

# Postere fra læringsnettverk i Oslo

Samling 4, 27.-28. februar 2019



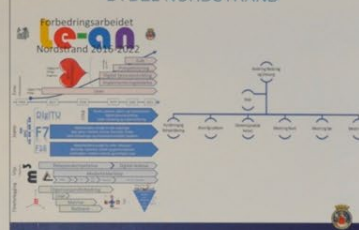
## PASIENTFORLØP

BYDEL NORDSTRAND  
AVDELING MESTRING OG OMSORG

MÅLET ER SØMLØSE, TRYGGE OG SIKRE  
TJENESTER!



BYDEL NORDSTRAND



BASISKOMPETANSE – ORGANISATORISK KOMPETANSE  
OG FAGKOMPETANSE



BASISKOMPETANSE – ORGANISATORISK  
KOMPETANSE OG FAGKOMPETANSE

Basiskompetansedag for alle ansatte:

- Tiltsmodell og myndiggjorte medarbeidere\*
- Kåres pasientforløp
- Tjenestetrapp i Bydel Nordstrand
- Fallforebygging
- URO\*

\*refleksjonsoppgaver, gruppeoppgaver, praktiske øvelser  
Individuell oppfølging av leder og fagsykepleier i etterkant

ERFARINGER fra læringsnettverket

- Erfaringsdeling mellom sykehus, bydel, KAD, FRA og helsehus
- Avdekkede rutiner som ikke er optimale
- Økt bevissthet på brukermedvirkning og brukerperspektivet.
- Flott med Solveig G (brukerrepresentant)
- Bedre kunnskap om samhandlingspartnere
- Økt kompetanse til verktøy og modeller
- Jobbe tett med Prosit og farmasøyt til dokumentasjon og medisinske rutiner som er utfordrende



UTFORDRINGER

- Bytte av forbedringsteam og leder av prosjektet i bydelen
- Mange oppgaver som skal løses samtidig – varierende kontinuitet
- Holde alle oppdatert – holde forankringen oppe på mellomledernivå
- Implementering av sjekklister – få alle med, turnus og økonomi

• Alt tar tid. Vi må bygge briker for briker





Bydel  
Søndre Nordstrand



# GODE PASIENTFORLØP

FORBEDRINGSTILTAK

Hva er  
viktig  
for deg?

OPPSTARTSSAMTALE



TILPASSEDE DIGITALE  
ARBEIDSVERKTØY



LEGEMIDDELHÅNDBTERING

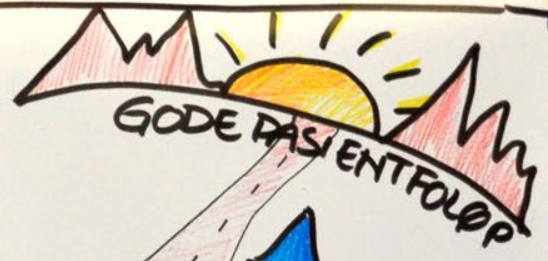
ØKT INFORMASJONSFLYT I TJENESTEN

INTERJU  
BRUKERE  
ANSAITE

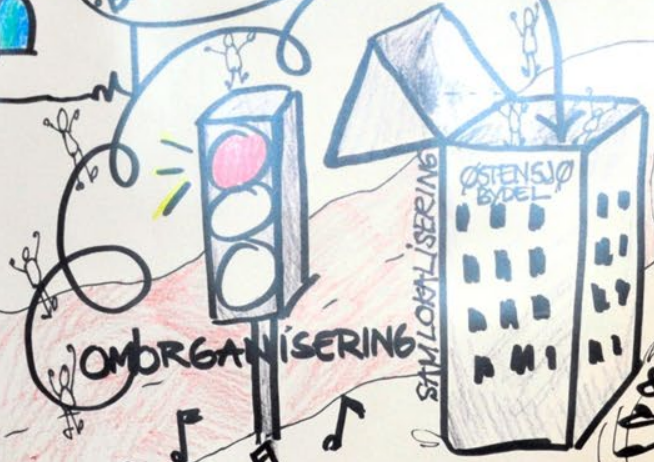
KOMMUNIKASJON  
OG INFORMASJON!  
LISTER I GERICA  
BEGREPS FORSTÅELSE  
BRUKER MEDVIRKING!



SE BYDELENS  
ULIKE PROSJEKTER  
I SAMMENHENG!



- MOTAK AV NYE BRUKERE
- INTERNE OVERFØRINGER
- DOKUMENTASJON
- ROLLEAVKLARINGER



OMORGANISERING

STANDARDISERING



- UTFORDRINGER
- FORANKRING
  - BRUKERKRETET TID
  - LITE MÅLBART
  - PRIORITERINGER I EN HERTISC HVERDAG

TVERRFAGLIG  
FØRDERINGS  
TEAM



• UTPRØVING AV SJEKKLISTER  
• UTARBEIDET BESKRIVELSE  
AV NYE ROLLER I NY  
ORGANISERING  
• UTARBEIDET KURSREKKE  
MED TEMA "ROLLER"

Hva er viktig for deg?



# FORSTERKET REHABILITERING AKER



## DETTE HAR VI GJORT TIL NÅ:

- Laget evalueringsskjema
- Fått pasientansvarlige på de ulike rommene
- Ansatt inntakskordinator
- Tverrfaglige inntaksmøter tre ganger i uken
- Korte tverrfaglige rapporter tre ganger i uken
- Laget ny tverrfaglig mal
- Fokus på «Hva er viktig for deg?»
- Fokus på gode pasientforløp

## DETTE SKAL VI JOBBE MER MED:

- Forhindre reinnleggelser
- Bli bedre til å planlegge utreise
  - Øke kompetanse
  - Satse på innovasjon
- Terapeutene skal ha innkomst sammen
- Oppfølgingstimer for å sikre vi dereføring av variert høyintensiv gang trening hos slagpasienter
  - Bedre legedekning



# “What matters to you?” – Learning network for whole, coordinated and safe patient pathways for elderly and chronically ill in Norway

(Karla Robles Larsen: karlarobles.larsen@sye.oslo.kommune.no)

## Methods

“The Learning network for good patient pathways for elderly and chronically ill” is a national program which is managed by KS (The Norwegian Association of Local and Regional Authorities) and the Norwegian Institute of Public Health. The program includes approximately 200 municipalities, divided into 8 counties/subnetworks.

One of them is the municipality of Oslo, which is divided in 15 districts with three associated local hospitals. Three of the districts and one local hospital are at this time included in the learning network. There is also an intermediate emergency hospital (KAD), one rehabilitation unit and a specialized nursing home in intermediate care included.

Each unit has a formation of local multidisciplinary improvement team. The teams consist of health care workers, which includes doctors, general practitioners (GP), nurses, physical therapist, occupational therapist etc.

The Learning network is as a method for quality improvement and educational framework for organizing the learning process. The purpose of the learning network is to contribute to share competence development and dissemination.

During through all the process the teams are constantly working on improvement areas in the patient pathway, based on a patient perspective. The learning process takes place through regular gatherings. The periods between gatherings are used actively for implementation and data collection. This process of active counselling is considered to be of great significance for the success of the development work. The Learning networks will last for 21 months, including a 3 months period for preparations.

## Conclusion

The learning network in the municipality of Oslo is now in the implementation phase. According to the plan, the learning network in the municipality of Oslo will end in February 2019. The main goal is to develop a generic and safe patient-pathways and health-promoting health services. The main delivery for the learning network in the Municipality of Oslo is to develop a generic patient-pathway for elderly and chronically ill patients, which will be presented and spread to the other districts and the other hospitals in the municipality of Oslo.

The Learning networks introduce a new approach of whole patient pathways in the municipalities. The patient pathways represent a more systematic way of working with existing tasks and encourage stronger interaction between involved professions than existing procedures. The “What matters to you?” approach moves the focus of patients and health workers from diagnoses and disease-based care to functional ability and patient goals and preferences.

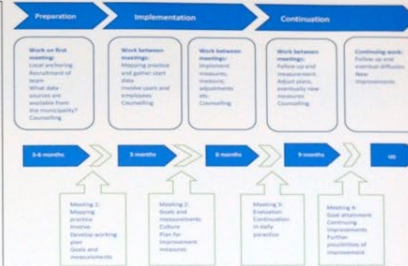


## Background

Health authorities in Norway consider health and social services to be fragmented; especially challenging is a lack of continuity of care for elderly and chronically ill patients. Studies show that there is a considerable risk of adverse events in relation to the transition of patients between hospitals and primary care services and that information provided is often insufficient. Thus, there is a growing need for better care coordination between primary and specialist health care services to ensure patient safety and continuity of care.

The services lack cohesion. The patient's opportunity to participate is mostly limited to individual services. More involvement from patients and their organizations should be encouraged in efforts to implement structures and systems for more cohesive patient pathways.

The Coordination Reform in 2012 has given the municipalities a more important role and responsibility in ensuring that vital health and care services are delivered to the population. This role calls for a different municipal structure from the one we have today. Therefore, the municipalities must be equipped to fulfil the intentions of this reform.

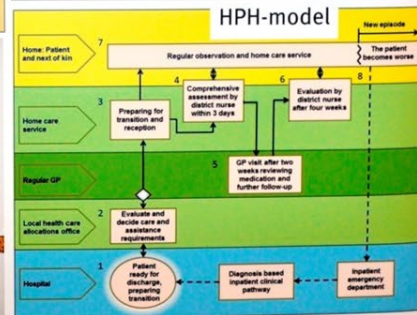


Source: (Standsveinsson, Napsahl-Sandquist and Sævi, 2013; authors' translation from Norwegian into English, and figure redrawn from original)

## Outcome

The improvement teams in the municipality of Oslo have been working with procedures and checklists that will provide better patient flow in their own services and across service levels between hospital and primary care. This systematically care pathway in the hospital units and in primary care, is based on Patient Trajectory for Home dwelling elders – PATH (HPH-model), which was developed and tested in the Center of Norway. This patient care pathway defines responsibilities and tasks in the patient course between hospital and primary care, with particular focus on internal transfers and hospital discharge.

Some teams have been working on receiving departments of patients. Several teams have been working on use of manual or electronic white boards. Other teams are working on more specifically patient safety areas such as measures for reducing harm, use of clinical observation and mapping tools. The learning network has a strong focus on user perspectives. The philosophy behind the program is to change the mindset from asking patients «What is wrong with you?» to «What matters to you?» “What matters to you?” has now become a global and international movement. The “What matters to you-day” was in 2017 marked in nearly 30 countries.



Hva er viktig for deg?

Gode pasientforløp  
City of Oslo

# Behovsstyrt bemanning

En arbeidsmodell som skal sikre faglig god oppfølging av brukere når bruker er ny i tjenesten og videre i forløpet

- gjennom tydelige ansvarslinjer utfra lovverk/overordnede føringer
- gjennom å sørge for riktig kompetanse til bruker utfra brukers behov

To sentrale funksjoner: tjenestansvarlig og primærkontakt

Et styringsverktøy for leder

- Riktig bemanning utfra minstestandardkrav i modellen
- Riktig kompetanse utfra brukers behov (helse- og livssituasjon)

## Målene med Behovsstyrt bemanning



### Kvalitet for bruker

- Sikre brukerinvolvering
- Sørge for kontinuitet
- Sikre faglig god oppfølging
- Riktig dokumentasjon

### Effektivitet i tjenesten

- Sikre tydelige ansvarslinjer - >Rett kompetanse til rett bruker->
- Sørge for forutsigbarhet for bruker og utøver

### Arbeidsmotivasjon og trygge, myndiggjorte medarbeidere

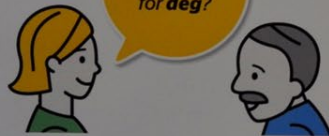
- Sikre samsvar mellom ansvar og kompetanse
- Sørge for kompetanse til å jobbe målrettet

Pasientens helse- og livssituasjon avgjør hvilken kompetanse medarbeidere skal ha i direkte tjenesteyting



Copyright: Kinnasa AS

Hva er viktig for deg?



## Prinsippene

- Alle brukere skal ha en tjenestansvarlig (TA)
- Brukere med omfattende/komplekse behov skal ha en primærkontakt (PK) i tillegg

## Tjenestansvarlig og primærkontakt

Krav om formalkompetanse



Tjenestansvarlig

-Bachelorgrad som treffer brukers vesentligste bistandsbehov-

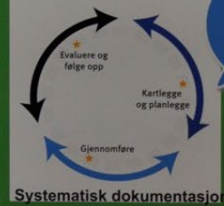
Tradisjonelt sykepleier (evt. vernepleier) i hjemmesykepleien. Kan være andre faggrupper (jfr. tverrfaglig sammensatte team)

Primærkontakt

-Fagutdanning på minimum videregående skoles nivå som treffer brukers vesentligste bistandsbehov-

Dette er som regel hjelpepleier/helsefagarbeider/omsorgsarbeider

Tjenestansvarlig og primærkontakt har ansvar for at pasienten følges opp helhellig og systematisk



Hva er viktig for deg?



Helsestaten



# LÆRINGSNETTVERKET FOR GODE PASIENTFORLØP

## -for eldre og kronisk syke i Oslo

**KOMMUNAL  
AKUTT  
DØGNENHET**

**AVDELING AKER**



### FORBEDRINGSTEAM KAD

Marit Kvaloyen, leder, 2nd spt  
Christine Østrem, utvalgleder/medisiner  
Celine Røygvold, utvalgleder  
Espen Frønes, utvalgleder/medisiner  
Torbjørn Brønn, utvalgleder  
Jens Petter, utvalgleder 2nd spt

Dr. Torbjørn Brønn, utvalgleder/medisiner  
Anne Marie Brønn, utvalgleder/medisiner  
Toril Eide, utvalgleder  
Marit Kvaloyen, utvalgleder  
Espen Frønes, utvalgleder  
Jens Petter, utvalgleder 2nd spt

## FRA HEL TIL HELHETLIG



## SAMHANDLING PÅ TVERS I OSLO

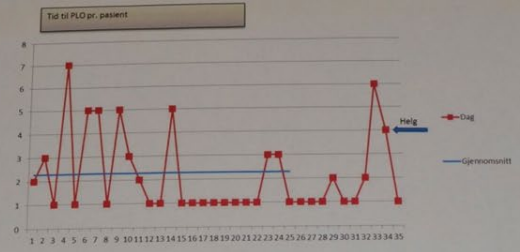


### FREMTIDEN PÅ KAD:

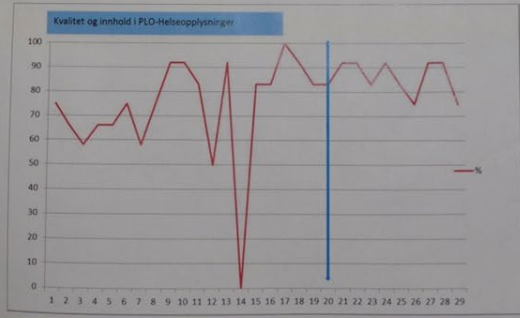
- NYTT EPI – GODE PASIENTFORLØP SETTER VIKTIGE KRÅV TIL NYTT EPI
- ELISE
- EVALUERE TILTAKENE VÅRE
- FORBEDRINGSARBEID MED FORBEDRINGSMODELLEN SOM FELLES VERKTØY FOR VIDERE ARBEID PÅ KAD
- TIDLIG OPPDAGELSE AV SEPSIS PÅ SENGEPOST
- METODEBOK FOR KAD, AVDELING AKER
- TILTAKSPAKKE FOR TRYGG UTSKRIVELSE
- TILTAKSPAKKE FOR FOREBYGGING AV FALL I HELSEINSTITUSJONER
- TVERSEKSIONELT SAMARBEID
- DELTA I LÆRINGSNETTVERK FOR Å SIKRE SAMHANDLING



## Tid til PLO



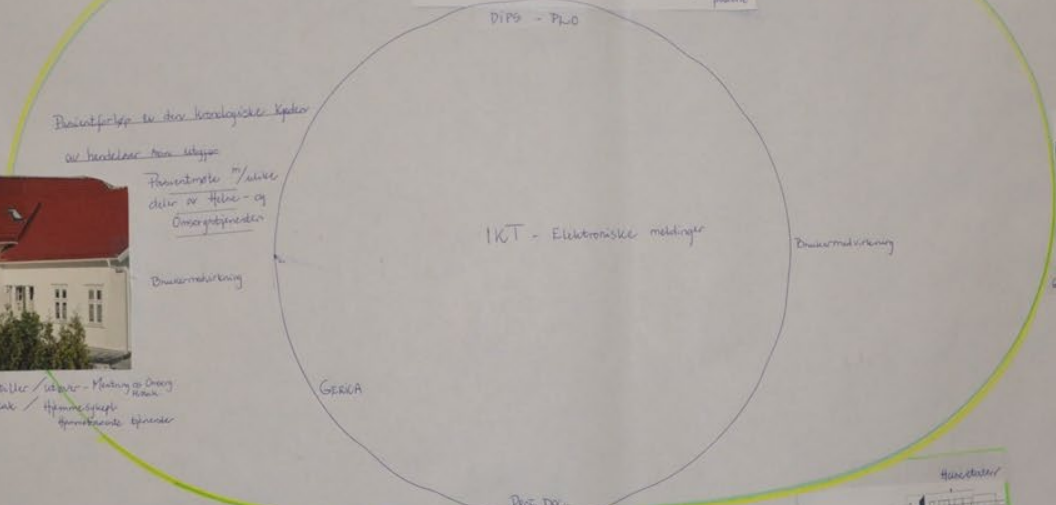
## Kvalitet i innhold



FAST-  
LEVEN

- Legem
- Oppfø
- Konfer

# HELHETLIG PASIENTFØLØP



- Legemiddelsensetning
- Oppfølging av pas./trauler
- Kjøperomsstøtte

Bestiller / leverer - Møting og Oppfølging  
 Vektak / Hjemmesyke  
 Oppfølgende tjenester



**UKEKLISTE PLO**

Melding om innlagt pasient er sendt (innen 24 timer hvis pasienten har tjenester eller vil få behov for tjenester)

PLO helseopplysninger er sendt

Det er vurdert om pasienten trenger en tverrfaglig vurdering på sykehuset

Pasientens ønsker/hva er viktig for deg er formidlet bydel

Bedet er blitt oppfordret til å komme på et vurderingsbesøk på sykehuset fordi pasientens helsemessige situasjon er usikkert

Det er sendt oppdaterte opplysninger om pasientens funksjon og hjelpebehov og forventet utfall

Pasient er er sendt utskrivingskart

Bekreftelse fra bydel mottatt

Tilbud fra bydel er formidlet pasient/pløremøte

Transport er bestilt

PLO-utskrivingsrapport er sendt bydel

Medisiner/veipreparater/hjelpemidler er klargjort

Legemidler, PLO-utrusting, tverrfaglige notater, medisiner, er lagt i strikkedokumen

Pasient har fått utskrivingsmøte med lege

Konvolutter er sendt med pasienten ved utreise



**Evaluering av «Min Plan» for pasienter og/eller pårørende**

1. Hva tenker du om at vi skriver opp navnet på hovedpårørende på «Min plan»?

Stor betydning  Mindre viktig  Ingen betydning

2. Hva synes du om at vi skriver opp navnet på pleier og lege?

Stor betydning  Mindre viktig  Ingen betydning

3. Hva betyr det for deg å vite hvilken dag det er planlagt utreise?

Stor betydning  Mindre viktig  Ingen betydning

4. Hva tenker du om å ha en skriftlig plan for hver dag?

Stor betydning  Mindre viktig  Ingen betydning

5. Hva synes du om at vi stiller spørsmålet hva er viktig for deg?

Stor betydning  Mindre viktig  Ingen betydning

Er det noen punkter på «Min plan» du savner, i så fall hva?

Til sunn din erfaring av «Min plan» fra 1-10 der 1 er ingen betydning og 10 er den høyeste.

Takk for dine svar som vil være til hjelp for oss i å videre arbeide med å utforme «Min plan».

