

Postere fra læringsnettverk i Telemark

Samling 4, 3.-4. mai 2023



Fyresdal Kommune

Demografi:

Innbyggjarar per 4. kvartal 2022: 1224

Landareal: 1107 km²

Plassar til døgnopphald:

- avdeling for pas. med demens: 8
- somatisk avdeling: 8 langtidsplassar, 4 korttidsplassar, 1 ØHD-plass

Omsorgsbustad: 25

Omsorgsbustad Århusjørdet: 12

Bofellesskap for personar med psyk. utviklingshemming: 1

Brukarar i heimetenesta: 66

Funn ved intervju, og utfordringar:

- Pårande er tydelege på at pasienten ved fyrstegongs innlegging i sjukehus ikkje vart grundig nok undersøkt. Noko også helsepersonell er einige i. Sjukehus behandla etter det legen la inn pasient for, la ikkje vekt på viktig informasjon anna helsepersonell i kommunen fortalte om pasienten.

- Det er kompliserande, særleg for eldre skrøpelige pasientar når fastlegen ikkje har tid. I løpet av nokre veker med stadige utfordringar var pasienten innom alle tre legane ved legekontoret. Fastlegen er sentral for å førebyggje, i og med at denne også kjenner pasienten betre over tid.

- Pårande er også i tvil om anna helseteneste i kommunen fekk informasjon frå legekontor etter legebesøka.

Utfordringar knytt til reinleggingar kan handle om;

- Forbeting: Lokal legevakt f.o.m april-2023

- Kommunikasjon mellom legekontor og heimetenesta/sjukeheim.
- Kommunikasjon mellom specialist- og kommunehelsetenesta.
- Lang veg til sjukehus.

Mål – Kva skal oppnås?

Vi ynskjer å forbetre rutinane for mottak av utskrivningsklare pasientar frå spesialisthelsetenesta.

Kva for konkrete tiltak/handlingar skal vi iverksetje?

Lage rutine for samhandling mellom helsepersonell i dialogen rundt utskriving av pasient.

Gode
pasient
forløp

Kva er
viktig
for deg?

Forbetingsteamet i Fyresdal:

Gry S. Åmlid, avdelingsleiar POS
Janne Hagen, sjukeleiar POS
Siv S. Seltveit, tenestekontoret
Linda Moe, sjukeleiar heimetenesta
Karin K. Østerhus, kommuneoverlege
Bente Momrak, fysioterapeut
Gunn Marit Aslestad, avdelingsleiar heimetenesta,
leiar forbetingsteam

Hjartdal kommune ligg i Aust-Telemark med grense til kommunane Notodden, Tinn og Seljord. Hjartdal har ca. 1600 innbyggjarar og er ein triveleg kommune med gode og trygge oppvekstvilkår. Kommunen består av tre bygder: Sauland, Tuddal og Hjartdal



HJARTDAL KOMMUNE



Kartleggings skjema



Endre fokus



Arbeidsprosessen:

- Forbetringsområder.
 - Felles kartleggingsverktøy.
- Prosessen
 - Heilskapleg pasientforløp.
- Utfordringar.
 - Felles implementering.
- Kva har påverka oss.
 - Tettare samarbeid.
 - Pasienten i fokus.
- Vegen vidare.
 - Felles brosjyre for helse og omsorg.
 - Målbarhet i profil.



KVITSEID KOMMUNE



SEKULSTE VED UTSKRIVING FRÅ KOS TIL HEIM

Navn	Stilling	Telefon	E-post
Heidi Eilifsen	vernepleiar		
Helene Stensrud	sjukepleiar		
Kristin S. Jacobsen	sjukepleiar		
Trude Nordbø	sjukepleiar		
Helene Todal	fysioterapeut		
Elin Aabø	vernepleiar		
Lene Pettersen	ergoterapeut		

Deltakarar:

- Heidi Eilifsen, vernepleiar
- Helene Stensrud, sjukepleiar
- Kristin S. Jacobsen, sjukepleiar
- Trude Nordbø, sjukepleiar
- Helene Todal, fysioterapeut
- Elin Aabø, vernepleiar
- Lene Pettersen, ergoterapeut

Informere og lære helsepersonell:

- Me gjennomfører «kva er viktig for deg»-dagar med utveining av fortøst og informasjonsskema i avansert stadium
- Lærar er fagpersonane som har informasjon og kompetanse om KOS, tittel for funksjonsskema og abstraksjon
- Me har hatt møte med lærarne i dei ulike einingane, og kommuniserte vår delheit på noko måte
- Postlære er bringt opp på dei ulike arbeidsplanane
- Ferscovur har delteke på 2 møte

Styrke brukarrolla:

- Fagpersonar/meistringsteam og legetekniskar spør alltid brukar og pårørande kva er viktig for dei
- Spør brukar om dei vil ha informasjon om brukarrolla
- Spør brukar om dei vil ha informasjon om brukarrolla og sjølvhjelp
- Spør brukar om dei vil ha informasjon om brukarrolla og sjølvhjelp
- Spør brukar om dei vil ha informasjon om brukarrolla og sjølvhjelp

Gjennomføre blåk:

- Det er faga sjøkkistar for samarbeidsgrupper
- Helsepersonell, omsorgspersoner og meistringsteamet har tatt del i bruk

Utfordringar:

- Økonomi
- Færre korttids plassar
- Tilrettelegde bustadar
- Avstandar, transport
- Kompetanse, sårbarhet
- Fastlege

Einsleige over 80 år 58,4%

Omsorgsbustadar 53

Brukarar i heimetenesene 147

Hytter 1171

Plassar døgnoophald: 28, pluss

KAD-plass

Areal 708 km²

Innbyggjarar 2. kvartal 2021: 2445

Fakta /demografi

SEKULSTE VED INNLEGGING FRÅ HEIM TIL KOS

Navn	Stilling	Telefon	E-post
Meistringsteamet			

Meistringsteamet etter prosjektet
 Fortsette med faste møter
 Bruke skjema ved overgangar
 Kva er viktig for deg- skjema
 4-meter gangstest

Målt:

- Bruke sjekklister ved 70% av pasientovergangar – målanvarleg
- Bruke 4-meter gangstest ved 70% av kartleggingsbesøk frå tenestekontor/meistringsteamet.
- Ta i bruk kva er viktig for deg – skjema for alle pasientar
- meistringsteamet følger opp.
- Meistringsteamet skal vera ein aktiv aktør i pasientforløpet i kommunen.

Sitat med humor: Då legen skulle skrive meg ut sa eg: takk for nå, håpar eg ikkje ser deg att. Då svara ho: Takk i like måde

SEKULSTE VED PASIENT SOM ER KANDIDAT FOR MEISTRINGSTEAMET

Navn	Stilling	Telefon	E-post
Meistringsteamet			

Funn ved intervju og utfordringar:

- Transport ved utskrivning
- E-meldingsflyt frå psykiatrisk/somatisk avd
- Lite bruk av fastlege
- Kartlegging akuttskjema ved innlegging
- Informasjon undervegs i pakkeforløp
- Tilrettelegging under sjukehusopphaldet.
- Ingen spør kva som er viktig for deg?
- Viktig med lett tilgjenge til kommunale tenester

Forbedrings- teamet:		
Enhet/avd.	Navn	Stilling
Ass rådmanns enhet	Kristin Sekse	Kommu- ne- overlege
Legetjenesten, fysio/Ergo og psykisk helse	Jørund Verpe	Enhetsle- der
Hjemme- sykepleien	Monica Ø. Halvorsen	Avdeling sleder
Hjemme- sykepleien	Linda Vala bråten	Avdeling sleder
Demens institusjon	Leslie van Deer Narste	Avdeling sleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddel	Stine Sjøberg Bentsen	Avdeling sleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemiddel	Marie Forberg Jørum	Kvardag- s- rehabilit- ering
Institusjon	Ingjerd Helgen	Avd. lede- r
Institusjon / hj.tj	Martin Ytreland	Enhetsle- der
Institusjon/kort- tidsavdeling	Mona Storkaas	Avdeling sleder
Tjenestekontor	Ingunn Stavsholt	Saksbeh- andler
Tjenestekontor	Eva-Lill Johannessen	Saksbeh- andler
Konst. kommunalsjef	Urban M. Eriksen	Fagleder

**Forbedringsområder fra
start:**

- Tjenestekvalitet- nivå i
tjenesten
- Overganger
- Første møte med
bruker/pasient
- Samhandling og
samarbeidsrutiner
- Helhetlig omsorgstrapp
- Demensomsorg

Tidligere gjennomførte mål og delmål

- Gjennomført Fagdag med fokus på tjenestekvalitet –
følge dette arbeidet videre.
- Iverksette prosedyrer i «første møte med bruker»,
«inn/utskrivelse i institusjon», «sjekklister»,
- Arbeide mot en samlet tjeneste («VI-følelsen»)
- Etablere velfungerende møtearenaer for tjenesten
- Sikre god bruker- og pårørendeinvolvering
- Få på plass en komplett omsorgstrapp-
kommunestyret ila 2022.
- Etablere heldøgnsbemannede omsorgsboliger FM

Dagens Mål og delmål:

- Velferdsteknologi – satt ut 40 med. dispensere. Tester ut digital overvåkning i
bolig.
- Jobbe videre med forankring av velferdsteknologi og andre tiltak for bedre
utnyttelse av ressursene våre – få det til å være en naturlig del av hverdagen
vår
- Satt i gang mange sjekklister og prosedyrer – nå må vi få på plass gode rutiner
for evaluering. Se på / kartlegge gevinster.
- Gode demensforløp er satt i gang med egen prosjektgruppe.
- Demensvennlig samfunn (Info til næringsliv, dagsenter, demenskor, m.m.)
- Brukerutvalg og brukerundersøkelser ila 2023
- Opplæring i «hva er viktig for deg?» Gjennomført i somatikken. Bo og mestring
er neste ut.
- Oppstart av RPH – psykisk helse.
- Arbeidspakker som øker kvaliteten i tj. (tjenestekvalitet, lege, hjemmetj,
institusjon, bolig)
- Informasjonsflyt helt ut i organisasjonen. Vi må få eierskap helt ut.
- Bruke den politisk besluttede omsorgstrappen i arbeidet videre. .



«En attraktiv kommune å bo og leve i»

Ant. innbyggere: 10 461

GODE PASIENTFORLØP FOR PASIENTAR I NISSEDAL KOMMUNE

(I overgangen frå og til heim, sjukehus, institusjon).



Forbetringssteam:

- Andreas Myklebust – kommunelege
- Hild Riseth Fjone – Avdelingsleiar på helse
- Solveig Nilsen – Avdelingsleiar for heimebaserte tenestar
- Cathrine Austjore – Helsefagleg konsulent
- Tori Fretland Tveit – Sjukepleiar i heimesjukepleia
- Helene Grimstveit – Sjukepleiar på somatisk avdeling
- Eline Metveit – Sakshandsamar på tenestekontoret



Hovedmål:

- ❖ Gjennom bruk av sjekklister sikrar primær- og sekundærkontakt, tenestekontoret, reinhold* og heimhjelpa. Nødvendige hjelpemiddel er på plass. Tenestane er sett på midlertidig opphør (sjukehus, sjukepleiar, HC kort og linaid).

Delmål:

- ❖ Utføre sjekklister
- ❖ Forhindre og mellom aktørar. Temaet takast opp på personalmøte og i kommunestyret.

Vurdering og vidare arbeid

Frå september 2022 har personalet nytta sjekklister ved overgangar frå og til heim, sjukehus og institusjon.

Sjekklista er på to sider, og ein ser at det ofte kun er signert på den eine sida.

Vidare arbeid blir å:

- Ta ein gjennomgang på neste avdelings- og sjukepleiarmøte for å få tilbakemeldingar.
- Legge til og fjerne punkt etter tilbakemeldingane vi har fått.
- Kartlegge kva som eventuelt er utfordrande for personalet.
- Kartlegge kva som kan bli betre.
- Kartlegge om årsaken til å nytte sjekklister er godt nok formidla.
- Kartlegge korleis pasientane opplevde overgangen.
- Jobbe for å auke bruken av sjekklista.

SJEKKLISTE VED OVERGANG TIL- OG FRÅ SJUKEHUS/INSTITUSION/HEIM – sjå baksida for fargekodar.

Navn:	Dato for oppstart sjekklister:	Kor har pasienten har vore og kor h'n skal:	Ut dato:
		Overgang frå _____ til _____	

TILTAK	KVA/KORLEIS	ANSVAR	UTFØRT (SIGNATUR)			MERKNAD
			JA	NEI	SIDE AKTUELT	
Informasjon om pasienten:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nærmaste pårørende er registrert i profil. ❖ Fastlege er registrert i profil. 	Primærspes				
Årsak innlegging:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Vurdere teneste for pasienten. ❖ Dokumentere årsak til innlegging. 	Tenestekontor dagtid i veka. Hl.sst. Evid og heig.				
Bustaden:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tryggleiksvarslar – legg tilgjengelig til pasienten skal heim? ❖ Må pårørende kaste mat, pakke klede, vaske noko? 	Hl.sst.				
Transport:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Transport er avtalt (taxi, pårørende, ambulans) 	Hl.sst. evt. m/lege.				
Medisinar/MAD:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Nødvendige medisinar er på plass og legemiddelkort er samstemt med epikrise og/eller legemiddelkort frå fastlege/fysiskelege. ❖ Det er vurdert om brukar mestrar å administrere sine medisinar sjølv. 	Hl.sst. m/lege.				
Behandlingsavklaring:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Det er tatt stilling til HLR, innlegging på sjukehus, behandling/lindring? Skal dokumenterast under OBS på hovudkortet. HLR under Cave. 	Hl.sst. m/lege.				
Opplysning:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Er det gjort opplysning i nødvendig prosedyre? Visst ja – Er prosedyra tilgjengelig i tiltaksplan og på arbeidslister? 	Hl.sst.				
Ved innlegging:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Informasjon til nærmaste pårørende. ❖ Informasjon til kjøkkenet*, tenestekontoret, reinhold* og heimhjelpa. ❖ Nødvendige hjelpemiddel er på plass. ❖ Tenestane er sett på midlertidig opphør (sjukehus, sjukepleiar, HC kort og linaid). 	Hl.sst.				
Overflytting i profil:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Pasienten er overflytta til riktig distrikt/soner, og i plassadministrasjonen. 	Tenestekontor				
Primær- og sekundærkontakt:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Tildele primær- og sekundærkontakt 	Avd.leiar.				
Helsestatus:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Utført NEWS 2, tatt vekt og kartlagt ernæringsstatus ❖ IPLOS (stor og liten) 	Primærspes				
	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sende forespurnad til fastlege om diagnose og registrere dei i profil. 	Primærspes				
Sammenfating og dokumentasjon:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Sammenfating er skrive eller oppstart. ❖ Dokumentert fysisk funksjonsnivå, psykisk helsestatus og bruk av hjelpemiddel, samt kva pasienten mestrar og kva utfordringane er og målet med opphaldet. ❖ Laga pleieplan etter noverande behov. OBS fyll inn tiltak på alle faner du vil. 	Primærspes				
Innkomsamtale:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Innkomsamtale er utført og det er dokumentert: <ul style="list-style-type: none"> - Kva er viktig for deg? - Mål for opphaldet - Kva skal til for at du skal mestre kvardagen heime? - Kan vi tilrettelegge med hjelpemiddel? 	Tenestekontor og evt. Primærspes				
Samarbeidsmøte:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fylle ut mal for samarbeidsmøte ❖ HLR status og behandlingsavklaring 	Tenestekontor, kommunel og evt. lege, fysio, pårørende. Hl.sst.				
Tverrfaglig:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Fysioterapeut er informert, evt. avtalt besøk ❖ Lege – Pasienten er vurdert av fysiskelege på første visitt og avtalt vidare opplysning 	Hl.sst.				
Hjelpemiddel:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kartlegging av hjelpemiddel i bustaden og behov v/utskrivning 	Hl.sst.				
Opplysning/utskrivingsamtale:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ Kva er viktig for deg? ❖ Oppstart MAD? Bestille medisin. ❖ Kven transporterer pasienten heime? ❖ Behov for pensl? Evt. sende forespurnad til fastlege om resept. ❖ Tankar fram utskrivning ❖ Vidare hjelpemiddel – legge inn salbad ❖ Klargjøring av bustaden. Sette på varmeløslende matvarer? Vaske? 	Tenestekontor, kommunel og evt. pårørende.				
Helsestatus:	<ul style="list-style-type: none"> ❖ IPLOS (stor og liten) ❖ NEWS 2 	Hl.sst.				

	= Bør utførast/kartleggast før innskrivning.
	= Bør utførast innan 1 dag.
	= Bør utførast innan 2-3 dagar.
	= Bør utførast innan 1 veka.
	= Seiste veka før utskrivning.

*Kjøkkenet og reinhold skal få beskjed dersom pasienten til vanleg får middagservering frå NOS og blir sett på midlertidig opphør. Uavhengig av tidlige tenestar skal kjøkkenet få beskjed dersom pasienten blir lagt inn på omsorgsenteret.



SYKEHUSET TELEMARK

MÅLINGER:



Spørsmålet : Hva er viktig for deg

MÅLSETTING:

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

DETTE ER VI STOLTE AV:

I strategien og visjonen til Sykehuset Telemark HF 2023-2025 står «hva er viktig for deg» og Gode pasientforløp sentralt.

4) Viktig - Pasientenes behov

Hva skal pasienter vite og må vite, og hvordan de skal bli involvert i beslutningene som gjøres for å sikre at de får den beste pasientopplevelsen? Dette er et spørsmål som er viktig for alle som jobber i sykehuset, og som er sentralt i vår strategi for å sikre gode pasientforløp. Dette er et spørsmål som er viktig for alle som jobber i sykehuset, og som er sentralt i vår strategi for å sikre gode pasientforløp.

Det er viktig å sikre at pasientene får den beste pasientopplevelsen, og at de får den informasjonen de trenger for å ta de beste beslutningene. Dette er et spørsmål som er viktig for alle som jobber i sykehuset, og som er sentralt i vår strategi for å sikre gode pasientforløp.

Sykehuset Telemark HF

Medansikt Sykehuset Telemark HF sin forbedlingsprosjekt



★ En i teamet utdannes nå til å bli forbedringsagent

Etter initiativ fra Soljord og Notodden kommune er det startet opp egne prosjektarbeid med Notodden sykehus.

PROSJEKTENE FOKUSERER PÅ:

- Digitale samarbeidsmøter (ft. re-innleggelse)

- CFS, meldingsflyt og innleggesrapporter

GIENNOMFØRT FAGDAGER MED OPPLÆRING AV ANSATTE:

- Evaluerer på dokumentasjon

- Opplæring i PLD meldinger



DELTAGELSE PÅ KONFERANSER MED ERFARINGSDELING

- 25. November - Pasientsikkerhetskonferansen (Oslo)

- 16. Februar - Gode pasientforløp 3 samling (Bergen)



Notodden sykehus, medisinsk og kirurgisk avdeling



Notodden kommune
Bluesbyen

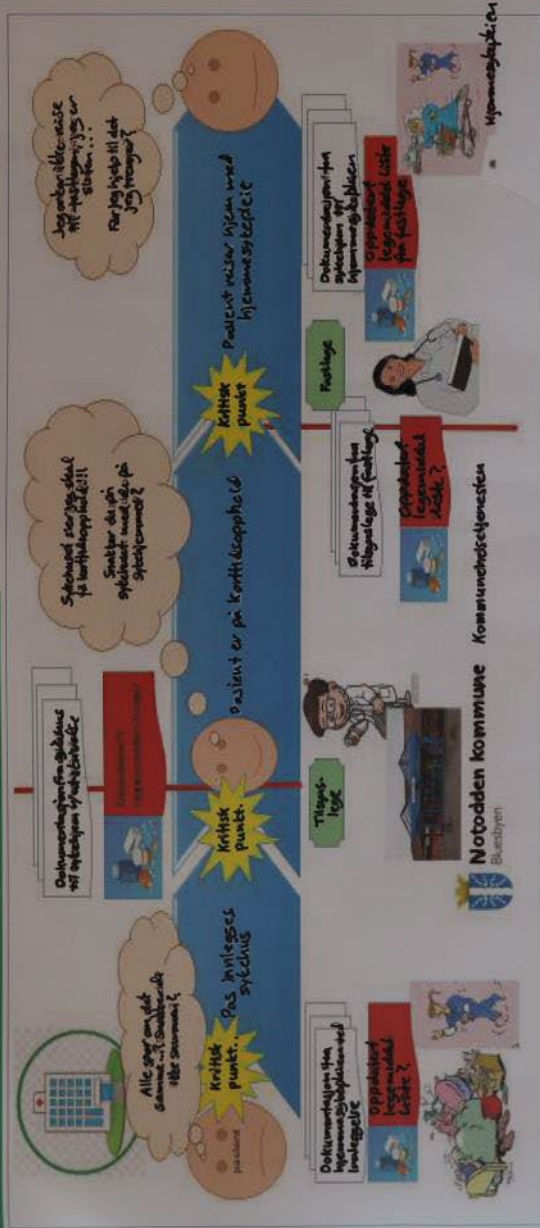
KVALITET BETYR AT TJENESTENE



Gode pasientforløp

PASIENTERFARINGER: okt 2021

- Helsepersonell spør de samme spørsmålene hver gang.
- Snakker de ikke sammen?



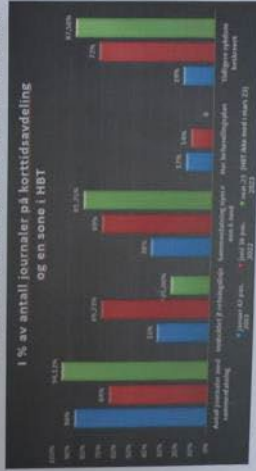
1. intervensjon; Gode pasientforløp i hjemmet

- Mål: Skrive mer informative sammenfatninger i profil
- Bedre informasjonen i innleggelses-rapporter til sykehjem eller sykehus
- Rask Samstemming av legemiddellister (LL)



Notodden kommune
Helse og omsorg

Måling - sammenfatning i journal ifny retningslinje



Notodden kommune Helse og omsorg

2. intervensjon; Hva er viktig for deg?

Mål: Styrke brukermedvirkningen



Statusrapport mai 2023

Notodden kommune
Helse og omsorg

Måling - Hva er viktig for deg?



Notodden kommune Helse og omsorg



Seljord

- det gode vertskap

Målepunkter:

Utvalking fra sykehus og fastlegen

- Spesielle forberedelse av innkomst er gjennomført.
- Er næraste pårørende informert?
- Behov for rehabilitering er vurdert.

Besøk av sjuklepleiar innan 3 dagar

- Spesielle for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.
- Er det behov for oppfølgingsstøtte hjå fastlege?
- Er det gjennomført "kva er viktig for deg" samtale?

Vurdert av fastlege innan 2 veker

- Hjemmepleieia har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon.
- Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk er gjennomført av fastlegen.
- Oppsummering frå fastlegen er mottatt/inhentet.

Oppfølging / evaluering er gjort innan 5 veker

- Spesielle for oppfølging og evaluering er gjennomført.
- "Har me lykkaast med det som er viktig for deg?"

Andre 4 meter gjennomført

- Oppfølging / evaluering innan 6 mnd er planlagt.

Lærar frå fysioteraplevdelinga som har utdanning innan MI.

Andre ressurspersonar:

- To frå heimtjenesta.
- Ein frå psykisk helse og rus. (Ho har også kompetanse innan MI)
- To frå trettelagte tjenester (PT)
- Ein frå kortspesialdeling ved sykeheimen
- Ein frå helsestasjonen.

- Me kallar det «MI-light» då poenget ikkje er å bli MI-utdanna, men bli medviten på korleis me kan ha den gode samtala med brukar/pårørende.

- Dei i gruppa vide reformtiler det me ever på og lærer oss, til sine andre kollegaer

- Personalmeter, i tilsyn, husmeter, lagmeter. Og litt mest uformelt; møte med kollegaer.

- Møtsne er 1 x månaden.



Kva er viktig for deg?



Gode pasientforløp

Samarbeid mellom Seljord kommune og Notoddan sykehus

- Seljord kommune tok før jul initiativ til et møte med NSH for å se på et eventuelt samarbeid rundt pasienter med typiske reinnleggelses/utsøskede pasientforløp
- Notoddan var svært imøtekommende og de fikk med seg analyseavdelingen som hjelp oss med statistikk. Positive meter med mye god energi og initiativ.
- Vi samhandler nå rundt pasienter med reinnleggelse (innen 30 dager) eller mer enn 2 innleggelses det siste året. Tjenestekontoret holder orden på dette og sender en elektronisk melding til sykehuset når det blir melding om en «slikt» pasient. NSH kan også kalle inn til samarbeidsmøte ved behov.
- Ved tvil om behov sender tjenestekontoret en PLD til sykehuset og spør om pasienten er kandidatt for et slikt møte.
- Spennende og svært lærerikt.
- Bidrar til økt forståelse for hverandre.
- Snakk om å utvide til Vest-Telemark, ert videre til Midt-Telemark etter hvert.

Erfaringer fra første møte:

- Mange mennesker samlet digitalt, dette fikk vi til på under 24 timer
- Engasjement fra begge nivåene
- Voksenopplæring («haha»)
- Økt innstakt om hverandre
- Ble litt bedre kjent
- To konkrete tiltak for pasienten
- Samme mål
- Omforent virkelighetsoppfatning



Tinn kommune

- Folkeetall: 5 325
- Areal: 2045 km² (3,7 km² pr. innbygger)

Pleie- og omsorgstjenesten:

- 60 institusjonsplasser, inkl. KAD (fordelt på 6 avdelinger og 3 lokasjoner)
- 49 omsorgsboliger
- 20 bemannede omsorgsboliger
- 2 dagavdelinger
- 449 Brukere av hjemmetjenester fordelt på 2 soner

Prosjektgruppe:
Grith Petersen, Tonje Smadsrud Uglem, Rebecca Stenvi, Monica Nielsen,
Janne Naper Standal og Elin Fjellstad

«Målrettet kunnskap om tjenestemottakers behov gjennom hele pasientforløpet i helse- og omsorgstjenesten.
«Sikre gode overganger mellom ulike helsetjenester for sårbare mennesker med sammensatte utfordringer»

Hva har vi gjort

- Utarbeidet et felles kartleggingsskjema på tvers av avdelinger.
- Opprettet felles ukentlige tverrfaglige møter mellom aktuelle avdelinger
- Forankret hos ledelsen
- Spredd informasjon til aktuelle avdelinger
- Dialog med systemansvarlig for Profil for best mulig utnyttelse av systemet

Erfaringer

- Opplever større fokus og engasjement omkring «Hva er viktig for deg»
- Implementering er tidkrevende
- Større fokus på brukermedvirkning
- Felles mål gir mer flyt og økt kvalitet
- Deling av kunnskap om pasient og fag
- Økt samarbeid om felles mål mellom aktuelle pasient og instanser
- Økt kunnskap og innsikt om samarbeidspartnere

Veien videre

- Videreutvikle felles kartleggingsskjema, lage lommeformat og implementere i opplæring av nye ansatte
- Legge inn i virksomhetens kvalitetssystem
- Lage en plan for innføring av flere tjenester og avdelinger i kommunen, bla. psykiaritjenesten og sykehjem.
- Ta med erfaringene inn i prosjektet «nytt helsehus» hvor Gode pasientforløp er ett av fire hovedmål



Skjema for tilstandsvurdering

Dato: _____

Skal utføres innen tre dager etter bruker har kommet hjem/startet opp med tjeneste eller kommet inn på korttidsavdeling. Skjema brukes også av primærkontakt for kartlegging hver 6. mnd. (oftere ved endring).

Personalia

Fylles kun ut ved første registrering. Ved oppfølgingsmøter benyttes kun løpenummer fra Profil.

Navn/Løpenummer:	Født:
Adresse:	
Telefonnummer:	
Nærmeste pårørende:	
Har pårørende behov for veiledning/opplæring?	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nei
Evt. verge:	
Fastlege:	

Samtykke

Utveksling av informasjon forutsetter at pasienten er i stand til å kommunisere og er samtykkekompetent. Dersom ikke, må informasjonen gjennomføres i samarbeid med nærmeste pårørende. Dersom ikke samtykke: Skriv tydelig i OBS!

Samtykker til at relevant informasjon om helsesituasjonen utveksles mellom helse- og omsorgstjenestene? Ja Nei

Samtykker til at nærmeste pårørende får informasjon om helsesituasjonen? Ja Nei

«Hva er viktig for deg?»

Skrives inn i Hovedmåsetting

«Hva er viktig for deg?» Skal spørres hver bruker. Meningen med å stille dette spørsmålet er å kunne iverksette tiltak basert på pasienter og brukere sine egne mål. Man vil med dette fokusere på personens egne mestringsressurser og personens egne mål. Brukermedvirkning er helsefremmende og bidrar til mestring og motivasjon ved at personen setter egne mål.



Video om «Hva er viktig for deg?»

Hva er viktig for deg?



HOVUDMÅL FOR TOKKE KOMMUNE:

EIT HEILSKAPELEG OG SAMORDNA PASIENTFORFORLØP FOR ALLE PASIENTGRUPPER

Kva er viktig for deg ?

FORBETRINGSARBEID:

- NY PROSEDYRE FOR SAMANFATNING I EPJ
 - CFS – SKÅR
- FYRSTE VURDERINGSKJEMA
- FOKUS PÅ «KVA ER VIKTIG FOR DEG»?
 - BETRE KOMMUNIKASJON MELLOM KOMMUNE OG SJUKEHUS
- STØRRE INVOLVERING AV FASTLEGE
 - SAMHANDLING INTERNT FOR PSYKISK HELSE OG RUS –
 - INNFØRT LIVETS SISTE DAGAR
- BETRE TVERRFAGLEG SAMARBEID

UTVIKLINGSTEAM TOKKE:

- LARS HÅVARD ERIKSEN, kommuneoverlege
- BIRGITH STORDRANGE, sakshandsamar tildelingskontoret
- RAGNA IREN GRAVE, avdelingsleiar institusjon
- KRISTIN VALLE, ass. avdelingsleiar institusjon
- SILJE ANDREA KYRKJEBØ, avdelingsleiar heimetenesta
- ASTRID KVAALE, ass. avdelingsleiar heimetenesta
- ASTRID HEGGLID, kommune ergoterapeut
- ELIIN ERIKSTEIN, fagleiar psykisk helse og rus
- ANN WRAA, kommunalsjef helse og omsorg (teamleiar)

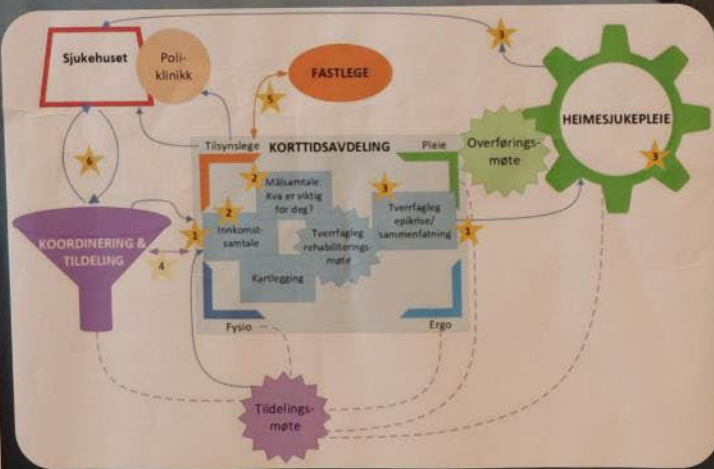
KONTINUERLIG UTVIKLINGSARBEID:

- VIDARE ARBEID MED SJEKKLISTER I HPH
 - REGELMESSIGE MØTE I UTVIKLINGSTEAM
 - FORBETRE SKJEMA FOR KARTLEGGING REHABILITERING
- SAMHANDLING INTERNT FOR PSYKISK HELSE OG RUS – FASTLEGAR PROSEDYRE
 - FØREHANDSAMTALER



Forbetringslaget

Liv Berit Versto Verksemdsleiar Heimetenester
Anne Thielecke Spesialfysioterapeut
Astrid Marie Kvaal Fagrådgevar
Elin Skinnarland Sjukepleiar heimetenesta
Elisabeth Tveiten Øya Ergoterapeut
Guro Ormestøyl Avdelingsleiar Korttid
Kristin Vaagen Sjukepleiar Korttid
Liv Bjåen Helsefagarbeidar Korttid
Marius Opsahl Kommuneoverlege
Mona Haugen Leiar Koordinering og tildeling
Mona Hovden Hjelpepleiar heimetenesta



Vegen vidare for forbetringslaget

- Vidareføre forbetningsarbeidet i Vinje
- Fortsette med å styrke dialogen med sjukehuset

VINJE



- 1 Kvalitetssikre inn- og utskrivning av pasientar på korttidsavdelinga**
Middel: Utarbeide sjekklister
Status: Liste er prøvd ut, justert og teke i bruk
Plan: Jammleg måle/ telle bruk og justere ved behov

- 2 Auke bruken av Metodebok rehabilitering (2017)**
Middel: Revidere metodeboka
Status: Lommekort inkomstsamtale inkl **KVA ER VIKTIG FOR DEG?** er tatt i bruk, brosjyre for korttidsopphald er oppdatert

- 3 Saumlause overgangar ved inn- og utskrivning Korttid eller sjukehus**
Middel: Utarbeide mal for samanfatting,
Status: Samanfatting er utarbeidd
Plan: Integrasjon i EPJ/ Profil, internundervisning i avdelingane og oppdatering i alle pasientjournalar
Middel: Implementere CFS-skår
Plan: Internundervisning i heimetenester, sjukeheim, legeavdelinga og Koordinering/tildeling

- 4 Ta i bruk samhandlingstavle**
Status: Vurdert og valt bort i samråd med kommunalsjef Helse og meistring

- 5 Styrke dialogen mellom tilsynslege og fastlege**
Middel: Ny tilsynslege deltek i forbetringslaget

