

Postere fra læringsnettverk i Sogn og Fjordane

Samling 3, 1. og 2. desember 2021

Søknad- og vedtaksprosessen for helse- og omsorgstenester - Gode pasientforløp



- Nytt digitalisert søknadskjema
- Kartleggingsverktøy
- Sjekklister for overgangar mellom tenester

Kva er viktig for deg?

Intervju:

- Tenstemottakarar
- Personell
- Andre kommunar

Funn:

- Handsaming av søknadane mangla standardiserte kartleggingsverktøy.
- Fokus var på diagnose, framfor kva som er viktig for søkeren.
- Kartlegging for bruk til vurdering av velferdsteknologiske løysingar var lite fokusert.
- Viktig informasjon om behov, mål og tiltak manglar i overgangar mellom tenester i kommunen og mellom kommune og spesialisthelsetenesta
- For lang tid før tiltaket kjem i gang (kartlegging skjer etter brukar er komt inn på sjukeheimen)
- For låg brukar/ pårørande medverknad i utforming av og iverksetting av tenestetilbodet

Mål:

- Utarbeiding og iverksetting av helse- og omsorgstenester basert på likeverdig kunnskapsgrunnlag, og kva som er viktig for tenestemottakar

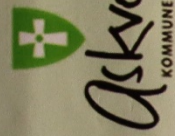
Kvar er vi:

- Utprøving av nytt digitalisert søknadskjema
 - Kva er viktig for deg
 - Kva treng du hjelp til
- Nytt kartleggingsverktøy under arbeid
 - Daglege aktivitetar
 - Behov for hjelp
 - Erfaring med bruk av teknologi
 - Ipløs
 - NMA
 - Samtykke

- Sjekklister i lommeformat er under arbeid
 - Ved overgangar mellom tenestene

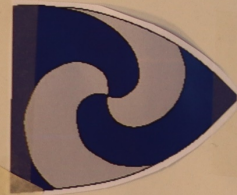
Forankring:

- Personalmøte, sjukepleiar/ vernepleiararmøte, gruppeleiararmøte, Leiarmøte m/ kommunalsjef, gruppemøte, kontormøte



-rom for eventyr!

Sara Terese Osland (seksjonsleiar), Håvard Yndestad (sosialkonsulent),
Helene Norstrand (rådgjevar), Gro Fauske (sjukepleiar) og
Alice Eimhjellen (ergoterapeut)

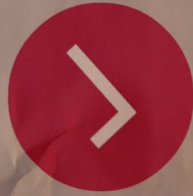


Bremanger kommune

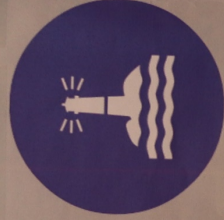
- Intervju med pasientar og tilsette i eldreomsorg og psykisk helse.
- Samling med fagleiarane, gjennomgang av funn og kva dei meinte ein burde arbeide vidare med
- På bakgrunn av funna vart det utarbeidd mål og tiltak

3705 innbyggjarar i Bremanger kommune
Delt i indre og en ytre del.

2 institusjonar
Omsorgsbustadar
3 heimeteneste avdelingar
Psykisk helse
Teneste for menneske med nedsett funksjonsevne



SAMORDNE TENESTENE



STØRRE FOKUS PÅ "KVA ER VIKTIG FOR DEG"



SAMARBEID PÅ ALLE NIVÅ

Kartlegging

- Sjekkliste
- IPLOS
- Kartleggingsskjema

Søke og tildelings prosessen

- Tenestevegen
- Felles skjema
- Vedtaksmalane
- Klart språk
- Møtebok i EPJ

Institusjons opphald

- Innkomst- og utreise samtale
- Tverrfagleg møte
- Brukarmedverkand

21 og 22 oktober hadde vi samling med fagleiarane og fordelte dei ulike forberedingspunkta gruppevis. Vi brukte begge dagane til gruppearbeid og vi har sett dato for vidare oppfølging av arbeidet.

ASTRID JOHANNE VÅRDAL, ARBEIDSLEIAR PSYKISK HELSE
EVY JANNE FJELLESTAD, DRIFTSSJEF BREMANGER SJUKEHEIM
HEGE ROSVOLL, SAKSHANDSAMAR PLEIE OG OMSORG
KARINE IGLAND, DRIFTSSJEF OPEN OMSORG



Fjaler kommune

Ligg på sørsida av Dalsfjorden
Landareal på vel 400 km²
2.885 innbyggjarar

Helse og omsorg, Fjaler

- Fjaler Sjukeheim har plass til 36 pasientar
 - 15 på korttids-/rehab-avdeling, inkl. palliativ eining
 - 13 på langtid
 - 8 på skjerma eining
 - 5 rehabiliteringshyelar der to er innleia med velferdsteknologiske løysingar
 - Dagenter med aktivitet
 - Kjøkken (leik/kjel-prinsipp)
- Heimetenesta Yt-tenester tti om lag 150 brukarar
- Miljøtenesta Yt tenester tti om lag 30 brukarar
- Tenestekontor
- NAV
- Barnevern HAFS
- Andre helsestenester
 - Helvestasjon
 - Psyk/ergo
 - Legesektor
 - Psykisk helse



Deltakarar

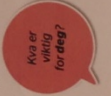
- Evy Solheim, leiar sjukeheim
- Hanne Igeljøn, koordinator/sjukepleiar, tenestekontor
- Iris Asperheim, teamleiar korttids-/rehab-avdeling
- Ellen Alvåren, teamleiar heimetenesta
- Valgerd Arstein, sjukepleiar i heimetenesta
- Norunn Ask, hjelpepleiar på korttids-/rehab-avdeling



Skildring av forbettringsområde/statusrapport

På bakgrunn av intervjù med brukarar og kollega har vi i dette arbeidet valt å fokusere på kommunikasjon innad i kommunen. Målet er å oppnå gode helsestenester og overgangar for innbyggjarane i Fjaler. Vi har då utarbeidd ulike verktyg:

- Sjekkliste for kartleggingsbesøk i heimen
- Sjekkliste ved heimkomst frå sjukehus
- Sjekkliste ved innlegging sjukehus/sjukeheim
- Standard svar/spørsmål tti sjukehus ved melding om innlag/utskrivningsklar pasient
- Brosjyre om sjukeheimen
- Flytskjema ang. korrespondanse mellom kommune og sjukehus



Mål og delmål, vegen vidare

- Regelmessige møter mellom samlingane
- Informere kollega om forbettringsarbeidet innan juli
 - Henge opp sjekklister på vaktrom, oppmode tti tilbakemeldingar på gule lappar
- Prøve ut sjekklister i perioden juni-september
 - Få tilbakemeldingar på sjekklister
 - Kontinuerleg revidering av sjekklister
- Rapportere tti kommunalsjef helse og omsorg innan juni og desember
- Fordele ansvar i gruppa
 - Heimeleier mellom kvar samling
- Sikre god informasjonsflyt
- «Kva er viktig for deg» - legge fokus her

Tiltak/statusrapport

Planen var å starte bruk av sjekklister i perioden juni-september. Denne perioden måtte vi forlenge.

Per no har vi fokus på:

- Gjere sjekklistene synleg og tilgjengeleg for alle som skal bruke dei
- Bruke sjekklister systematisk i samtale med alle nye brukarar på sjukeheim og i heimetenesta
- Informere tilsette om arbeidet i alle moglege kanalar: e-post, beskjedbok, personalmøte, oppslagstavler
- Involvere tilsette og be om innspel på sjekklistene

Målingar

- Nytte avviksmodul – sjå samanheng mellom tal avvik som gjeld punkt på sjekklister
- Tal nye brukarar i ein gitt periode samanlikna med tal nytta sjekklister

«Som ein heimetenestebasert kommune skal vi tilby tenester som gjer det trygt og forsvarleg å kome direkte heim etter innlegging på sjukehus»

Gode pasientforløp samling 3 Tiltak og målingar

Dette klarer vi med

- God samhandling mellom kommunale tenesteytarar
 - Tilgjengeleg, proaktiv, rutinar
- Ha fokus på brukar sine ønsker
 - "Kva er viktig for deg?"
- Skape og signalisere trygghet for brukar, pårørande og samhandlingspartar

Vi skal...

- Knyte oss til pågåande rehabiliteringsprosjekt i kommunen
- Vidareføre pilot "Kva er viktig for deg?" til heile heimetenesta
- Styrke samarbeid med fastlegane og primærhelseteam (prosjekt: gjere fastlegeressursen tilgjengeleg)
- Gjennomføre ny brukarundersøking i 2022
- Samanlikne liggedøgn på korttidsavd 2021-22 med data frå 2018-19
- Klargjere felles språk og begrepsbruk i kommunen
- Evaluere prosjektet

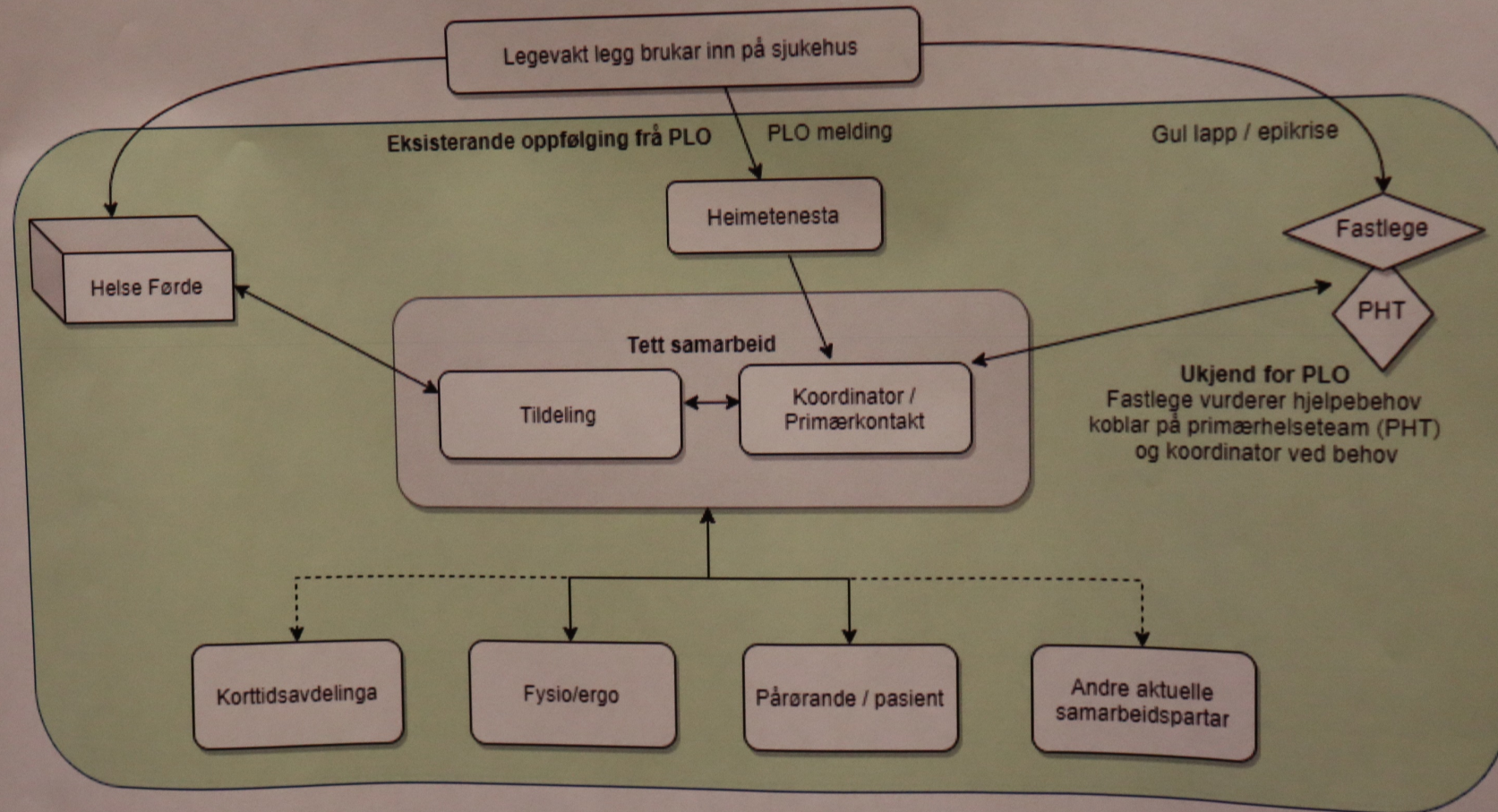
Vi har...

- Nytt tidlegare prosjekt og brukarundersøkingar som utgangspunkt og kunnskapsgrunnlag
- Knytt prosjektet til pågåande prosjekt
 - oppfølgingsteam
 - primærhelseteam
- Starta pilot med å registrere "Kva er viktig for deg?" (PSFS skjema)
- Laga system for PSFS registrering og deling i Cosdoc
- Knyta PSFS til legemiddelgjennomgang med fastlege og heimetenesta
- Knyta "Kva er viktig for deg?" til eksisterande system for legemiddelgjennomgang med fastlege
- Laga ny samhandlingsrutine; tildeling, heimetenesta, kreftkoordinator og fysio/ergo (kven gjer kva ved innlegging og utskriving?)

Vi ønskjer...

- Ein plattform for dialog med lokalt helseføretak om eksisterande samhandlingsrutinar og avtalar
- Knytte prosjektet til etableringa av helsefelleskap

Oppfølging av utsatte pasientgrupper ved innlegging



Gode pasientforløp

- Samarbeid mellom heimetenesta, tildelingseininga, kreftkoordinator og fysio/ergo avdeling.

Det er behov for henvisning til fysio/ ergo avdeling når ein brukar er innlagt relatert til: <ul style="list-style-type: none">• Fall tendens• Forverring av KOLS• Slag• Raskt/ akutt fall i funksjon• Brot	Det er behov for strukturert samarbeid mellom kreftkoordinator, heimetenesta, fastlege, tildeling, fysio/ergo avdeling relatert til: <ul style="list-style-type: none">• Kreft• Anna alvorleg sjukdom – til dømes ALS• Palliasjon.
---	--

- ✓ Når ein brukar i heimetenesta vert innlagt på sjukehus, skal koordinator sende over ein status til tildelingseininga. Dette for å kunne seie litt om bustad, status i forkant av innleggelse, eventuelle utfordringar etc.
- ✓ Tildelingseininga skal sende henvisning/melding til fysio/ergo avdeling ved behov, helst etter første helseopplysning/ tidleg melding frå sjukehus
- ✓ Koordinator må fortsette å lese helseopplysningane som kjem i saksbehandler journal der kommunikasjonen mellom tildelingseininga og sjukehuset foregår. På denne måten held koordinator seg oppdatert og kan kome med innspel dersom det er behov for. Den enkelte sjukepleiar skal ikkje ringe til sjukehuset og etterspør informasjon, så lenge det ikkje er naudsynt. Det meste skal kome fram i dialog meldingane mellom kommunen og helseforetaket.
- ✓ Kontakt med pårørende – Når det nærmar seg utskrivning skal tildelingseininga ta kontakt med pasienten sjølv, eller med nærmaste pårørende for å informere om det kommunale tilbodet. På denne måten kan ein trygge pasient og pårørende på det tenestetilbodet som vert gitt og svare på eventuelle spørsmål. Dette vil kunne vere med på å gjere det meir forutsigbart for alle.
- ✓ PSFS "Hva er viktig for deg" skjema skal fyllast ut ilag med pasient – og journalførast i CosDoc.
- ✓ Tildeling skal informerast via dialogmelding i CosDoc om kreftkoordinator vert innkalla til møte av Helse Førde (ofte palliativt team). Med mål om å sikre betre heilskapleg teneste.



Lærdal kommune

Gode pasientforløp

Tredje samling

Det er den draumen

Det er den draumen me ber på at noko vedunderleg skal skje, at det må skje at tidi skal opna seg at hjarta skal opna seg at dørrer skal opna seg at berget skal opna seg at kjeldor skal springa – at draumen skal opna seg at me ei morgonstund skal glida inn på ein våg me ikkje har visst um.

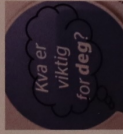
Olav H Hauge

Forbetringsområde

- Ryddigare kommunikasjon mellom ergo- og fysioterapitenesta og relevante einingar.
- Flyt mellom sjukeheimen og heimesjukepleia i pasientforløp der begge instansar er involvert.
- Slire tenleg og tverrfagleg oppfølging av pasientar på rehabiliteringsopphald.
- Slire brukararbeid og forventningsavklaring med brukar og pårørnde; Kva er viktig for deg?

Status

- Har begynt arbeidet med å gå gjennom eksisterande sjekklister, skjema og prosedyrar og revidering av desse.
- Starta opp med diverse tiltak for å sikre god oppfølging av pasientar på rehabiliteringsopphald, samt overgang mellom tenestene.
- Starta opp med tiltak for betring av informasjonshyt.



LÆRDAL KOMMUNE

Forbetringsområde – tiltak og status

Gode pasientforløp – oppdatert 04.06.21

Forbetringsområde: Ryddigare kommunikasjon mellom ergo- og fysioterapitenesta og relevante einingar	
Tiltak	Status
Utarbeide eit felles tilsynsskjema som skal bli lagt i Compilo som er eit felles kvalitetssystem.	Utarbeidd, men ikkje lagt på Compilo

Forbetringsområde: Flyt mellom sjukeheimen og heimesjukepleia i pasientforløp der begge instansar er involvert.	
Tiltak	Status
IPLOSregistrering ved innkomst og utskrivning	Utført
15 minutt dagleg felles rapport	Revidert, men ikkje oppdatert i journalsystemet.
Gjennomgang av sjekklister	Må forankrast i tenestene.
Gi tilsette opplæring på Compilo	Gjennomført

Forbetringsområde: Bli og miljø / Pleie og omsorg	
Tiltak	Status

Forbetringsområde: DNS, fastlegar, pleie og omsorg	
Tiltak	Status

Forbetringsområde: Slire tenleg og tverrfagleg oppfølging av pasientar på rehabiliteringsopphald	
Tiltak	Status
Opprette ein egen vakttelefon for korttidspasientar, her vil dei få ein påminning om alle tiltak som skal gjerast	Utført
Ein på kvar vakt har primæransvar for korttidspasientar	Utført
Revidere sjekkliste for prosedyrar i pasientforløpet	Utført, men må forankrast i tenestene.
Revidere kartlegging- og tiltaksskjema	Ikke utført
Informasjon rundt rutinar på avdelingane og relevant pasientarbeid blir sendt ut til tilsette via e-post og heing/opp på informasjonstavla på sjukeheimen	Må forankrast
Ha tverrfaglege møter med pasient og pårørnde dersom det er behov	Utført
Gi tilsette opplæring på Compilo	Inkludert i revidert sjekkliste, men prosedyrane ikkje blitt revidert
	Gjennomført
Forbetringsområde: Slire brukararbeid og forventningsavklaring med brukar og pårørnde; Kva er viktig for deg?	
Tiltak	Status
Revidere kartlegging- og tiltaksskjema der dette er fokus	Ikke påbegynt
Oppdatere og definere primærkontaktoppgåvene. Rutinar ved pårørndekontakt vil bli stadfesta her.	Ikke påbegynt
Undersøke moglegheter for digital kommunikasjonskanal med pårørnde. App?	Ikke påbegynt
Forbetringsområde: Gjøre iE meir kjent både for tilsette i kommunen og ut til ambysantane.	
Tiltak	Status
Forandre kontaktinformasjon og prosedyre for kontakt til sentralbordet i kommunen.	Ikke gjennomført
Sende ut informasjon til alle tilsette på e-post	Ikke gjennomført

Hva er viktig for deg?



Gode pasientforløp

Sogndal kommune

Arbeidsgruppa

Solrunn Njøs Andersen	Avdelingsleiar, Leikanger Sjukeheim
Leif-Erik Johansen	Sjukepleiar, Leikanger heimeteneste
Eli Steire	Avdelingsleiar, Balestrand helsestun
Marie Gåskland	Avdelingsleiar, Balestrand heimeteneste
Johanne Gjesdal Mo	Sjåhandamar, vedtakskontoret
Benedikte Nerigaard	Ergoterapeut og teamleiar
Kristine Mardal	Fysioterapeut
Ane Sigrid Midtbø	Sogndal heimeteneste
Trude Eyerstad	Sjukepleiar, korttidsavdeling, Sogndal
Marit Reppen	Kommunalsjef helse og omsorg

Fokus

Overgang frå korttidsavdeling til heim

Kva har vi gjort?



Kartlegging og informasjonsmøte

Retting med utviklingskoordinator

Legge ei mindre gruppe som har jobba med tilbakemeldingane

Tre korte møter (1-2 timer)

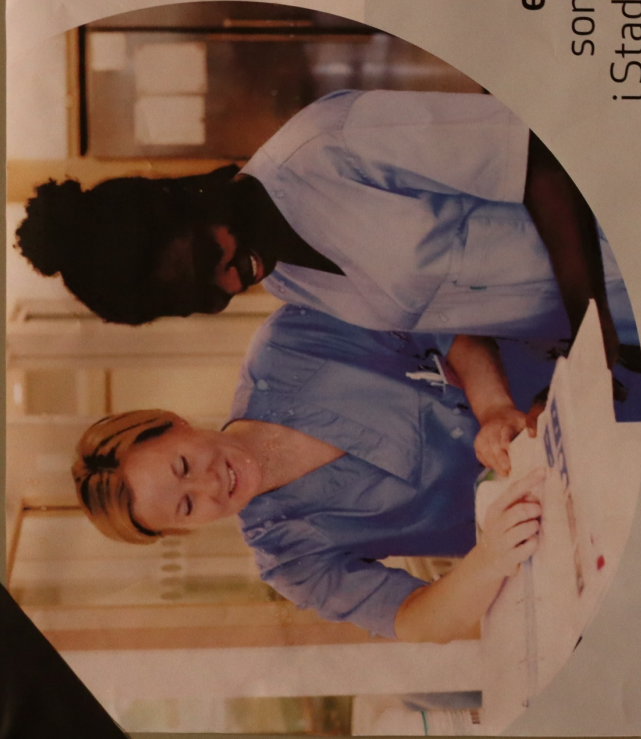
Sortert informasjonen inn i vårt pasientforløp

Kva peikar seg ut som sentralt for å skape gode eller mindre gode pasientforløp?

- Ansvarfordeling – kven gjer kva?
- Informasjonsflyt – kommunikasjon, bruk av pasientjournalssystem
- Tenestene opplever pasientforløp som uoversiktlige og fragmenterte
- Bruk av sjekklistar
- Viktig å kome tidleg i gang med kartlegging, tiltak og heimebesøk
- Trygging av pasient og pårørande
- Brukermedverknad? Lite nemnt i kartlegginga

Vidare arbeid

	Informere, involvere og få innspel frå leiargruppa til resultat frå kartlegginga	Desember
	Samle heile teamet for felles status og vegen vidare	Januar 2022
	Retting og samarbeid med utviklingskoordinator	Heile prosessen
	Prioritere mål og satsingsområde	Februar 2022
	Tverrfagleg workshop: draffe tiltak og løysingar	Februar 2022
	Planleggje og verifiserte tiltak	Mar 2022



Nær og heilhjarta

Eit heilskapleg pasientforløp og eit strukturert oppfølgingsprogram som sikrar autonomi for pasientar i Stad kommune.

Eksempel sjekkliste TVERRFAGLEG EPIKRISE Rehabilitering institusjon

STAD KOMMUNE

TVERRFAGLEG EPIKRISE

REHABILITERING I INSTITUSJON

Namn: _____ Fødsel: XX.XX.XXXX
 Adresse: _____ Bostadskiln: _____ Telefon: XXX XX XXX

OPPLØYD: _____ Fødsel: _____ Tid: _____

Stasjon for oppfølging: _____
 Diagnostisk/epikriemottakar: _____

EPISJIVS BAKGRUNN

Anamnese: _____
 (Til dømes: krevt for med, rusmiddel, psykopatologi, psykiologisk, psykiologisk)

Kroppsfunksjonar: _____
 (Til dømes: smerte, trykkløst, bevegingslause, kognitive funksjonar)

Medisinsk: _____
 (Til dømes: for å beskrive/forstå problem, diagnose, legemiddel, behandling)

Andre personlege faktorar: _____
 (Til dømes: livssituasjon, sosioøkonomisk status, helse, helseopplæring)

SMÅ EPIKRIEREMARKERINGAR

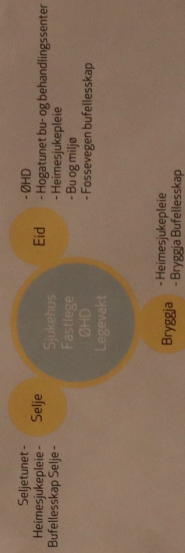
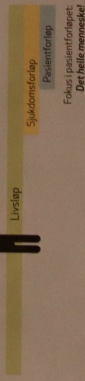
Arbeid: _____
 (Til dømes: i tillegg til oppfølging i institusjon, helse og omsorg)

Skilnad: _____
 (Til dømes: i tillegg til oppfølging i institusjon, helse og omsorg)

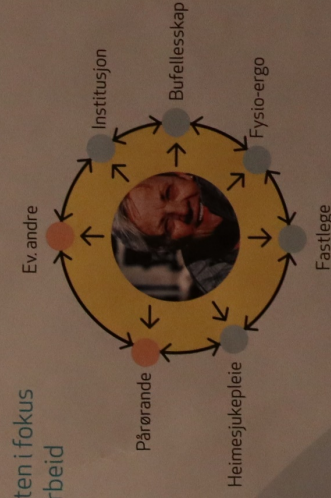
Skilnad: _____
 (Til dømes: i tillegg til oppfølging i institusjon, helse og omsorg)

Modellar

Einingar - samhandlingsmodellen - pasientforløpet



Pasienten i fokus - samarbeid

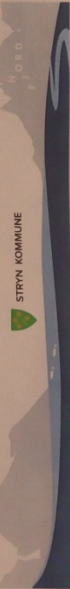


Med pasienten i fokus



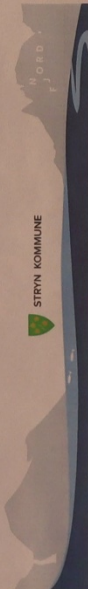


Stryn kommune



Deltakarar

Anita Hellevik – vemepleier
 Hans-Erik Rand Roseth – miljøterapeut
 Bente Uvedal – fysioterapeut
 Rannveig Hilde – sjukepleier
 Karin-Anne Haveland – sjukepleier
 Martin Røland Hansen – sjukepleier
 Ashild Heggdøl – sjukepleier

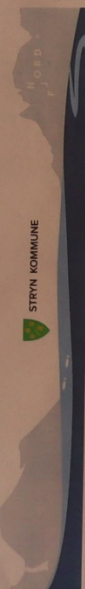


Kva er viktig for deg?

Howudmål

Godde helsetenester for brukarar med samansatte utfordningar

Fokus på psykiatri i første omgang



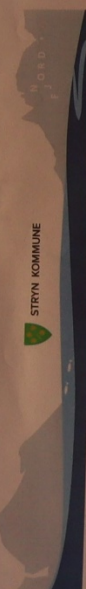
Plan for implementering og vidareføring

Innan mai 2022

Det er gjennomført 2. samtale med dei utvalde brukarane, ved hjelp av «Kva er viktig for deg-skjema» (PFSE)

Skjemaet er rjognt og sprjngt for personalet.

Det blir brukt i praksis og blir dokumentert i Profilt under Hovudmålsetting



Demografi

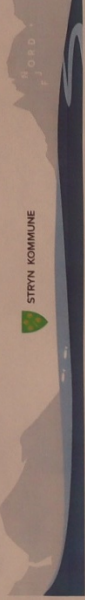
Kommunesaal: 1.392 km²

Befolkningstettleik: 5 innb./km²

Budfolking: 7.130

Kommunesesentent: 2533

Altersfordeling, Auke i aldersgruppa over 65 år. Forventa befolkinglig auke 80+



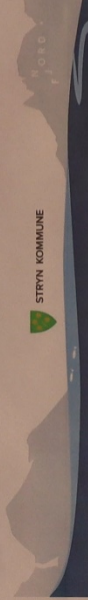
Helseteneste

2 Omsoningssenter

2 Områda heimssjukepleie

Eining for miljø og velferd

Eining helsetenester i Legekontor, Fysjerg, Helsetasjon



Vidareføring og forankring

Opplering av personale i motiverande inervju og bruk av kartleggingsskjemaet

Etablere tverrfaglege møter og opprette tverrfaglege grupper (ansvarsgruppe)

nyttja til kvar bruker etter behov.

Implementere kartleggingstverktøyet i andre grupper, start med

heimssjukepleien mai 2022

