ivrige etter å se på hvordan vi kunne jobbe med forbedring rundt Gode pasientforløp
- ✓ sykehuset sier de får mye bedre innleggelsesreppoter nå en før
- ✓ har fått en bedre forståelse for hverandre
- ✓ viktig at kommunen forteller om de tjenestene vi har – kommunene er ulike
- ✓ Læringsnettverk- fin arena for å snakke sammen på tvers av kommuner og sykehus. Lettere å ta kontakt seinere med «rett» person.





Notodden kommune

Helse og omsorg

«Hva er viktig for deg? dagen» 06.06.23

Felles markering med sykehuset på Notodden og Hjartdal kommune på Tuven kjøpesenter





Status og veien videre

FSU har tatt initiativ til videreføring av læringsnettverk **Gode pasientforløp** i Telemark, der gamle og nye deltagere er med.

- Notodden ønsker å ha fokus på *pasientgruppa med rus og psykiske lidelser*
 - ny forbedringsgruppe der psykisk helse og legesenteret er med
- et forbedringsteam blir trolig med fra STHF Skien

Andre tiltak for Gode pasientforløp:

- Kombinasjonsstilling 50%/50% i kreftomsorg
- AKS sykepleier- styrket oppfølging av sårbare eldre hjemme, samarbeider tett mot sykehus.

Videre samarbeid mellom sykehus og kommune - er i prosess

- Møter ved behov (færre nå etter forbedring)





Notodden kommune

Helse og omsorg

Det er ikke **vi** i kommunen og **de** på sykehuset

DET ER OSS



Illustrasjonsfoto: Colourbox.com



Hva er
viktig
for **deg**?



**- og at det er brukerne
vi er der for!**