

# Postere fra læringsnettverk i Innlandet

Samling 4, 29. og 30. november 2023



# ELVERUM KOMMUNE

## Gode pasientforløp – 4 samling

Elverum er en by i innlandet som har 21 651 innbyggere (pr 30.06.23). Kommunens visjon er «Elverum har hjerterom» og vi jobber ut fra verdiene åpenhet, ærlighet og respekt.

Noe av bakgrunnen til at vi ønsket å delta i læringsnettverket for utvikling av gode pasientforløp var at det i kommunenes helse- og omsorgsplan var identifisert at vi har utfordringer i å sikre helhetlige og koordinerte bruker- og pasientforløp. Det var også i planen skissert at vi i større grad må fokusere på flerfaglighet og samhandling.

Elverum kommune deltar i læringsnettverket «Gode pasientforløp» med korttids- og rehabiliteringsavdelingen sengepost 2 og kommunenes tildelerenhet Tjenestekontoret. Begge avdelinger er lokalisert i kommunens helsehus, vegg i vegg med Sykehuset Innlandet avd Elverum.



### Forbedringsteamet i Elverum:

#### Første rekke fra venstre:

Ida Sofie T. Steffensen (fysioterapeut),  
Nore Skjefstad (spesialhjelpeleier)  
og Randi Tveiten (avdelingsleder).

#### Andre rekke fra venstre:

Dora Barene (koordinerende sykepleier),  
Katrine Ottem (sykepleier),  
Siv Elin Lundquist (saksbehandler Tjenestekontoret)  
og Monica Berg (fagutviklingssykepleier)

### Måloppnåelse

- Et av målene til avdelingen er at alle faste ansatte skal kunne gjennomføre inntakssamtale i avdelingen. Målet er at 90 % av alle ansatte har gjennomført inntakssamtale innen utgangen av november-23. 80 % av de ansatte har gjennomført en inntakssamtale med pasient ved måling i oktober-23.
- Under deltakelsen i læringsnettverket har avdelingen utarbeidet en ny «sjekklister for inntak» for å standardisere inntakssamtalene i størst mulig grad. Avdelingen har satt som mål at denne sjekklisten skal benyttes i minimum 90 % av inntakssamtalene. Ved måling i september-23 var sjekklisten benyttet ved 85 % av alle inntakssamtalene.
- Avdelingen ønsker å ha fokus på brukermedvirkning og spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i møte med pasientene. Målet er at 90 % av pasientene skal bli spurt om dette under inntakssamtalen. Ved måling i oktober var 66% av pasientene blitt spurt dette spørsmålet.
- Vi ønsker å opprette tidlig kontakt med samarbeidspartnere (f.eks. hjemmetjeneste, sykehjem og sykehus) for raske avklaringer slik at det skaper forutsigbarhet for pasienten. Det er nå etablert fast ukentlig samarbeidsmøte med ansatte fra hjemmetjenesten og korttidsavdelingen for å jobbe med pasientforløp.

### Plan for implementering og veien videre:

- Avdelingen skal fortsette med målinger, og vil etter siste samling i læringsnettverket (november- 23) legge inn noen nye måleparametre i tillegg til det vi tidligere har målt for å se at vi forsetter med forbedringsarbeidet.
- Arbeidet som er startet opp med at alle ansatte skal kunne utføre både inntak og utreisesamtaler fortsetter i avdelingen.
- Det skal jobbes videre med forløps mal «Sjekklister for utreise» fra avdelingen sammen med både tjenestekontor, hjemmetjenesten og langtidsavdelingene.
- Det skal utarbeide ny rutine for pasientoverganger (både inn og utskrivning til ulike vdelinger) i sektor for helse, mestring og omsorg.
- Det er ønskelig at vi har fokus på at det gjøres gode kartlegginger så tidlig som mulig de ulike pasientforløp slik at pasientene opplever at de har trygge og gode tjenester.
- Basiskompetanse hos ansatte blir tema på avdelingens medarbeidersamtaler i løpet av 2024, slik at man trygger ansatte på at de har tilstrekkelig kompetanse. Fortsatt fokus på kompetanseheving til ansatte i avdelingen, ved hjelp av fagdager og kick off samlinger.





# GAUSDAL KOMMUNE

## MÅL I HANDLINGS- OG ØKONOMIPLANEN

- Vi jobber aktivt for å bli klimanøytrale innen 2030
- Innbyggerne lever aktive liv og mestrer hverdagen og egen helse
- Medarbeiderne samhandler og bruker sin kompetanse aktivt for å skape gode og effektive tjenester, i samarbeid med innbyggeren

## FOKUSOMRÅDER

- Å bli ↗ proaktive og ↘ reaktive = jobbe forebyggende
- Å vri til ↗ hjemmetjenester og ↘ institusjonstjenester
- Hjelp innbyggerne til å ta ansvar for egen alderdom
- Innføre nye arbeidstidsordninger i tjenesten

## GAUSDØLAN'

Inger Ellen Walhovd  
– enhetsleder  
Helse og mestring

Gunn Iren Dahle  
– seksjonsleder  
Forsettunet

Ragnhild Hårstad  
– seksjonsleder  
Follebutunet

Siv-Janne  
Klufthaugen  
– seksjonsleder  
hjemmetjenesten

Gunn Syversen  
– avdelingsleder  
legetjenester

Berit Kolrud  
– fagkonsulent  
tildelingskontoret

Ole Edgar Sveen  
– kvalitetsrådgiver  
ole.edgar.sveen@  
gausdal.kommune.no

## FASTLEGE– SYKEPLEIER

Sykepleier i  
hjemmetjenesten  
som har jevnlig  
møter med en  
fastlege om  
felles pasienter

## POSTEREN

beskriver fokus-  
områdene for  
tjenesten det (de)  
neste året (årene)

## HVA ØNSKET VI Å FINNE MER UT AV ?

- Hvorfor stopper handlingskjeden opp?
- Hvorfor tar det tid før problemene blir tatt tak i?
- Hvorfor følges ikke vedtatte rutiner?

## HVA HAR VI FUNNET UT ? → hva har vi tatt tak i ?

Lederne i Gausdal arbeider **STYRKEBASERT** for å bygge **KULTUR** for læring, forenkling og forbedring. For **KONTINUERLIG FORBEDRING** kommer ikke av seg selv – det er avhengig av en **LEDER** som holder fokus på internkontroll og **ETTERSPOR** kvalitet. Det handler om å **ANSVARLIGGJØRE** den enkelte medarbeideren – sette felles **MÅL** og **EVALUERE** arbeidet og rutinene – og **KORRIGERE** og forbedre. **TVERRFAGLIG ARBEID** bidrar til å gi nye perspektiver på rutiner og gjennomføring. Gjennom **OPPGAVEDELING** kan aktiviteter utføres av andre og til andre tider enn «slik-vi-alltid-har-gjort-det».

**ETIKK** er grunnleggende for alt arbeid – særlig omsorgsarbeidet. Med jevne mellomrom er det nødvendig å «rykke tilbake til start» – til den grunnleggende sykepleien og sykepleieprosessen – for å repetere hva som ligger i **BASISKOMPETANSEN**: observasjons-, vurderings-, handlings-, dokumentasjons-, kommunikasjons- og relasjons-kompetansen – og ikke minst holdninger, lojalitet, ansvarsfølelse og all den praktiske erfaringen som ligger til grunn for **DET KLINISKE BLIKKET**. Alle må erkjenne at det er **PASIENTEN** som er vår egentlige oppdragsgiver – og når vi har tatt det innover oss, vil ikke lenger handlingskjeden stoppe opp, men problemene tas tak i med en gang og vi vet både hva vi skal gjøre og hvordan det gjøres.

## MÅL FOR ARBEIDET

- Overordna mål:** Pasienter og pårørende er trygge, har medvirket, blir ivaretatt, får riktig behandling og pleie, som er godt dokumentert, ved alle overganger.
- Hjemmetjenesten:** De faste månedlige møtene mellom fastlegene og fastlegesykepleierne fungerer godt og følges opp av begge parter.
- Sykehjemmene:** Den grunnleggende kompetansen sikrer gode observasjoner, vurderinger og tiltak som dokumenteres korrekt i pasientjournalene. Alle tar ansvar og bidrar til at kommunikasjonen ved overganger er basert på dokumenterte fakta som gir pasientene sikkerhet og god pleie.

## KONKRETE FORBEDRINGSOMRÅDER

### HJEMMETJENESTEN OG LEGETJENESTEN

- Samarbeidet mellom fastlegesykepleierne i hjemmetjenesten og legetjenesten revitaliseres, formaliseres og forplikter begge parter.
- Forbedre prosedyren for og rutiner rundt kartleggingsbesøk.

### SYKEHJEMMENE

- Reviderer sjekklister og informasjon
- Lederne «pusher» e-læringskurs, o.a.

### FELLES FOR TJENESTEN

- **OPPGAVEDELING**
- Systematisk internkontroll og egenvurdering

## Dokumentasjon og kommunikasjon ved overganger

- Fastlegene etterspør nå møter med fastlegesykepleier
- NEWS/ABCDE/ISBAR er nå med i kartleggingsskjemaet
- Etter hjemkomst kartlegges alle igjen etter 3-7 dager og vi skal innføre ny kartlegging etter 3 uker – og bestiller legetime samtidig
- Akutt-traller på avdelingene. Uanmeldte akutt-øvelser !!!
- Alle blir bedre på grunnleggende kompetanse, ferdigheter og dokumentasjon
- Utvider kompetansen til helsefagarbeiderne
- og sykepleierne lærer seg å gi slipp på noen oppgaver
- Bruker egenvurdering (etter en mal) som internkontrollmetode

**PLAN OG TIDSHORISONT** → Dette er kontinuerlig forbedringsarbeid og lederne har ansvaret for at medarbeiderne har fokus på kvalitet i arbeidet.



Deltakere i forbedringsteamet:

- Hege Nilsen, saksbehandler i tildelingsenheten
- Ewa Kulis, fysioterapeut i hjemmetjenesten
- Elisabeth S. Kvernstad, sykepleier i hjemmetjenesten
- Aud Lise Gillebo, fagleder i hjemmetjenesten
- Wenche D. Dahl, sykepleier/samhandlingskoordinator (fysio/ergo)
- Marianne Granseth, enhetsleder i psykisk helse- og rustjeneste
- Heidi Fredrikstad, fag- og driftsansvarlig i psykisk helse- og rustjeneste
- Marianne H. Nappen, kommuneoverlege
- Kristin W. Woxen, fag- og kvalitetsutvikler i helse og omsorg



KARTLEGGING (felles for alle tjenester – dokumenteres i Profil, planområde KARTLEGGING)		
Hverdagsmestring ligger til grunn i all kartlegging		
TILTAK	Husk	Sign. Dato
ADL / Behov for tilrettelegging og bistand i daglige gjøremål	<input type="checkbox"/> Personlig hygiene <input type="checkbox"/> Toalettbesøk <input type="checkbox"/> Av- og påkledning <input type="checkbox"/> Lage mat / spise <input type="checkbox"/> Alminnelig husarbeid (tamme søppel, hente posten, oppvask, klesvask, rengjøring) <input type="checkbox"/> Innkjøp av varer og tjenester	
Boligens tilstand (om utskrivelse er målet/planen)	<input type="checkbox"/> Inngangsparti (trapp, rekkverk)? <input type="checkbox"/> Alt på ett plan? <input type="checkbox"/> Adkomst til bad/toalett, soverom og kjøkken. <input type="checkbox"/> Mulighet for å forflytte seg med rullator/prekestol/rullestol/krykker <input type="checkbox"/> Høyde darstokker? Gulvtepper? Bygde / fjerne småmøbler? Gode lysforhold?	
Ernæringsstatus	<input type="checkbox"/> Fyll ut skjema for ernæringskartlegging («MST» i skjemabank) <input type="checkbox"/> God! Hvis score viser underernæring eller fare for underernæring, skal det utarbeides ernæringsplan for oppfølging (skjemabank Profil). Lege informeres. <input type="checkbox"/> Vekt og høyde <input type="checkbox"/> Allergier <input type="checkbox"/> Vane/ønsker <input type="checkbox"/> Spiser selv/ hjelp under måltider <input type="checkbox"/> Tann og munnstell (egne tenner/proteser) <input type="checkbox"/> Opplys om orale tarmpreparater (hjemmedr. mer enn 3 mnd)	
Fysisk funksjon og forflytning	<input type="checkbox"/> Gangfunksjon innenørs og utenørs <input type="checkbox"/> Trappegang <input type="checkbox"/> Fallfare - bruk skjema «Vurderingsverktøy for fallrisiko / STRATIFY <input type="checkbox"/> Opp og ned av stol <input type="checkbox"/> Inn og ut av seng <input type="checkbox"/> Til/fra og opp/med av toalettet	
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/> Hva har pasienten av hjelpemidler (sykehuiseng, rullestol, dostol, prekestol, rullator, rampe, dusjhåndtak, gripetang) <input type="checkbox"/> Hvilke hjelpemidler er det behov for?	
Hva er viktig for deg?	<input type="checkbox"/> Spor: Hva er viktig for deg? <input type="checkbox"/> Pasientens mål <input type="checkbox"/> Vedtakets målsetting <input type="checkbox"/> Ressurser/egenmestring	
Individuell plan og koordinator	<input type="checkbox"/> Individuell plan (IP) <input type="checkbox"/> Koordinator	
Jobb og aktivitet	<input type="checkbox"/> Jobb og aktivitet <input type="checkbox"/> Økonomi (ytelser, lønn, stnad etc.) <input type="checkbox"/> Ivareta egen økonomi (verge etc.)	
Kognitiv funksjon og kommunikasjon	<input type="checkbox"/> Ivareta egen helse <input type="checkbox"/> Hukommelse <input type="checkbox"/> Kommunikasjonsevner <input type="checkbox"/> Beslutninger i dagliglivet <input type="checkbox"/> Adekvat alferd	

	<input type="checkbox"/> Mistanke om forvirringstilstand? <input type="checkbox"/> Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og rustenksomhet? <input type="checkbox"/> Har pasient forståelse for sin egen situasjon? Hvis nei, kontakte lege for å få pasientens samtykkekompetanse vurdert? Beskriv tiltaksplanene i Profil <a href="#">Vurdering av samtykkekompetanse</a>	
Kontaktpersoner	<input type="checkbox"/> Hvem er nærmeste pårørende, hvem kan få informasjon <input type="checkbox"/> Barn under 18 år? <input type="checkbox"/> Fastlege <input type="checkbox"/> Interne samarbeidspartnere, eko. fysio/ergo eller andre tjenester <input type="checkbox"/> Eksterne samarbeidspartnere, DPS, sykehus, habilitering etc <input type="checkbox"/> Verge?	
Legemidler	<input type="checkbox"/> Oppbevaring <input type="checkbox"/> Tar selv/ får utdelt <input type="checkbox"/> Må medisin tas under oppsyn <input type="checkbox"/> Multidose og/eller dosett <input type="checkbox"/> <u>Inntak</u> Hvis pasient helt eller delvis administrerer sine egne medisiner, eller at avdelingen oppbevarer pasientens private medisiner skal skjema «Avtale om legemiddelhåndtering for pasienter tilknyttet korttidsavdeling i Gran kommune» underskrives av pasient, skjemaet legges i pasientens journal og dokumenteres i Profil (ligger i skjemabanken Profil) <input type="checkbox"/> <u>Hjemmetjeneste</u> : Avtale signeres når hjemmetjenesten skal ha ansvaret for medisiner. Legges i journal og dokumenteres i Profil (ligger i skjemabanken Profil)	
NEWS2	<input type="checkbox"/> 1 gangs NEWS2 (ved innkomst/oppstart)	
Psykisk helse og mestringsevne	<input type="checkbox"/> Opplevelse av trygghet i hverdagen? <input type="checkbox"/> Opplevelse av å mestre hverdagen? <input type="checkbox"/> Kan noe gjøres for å styrke pasient/brukers funksjonsnivå og egenmestring? <input type="checkbox"/> Suicidal risiko <input type="checkbox"/> Er pasient/brukers hjemmestasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helsestilstand)? <input type="checkbox"/> <u>Link til Brannskjerhetsjekk</u> : Dokumenteres i Profil (skjema finnes under planområde Brannforebygging i Profil)	
Rusmidler	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Illegale/legale rusmidler	
Samtykkeerklæring	<input type="checkbox"/> Hvem kan tjenesten utveksle informasjon med (samtykkeskjema) <a href="#">Samtykkeskjema</a>	
Sosialt nettverk / aktivitet / transport	<input type="checkbox"/> Kontakt med venner? <input type="checkbox"/> Interesser/aktiviteter? <input type="checkbox"/> Behov for bistand til sosial deltagelse/transport <input type="checkbox"/> Ansvar for dyr?	
Syn og hørsel	<input type="checkbox"/> Briller/linser/ingen hjelpemidler <input type="checkbox"/> Høreapparat/høret/ingen hjelpemidler <input type="checkbox"/> Batterskilt	
Velferdsteknologi	<input type="checkbox"/> Installert velferdsteknologi? <input type="checkbox"/> Klarer bruket/pasient å bruke/benytt seg av velferdsteknologi?	
Vold og trusler	<input type="checkbox"/> Utøver vold (fysisk eller psykisk) <input type="checkbox"/> utsatt for vold (fysisk eller psykisk)	



Mål:

- o Gjennom systematisk informasjon og opplæring av kartleggingsskjemaer og sjekklister, skal ansatte forstå hva gode pasientforløp er og bruke det aktivt
- o Likeverdig og reelt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- o Alltid spørre - Hva er viktig for deg?
- o Strukturerede samarbeidsmøter
- o Strukturerede inntakssamtaler

# Gode pasientforløp

Gjennom arbeidet i læringsnettverket har vi sett at det er ulik praksis for medikament-håndtering som gjør at det er fare for feil ved overføringer mellom ulike nivåer. Dette gjelder også mellom SI og kommunen.

Vi har begynt prosessen med kvalitetssikring av legemiddelhåndteringen i overføring mellom enheter internt i kommunen.

Vi har laget en sjekkliste som er integrert i overføringsrapporten i Gerica.

Småskalatesting er gjennomført i august og september. Overføringsrapporter er gjennomgått ved overføringer fra korttidsavdelingene.

Informasjonsspredning er gjennomført ved mail til alle ledere, og det er hengt opp postene i avdelinger. Representantene i arbeidsgruppen har informert ute i sine enheter om «sjekklisten».

#### Videre oppfølging:

2024: Sjekk i januar, april og september.

2025: Sjekk i januar og august.

Mål om 100 % bruk!!!



#### Hva er viktig for deg?

Integreses i mål for mål og innkomstsamtale, samt blir et eget punkt på IKOS tavle.

## Resultater telling overføringsrapporter oktober

Avd (fra – til)	Antall	Kommentar
HVM – korttid	1	Sjekklisten var fjernet
Demens – avd. C	1	Sjekkliste benyttet
Avd. B – alle avd.	18	4 stk. alle punkter utfylt 7 stk. delvis utfylt 7 stk. ikke utfylt
Lindrende	2	Sjekkliste benyttet
Avd. 4	13	Sjekkliste benyttet på 9 stk.

#### Deltakere i læringsnettverket:

Lene Canina Ledel, avdelingsleder, korttids- og rehabiliteringsavdeling  
Elin Thorsen, koordinator/sykepleier, korttidsavdeling  
Ann Kristin Sagmoen, arbeidslagsleder, tjenester til hjemmeboende, demens  
Anne Sofie Smeland, arbeidslagsleder, tjenester til hjemmeboende, hverdagsmestring

Laila Rønning Paulsen, soneleder, tjenester til hjemmeboende, rus og psykiatri  
Camilla Jensen Solstad, arbeidslagsleder, tjenester til hjemmeboende, lindrende  
Synne Haukeland Holen, tjenestekoordinator  
Nina Sveen, leder fagområde rehabilitering og mottak, tjenester til hjemmeboende



**Hamar kommune**



## Løten kommune - Midtpunkt med mangfold

Det gode pasientforløp – 29 – 30 november 2023

Bakgrunn for deltagelse i prosjektet:  
Behov for en gjennomgang og oppdatering av rutiner for gode pasientforløp i forbindelse med etablering av tildelingsteam i kommunen.  
Teamet består av: Ragnhild Bekk – avdelingsleder Forebygging og mestring, Mina Flisen – sykepleier team 4, Aina Stensåsen Finstad – sykepleier hjemmesykepleien, Berit Jakobsen – fysioterapeut i forebygging og mestring, Anne-Lise Jensen – systemkoordinator koordinerende enhet, leder forbedringsteam.

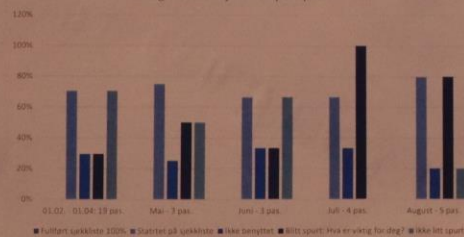
### MÅL – Hva skal oppnås?

- **GODT PASIENTFORLØP PÅ TEAM 4, REHAB.AVDELING LØTEN HELSETUN**
  - Lederforankring av mål og tiltak knyttet til gode pasientforløp.
  - Styrket brukerrolle
    - Implementering av målsamtale med inneliggende rehab. pasienter.
    - Aktivt bruk av brukers egne mål under oppholdet.
  - Tilstrekkelig basiskompetanse hos alle ansatte på team 4, rehab.avdeling.
    - Kartlegge basiskompetanse; gjennomføres av ledere
    - Generaliseres til flere avdelinger.

### Gjennomførte tiltak mellom 3 – 4 samling:

- ✓ Ny måling i bruk av sjekklister.
- ✓ Bruk av målsamtale forankret i ledelsen
- ✓ Målsamtale integrert i ny og oppdatert sjekklister
- ✓ Påbegynt avklaring av nødvendig basiskompetanse
- ✓ Igangsatt implementering i bruk av målsamtale
- ✓ Innkjøpt tavler til pasientrom for visualisering av pasientens egne mål.

Måling i bruk av sjekklister på 2 pasientrom:

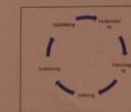


Det er gjennomført to målinger i bruk av sjekklister. Bruk av sjekklister skal blant annet være å sikre at pasientens egne mål er i fokus under pasientforløpet. Det er derfor et mål at målsamtale skal inkluderes i sjekklister.  
Tverrfaglig møte har ansvar for forankring og implementeringen av målsamtale.  
I dette arbeidet ligger også bevisstgjøring av pasientens egne mål, både for pasienten selv og de ansatte.

Feilmargin: På to pasienter av «hva er viktig for deg» og sjekklister ikke scannet inn.

### Oppsummering av forbedringsarbeidet:

På bakgrunn av kartlegging av hvordan pasienter og ansatte opplever dagens pasientforløp på rehabiliteringsavdelingen - team 4, ble det avdekket flere utfordringer som kan tas tak i.



### Forbedringsområder som ble avdekket og som vi ønsket å prioritere:

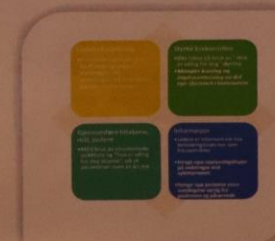
- Informasjonsutveksling mellom kommunen og sykehus i forbindelse med utskrivelse fra sykehus.
- Bruk av sjekklister
- Fokuset og oppfølging etter spørsmål om «hva er viktig for deg?»
- Lederforankring av prosedyrer og rutiner
- Ansattes kompetanse om pasientforløp

### Evaluering av arbeidet på godt og vondt:

Det har vært stort engasjement i gruppa og ønske å jobbe med forbedringsarbeidet.

En utfordring har vært å få satt av felles tid til arbeidet.

Forbedringsteamet vil videreføres.





## Nord-Fron kommune

Verdiene vi jobber ut i fra er:

## Hel ved • Nyskapende • Inkluderende

Politisk bestilling for 2022/2023:  
Utarbeidelse av helhetlig helse og omsorgsplan «Fra vugge til grav»

### Visjon for forbedringsarbeidet

Tydeliggjort bruksterme og helsefremmende tilnærming i alle tjenester

- Demografi og tjenester
- 5 600 innbyggere.
- 25% er over 65 år – prosentandelen øker med 16% innen 10 år.
- Dekningsgrad institusjon er på 19,7%.
- 30% av pasientene har hatt langtidsopphold i over 3 år.
- 22 HDO + 10 omsorgsboliger på området ved basen for hjemmetjeneste og institusjon.

### Overordnet mål

1. Rett tjeneste til rett pasient til rett tid
2. Bærekraftige tjenester, med riktig kompetanse tilpasset oppgaven som skal løses

### Organisering

- Administrasjon
- Oppvekst og helse
- Tildeling i stabsfunksjon

Ulike interkommunale samarbeid



### Forbedringsteamet

- Elisabeth Rudi  
daglig leder tildelingskontoret
- Tine G. Sørensen  
avd. leder fysio- og ergoterapi
- Hanne Eide Myhre  
fysioterapeut
- Anette Slettmoen/Solveig Halling  
fagkoordinator hjemmetjenesten
- Mette Dokken Langseth  
fagkoordinator langtidssendingen
- Fagkoordinator demensavdelingen
- Bente Jøten Skog  
sektorsjef helse/leder av gruppen
- Rita Rønshaugen  
konstituert leder korttidssendingen

## Utvikling/forbedringsområder

### Forbedringsområder

- Hva er viktig for deg
- Rutine for samarbeid
- Systematisk kartlegging- og observasjonsmetodikk
- Sjekkliste for overflytting mellom avdelinger
- Evaluering av tiltak/tjenester

### Informasjonskanaler

- Tverrfaglige møter/kartleggingsteam, ledermøter, personalmøter, ledermøter
- Brukerundersøkelser
- Kommunens hjemmeside, FB og infoskriv

### Kartlegging og systematikk

- Hverdagsrehabilitering skal være vurdert for tildeling av støttetjenester
- Behandlingsplan
- Samarbeidsmøter med pårørende (tidlig i forløpet)
- Forbedringsstave/tavlemøte

### Kompetanseheving

- ProAct
- Felles kartleggingsskjema
- «Hva er viktig for deg»-samtaler
- Dokumentasjon

## Annet utviklingsarbeid som er implementert som del av det gode pasientforløp

- KS rusta for framtida:  
Oppgave og degnymtekartlegging, Fordeling av kompetanse.
- Innovativ bemanningsledelse
- Demensteam og demensvennlig samfunn
- Revidering av helhetlige kriterier innen tildeling av tjenester
- Brukerundersøkelser
- Implementering av felles kartleggingsskjema
- Fallrisikovurdering

## Status i arbeidet/hva er utført:

- Brukerundersøkelser gjennomført
- ProAct kompetanseheving vha USHT – sertifisert 9 instruktører
- Undervisning i alle avdelinger er utført
- Sjekkliste ved overflytting mellom avdelinger er utført, gjenstår implementering i tjenestene
- Systematisk arbeid med overganger mellom avdelinger og sykehuskommune
- Systematisk samarbeidsmøte for utreise mellom pasient/pårørende og involverte avdelinger
- Revidering av helhetlige kriterier for tildeling av tjenester er vedtatt kommunestyret
- Pågående implementering og opplæring i «Hva er viktig for deg»-skjema til bruk i alle tjenester
- Pågående kompetanseheving av kartlegging- og fallrisikovurdering
- Markering av «Hva er viktig for deg»-dagen
- Ferdigstillelse av samarbeidsrutiner mellom tildeling, korttid, rehab., fysio/ergo – hjemmetjenesten – dagsenter mm.
- Strukturert dokumentasjon ved kartlegging; implementering og veiledning av kartleggingsteamet og andre som kartlegger
- Påstartet informasjonsbrosjyre
- Pårørendeundersøkelse fra desember via USHT

- Identifisering av forbedringsområder
- Initiere og igangsette datakre i forbedringsteamet
- Identifisering av overordnet mål

- Identifisering av delmål
- Fremdriftsplan med fordeling av ansvansområder
- Forankring i organisasjon

- Implementering og opplæring i «Hva er viktig for deg»-både skjema + samtale
- ProAct i samarbeid med USHT



- Forankring i tverrfaglige møter
- Kompetanseheving på dokumentasjon
- Implementering og kompetanseheving fallrisikovurdering i alle helse-tjenester

- Systematikk i evaluering av tjenestetilbud gjennom utarbeidelse av sjekkliste, særlig tilknyttet overganger mellom ulike tjenester



## Ringsaker kommune

Ringsaker kommune er den største innlandskommunen og har mer enn 35 000 innbyggere.

Helse og omsorg har 390 årsverk per 10 000 innbygger

I 2021 var 1727 personer over 80 år og 5454 mellom 65 og 80 år.

Forbedringsteamets medlemmer representerer tre av enhetene i helse og omsorg.

Medlemmer er fra begge sengepostavdelinger ved Kommunalmedisinsk senter (korttidsavdelingen og spesialiserte tjenester), alle fire soner i hjemmetjenesten og enhet tjenestetildeling og samordning.



### Forbedringsteamets medlemmer

Birka Schmidt-Bäumler—ass. avdelingsleder, kommunalmedisinsk senter (KMS)

Aud Kongsund—fagutviklingsykepleier KMS

Elisabeth Gerhardsen—kvalitetsrådgiver, tjenestetildeling og samordning

Åse Dorthe Gjerlaug Lundberg—tverrfaglig spes., tjenestetildeling og samordning

Anne Grete Børresen Evenstad—fagutviklingsykepleier hjemmetjenesten, sone 1

Cathrine Bjørke Hjell—sykepleier, hjemmetjenesten, sone 2

Laila Stai—sykepleier, hjemmetjenesten, sone 3

Bente Behrns—helsefagarbeider, hjemmetjenesten, sone 4

## BEHOV FOR FORBEDRING OG MÅL FOR RINGSAKER KOMMUNE

### Forbedringsområde 1: Overganger mellom tjenester

#### Mål

Å sikre gode overganger mellom enhetene/tjenester - for alle involverte. Målgruppe: eldre.

Delmål 1 - skaffe oversikt over relevante overganger/involverte parter for brukere av helse- og omsorgstjenester.

Delmål 2 - skaffe oversikt over hvordan overgangene fungerer nå, med eksisterende samarbeidsrutiner og sjekklister.

Delmål 3 - videreutvikle en samarbeidsrutine for å sikre et bedre samarbeid mellom KMS korttidsavdeling/spesialiserte tjenester og hjemmetjenesten. Dette verktøyet skal kunne overføres til andre overganger i kommunen.

Alle delmål er nådd.

### Forbedringsområde 2: Brukermedvirkning

#### Mål

Å sikre god dokumentasjon innenfor området "hva er viktig for deg".

Delmål 1: Status nå: hva sier brukere? Hvilke skjemaer/infoskriv har vi som inneholder spørsmålet/unnlater spørsmålet?

Delmål 2: Identifisere hvor og når spørsmålet bør stilles og dokumenteres.

Delmål 3: Integre og implementere  
Integre spørsmålet "hva er viktig for deg?" inn i relevante sjekklister / skjemaer/sammenfatningsmal og annen dokumentasjon vi bruker i journalsystemet.

Alle delmål er nådd. Implementering jobbes det kontinuerlig med.



## INFORMERE, INVOLVERE OG SIKRE FORANKRING I EGEN KOMMUNE

### Oversikt over fremdrift på arbeid og møtevirksomhet imellom første og fjerde samling av Gode pasientforløp.

- 02.12.2022: Møte i forbedringsteam: planlegge arbeidet frem mot 2. samling. Begynnende mål.
- 14.12.2022: veiledning fra USHT: gjennomgang av planer. Spisse mål.
- 09.01.2023: Møte i forbedringsteam. Gjennomgang av eksisterende rutine for overgang mellom hjemmetjenesten og Kommunalmedisinsk senter.
- 10.01.2023: Kvalitetsrådgiver i møte med kvalitetsutvalget til helse- og omsorgsseksjonen.
- Informasjon om Gode pasientforløp og forbedringsteamets planer. Forankring.
- 16.01.2023: Møte i forbedringsteam. Gjennomgang av relevant informasjon fra Ringsaker kommunes pågående prosjekt «tverrfaglig samarbeidsmodell». Presisering av mål og fremdriftsplan mot 2.samling.
- 18.01.2023: Leder av forbedringsteam i møte med ledere i helse- og omsorgsseksjonen.
- Informasjon om Gode pasientforløp og forbedringsteamets planer. Forankring.
- 13.02.2023: Møte i forbedringsteam: planlegge arbeid frem mot 3. samling. Valg av rutiner til revisjon.
- 27.03.2023: Møte i forbedringsteam: Jobbet med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner».
- 24.04.2023: Møte i forbedringsteam. Jobbet videre med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner».
- 08.05.2023: Møte i forbedringsteam. Jobbet videre med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner» og «Skriving av sammenfatning i EPJ». Sendt rutine på høring til ledere/dokumanntansavrlig for godkjenning. Hva er viktig for deg-spørsmålet er implementert i EVAvurd (evaluering/vurderingsskjema) i journal.
- 09.05.2023: Møte i kvalitetsutvalget til helse- og omsorgsseksjonen. Diskutert revisjon av rutine «Skriving av sammenfatning i EPJ». for å integrere «hva er viktig for deg»- spørsmålet i sammenfatning i pasientjournal.
- 22.05.2023: Møte i forbedringsteam. Påbegynne plakaten til samling 3.
- 23.05.2023: Møte i kvalitetsutvalget til helse- og omsorgsseksjonen. Avklare reviderte rutiner før godkjenning/implementering i ledergruppen.
- Høsten 2023: kvalitetsutvalget i helse- og omsorg har arbeidet med og godkjent ny revisjon av rutinen for sammenfatning i journal. Denne inneholder punktet «hva er viktig for bruker nå?». Avdelingsvis har det blitt jobbet med forbedring og implementering av sammenfatning og sjekklister.
- 15.11.2023: Møte i forbedringsteam. Gjennomgå oppdaterte rutiner iht målsetning. Oppsummere arbeidet. Lage plakaten til samling 4.

## RESULTATER UTOVER MØTEVIRKSOMHET

Det har tatt tid å revidere rutiner og dermed implementere/ måle resultater fra forbedringsarbeidet.

- Selve revisjonen har tatt tid, samt involvering av medarbeidere/ledere i de ulike enhetene.
  - Høring blant kvalitetsrådgivere og RE-ledere har tatt tid.
  - Måling av resultat er ikke gjennomført iht til planen
- Konkrete resultater:**
- Rutine «Skriving av sammenfatning i EPJ» er revidert til å inneholde «hva er viktig for deg» spørsmålet. Denne er godkjent.
  - Rutine «Overføring av pasienter til /fra hjemmetjenesten ved midlertidig opphold i kommunale institusjoner» er revidert og godkjent.
  - Hjemmetjenesten har fått inn representant fra hver sone inn i forbedringsteamet.
  - Hjemmetjenesten har godkjent rutinen «Vurderingsbesøk i hjemmetjenesten».
  - KMS har kvalitetssikret sin interne sjekklister for innkomst og utskrivelse og lokal mal for sammenfatning.
  - Enhet tjenestetildeling og samordning har revidert/justert EVAvurd-skjema i journalsystemet, til å inneholde «hva er viktig for deg» spørsmålet.

### Oppsummert:

- Sluttfasen av arbeidet har ikke gått som planlagt på grunn av endring av arbeidsforhold hos flere av medlemmene i forbedringsteamet.
- Høstens planlagte møter har blitt avlyst eller har hatt stort frafall og dette har påvirket arbeidet med målinger.
- Arbeidet med forbedring har en vært morsom og inspirerende prosess.
- Fysiske møter i teamet og fysiske samlinger har vært kjærkomment etter en lang periode med digitale møtepunkter.
- Å snakke sammen på tvers av enheter i helse- og omsorgstjenesten om ulike problemstillinger fremmer samarbeidet mellom enhetene.



# Gode pasientforløp - Rehabilitering

Stange kommune har 21499 innbyggere.

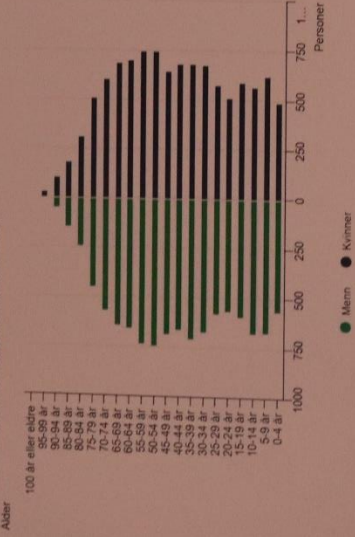
## Forbedringsteam

- Kine Lundsbakken, avdelingsleder
- Mailen Holm, rehabiliteringskoordinator
- Britt Kristiansen, spesialisykepleier
- Ida Melby, ergoterapeut
- Kjersti Dyrnes Karlsen, spesialisykepleier
- Elin Folstad Bronkebakken, avdelingsleder
- Tove Lundberg, avdelingsleder

## Helse- og omsorg

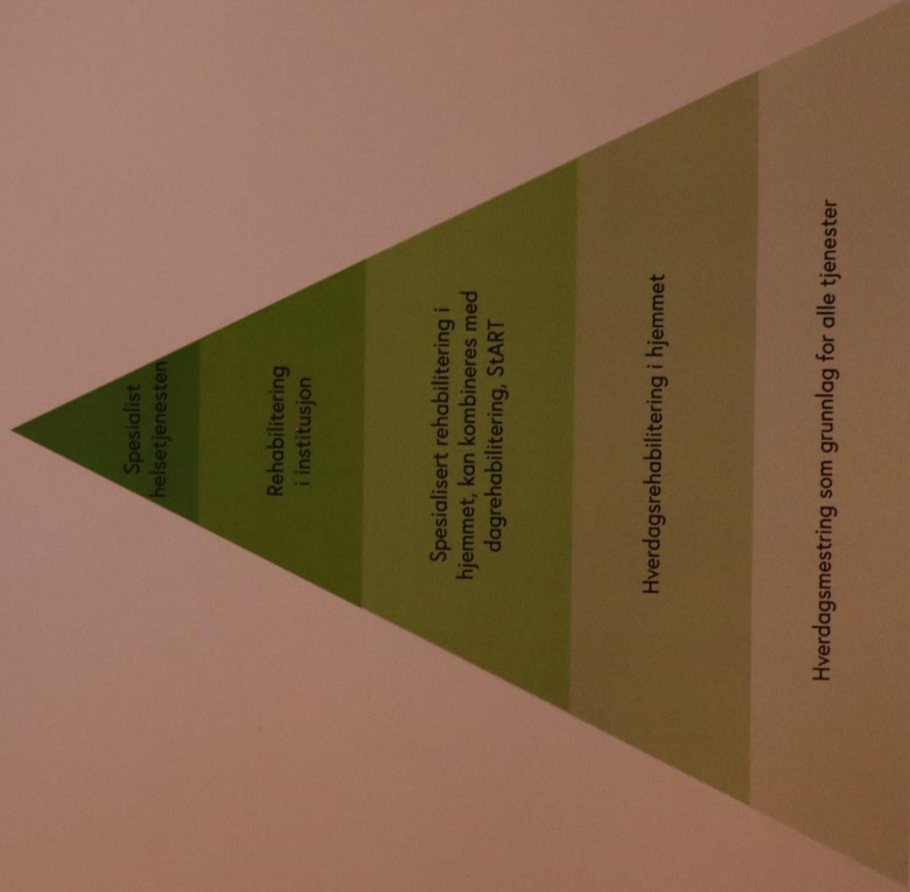
- Legtimer pr. uke pr. beboer i sykehjem er 0,74 timer mot 0,56 timer på landsbasis. Legtimer er indikator på kvaliteten i tjenesten.
- Arsverk med helseutdanning i omsorgstjenesten ligger på 79,5 %, som er over landsnittet for øvrig med 77,7 %. Nasjonale mål om forskyvning av pasientbehandling i fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten krever at kommunen fortsatt jobber med kompetansehevende tiltak.
- Av innbyggere over 80 år bor 9,4 % på sykehjem. Dette er under andel på landsbasis som er på 11,4 %
- 61,8 % av brukerne av hjemmetjenester er under 67 år i Stange. De ligger med dette over landsgjennomsnittet som er på 48,3%.
- Kommunen bør ha fokus på å styrke hjemmebaserte tjenester i tråd med nasjonale anbefalinger.

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen



Kilde: Befolkning, Statistisk sentralbyrå

## Rehabiliteringspyramiden i Stange kommune



Brukere med behov for spesialisert rehabilitering i sykehuis. For eksempel etter akutte skader eller sykdom.

Brukere med behov for rehabilitering der dette ikke kan ivretas i hjemmet. For eksempel stort hjelpebehov eller medisinske komplikasjoner. Korttidsplass ved Ottestad helse- og mestringssenter.

Brukere med behov for spesifikk tverrfaglig rehabilitering.

Brukere med behov for generell rehabilitering. For eksempel grunnnet endret funksjon. Her brukes hjemmetrener.

Alle brukere av kommunale helsetjenester.

## Vårt hovedmål er: At pasientforløpene innen rehabilitering skal være preget av tydelige oppgavefordeling og rolleavklaring, samt oppleves som trygge for pasienten.

### Delmål/tiltak:

- Gjennomføre rehab-lunsj en gang i måneden for utøvere som jobber med rehabilitering i Stange kommune.

### Status:

Dette er et lavterskeltiltak. Det betyr at de som har anledning til å delta, kommer. Vi har ulike faglige drøftinger. Det kan være anonymisert brukerkasus eller et definert fagtema. Tilbakemeldingene fra de som deltar er at det er nyttig med en uformell møteplass. Vi registrerer antall deltagere hver gang. Vi håper at vi skal få med flere etter hvert. Det har vært i gjennomsnitt 5-6 deltagere hver gang.

- Gjennomføre felles målsamtale ved oppstart av hverdagsrehabilitering. Målet er å gjøre dette på de brukere som både mottar tjenester fra hjemmesykepleien og hverdagsrehabilitering. Det vi ønsker å oppnå er at tjenesten oppleves som sammenhengende for bruker og tjenestutøvere.

### Status:

Det har vært en hensikt om å gjennomføre dette på 9 personer. Vi har erfart at det har blitt noe kommunikasjonssvikt mellom tjenestene og at det kun har blitt utført i 5 saker. Vi ønsker å teste ut dette videre.

- Det har vært en utfordring med overføring av plan fra døgnehabilitering til hjemmet. Tverrfaglig rapport; Vi har hatt et mål om å utarbeide en tverrfaglig rapport for å sammenfatte oppsummerende journal for de ulike fag-gruppene i rehabilitering.

### Status:

Vi har utarbeidet en mal for tverrfaglig rapport i vårt journalsystem Gerica. Hver enkelt yrkesgruppe: fysioterapeut, ergoterapeut, sykepleier og lege, har laget et oppsummerende notat som sammenfattes i en rapport. Det har medført at hjemmesykepleien kun trenger å lese i en journal og få god oversikt over hva som har blitt jobbet med under døgnehabiliteringsoppholdet og hva som bør jobbes videre med. Dette har blitt utført på alle 15 pasientene som har hatt et døgnehabiliteringsopphold ved Ottestad Helse og mestringssenter siden juni 2023. Vi har fått gode tilbakemeldinger fra hjemmesykepleien om at dette forenkler mottak av pasient og sikrer bedre oppfølging hjemme.

## Tverrfaglig rapport

### Aktuell situasjon

Brudd i lårhals. Sementert hemiprotese venstre hofta 20/7-23. Innlagt Ottestad Helse og mestringssenter 23/7-23 for rehabilitering.

### Mål for oppholdet

- Mobilisering etter lårhalsbrudd
- Kartlegge funksjonsnivå og bistandsbehov, samt avklare videre behov for tjenester

### Pasientens mål

- Gå i trapp
- Bli mest mulig selvhjulpel
- Gå uten hjelpemidler inne

### Langsiktige mål

- Kjøre bil
- Gå til butikken med gå-staver
- Bo hjemme i huset sitt

### Sykepleiesammenfatning

Pasienten trenger hjelp morgen og kveld, hjelp til støttestrømper, tilrettelegging/hjelp til å tilberede måltider, dusj og sårskift. Pasienten er i stor grad selvhjulpel i stell ved rehab-avdelingen. Pasienten går med rullator. Han er svært motivert for trening. Han tar initiativ selv. Pasienten går i korridoren på egenhånd flere ganger daglig. Pasienten er godt smerte-lindret. Han reiser hjem bistand fra HTH og HVR, samt matombringning x3 i uka. Første matlevering 7/8-23. HVR møter pasienten hjemme. Vaktmester kjører ut hjelpemidler.

### Fysioterapisammenfatning

Status ved 1. tilsyn: Pasienten går med underarmsrullator. Han kan gå korte forflytninger med denne. Har noe styringsvansker i venstre u ex. Har smerter på VAS 2-3.

**Tiltak:** Gåtrening, trappetrening, stryketrening, balansenrening og slyngetrening. Status ved siste tilsyn: Pasienten går selvstendig med rullator inne. Har noe haltehand gange, men dette bedrer seg etter hvert. Strever noe med å gå i trapp. Har behov for å trene mer på dette.

Fortsetter rehabilitering med oppfølging av HVR.

### Ergoterapisammenfatning

Hjemmebesøk gjennomført 1/8-23.

**INNGANG:** Har 2 trinn inn til bolig. Gelender på en side. **SOVEROM:** Kommer inn med rullator, men må flytte unna kommode for at det skal bli trygt.

**TOALETT:** Toalettet er en del av badet. Har behov for toalett-forhøyer med armlen.

**BAD:** Har dusjkabinett og høy terskel inn til baderommet.

**OPPVARMING:** Har både varmepumpe og ved-ovn.

Pasienten gruer seg til hjemmebesøket. Han er usikker på egen funksjon.

Pasienten erfarte at det gikk fint å komme inn i bolig og komme inn på badet. Han ser mer optimistisk på å komme hjem etter gjennomført

hjemmebesøk. Ergoterapeut hadde samtale med pasienten og pårørende etter hjemmebesøket. Pårørende skal sørge for å montere håndtak ved dørkarm på begge sider inn til baderom. Ergoterapeut har sendt søknad på dusjstol, toalettforhøyer, innerullator og handlistang.

### Leggepikrise

Pasienten bor i enebolig i Sandvika. Han har ikke hatt noen offentlig hjelp fra før. Han kjører bil.

Tidligere sykdommer:

-99 Hjerteinfarkt

-01 Lungebetennelse

Sanser: Har nedsatt hørsel og bruker høreapparat.

Aktuelt: Pasienten falt da han var på besøk hos datter. Fikk smerter i

venstre hofta. Røntgen bekken avdekket collum femoris fraktur venstre side.

Ble operert med implantasjon av sementert hemiprotese høyre side. Kan

mobiliseres fritt. Smertelindres med paracet. Rekontakt med ortopedisk ved

infeksjon eller andre komplikasjoner.

Status presens: Har nedsatt hørsel, men oppfattes klar og orientert. Ingen

cyanose eller ødemer. BT 140/65 p75, saturasjon 91.

Vurdering: 82 år gammel mann som er kognitivt kjøkk. Bor alene – kjører bil. Er

inne for opptrening etter hoftebrudd. Plages periodevis med ryggsmarter.

### Videre plan

Videre opptrening hjemme med oppfølging av HVR og HTH.

ANSVARLIG FYSIOTERAPEUT:

ANSVARLIG SYKEPLEIER/HELSEFAGARBEIDER:

ANSVARLIG ERGOTERAPEUT:

ANSVARLIG LEGE:

# Læringsnettverk for Gode pasientforløp

Kendra M. Johnsen, sykepleier styrer/leder, Elverum  
 Kristin Degnes, divisjonsleder, sykepleier

Stine Smeitun, sykepleier kirurgisk sengepost H4, Hamar  
 Kristin Degnes, divisjonsleder, sykepleier

Lene Smeitun, fysioterapeut, Elverum  
 Hanne Myhren, kulturtreningsleder i anvisnings-, sykepleier  
 Hanne Kristine Lundby, rådgiver, kvalitet og pasientsikkerhet, Stab Helse

## DIVISJON ELVERUM-HAMAR

- ▶ Dekker befolkningen på Hedmarken og Østerdalen som har ca. 130.000 innbyggere.
- ▶ Divisjonen har årlig ca. 160.500 polikliniske konsultasjoner, 23.300 innleggelses og 21.000 dagbehandling.



**Evaluerings:** Negativt avvik mellom resultat fra målinger og mål

## Møte mellom enhetsledere og arbeidsgruppa

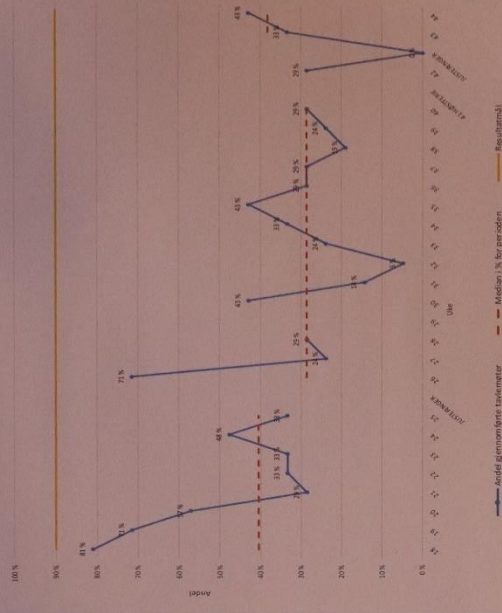
- Årsak avvik utfylte sjekklister:
  - Ikke mulig å oppnå ferdig utfylte sjekklister før utskrivelse pga. manglende legedeltagelse på tavlemøter
- Årsak avvik gjennomførte tavlemøter:
  - Glemmer å signere
  - Tavlemøter ikke gjennomført. Flere sammensatte årsaker, bl.a. sommerferieavvikling og manglende forståelse for hensikten med tavlemøter

## Korrigerings: Resultat og tiltak

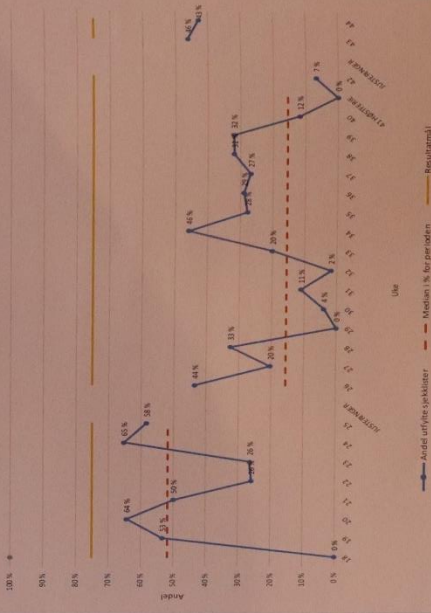
- **Resultatmål:** 90% av innlagte pasienter ved Kir H4, sengepost har påbegynt sjekklister ved utskriving innen 20.11.23.
- **Tiltak:**
  - Enhetsledere:
    - Påminne om tavlemøte på "10-minutter'n" hver morgen
    - Påminne hver formiddag om å utføre tavlemøte

## Implementering

Figur 1: Gjennomførte tavlemøter



Figur 2: Utfylte sjekklister



Figur 3: Driverdiagram for Gode pasientforløp team Elverum-Hamar

## Resultatmål

75% av innlagte pasienter ved Kir H4 sengepost har utfyllt sjekklister ved utskriving innen 1.11.23

Korrigerende resultatmål 90% av innlagte pasienter ved Kir H4 sengepost har påbegynt sjekklister ved utskriving innen 20.11.23

## Forbedringsområde

Opplæring i bruk av sjekklister

Bruk av sjekklister

"Hva er viktig for deg?"

Tavlemøte på e-tavle

## Tiltak/konkrete handlinger

Gjennomføre fagdager med opplæring for pleiepersonell

Gjennomføre opplæring av helsesekretærer og møte med kontorleder Kir avd.

Etterspørre bruk av sjekklister

Legge sjekklister som app på tavle

Markere "Hva er viktig for deg?"-dagen

Gjennomføre fagdager med opplæring i spørsmålet

Daglige tavlemøter

Registrere møter i pasientsikkerhetskalender

## Korrigerende tiltak/handlinger

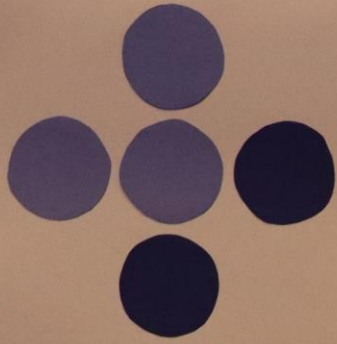
Gjennomført møte med enhetsledere pga. svikt i måloppnåelse (målinger)

Enhetsledere:
 

- Påminne om tavlemøte på "10-minutter'n" hver morgen
- Påminne hver formiddag om å utføre tavlemøte

**Resultatmål:** 90% av innlagte pasienter ved Kir H4 sengepost har påbegynt sjekklister ved utskriving innen 20.11.23. **Prosessmål 1:** 100% av pleiepersonell og postsekretærer har fått opplæring i bruk av sjekklister innen 1. juni 2023. **Prosessmål 2:** 40% innlagte pasienter har utfyllt sjekklister ved utskriving innen 1. sept. **Prosessmål 3:** 75% av pasientene har fått spørsmål om "Hva er viktig for deg" under innleggelsen innen 1.11.23. **Prosessmål 4:** Pleiepersonell og postsekretærer gjennomfører daglige tavlemøter x 1 innen 1.sept.

Driverdiagrammet beskriver vår teori om hva vi kan gjøre for å nå måloppnåingen. Ved å lese diagrammet fra høyre til venstre, demonstrerer hvordan dette skal gjøres, og med hvilke lokale tiltak.



# SYKEHUSET INNLANDET HF

## Div. Elverum-Hamar



Kendra M. Johnsen- Sykepleier gyn/føde  
 Stine Sneisen- Sykepleier kir H4 Hamar  
 Lene Smestad- Fysioterapeut Elverum  
 Hanne Myhren- Kvalitetsrådgiver (sykepleier)  
 Kristin Degnes- Divisjonsrådgiver (sykepleier)  
 Hanne Kristine Lundby (kvalitet og pasientsikkerhet, stab helse)

**Evaluering:** Negativt avvik mellom resultat og mål

**Møte mellom enhetsledere og arbeidsgruppa**

- Årsak avvik utfylte sjekklister:
  - Ikke mulig å oppnå ferdig utfylte sjekklister før utskrivelse pga. manglende legedeltagelse på tavlemøter
- Årsak avvik gjennomførte tavlemøter:
  - Glemmer å signere på registreringsskjema for utførte tavlemøter
  - Tavlemøter ikke gjennomført. Flere sammensatte årsaker, bl.a. sommerferieavvikling og manglende forståelse for hensikten med tavlemøter

**Korrigerende:** resultatmål og tiltak

- Resultatmål:** 90% av innlagte pasienter ved Kir H4, sengepost har påbegynt sjekkliste ved utskrivning innen 20.11.23
- Tiltak:**
  - Enhetsledere:
    - Påminne om tavlemøte på «10 minutter» hver morgen.
    - Påminne hver formiddag om å utføre tavlemøte.

**Implementering**

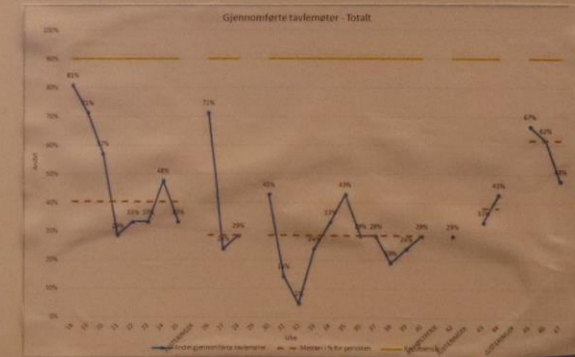
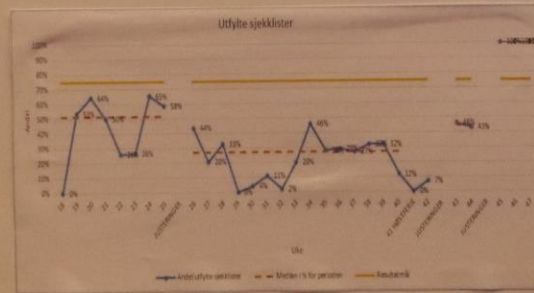
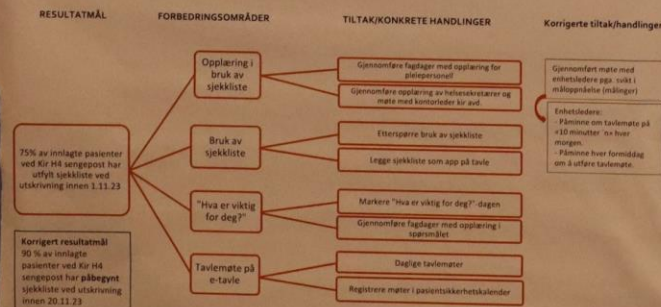
Div. Elverum-Hamar er en av tre somatiske divisjoner i Sykehuset Innlandet HF. Det er en funksjonsfordeling mellom Elverum og Hamar.

**ELVERUM**  
 Medisin  
 Ortopedi  
 Gyn/Føde  
 Barn og NEO  
 Øre-nese-hals  
 Øye  
 Pasienthotell  
 Akuttmottak  
 Bildediagnostikk

**HAMAR**  
 Medisin  
 Kirurgi  
 Akuttmedisin  
 Bildediagnostikk

- Dekker en befolkning på ca. 130.000 innbyggere.
- Divisjonen har pr år ca. 160.500 polikliniske konsultasjoner, 23300 innleggelse og 21000 dagbehandlinger.

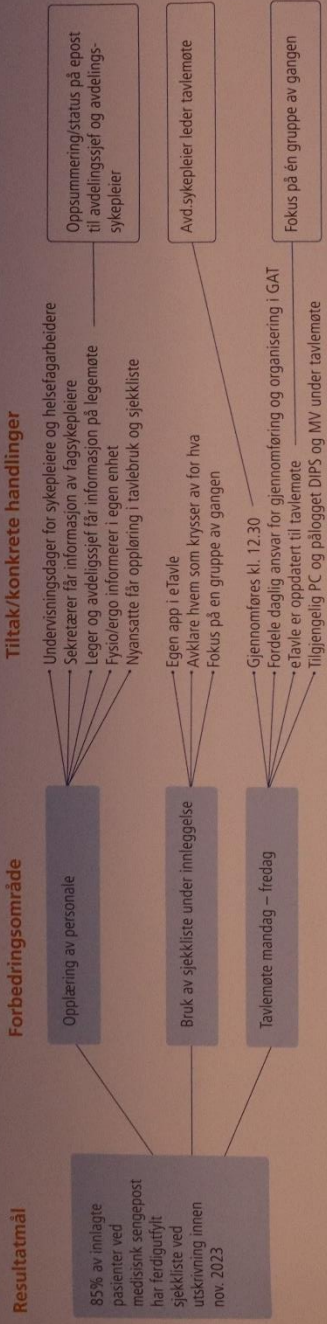
### Driverdiagram for Gode pasientforløp team Elverum - Hamar



# Læringsnettverk KS Gode pasientforløp "Trygg utskrivning"

Stine L. Bentsdal, prosessleder Wenche Rinde, prosessleder Umi Vågamy, enhetsleder fysioterapeut Ingvill Halseth, koordinator  
Roy M. Bekkevold, prosessleder Ingrid Wink, rådgiver diagnostiske Kristine Petersen, fysioterapeut medisin 1

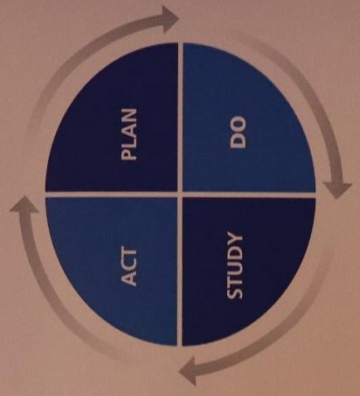
Figur 1: Driverdiagram for medisinsk avdeling Lillehammer



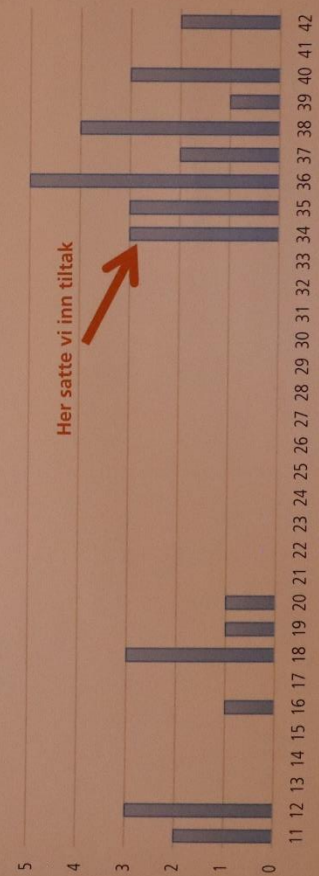
Tavlemøte test 9:18

Seng	Info/bedr.	Utdato	Spil	Sjekkliste	Emneing	Lab	News2	Falinsk	Trykkskr	Deir	Antikoagulasjon	Hjemmelag	Samst	AB	Notat
LD/53	♀	7. av 32	?	☆	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	h44
1109-2	AM/42	♂	09.01.23	Ferdig	?	☆	?	?	Sår ikke på	?	?	?	?	?	h3x
1114-1	OM/44	♂	06.01.23	?	?	☆	?	?	Sår på	?	?	?	?	?	ikke akt.
1132-1	HL/62	♀	09.01.23	Ferdig	?	☆	?	?	Sår ikke på	?	?	?	?	?	h6x
1158-2	IA/42	♀	?	?	?	☆	?	?	Sår ikke på	?	?	?	?	?	h3x
1165	BB/33	♂	06.01.23	?	?	?	?	?	Sår ikke på	?	?	?	?	?	ikke akt.
1173	RHN/54	♀	?	?	?	☆	?	?	?	?	?	?	?	?	?
1187-1	JD/55	♂	09.01.23	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?	?

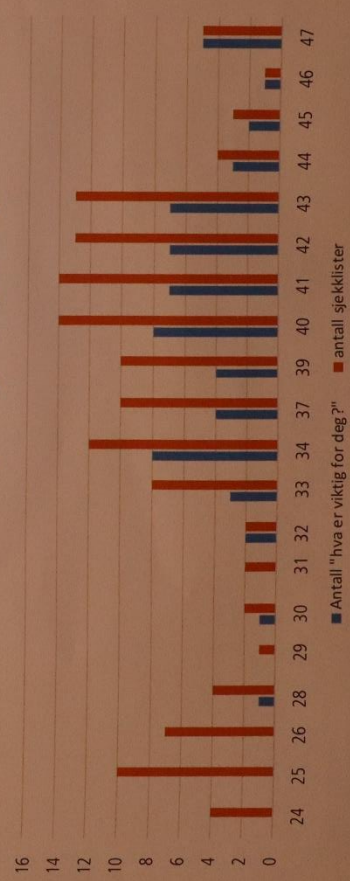
Figur 2: Forbedringsmodellen



Figur 3: Målinger for gjennomførte tavlemøter – Medisin 11



Figur 4: Antall sjekklister der "hva er viktig for deg?" er krysset av/på



Sjekkliste for trygg utskrivelse

Blå 1 Grønn 2 Rød 2 Alle

Seng	Init/født	UtDato	Spl	Sjekkliste	Ernæring	Lab	News2	Fallrisiko	Trykksår	Delir	Antikoagulasjon	Hjerneslag	Sarnst	AB	Notat
1112-1	KT / 54	16.06.23		16 av 32		☆	3*				Står på	Ikke akt.			Utreiseklar i morgen, Helseekspressen
1166	LD / 68	12.06.23		4 av 32	?	★	7+				Står ikke på	Ikke akt.			Telemetri, Kom i går
1187-1	HN / 65	23.05.23		Ferdig	?	☆	1-4				Står ikke på	?			
1187-2	DF / 56				?		0				Står ikke på	?			
1190-2	HB / 90				?	★	5-6				Står på	?	?		

Avdelingens notater

Lunsj



# GODE PASIENTFORLØP

## OVERORDNET MÅL:

- Synliggjør oversikt over ressurspersoner i kommunen som vi kan benytte ved behov.
- Ansatte får opplæring og gjennomfører dokumentasjon etter rutiner.
- Ivareta brukermedvirkning i alle prosesser.
- Følge sjekklister og rutiner knyttet til overganger mellom instanser.

## PROSESSMÅL:

- Tiltaksplan/måleskjema blir kjent for ansatte og blir tatt i bruk hos alle pasienter/brukere.
- Felles mal for overføring legges i tiltaksplan på journal 500
- Utarbeide flytskjema på hver avdeling og ta i bruk flytskjema.
- Informasjon om tildelingskriterier og helhetlig innsatstrapp.

## INVOLVERING I ARBEIDSPROSESS:

- Ansatte i de ulike avdelingene informeres underveis - bruk av leantavle.
- Ansattgruppen involveres ved endringer og grupper er med på å utarbeide/ endre rutiner.
- Overordnet ledernivå holdes orientert om prosessen etter hvert møte.

Hva er viktig for deg?

## MÅLEPUNKT:

Gjennomføre målsamtale med alle pasienter som innlegges på Raufosstun helsehus mellom 1. mars og 1. juni.

Antall gjennomført:

## ØNSKET EFFEKT:

- Pasientmedvirkning.
- Bedre oversikt for pasienter, pårørende og ansatte for hva som er målet for pasienten og hva som skal til for å nå dette.
- Forenkler arbeidet for alle.
- Minimum 80% gjennomført.

Tiltaksplaner i perioden 1/3 - 1/6

- Antall pasienter i perioden: 108
- Utførte tiltaksplaner: 78
- Ikke utførte tiltaksplaner: 30



## GRUPPA BESTÅR AV:

JENS MØRCH (Kommuneoverlege) • SATTAR GHANEMIFARD (Tilsynslege v/ Raufosstun helsehus og Gimle sykehjem)  
LINDA KLEVEN (Saksbehandler) • ANNETTE BRANDSHAUG (Sykepleierkonsulent) • LENE KRISTIN NILSEN (Avdelingsleder, hjemmetjenesten)  
ANE RUNNINGEN (Avdelingsleder, Raufosstun helsehus) • MONA LEIRDAL (Fagansvarlig, Raufosstun helsehus)  
MARI JOHANSEN (Fagansvarlig, hjemmetjenesten) • BJØRG KRISTIN ENG (Fagansvarlig, Fysio- og ergoterapitjenesten)  
INGER-ANN VEKVE (Fagansvarlig) • ELISE FALLINGEN (Psykiatrisk sykepleier, Psykisk helse og rus)  
ATLE HOELSVEN (Vernepleier, Elvesvingen) • THOMAS FARBBER (Fagkontakt, Ytterskogeien omsorgsboliger)

Fremdriftsplan Gode pasientforløp

Prosess	Involvering av heligrupper og øvrige ansatte	Tidspunkt
Ta i bruk «hva er viktig for deg?» skjema	Involvering av hele gruppe og øvrige ansatte	Tas opp på møte 9. februar for fremgangsmøte
Undersøking/ informasjon? Utarbeidelse av flytskjema på hver avd (pasientforløp)	Involvere heligrupper i prosessen. Få bistand fra samarbeidspartner i avd.	Frist: Utsatt 9. februar
Utarbeidelse av målepunkter knyttet til flytskjema	Fagansvarlig og andre ressurspersoner i avdelingen	Frist
Gå gjennom rutiner tilknyttet flytskjema. Se på hva som kan være felles.	Brake bistand fra ressursperson samarbeidspartner i avd.	Frist 23. februar
Presentere flytskjema for ansatte. Legge dette frem på vaktrom med rutiner.	Involvering av ansatte når flytskjema skal presenteres. Alle ansatte skal gi innspill til utformingen og hvordan rutinene som ligger i skjemaet skal utarbeides.	Legges fram 24. februar
Evaluering av hvordan dette fungerer i praksis på hver avd og som evaluerer og skriver ut fra tilbakemeldinger.	Brake bistand fra samarbeidspartner i avd. Involver heligrupper i prosessen. Legge rutiner/ flytskjema på fellesis i complot. Gjennomgang og oppøring for ansatte.	Frist med tilbakemelding fra ansatte 20. februar. Implementere flytskjema med rutiner 1. juni.
Utarbeide et måleskjema ut fra kartlegging ved første møte.	Skjema utarbeides. Ligger på teams under verktøy.	Frist 23. februar
Brake måleskjema og utføre måltinger		Fra 1/3 og evaluere 1/6
Overordnet mål og prosessmål		Ressurspersoner på Helsehuset
Fremdriftsplan som legges på hver enhet.	Endringer av dette slik at det er tilpasset avdelingen. Sørger for at prosessen ligger til ulike frister. Gjøres kjent for ansatte og sørger for ansvarliggjøring	Frist 4. mai
Tidligere lager film som forklarer tildelingskriterier og helhetlig innsatstrapp	Undr spøker ut dette. Kanskje noe finnes som vi kan bruke?	Frist 1. juni
Alle finner rutiner som må utarbeides med andre ressurspersoner	Finne rutiner og markere hvem man bør samarbeide om	Frist 1. juni
Workshop rutiner	Samarbeide om rutiner slik at disse blir ferdigstilt	Frist: 15 august
		Aklare dato innen 1/9



## GODE PASIENTFORLØP i Vågå Kommune

Vi har gjennom

læringsnettverket

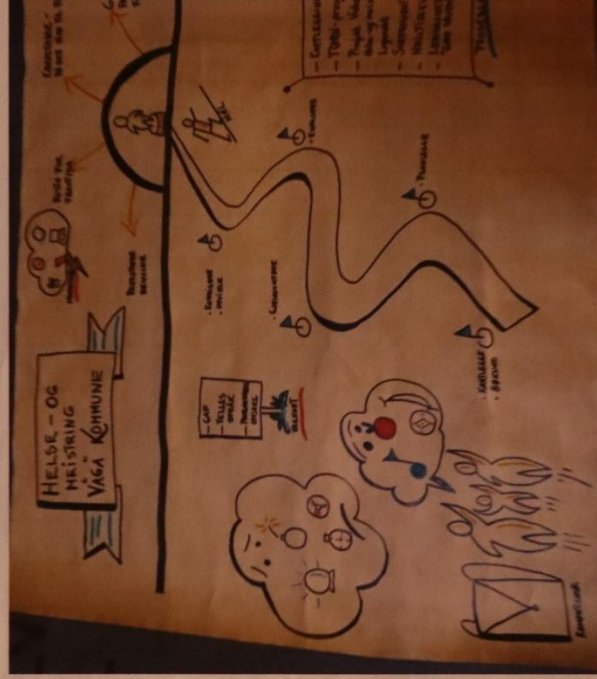
"Gode pasientforløp"

fått auka fokus på:



### 1. Forbetringsarbeidet "Gode pasientforløp" så langt:

- Samordna og utarbeida sjekklister kring KTO og "Rulling", samt publisert desse i kvalitetssystemet.
- Samordna og utarbeida ein mal for "Samantatning" i EPJ, der "Kva er viktig for deg?" ligg som eiga punkt.
- Presentert "Gode pasientforløp" i felles personalmøte for Helse.
- Presentert "Gode pasientforløp" for den politiske leiinga.
- Fått tildeilt innovasjonsmidlar til det vidare arbeidet.
- Raud tråd i forbetringsarbeidet



Visualisering av forbetringsarbeidet i Helse- og meistring i Vågå kommune

### Eksempel på "Dei gode historiane": Kva er viktig for deg?

... "Eg fekk behalde kontakta med mine næraste når eg var inne på KTO fordi eg fekk hjelp til å lade mobiltelefonen min..."

... "Eg kjenner meg trygg fordi eg får moglegheit til å avslutte livet heime..."

... "Eg kjende forutsigbarheit da eg reiste heim frå sjukehuset, for heimetenesta møtte meg heime..."

### Læringsnettverket:

- Mariann Rosten, Avdelingsleiar Vågøheimen
- Siv Monika Horten, Konstituert Avdelingsleiar Heimetenesta
- Johanne Randen, Sakshandsamar Tildelingskontoret
- Anita Stokstad, Koordinator Veifersteknologi
- Hanne Stokke Moen, Kvalitetsrådgjevar Helse- og meistring

### 2. Vidare plan for kontinuerleg forbetringsarbeid:

- Leiarforankring og oppfylgjing av det vidare
- forbetringsarbeidet gjennom faste møtepunkt og faste tema på alle leiarmøta.
- Tilsettførankring og oppfylgjing vidare, gjennom faste tema på alle avdelingsmøta.
- Evaluering av tilfatta jamleg gjennom helle året.
- Synleggjera "dei gode historiane" for å dokumentere gevinsten med
- forbetringsarbeidet.
- Nyttje innovasjonsmidlar til brukarinvolvering og fagdagar.

## Vi jobber med ulike

tema:

Vi har tatt i bruk enkel kartlegging og dette er introdusert for ansatte. «Fokus er rettet mot hva er viktig for DEG?»

- Tidsbesparende – gode tilbakemeldinger fra ansatte
- Forhåpentligvis bedre statistikk på IPLOS

- Enkel kartlegging skal justeres slik at den kan legges tilgjengelig på kommunens nettside

- Økt fokus på MST, alle pas. har tiltak ernæring/væske i profil

Ernæringskartlegging vi har gått fra MNA til MST

- myeste retn. linjer fra Helsedirektoratet
- tidsbesparende for HBO der det ikke er noen utfordringer i forhold til ernæring

- Sammenligne statistikk for MST jan 2023 opp mot jan 2024!

Vi ønsker å konkretisere svar på e-meldinger til sykehuset, her mangler vi noe drøfting i endringsteamet før dette er klart

- Pas. vil motta helsehjelp fra de blir utskrevet sykehuset
- HBO kartlegger ikke på kveld/helg
- Behov for Trygghetsalarm – HBO vil selv vurdere behovet evt. om pas. kan benytte telefon
- Medisiner og evt. spesielt utstyr må være medsendt fra sykehuset

- Opprettet «mappen» tilgjengelig på data slik at ansatte kan har tilgang på de samme skjema (tidligere så vi at ansatte brukte mye tid på å lage egne skjema som ikke ble delt med andre)
- Perm månedens info ble introdusert i vår – kvitt. liste for lest info, ser at dette blir nedprioritert i en travelt hverdag. En påminnelse om å lese info i perm kommer 2 ganger i des. mnd.

Vi bruker endringmeldinger ved endringer av tjenesten til pasienter, og dette skjemaet er forenklet

Vi deltar i RUSTA FOR FRAMTIDA. Jobber med å konkretisere arbeidsoppgaver og danne spesifikke team. Bruke spesialkompetanse til rett pasient.

## Våler kommune - Innlandet



### Forbiringsteamet:

Torunn Syversen - Pleie og omsorgsjef  
Rita Skara - Demenskoordinator  
Gro Solberg - Avdelingsleder Våler omsorgssenter  
Bente Libekk - Avdelingsleder Hjemmebaserte tjenester  
Sonja Bjørneseth - Avansert klinisk sykepleier

Vi har kartlagt ansattes kompetanse, og er i gang med internundervisning for å heve denne ytterligere

- Ny ansatte undersøkelse gjennomføres i nov/des 2023

- Gi intern opplæring der vi ser det er behov