

# Postere fra læringsnettverk på Helgeland

Samling 2, 27.–28. april 2022

## Alstahaug kommune

- Ca. 7500 innbyggere
- Alstahaug sykehjem: 52 plasser (70 årsverk)
- Åsheim Terrasse: Heldøgns bemannet omsorgsbolig med 46 leiligheter, ca. 15 årsverk (7 leiligheter til korttidsopphold / rehabilitering)
- Hjemmebasert omsorg: hjemmeboende (9 årsverk) og bofellesskap (93 årsverk), hjemmehjelp (5 årsverk), Støttekontakt (4 årsverk)
- Kjøkkentjeneste (5 årsverk)

### Forbedringsteam

- Vanja Røtvold Pettersen, gruppeleder og avdelingsleder sykehjemmet
- Ann-Trine Rosø, helsefagarbeider Åsheim terrasse
- Gretha-Therese Helen Davidsen, helsefagarbeider Åsheim terrasse
- Maria Ingebrigtsen, sykepleier i sykepleierteam Alstahaug kommune
- Wenche Junger, helsefagarbeider i hjemmesykepleie
- Turid Aaker, sykepleier/saksbehandler Tildelingskontor
- Nicole Weling, fysioterapeut Alstahaug kommune

## Forbedringsområder

- Informasjonsflyt
- Kommunikasjon

### Mål:

- bedre rutiner for mottak av pasient, slik at både pasient, pårørende og tjenesteutøver skal ha en god opplevelse ved overgang i omsorgsnivå.
- bedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene blir av god kvalitet.
- øke de ansattes kompetanse på målrettet dokumentasjon.
- «Hva er viktig for deg?» skal være gjennomgående i pasientens møte med tjenestene.

# Gode pasientforløp - Brønnøy kommune

## Samling 2



2. Planlegge	
Kartlegge behov og dagens praksis	
Sette mål	
Veile mÅleverktøy	
Finne / utvikle forbedrings-tiltak	

"Hva er viktig for deg, er kompetanse? Skal du presentere det, eller er det ressurser som blir det viktigste? For ressurser er det ikke alltid like stor medvirkningsgrad fra pasienten"

"Jeg synes vi har mødd å gå på implementering av rutiner. Dere ville føre til et bedre og sikrere pasienttryk i alle forløp"

Vi ser behov for å "samle laget" og skape en "Vifølelse" i hele helse- og omsorg etter omorganisering

### Mål: Bedre samarbeid mellom tjenestene

Delmål: Klar, tydelig, høflig og profesjonell i møte med andre

Delmål: Avklart ansvarsfordeling

Delmål: De ulike tjenestene har kjennskap til hverandre og hverandres arbeidsoppgaver

MÅleindikator: Ny spørreundersøkelse etter x antall måneder for å se om

kommunikasjonen har bedret seg. Gjenta spørreundersøkelse med samme spørsmål angående samarbeid mellom tjenester, organisering osv.

### Mål: Forebygge reinnleggelses

Delmål: Istandsette personal til å håndtere pasienter der de er (dersom mulig)

Delmål: Utarbeide rutiner på hva man skal gjøre før legevaktkontaktes

MÅleindikator: Måle antall reinnleggelses i KAD i løpet av gitt periode

### Mål: Implementere rutiner og sjekklister for gode pasientforløp

Delmål: Etablere og innføre rutiner og sjekklister

Delmål: Alle pasienter/brukere skal tilbys tverrfaglig innkomst-/oppstartsamtale

MÅleindikator: Måle antall innkomst-/oppstartsamtaler i løpet av 3

virkedager

Delmål: Sikre brukermedvirkning ved planlegging og utførelse av

tjenestetilbud

MÅleindikator: Brukerundersøkelse etter korttidsopphold. Gjennomføres i

forbindelse med utreisesamtale.

### Mål: Forutsigbarhet for ansatte og brukere

Delmål: Organisere primærteam/primærkontakt ut fra brukers behov

Delmål: Rett kompetanse på rett plass, til rett tid

Delmål: Personer med demens skal oppleve stabilitet og trygghet

MÅleindikator: Avvik fra planlagt bemanning

Spørreundersøkelse av ansatte

Noen kommer gjentatte ganger inn i KAD, og det har vært overflytting fra bemannet bolig til KAD

Vi har mange gode rutiner, men noe er for dårlig implementert

Eksempler:

- Tverrfaglige rutiner for rehabilitering på korttidsopphold falt ut ved omorganisering
- Primærteam er på plass noen steder, og gode erfaringer kan "spres"

"Rutiner som fungerer tidligere er skidd ut pga omorganisering"

Innspill fra ansatte for å kartlegge forbedringsbehov ut fra dagens praksis

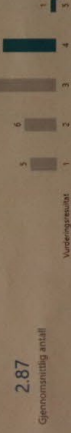


"Trender" fra tilbakemeldinger i ansatteundersøkelsen:

- Ansatte opplever for dårlig samarbeid mellom de ulike tjenestene, blant annet pga uklar ansvar-/oppgavefordeling, for dårlig kjennskap til hverandre, for dårlig kapasitet
- Lite målrettede samarbeidsmøter mellom tjenestene. For lite tid og rom for tverrfaglig samarbeid.
- For lite tid i møte med brukere for samtale og kartlegging, for å sikre brukermedvirkning
- Viktig å få på plass primærkontakt/team i alle tjenester
- Ulike oppfatninger og forventninger mellom tjenester og til tjenester
- Mangel på rett kompetanse og ressurser i møte med enkelte brukere med omløpende behov

Eksempler på resultat fra spørreundersøkelse til ansatte

9. Vi har organisert tjenestene på en måte som er hensiktsmessig for brukeren (med tanke på færrest mulig å forholde seg til, primærteam/primærkontakt, kontinuitet og sammenheng i tjenestene mm.)



2. Det er godt samarbeid mellom de ulike faggruppene/tjenestene i kommunen (f.eks mellom tjenestekontor og hjemmesykepleie).



Vi må spille hverandre gode

### Forbedringsteam

Ass. helse- og velferdssjef - Tonje Johansen

Avdelingsleder hjemmesykepleie - Karina Lande

Avdelingsleder miljøtjeneste - Ann Kristin Lorentsen

Avdelingsleder aktivitet og mestring - Hanne Solberg

Avdelingsleder sykehjem - Sandra Edliassen

Avdelingsleder ROP-tjeneste - Brith-Tone Thrana

# Eventyrøya Dønna

Innbyggere: 1379  
Fordelt på 3 øyer

Frå vi til OSS

Deltakere:  
Elin Johansen  
Thea Johansen  
Victoria  
Nikolaisen  
Lill Kristin  
Knutsen  
Heidrun Stene  
Oskar Knutsen  
Silje Sandstrak  
Gunn Sandholm

## 21 Sykehjemsplasser

1 KAD rom  
15 omsorgsboliger for eldre  
1 rom til avlastning  
8 omsorgsboliger i  
bofellesskap  
(Inkludert 1 bolig til  
avlastning barn)  
Rus og Psykiatritjeneste  
Legetjeneste  
helsestasjon  
Hjemmesykepleie



Hva er viktig for deg?



Hva feiler det deg?

## MÅL

- Oppleve et helhetlig tjenestetilbud
- Redusere unødvendige innleggelsesliggeretid og reinnleggelsesliggeretid
- Bedre informasjonsflyt mellom tjenestene
- Fokus på egenmestring

## DELMÅL

- God kommunikasjon
- Styrke brukerrollen
- Styrke samhandling innad i kommunen

## Behov for forbedring

- Innleggelsesrapport
- Holdninger til hverandre
- Innkommitsamtale/vurderingsbesøk
- Forbedre pleie og tiltaksplan
- Kartlegging og oppfølging i institusjon og hjemme
- Samhandlingsrutiner ang brukere med langvarige og koordinerte tjenester
- Kompetanseheving
- Samarbeid på tvers av enhetene

## Forbedringstiltak

- Innføre sjekklister/flytskjema
- Samarbeide hjemmetjeneste/sykehjem
- Tverrfaglige møter
- Oppstartssamtale/ hva er viktig for deg?
- Legemiddelhåndtering



Grane kommune  
Midt i blinken



## FORBEDRINGSTILTAK

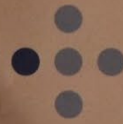
- Rutine for overføringsrapporter når pasienten legges inn på sykehjem og skrives ut til hjemmet.
- Gjenomgang av epikriser på første møte med legen
- Større fokus på «hva er viktig for deg» i møte med nye pasienter og brukere.

## MÅL

Bedre pasientforløp mellom sykehjem og hjemmetjeneste

Sikre riktig legemiddelliste snarest mulig etter endring av demne

Sikre brukermedvirkning for pasienter/brukere i kommunehelsestjenesten



**HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE



## Overordnet mål:

Pasienter i Helgelandssykehuset skal oppleve et **sømløst pasientforløp** med god **kommunikasjon** og **samhandling**, samt **pasientsikkerhet** i alle ledd av forløpet.

### Forbedringsteamet:

Knut Roar Johnsen—Samhandling, fagstab  
Ole Johnny Pettersen—Medisinsk klinikk  
Annabel Suarez—Medisinsk klinikk  
Camilla Straum—Medisinsk klinikk  
Brita Rølli—avdelingsleder, medisinsk sengepost  
Gerd Mona Nilsen, avdelingsleder, medisinsk sengepost  
Dag Ole Aanderbakk—overlege, medisinsk klinikk  
Ann Merethe Martinsen—avdelingsleder FMR  
Martin Vatshaug—KSF, Klinikk for diagnostikk og medisinsk service  
Alex Garcia—Pasientreiser, Prehospital klinikk  
Espen Jensen—Ambulansse, Prehospital klinikk  
Ann Iren Melstein—Kirurgisk klinikk  
Stine Bergsnev—Ass. Avdelingsleder, medisinsk avd.  
Tomine Dalen Flåssen—avdelingsleder, medisinsk avd.  
Stine Mari Edvardsen Kristoffersen—ass.avd. leder  
Grete Svines, Kvalitetsrådgiver, HR adm.stab  
Tine Aag—Klinisk farmasøyt, Fagstab  
Kirsti Forså—Klinisk farmasøyt, Fagstab  
Anne Lise Brygheid—Brukerutvalget  
Maria Skjelbakken—Administrasjonsstab  
Tom Dahlberg—Drift- og eiendom  
Gry Fjellgaard—KE, Fag. stab  
Ninja Hansen—Kvalitetsrådgiver, Fagstab  
Henrik Skaret—Samvalgskoordinator, Fagstab  
Astri Gullesen—Helserom Helgeland, Fagstab  
Marit Hermsstad—rådgiver, samhandling, Fagstab

### Hovedmål:

God utskrivningsprosess:

- Se hele mennesket
- God kommunikasjon internt og eksternt
- Hva er viktig for deg?

### Forslag på resultat-/delmål:

- Sikre god informasjon og medvirkning av pasienter i egen behandling. Innføre «Hva er viktig for deg? - samtale» ved innleggelse som et ledd i forbedring av utskrivningsprosessen.
- Gjennomføre utskrivningssamtale ved sengepost for pasienter som trenger oppfølging i kommunen
- Utvikle og implementere sjekklister i pasientforløp i overgang mellom tjenestenivå innen sommer 2023
- Sikre rett og god informasjon til samhandlingsparter i god tid før utskrivelse
- 30 % reduksjon av samhandlingsavvik gjeldende lege- middelsammenstemning til kommune innen juni 2023
- 70% av pasienter ved medisinsk sengepost får med seg epikrisen på utskrivningsdagen/dagen etter utskrivning innen utgang av 2022

Hva er  
viktig  
for deg?

# GODE PASIENTFORLØP

## Målhierarki



Effektmål	Resultatmål
Utvikle rutiner som sikrer helhetlige, koordinerte og forutsigbare pasientforløp.	Kommunen <ul style="list-style-type: none"><li>▪ har fortløpende oversikt over kommunale innbyggere som er innlagt i sykehus.</li><li>▪ har fortløpende dialog med Helgelandssykehuset om pasientforløpet gjennom e-meldingene Helseopplysninger, og melding om utskrivningsklar pasient.</li><li>▪ koordinerer med hjemmetjenesten og sykehjemmene om pasienter som er meldt utskrivningsklare.</li><li>▪ har etablert kommunalt forbedringsteam.</li></ul>
Styrke brukers opplevelse av mestring og involvering.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Pasienten er delaktig og involveres i pasientforløpet - Hva er viktig for deg?</li><li>▪ Planlegging av utskrivning starter allerede ved innleggelse.</li><li>▪ Viktig informasjon formidles til samhandlingspartnere i tide.</li><li>▪ Strukturert hjemreisemøte gjennomføres.</li><li>▪ Sjekklister brukes før hjemreise/overføring.</li></ul>
Utvikle og ta i bruk nye metoder og verktøy.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Det er utarbeidet metoder og verktøy som benyttes systematisk ved alle inn- og utskrivninger fra sykehus, ved alle forflytninger innad i kommunen, ved oppfølging av kronisk syke pasienter i kommunehelsetjenesten og hos fastlegene.</li><li>▪ Det er utviklet og etablert system for måling av sjekklisterbruk.</li></ul>
Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere.	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Ledere og medarbeidere har fått nødvendig opplæring i rolle og oppgaver knyttet til pasientforløpene.</li></ul>
Redusere unødvendige sykehusinnleggelser	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Helse- og omsorgstjenesten tenker forebygging, tidlig innsats og risikovurdering gjennom regelmessige helsekartlegginger av pasientene.</li><li>▪ Nødvendige helsetiltak igangsettes i samarbeid med fastlege eller tilsynslegene.</li></ul>



**Hemnes kommune**  
Skaper glede mellom smul sjø og øvig snø





## HERØY KOMMUNE

HERØY ER EN ØYKOMMUNE I NORDLAND FYLKE, PÅ HELGELANDSKYSTEN. CA 1818 INNBYGGERE.

NÆRINGSLIVET ER I STOR GRAD BYGD OPP OMKRING FISKE OG HAVBRUK.

OMSORGSTJENESTEN ER ORGANISERT I EN HJEMMETJENESTE, MILJØTJENESTE OG SYKEHJEM. TOTALT CA 85 ANSATTE. DE KOMMUNALE TJENESTENE ER GODT UTBYGD OG SENTRALT PLASSERT I ET HELSETUN.

### FUNN I INTERVJU OG FORBEDRINGSOMRÅDER

#### METODE:

ØDISKUSJON I FORBEDRINGSTEAMET, MED UTGANGSPUNKT I PASIENTINTERVJU. INTERVJU AV ANSATTE.

ØGJENNOMGANG AV DAGENS SKJEMA

Ø«POST-IT-METODEN»

#### RESULTATER:

ØSVAK/ULIK KOMMUNIKASJON: INNAD PÅ AVDELINGER, MELLOM AVDELINGER OG MELLOM AVDELING – FASTLEGE/ANDRE – SYKEHUS

ØMANGLER PLAN FOR PASIENT VED OVERFØRING. FORVENTNINGER IKKE AVKLART

ØTVERRFAGLIG SAMARBEID ER IKKE SATT I SYSTEM

ØSVAK/ULIK EVNE TIL DOKUMENTASJON BLANT ANSATTE. BÅDE MED TANKE PÅ Å DOKUMENTERE SELV OG LESE/FORSTÅ/TA I BRUK DOKUMENTASJON

ØSJEKKLISTER/SKJEMA BRUKES IKKE. MANGE SKJEMA. ANSATTE HAR IKKE KUNNSKAP/KJENNSKAP TIL SKJEMA

ØARBEIDSPLAN BRUKES IKKE GODT NOK. PASIENTENES TILTAK FØLGES IKKE OPP. PERSONAVHENGIG/JOBBER ULIKT. MANGE DISKUSJONER, MEN LITE GODE.

ØKONKRETE BESLUTNINGER SOM FØLGES OPP

ØSYKDOMSFOKUS/LITE HELSEFREMMENTE FOKUS. MYE PASSIV HJELP/PASSIVE PASIENTER. «UMOTIVERTE» PASIENTER. LITE MENINGSFYLT AKTIVITET.

ØSPØRSMÅLET «HVA ER VIKTIG FOR DEG?» BRUKES LITE.

#### FORBEDRINGSTEAM

WENCHE S. JØRGENSEN – ENHETSLEDER

MARIT REITAN KJEMSÅS – ENHETSLEDER

SISSEL EIDE KNUTSEN – ERGOTERAPEUT

ISABELL NÅS – HELSEFAGARBEIDER

ANN KARIN SVINØY – HELSEFAGARBEIDER

SILJE HEGRE – SYKEPLEIER

LOTTE MOE – SYKEPLEIER

MALIN MORSKOGEN-KNUTSEN – SYKEPLEIER

HELENA ANGEL – AKTIVITØR



# MÅL

ALLE PASIENTER SKAL HA EN PLAN FOR SITT PASIENTFORLØP. DENNE SKAL TA UTGANGSPUNKT I HVA SOM ER VIKTIG FOR DEN ENKELTE OG SKAL HA ETT HELSEFREMMENTE FOKUS. PÅRØRENDE OG RELEVANTE FAGPERSONER BØR VÆRE INVOLVERT I UTFORMING AV PLANEN.

- FASTE ANSATTE HAR KJENNSKAP TIL METODEN «MOTIVERENDE SAMTALE» (TIDSFRIST: 12 - 2023, MÅLES I SPØRRESKJEMA)
- FASTE ANSATTE HAR KJENNSKAP TIL RETNINGSENDRINGEN «HVA ER VIKTIG FOR DEG», OG HAR FOKUS PÅ DETTE I ARBEIDSHVERDAGEN. (TIDSFRIST: 11 - 2022, MÅLES I SPØRRESKJEMA)
- FASTE ANSATTE HAR ØKT FOKUS PÅ PASIENTENS RESSURSER OG HELSEFREMMENTE ARBEID/TILTAK. (TIDSFRIST: 11 - 2022, MÅLES I SPØRRESKJEMA)
- ALLE FASTE ANSATTE HAR TILSTREKKELIG KOMPETANSE OG RUTINER FOR Å DOKUMENTERE/LESE I PASIENTENS PLAN/JOURNAL (TIDSFRIST: 05 - 2023, MÅLES I SPØRRESKJEMA).
- ALLE FASTE ANSATTE BRUKER ARBEIDSPLANEN I DEN DAGLIGE OPPFØLGINGEN AV PASIENTER, SAMT REGISTRERER UTFØRTE/IKKE UTFØRTE OPPDRAG. (TIDSFRIST: 05 - 2023, REGISTRERING AV UTFØRTE OPPDRAG).
- ALLE AVDELINGER HAR ÅRLIGE OPPDATERTE SJEKKLISTER FOR NYE PASIENTER. (TIDSFRIST: 11 - 2022).
- ØKE KOMPETANSE PÅ PLAN FOR PASIENT: KARTLEGGING, MÅL, TILTAK, EVALUERING. BRUKERMEDVIRKNING.
- OPPRETTE SYSTEM FOR INNHENTING AV KUNNSKAPSGRUNNLAG I FORBINDELSE MED PASIENTARBEID.



## Leirford kommune

- muligheter på land og på vann

### Forbedringsteam:

Psykisk helsearbeider Marit Myrvik  
Geriatrisk sykepleier Therese Stigmundsdatter  
Helsefagarbeider Parinya Nilssen  
Hjelpetleier May-Liss Eriksen  
Krefsykepleier Hilde Johnsen  
Sykepleier Karina Kjørstad  
Virksomhetsleder Tove Nyland  
Virksomhetsleder Birgit Johansen

Antall  
innbyggere:

2270

### Tjenestetilbud i pleie- og omsorgssektoren:

- Hjemmetjenesten:
  - Hjemmesykepleie (ca 95 brukere)
  - Miljøtjenesten
  - Praktisk bistand
  - BPA
  - Avlastningstjenester for barn og unge
- Omsorgsboliger
  - Omsorgslønn
  - Helsestasjon for eldre
  - Dagsenter for personer med demens
- Demensteam med personal fra sykehjem og hjemmetjenesten
  - Sykehjem (29 plasser)
  - Rus- og psykiatritjenesten
  - Dagsenter (ikke i drift pr. dags dato)
  - Helsecenter
    - o Helsestasjon og skolehelsestjeneste
    - o Legkontor med tre fastleger
    - o Fysioterapitjeneste med tre fysioterapeuter (en kommunal og to private)

### Forbedringspunkt 1:

Innvolvering av pasienten  
Samhandling om pasient

#### Mål:

Stille spørsmålet hva er viktig for deg.  
Involvere pasient i planlegging.

Informasjon og involvering av aktuelle aktører:

Implementere i egne avdelinger og samarbeidspartnere, som fastlege og spesialisthelsetjenesten.

Prosess og arbeidsoppgaver:

Lage sjekklister som skal brukes ved overflytting fra/ til spesialisthelsetjenesten og internt i kommunen.

### Forbedringspunkt 4:

Plan ved forverring,  
Oppfølging av pasienter

#### Mål:

Unngå innleggelse/ reinnleggelse  
Følge opp pasientene i kommunen.  
Avklare HLR-/ r-

Innvolvering av aktuelle aktører:

Gjelder alle ansatte i pleie, omsorg og helse.

Involvere pasient og pårørende

Prosess og arbeidsoppgaver:

Lage planer til aktuelle pasienter. Avklares i legevisitt.

Bruke innkomstkjema på sykehjemmet

Alle må lese seg opp på pasientene, og følge med på aktuelle tiltak.

### Forbedringspunkt 2:

Bedre rutiner for tildeling av tjenester

#### Mål:

Systematisk kartlegging og vurdering  
Tidsbegrenset tildeling av enkelte tjenester  
Brukerinvolvering «hva er viktig for deg»

Informasjon og involvering av aktuelle aktører:

Informasjon til alle i tjenesten

Prosess og arbeidsoppgaver:

Oppdatere prosedyrer for tildeling av tjenester.  
Standardisering av forløp.

Oppdatering av søknadsskjema.

### Forbedringspunkt 3:

Samhandling

#### Mål:

Sikre at behovet til pasienten blir ivarettatt.  
Sikre at praktiske ting er avklart

Innvolvering av aktuelle aktører:

Gjelder alle ansatte i pleie, omsorg og helse.

Prosess og arbeidsoppgaver:

Lage sjekkliste for samhandling om innleggelse og utskrivelse til/ fra spesialisthelsetjenesten.

### Forbedringspunkt 5:

Bedre utnyttelse av kompetanse

#### Mål:

Fordele kompetansen der behovet er, fordele ressursene.  
Oppgavefordeling mellom faggrupper.

Innvolvering av aktuelle aktører:

Alle ansatte i helsetjenesten.

Prosess og arbeidsoppgaver:

Felles rapport.  
Tavlemøter

Dette jobber vi med:

- Planlegger markering av «hva er viktig for deg-dagen» den 9. juni
- Jobber med implementering av hva er viktig for deg- samtalen
- Endret sjekkliste for innkomst- tilført hva er viktig for deg
- Utviklet sjekklister for overganger kommune/ spesialist og innad i kommune

# GODE PASIENTFORLØP i Lurøy kommune

Hva er viktig  
for deg?

## Forbedringsteamet:

Viktoria Sjøset Bækkelund, sykepleier indre omsorgsdistrikt  
Liss Kristiansen, Fagrådgiver/saksbehandler  
Tildelingskontor  
Kay Pedersen, leder ytre omsorgsdistrikt  
Eva Evensen, ergoterapeut

En øykommune på  
Helgeland.

Innbyggertall: 1880  
552 personer over 65  
år. (SSB, 24.01.22)

## MÅL

INNBYGGERNE SKAL KUNNE BO HJEMME  
LENGST MULIG

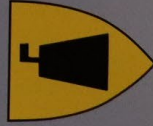
## DELMÅL

BEDRE

KOMMUNIKASJON/INFORMASJONSSFLYT OG  
SAMHANDLING INNAD I KOMMUNEN

BEDRE KOMMUNIKASJON MELLOM  
KOMMUNE OG SYKEHUS

Lurøy kommune har 3 omsorgsdistrikt, indre, midtre og ytre. Vi har 5 omsorgssenter og 1 sykehjem, miljøterapijeneste med 2 bofelleskap, tildelingskontor, barnevernstjeneste, 3 legehjemler, 2 helseyskepleiere, 1 psykisk helsearbeider, 1 interkommunal psykolog, 1 ergoterapeut, 1,5 fysioterapihjemler og 1 kommunal fysioterapeut i 30% stilling.



LURØY  
KOMMUNE

LIV LAGA



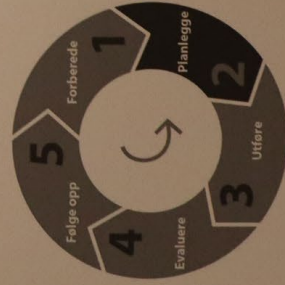
## Litt fakta om Rana Kommune

Byen har over 21 000 innbyggere, men i kommunen som helhet bor det over 26 000 mennesker. Rana kommune har et areal på 4460 km<sup>2</sup>, dvs Norges fjerde største kommune i utstrekning.

## Pleie og omsorgstjenester

245 institusjonsplasser totalt, hvorav 38 er korttidsplasser, 7 rehabiliteringsplasser og 5 ø-hjelp plasser. 23 bemannede omsorgsbolig-komplekser, 3 ubemannede boligkomplekser og en god del tilrettelagte omsorgsleiligheter. Ca 900 brukere av hjemmetjenesten (6 hjemmetjenesteavdelinger, 1 demenslag, 1 innsatsteam og kreftsykepleiere). Dagenhet med plass til 23 brukere hver dag. Rehabiliteringstjeneste og hjelpemiddellager.

Hva er  
viktig  
for deg?



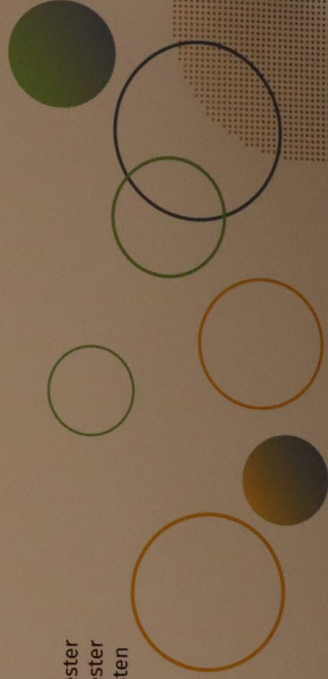
2. Planlegge
Kartlegge behov og dagens praksis
Sette mål
Velge måleverktøy
Finne / utvikle forbedrings-tiltak

### Medlemmer i forbedringsteamet

Frank Johnsen..... seksjonsleder MTA  
 Elisabeth Mjelle..... seksjonsleder MTA  
 Astrid Skjevling..... seksjonsleder institusjonstjenesten  
 Lena Handberg..... seksjonsleder hjemmebaserte tjenester  
 Lilli-Ann Krutå..... seksjonsleder hjemmehjelpstjenesten  
 Svein Arne Andersen..... rådgiver psykisk helse og rus  
 May Helen Steinfjell..... rådgiver tildelingskontoret  
 Ingrid Lorentzen Kildal.. psykologspesialist  
 Trine Graven..... rådgiver tildelingskontoret  
 Tonje Bergh Grimsø..... fysioterapeut innsatsteam  
 Liv Tove Risøy..... sykepleier 1 korttidsavdelingen  
 Ingvild Jensen..... sykepleier hjemmetjenesten

## Mål – hva skal vi oppnå?

Forbedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene i pasientforløpene blir av god kvalitet. Bedre koordinerte pasientforløp. « Hva er viktig for deg?» blir gjennomgående i brukerens møte med tjenestene, slik at brukeren opplever å bli sett og videre motivert til økt egenomsorg. Forebygge innleggelses- og reinnleggelses.



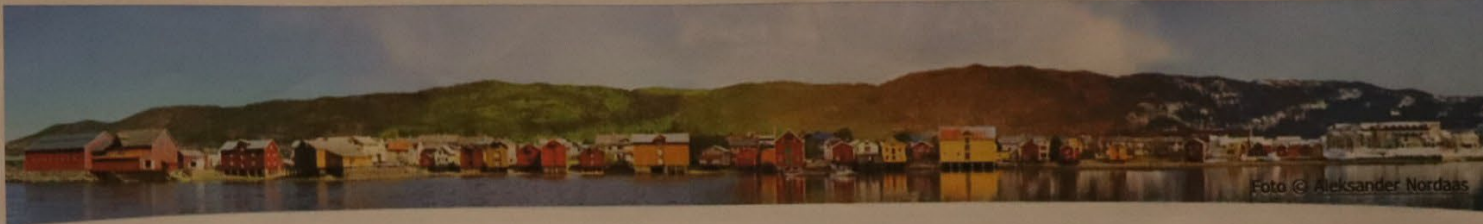
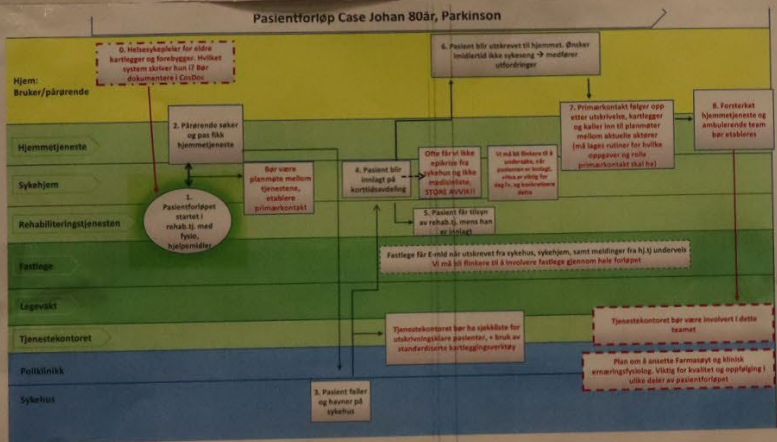


Foto © Aleksander Nordaas



**Rutine tverrfaglig inntaksteam**

**Formål**

Formålet med tverrfaglig inntaksteam er å sikre gode pasientforløp i pasientsaker som krever involvering av flere tjenesteområder. Tverrfaglig inntaksteam skal bedre koordineringen i behandlingen, avklare ansvarforhold mellom tjenestene og sikre kvaliteten i oppfølgingen i pasientforløp som krever oppfølging av flere tjenesteområder samtidig.

**Omfang/Virkeområde**

Denne rutinen gjelder alle ansatte i helse og omsorgstjenesten som har en rolle i inntaksteamet og alle ansatte i helse og omsorgstjenesten som henviser til tverrfaglig inntaksteam.

**Ansvar**

Alle ansatte som henviser eller som har en rolle i inntaksteamet er ansvarlig for å lese og sette seg inn i denne rutinen. Nærmedis leder har ansvar for å legge til rette for tilstrekkelig opplæring i rutinen.

**Aktivitet/beskrivelse**

**Kriterier for vurdering i tverrfaglig inntaksteam:**

- Det skal fortrennsvis kun vurderes pasienter med sammensatt problematikk hvor det vurderes at pasienten har behov for oppfølging fra flere tjenesteområder samtidig.
- Aktuelle pasienter er:
  - Resurskrevende pasienter hvor det vurderes hensiktsmessig å involvere flere tjenesteområder
  - Pasienter med samtidige somatiske og psykiske vansker som har behov for koordinerte tjenester
  - Pasienter med klare fremtidige hjelpebehov fra flere tjenesteområder hvor det er behov for koordinering av tjenestene for å sikre gode pasientforløp
- Pasienter med kompleks problematikk, som selv ikke ønsker tjenester, men hvor helse og omsorgstjenesten vurderer behov for tjenester for å forhindre ytterligere forverring av helsetilstand kan drøftes anonymt i teamet.

I pasientsaker hvor pasienten allerede har et vedtak/tjenester i helse og omsorgstjenesten, og hvor ansvarlig helsepersonell vurderer behov for ytterligere tjenester fra andre tjenesteområder, så skal henvisningsmal i CosDoc benyttes.

**HENVISNING TIL TVERRFAGLIG INNTAKSTEAM**

Sjått i kurset er ment som hjelpetekst og hjelp i henholdsvis. Det er ikke ment at det skal være behov for alle saker, men er ment som hjelp til å beskrive ulike utfordringer relatert tema.

**Bakgrunn:** Beskrivelse av sammensatt, barn/pårørende, nettverk, bistandsperson, aktivitet, tidligere sykdomshistorie (samtale/psykiatri)

**Aktuelle:** Beskrivelse av aktuell problemstilling, start, varighet, utvikling, symptomer, relevante hendelser som kan tenkes å ha påvirket symptomutvikling. Hvordan innmelding har symptomer på pasientens frø og hvordan er bakgrunn for tidligere/forborte behandlinger har pasienter i dag (både i kommunen og i spesialisthelsetjenesten)?

**Medisiner:** I bruk: Liste over aktuelle medisinering.

**Vurdering/henvisningsgrunn:** Vurdering av pasientens hjelpebehov og ønsker. Hvilke tjenester vurderer du som henviser har være behov på, og hvorfor? Vurdering av hvilken oppfølging pasienten har fra.

**Tjenestekontoret sin sjekkliste ved utskrivningsklar pasient:**

- Telefonnummer, adresse, pårørende og fastlege
- Gir helseoppløpninger og funksjonsoppløpninger tilgjengelig informasjon for å vurdere tjenestebehov?
- Har brukeren samtykket til bistad fra kommunen?
- Hvilken er boligtype? Behov for hjelpemidler (helmet)? Har sykhuset kontaktet rehabiliteringsavdelingen?
- Behandlingshjelpemidler / medisinerteknikk utstyr: Behov for oppløpning av personell? Muligheter for langvarig behov – har sykhuset sendt henvisning til hjelpeoppløpning i landssykehuset?
- Vurdert spesialist rehabilitering? Søk ved bistad hos rehab. avdelingen.
- Hvis bruker har sambor / ektefelle / pårørende kan disse bistad med egne midler for hjemmetjenesten komme inn i bildet?
- Måte pasienten hjemme ved utskrivelse fra sykehus: Hjemmetjenesten kan ikke bistad etter M. 37?
- Ernæring: Beskriv om ernæringsberedning? Kan bestilles fra sykehuset for hjemmet?
- Medisiner: Alltid be om at det bringes med medisin til og med neste vikedag, på fredager, til og med mandag. Særlig viktig hos nye pasienter! Reseptor må være skrevet. Privat medisinbeholdning hos kognitivt, oppgjerne pasienter.
- Ved skrevet i stede av pasienter med akutt helse, be om at det sendes med utstyr til første oppfølging og at resepter på utstyr er skrevet.
- Alltid gi skriftlig og muntlig bekreftelse til sykehuset om at utskrivelse med være mottatt elektronisk for kommunen kan ta inn pasienten. Må inneholde oppdatert medisinliste, vurdering av bruk til sykehusinnleggelsen, behandling og videre behandling.
- Hvis bruker har kjæleliv i hjemmet, skal disse holdes i samsvar med når hjemmetjenesten er til stede.
- Er stanger om det er utfordringer i hjemmet som kommunen har kjone til, ryddeteknisk hus bruker eller andre i boligen?
- Behov for hjemmetjenester: Legg til riktig tjenestekode i CosDoc og overfør i tverrfaglinn.
- Palliative pasienter: Sett på palliative medisinering? Er korffordringsberedning gjort inn i bildet? Hvis forberedt til innleggelse, ved utskrivelse bør det være direkte kommunikasjon mellom sykehuset i hjemmetjenesten i sykehuset og sykehuset for å sikre fortløpelig helsehjelp.
- Skrive ut helseoppløpninger på nye pasienter og legge fram til neste postmand.

**Struktur:**

Tverrfaglig inntaksteam består av:

- Enhetsleder Tjenestekontoret
- Enhetsleder Hjemmetjenesten
- Enhetsleder sykehjemstjenesten
- Enhetsleder miljøterapeutstjenesten
- Avdelingsleder psykisk helse
- Kommunepsykolog og kommunevenerge

**Møteleder:** Enhetsleder tjenestekontoret

**Møteledingspunkt, hyppighet og sted:** kl 1400-1530, hver tredje onsdag, fortrennsvis med bruk av digitale medier (Norisk Helse Nett)

Ved behov tas ytterligere kompetanse inn i materia (samarbeidskoordinator, kretskoordinator, K&F, Formidlings, m.m.)

Alle aktuelle saker som skal drøftes i teamet skal sendes inn til egen mappe i kommunens journalsystem (CosDoc). Gruppens medlemmer er ansvarlig for å sette seg inn i hver sak i forkant av møtet.

Det skal føres et eget inntaksteam i pasientens journal som beskriver vurderingen som blir gjort i hver aktuelle sak. Tapet skal evalueres etter 6 mnd drift.

**Ansvarsområdene til tjenestekontoret og hjemmetjenesten:**

**Tjenestekontoret:**

- Gir gjennom sjekkliste med utskrivelse for egen bistad
- Opprette tjenesten i regner pasient til (under og oppfølging som telefon osv. Feiltype med os påbørnde med os
- Overføre journaler til SSI (sund), SSI (sund), SSI (sund), SSI (sund)
- Tar et hjemmetjeneste om hjemmetjenesten ser det er behov.
- Tar kontakt med pasienten og hører hvordan det går etter noen dager
- Gir beskjed om at pasienten under privat MD søk, der hjemmetjenesten ikke skal ha medisinvarant.

**Hjemmesykepleien:**

- Iverksette tjenester
- Skatte opp med tjenester
- Legge innmeldingen
- Ved nye pasienter: melle til tjenestekontoret innen 2 uker hvis som er vedtakstidspunkt
- Ved pasienter med uttak fra ten: vil evaluere vedtakstidspunkt 2 uker etter hjemmetjenesten
- Ber om hjemmetjeneste av tjenestekontoret ved behov
- Gir utskrivning til tjenestekontoret hvis hjemmetjenesten ikke er bra og endrer et møte ved behov
- Om oppfølging ikke følger pasienten eller er sendt på PSD i forkant – skal det sendes melding på 00 i CosDoc, skriv et notat i journalen til pasienten med avskrift, vedtak. Send skrivet avskrift.