

Postere fra læringsnettverk i Telemark

Samling 1, 17.–18. november 2021

Fyresdal kommune

November-21

FORBETRINGSTEAM



❖ Forbetringssteamet i Fyresdal er sammansett av:

Gry S Åmlid, avdelingsleiar POS

Line M Egrem, sjukepleiar POS

Siv S Seltveit, tenestekontoret

Charlotte Skjefeld, helsefagarbeider
heimetenesta

Karin K Østerhus,
kommuneoverlege

Hanne C Nilsson, kommunalsjef

Gunn Marit Aslestad,
avdelingsleiar HSPL



Intervju med helsepersonell

- Opplever at kommunikasjonen legekantor kunne vore betre. Informasjon etter legetimar er svært viktig med tanke på oppfylgjing av pasientar som har andre tenestar.
- Opplever at det kan vere utfordrande å be spesialisthelsetjenesten om meir enn det legen i kommunen har lagt inn for, sjølv om helsepersonellet gjer mykje observasjonar og kartleggingar av pasientar over tid. Ofte fleire gonger i døgnet og såleis har eit grunnlag for å be om det.
- I denne aktuelle situasjonen kunne reinnleggelse vore unngått dersom det hadde vore breiare undersøking ved fyrste gongs innleggelse. Det var 1 veke mellom innleggelsane.



Intervju med pasientens pårørande

- Pårørande er tydeleg på at pasienten ved fyrstegongs innleggelse i spesialisthelsetjenesten ikkje vart grundig nok undersøkt.
- 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 3 legane ved legekantoret. Fastlegen er sentral for å forebygge i og med at denne også kjenner pasienten betre over tid.
- Pårørande er også i tvil om anna helsetjeneste i kommunen fekk informasjon frå legekantor etter legebesøka.



Fokusområde for forbetring i Fyresdal

- Ynskjer å fokusere på reinnleggelsar i sjukehus.
- Kommunikasjon rundt den enskilde pasient med spesialisthelsetjenesten.
- Utfordringar knytt til reinnleggelsar kan handle om:
 - ❖ Ustabil legedekning.
 - ❖ Kommunikasjon mellom legekantor og heimeteneste/sjukeheim.
 - ❖ Kommunikasjon mellom spesialisthelsetjeneste og kommune.
 - ❖ Lang veg til sjukehus.



HJARTDAL KOMMUNE

Forbetring:

Hente kunnskap hos kvarandre.
Sikre informasjonsflyt.
Tydeleg kommunikasjon

Fakta/demografi:

Innbyggjarar 2. kvartal 2021: 1552
Areal 792 km²
Plassar døgnoophald: 27 fordelt på institusjons - og omsorgsplassar
Omsorgsbustadar: 15
Brukarar i heimetenestene: 80
Teneste psykisk helse: 32
Hytter: 2418
Einslege over 80 år 63,1 %

Deltakarar:

Ingunn Espesett Vreim, komm.sjef helse og omsorg
Inga Tho, fastlege/kommuneoverlege
Gunn Ragnhild Paulsen, avd. leiar heimetenesta
Björg Inger Flatland, avd. leiar Hjartdal omsorgssenter
Nils Olav Hovde, avd. leiar for dei med nedsett funksjonsevne
Mona Gundersen, einingsleiar Helse

Utfordringar:

Nyttiggjøre seg kompetansen vi har
Nok ressurser
Store avstandar
Økonomi
Bevare pasientens autonomi

Funn ved intervju .

Samhandling/Informasjon/pakkeforløp.

Brukarmedverknad/Ingen spør kva som er viktig for deg?

Fornøgd med kommunale tenester

Konkret behandlingsplan ved utskriving/uklar definisjon på ferdigbehandla pasient.



KVITSEID KOMMUNE



Deltakarar:

Heidi Eilefsen , vernepleiar
Kirsten Eriksen, sjukepleiar
Kristin S. Jacobsen, sjukepleiar
Trude Nordbø , sjukepleiar
Helene Todal, fysioterapeut
Elin Aabø, vernepleiar
Elisabeth T. Øya, ergoterapeut

Utfordringar:

Færre korttids plassar
Tilrettelegde
bustader
Avstandar
Kompetanse
Økonomi

Fakta /demografi

Innbyggjarar 2. kvartal 2021: 2445
Areal 708 km²
Plassar døgnoophald: 35, pluss
KAD-plass
Omsorgsbustadar 53
Brukarar i heimetenesene 127
Hytter 1171
Einslege over 80 år 58,4%



Funn ved intervju og utfordringar:

Transport ved utskrivning
E-meldingsfiyt 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

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*



Gode pasientforløp

Tilflyttingskommune: En attraktiv kommune å bo og leve i.

Midt-Telemark kommune har **10 461 innbyggere**. I tillegg ca. **2400 studenter** ved USN Campus Bø.

Helse og velferd

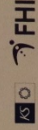
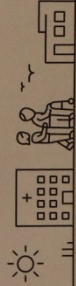
344.1 faste årsverk (pr. september 2021)

5 enheter

93 Institusjonsplasser (inklusive 3 kommunale akutte døgnplasser)

40 heidøgns omsorgsplasser (Bo og miljø sine bofelleskap og Furumoen)

701 brukere av PLO tjenester innenfor hjemmesykepleie, hjemmehjelp og psykisk helse



Forbedringsteamet:	Navn	Stilling
Enhet/avd.		
Fagstab	Kristin Sekse	Kommuneoverlege
Hjemmetjenester og legetjenesten	Jørund Verpe	Enhetsleder
Hjemmesykepleien	Monica Ø. Halvorsen	Avdelingsleder
Hjemmesykepleien	Elisabeth Josefsen	Sykepleier
Hjemmesykepleien	Anne Haugerud	Avdelingsleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler	Stine S. Bentsen	Avdelingsleder
Fysioterapi, ergoterapi og hjelpemidler	Marie Forberg Jørum	Kvardsrehabilitering
Helse og omsorg	Freydis Haukeland	Fagutviklingssykepleier
Institusjon	Martin Yrreland	Enhetsleder
Institusjon/karttidsavdeling	Mona Storås	Avdelingsleder
Tjenestekontor	Ingunn Stavsholt	Saksbehandler
Tjenestekontor	Eva-Lill Johannessen	Saksbehandler
Helse og omsorg	Urban M. Eriksen	Kommunalsjef

Gode pasientforløp

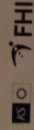
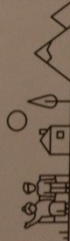
Resultater av intervjuer og beskrivelse av forbedringsområder, november 2021:

-I egen organisasjon:

- 1. Innkomstrutiner** –god, tverrfaglig kartlegging, avklare forventninger og sette mål og plan for oppholdet, med alle involverte. Påtørende er en ressurs.
- 2. Utskrivingsrutiner** – utskrivingsmøte; PLAN for hjemreise og videre oppfølging. Tilsynslege er sentral.
- 3. Heidøgnsbemannede omsorgsboliger** – ett nivå i omsorgstrappa som mangler.

-Mellom kommune og helseforetak:

- 1. Tidlig utskrivingsrapport** fra sykehus: Mottatt før pasienten kommer hjem. Kort og konsist sammendrag: Aktuell status og god funksjonsbeskrivelse
- 2. Medisinliste** sendes med pasienten skriftlig, og nok medisiner til neste virkedag.





Nissedal kommune

FORBEDRINGSTEAM

Solveig M. Nilsen (leder)

Arne Hansen Espebu

Tori Fretland Tveit

Hild Riseth Fjone

Eline Metveit

Helene Grimstvedt

POSITIVT

- Økt fokus på omsorgsboligar / at folk kan bu lengre heime
- Personell som har fokus på livskvalitet
- Folk i bygda er glad i fysisk aktivitet - spesielt topptur
- Mange eldre benytter seg av frivilligsentralen

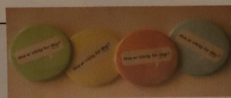
UTFORDRINGAR

- Lange avstandar for heimesjukepleien
- Langt til apotek og sjukehus
- Mange eldre ynskjer ikkje sentralisering, dei ynskjer forbli i grendene
- Akuttjenester hører til SSA, medan kommunen hører til Telemark

MÅL

- Bedre overflyttinger mellom ulike instansar / tenester
- Meir fokus på forebygging av tidlig alderdom - folkehelse
- Øke bygdefolket si tru på velferdsteknologi
- Interne rutiner kan forbedrø
- Bete samhandling mellom lege- og sjukepleiartjeneste

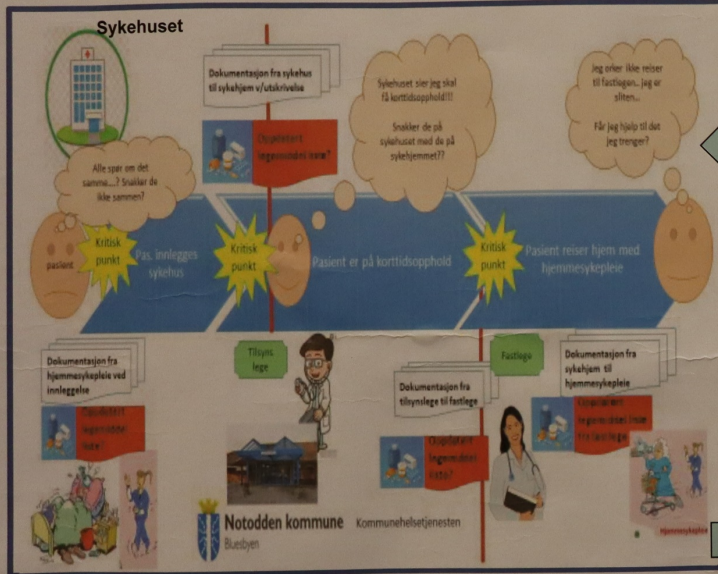
Gode pasientforløp



Case: pasientforløp – kommune – sykehus - kommune

I pasientens forløp mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten opplever pasienten å møte mange aktører. Helsetjenesten erfarer mangel på informasjon og bruk av informasjon. Det er for lite strukturert og målretta tverrfag samarbeid.

Eksempel pasientforløp. Aktører og kritiske punkt i overgangene.



Data: Intervju med 5 pasienter og 5 helsearbeidere

Pasientenes egne erfaringer

Fungerte godt
Bilr tatt godt imot, følte seg trygg. Pas. har med seg medisinliste. AKS sykepleier bistått og fulgt opp hele veien. Pas. har egenbehandlingsplan. Følte god omsorg. God informasjon. Fikk tilbud om korttidsopphold etter sykehuset. Fra korttidsopphold til hjem føler bruker trygghet med hjemmesykepleie og hverdagsrehabilitering. God kontakt med tilsynslege på korttidsopphold. Følte seg trygg og ivare tatt både hjemme og på sykehus. God informasjon, blir opplyst og høretatt, føler at hjemmetjenesten har god kontroll og pas er trygg på det.

Fungerte dårlig
De vet ikke noe om pasienten. Spiser de samme sporene hver gang. Innkalling på sms + helsenorge- tungvint for eldre. Ingen spurte «hva er viktig for deg»? Pas føler en må passe på friminnkalling selv. Utten feil på dosering av værninvernde. Synes det kan være forvirrende å forholde seg til en lege på korttidsopphold og fastlege når hun kommer hjem. Ikke alle leser journal, resulterer i dårligere behandling. Ikke tatt på alvor av fastlege. Må ha med seg med liste fra sted til sted selv som en trygghet. Lite kontakt med fastlege. Ønsker fysioterapi.

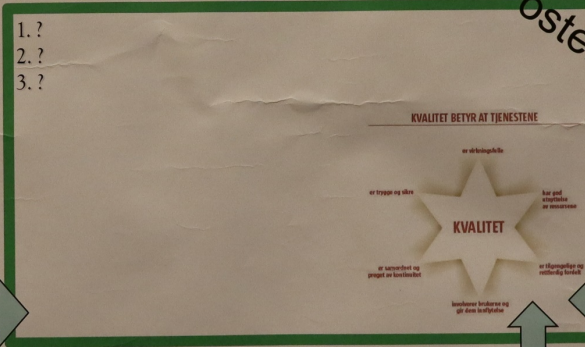
Erfaringer fra helsepersonell

Fungerte godt
Hadde god informasjon fra korttidsopphold. Oppdatering og god informasjon under opphold og ved hjemreise. Når pasienten var kartlagt i kommunehelsetjenesten fikk vi koplet fastlege mer på. Det foreligger behandlingsplan for bruker. Følges tett opp av AKS. AKS er bindeleddet mye. Har telefon og kan ringes. Kontakt gjennom PLO – meldinger.

Fungerte dårlig
Informasjon er tilgjengelig men ikke strukturert. Må utføre detektivt arbeid. Oppdaget at sammenfatninger lite og dårlig informasjon om pasienten. Fastlegen har ikke tatt initiativ selv til oppfølging. Manglet fysioterapeut hjemme. Savner AKS inne på sykehus. Mått kompetanse, men nødvendig med struktur for å nå målene. Uklart fr medisin, behandling eller faste med. Forventning om økning og om bistand hjemme. Blir ofte lovet mye på sykehuset om hjemkomst. Måttet fysioterapeut hjemme.

Antall avvik meldt kommunen fra STHF 2020:

Mål: Ønsket situasjon etter forbedring



Måling og oppfølging av virkning

MANGELFULLE OPPLYSNINGER:

Antall avvik fra STHF til kommunen

2020	2021	2022	2023	2024

Sammenfatninger i profil, ikke eldre enn 6 mnd. Av x antall pas.innlagt på korttidsopphold

2020	2021	2022	2023	2024

SAMSTEMMING AV LEGEMIDDEL-LISTER (LL):

Andel oppdaterte LL fra fastlege inne 3 dager

2020	2021	2022	2023	2024

Posteren fylles ut etterhvert

Hva ønsker vi å forbedre ?	Hva skal gjøres for å få til forbedring?	Hvordan skal det gjennomføres? (metode, framgangsmåte)	Hvem er ansvarlig?	Når skal det være gjort?	Status
1. Nødvendig informasjon i sykepleie sammenfatninger til STHF					
2. Rask samstemming av legemiddellister (LL)					
3. Styrke tverrfaglig samarbeid					
4. Sammenfatninger i profil					
5.					





Notodden kommune

Bluesbyen

FORBEDRINGSTEAMET

Lise Solveig Wik – leder eldrerådet

Ragnhild Natadal - avdelingsleder korttidsavdeling

Linn Storløkken – ergoterapeut, Hverdagsrehabiliteringsteamet

Elisabet Oskasin - sykepleier, hjemmetjenestene

Eva Lyngås Otterstad – tildelingskontoret

Mie Jørgensen – Kommuneoverlege

Jan-Eilert Pedersen – AKS sykepleier (avansert klinisk
allmennsykepleier)

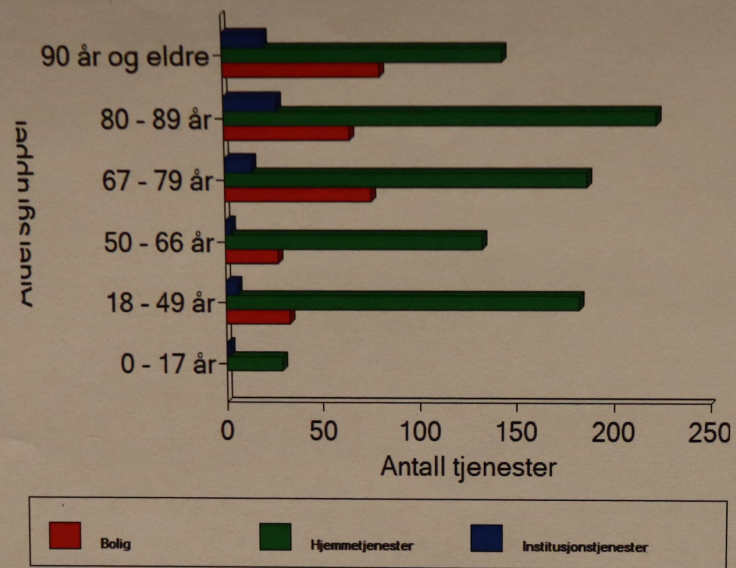
Sissel Brenna Skogholt – Rådgiver Helse- og omsorg. Leder
Arbeidsgruppa.

Notodden

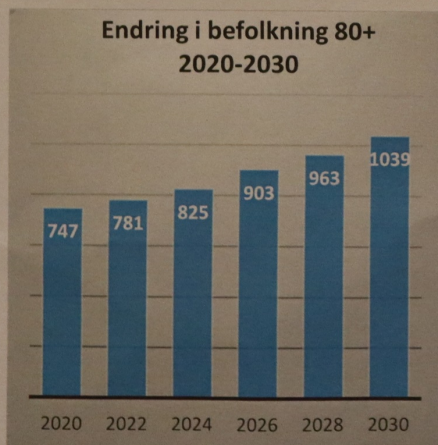


Land	Norge
Fylke	Vestfold og Telemark
Status	kommune
Innbyggernavn	notodding
Grunnlagt	1. januar 1913
Adm. senter	Notodden
Areal	
– Totalt	983,89 km ² ^[2]
– Land	912 km ² ^[1]
– Vann	71,89 km ² ^[1]
Befolkning	13049 ^[3] (2020)
Bef.tetthet	14,31 innb./km ²
Antall husholdninger	6 068
Kommunenr.	3808
Nettside	Nettside
Politikk	
Ordfører	Gry Fuglestveit (Ap)
Varaordfører	Nuno Marques (SP)

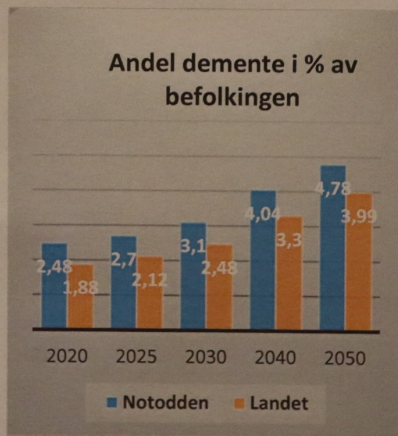
Antall IPLOS tjen.gruppe pr. aldersgruppe



1229 brukere pr. 16.11.2021

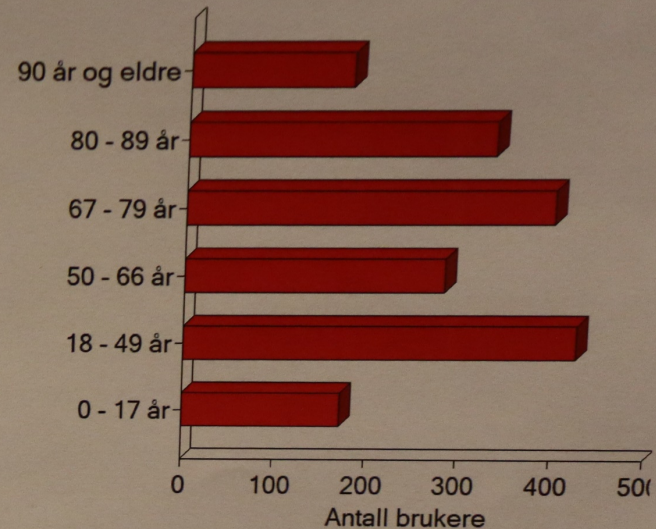


Kilde: KOSTRA



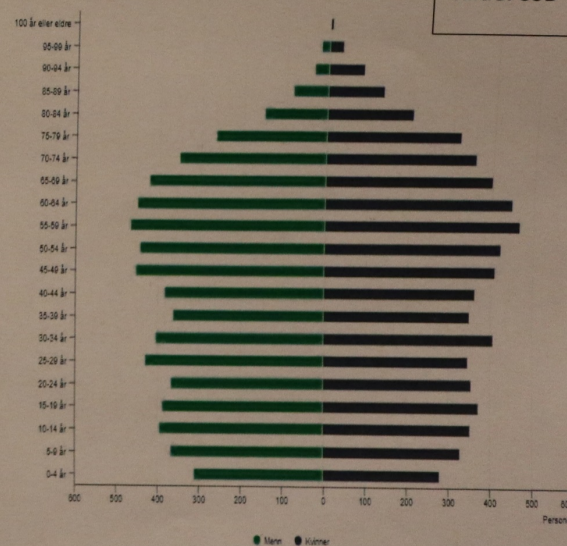
Kilde: Demenskartet

Antall aktive brukere pr. aldersgruppe



Kilde: Profil

Aldersfordeling for innbyggerne i kommunen





SELJORD KOMMUNE

- Kine Jordbakke - kommunecoordinator og leiar for Arbeidsgruppskrevet.
- Sigrid Berge - einingsleiar open omsorg.
- Kristin Aamot - einingsleiar Nesbukt i plei- og omsorgssektor.
- Torunn Reinstaal - assistentleiar einingsleiar open omsorg.
- Åse Bjälund - leiar tenestekontoret.
- Charlotte Sauer - tenestekontoret.
- Silje Moen - sjukepleiar i sjukekontoret og legevakt.
- Line Haugholmen - sjukepleiar og rehabiliterings-koordinatør ved Nesbukt.

Seljord kommune er ein liten kommune i Vest-Telmark. Me har om lag 2900 innbyggjarar. Eit stort sjukekontor med 3950 sjukepleiarar, 5 fastlege og 2 LIS2 leger. Me har ein god utvikla heimtjeneste, og me har eit plei- og omsorgssenter. Me har og to bu- og servicecenter, eit i Sofind sentrum, og eit i Amtshol. Me har gjelege samarbeidsmøter i kommunen, og likar å tenkje at me er gode på samhandling! ☺

LÆRINGS-PUNKTER FRÅ INTERJUENE :

- STABILITET I FASTLEGETENENSTA ER VIKTIG.
- MANGLANDE EPKRISER GJER OPPFYLLING VANSKELEG.
- KVA ER DEFINISJONEN PÅ EIT DÅRLEG PASIENTFORLØP? KVEN DEFINERER?
- KJEM STADIG OPP I ETISKE DILEMMA SOM FØRER TIL DÅRLEGE FORLØP.
- FORVENTNINGAR STEMMER IKKJE ALLTID MED VERKELEGHETA, ME ER FORTINNATTE I MANGE SAMMENHENG.
- MANGEL PÅ VANLEGE SUKKEHEIMSPASSAR, OG KORT-TIDSPASSAR, KAN GJE DÅRLEG FØRUTSIKTBARE PASIENTFORLØP.
- PASIENTEN BLIR BETRE NÅR SAMHANDLINGA ER GOD.



FORBETRINGS-PUNKTER:

- KOMMUNIKASJON MED PÅRØRANDE, KORLEIS KAN BETTE FORBETRAST?
- RUTINER OG PROSEDYRER RUNDT KRONISK UNGE PASIENTAR.
- RETT TILTAK, INTERVJUENSBUNTIL Å VURDERE KVA PASIENTEN TRENGS = SAMMENHENG.
- TILDELING AV KORT-TIDSPASSAR, FØRUTSIKBART FOR BRUKAREN.
- BLI BETRE PÅ Å SPORRE PASIENTEN / BRUKAREN; KVA ER VIKTIG FOR DEG??





Gode pasientforløp

Trygg utskriving, med pasienten som likeverdig part, er valgt forbedringsområde for Notodden sykehus i dette læringsnettverket.

Tilpass informasjonen

Jeg fikk lite informasjon under innleggelsen, men jeg husker ikke hele forløpet og informasjonen som ble gitt

Gi tid til forberedelser og rom for spørsmål

Jeg fikk plutselig beskjed om at jeg skulle reise hjem

Inkludere pårørende

Jeg husker ikke hele forløpet, men pårørende fikk informasjon

Legemiddelsamstemning

Det er mange medisinlister å forholde seg til, og det er tidkrevende å gjøre legemiddelsamstemning

Kontinuitet i alle ledd

Sikre god kommunikasjon og tidlig dialog med kommunen

Dokumentasjon

Gode innleggelsesrapporter og utskrivelsesrapporter

Hva overrasket oss?

- Informasjonsflyt til pasienten, det blir brukt mye fagspråk
- Lite og mangelfull dokumentasjon
- Det blir brukt mye klipp og lim både fra innkomstjournal og fra kommunen

Hva vil vi vite mer om?

- Hvordan utarter utskrivningssamtaler seg?
- Hvordan kan vi sikre en bedre dialog med kommunen
- Er det noe vi kunne gjort annerledes for å unngå re-innleggelser?

Deltakere i forbedringsteamet

Leder: Ellen Marie T. Hufthammer, Fagsykepleier/Lungesykepleier
Ragnhild Kasin, seksjonsleder
Zeeshan Zafar, Geriatrisk overlege
Ingeborg Konstanse Schia, Samhandlingssykepleier
Malin Wiersdalen Mathisen, Fysioterapeut

Tinn kommune

- Folketall 5542
- 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 Smødsrud Uglem, Rebecca Stenvi, Monica Nielsen, Janne Naper Standal og Eilin Fjellestad

Forbedringsarbeid –
Mårettet kunnskap om
tjenestemottakers behov
gjennom hele pasientforløpet i
helse- og omsorgstjenesten.

Utfordringer i pasientforløpet:

- Store avstander - mange lokasjoner – logistikk utfordringer.
- Få tverrfaglige samarbeidsarenaer.
- Utnytter ikke potensialet av felles EPJ-verktøy.
- Manglende kunnskap om hverandre og kompetansen som finnes.

Hva lærte vi av intervjuene med pasientene:

Intervjuene synliggjorde risiko og sviktområder i pasientforløpet.

Hva er forbedringsområdene:

- Videreutvikle tverrfaglige samarbeidsarenaer.
- Øke kunnskap om hverandre
- Forbedre utnyttelse av felles EPJ-verktøy.
- Tidlig innsats og forebygging.
- Informere om tjenestene og rettigheter.

Avstander og lokasjoner skal ikke være til hinder for et godt forbedringsarbeid!

TOKKE KOMMUNE



- 2220 INNBYGGARAR
- 980 KM2
- 4 TETTSTADER
- GOD FOLKEHEELSE
- GODE HEELSE OG OMSORGSTENESTAR
- FELLES LEGEVAKT OG KAD Plass MED VINJE KOMMUNE
- AUKE AV TENESTEMOTTAKARAR FRAM MOT 2040

FORBETRINGSTEAM I TOKKE KOMMUNE

BIRGITH STORDRANGE : SAKSHANDSAMAR
TILDELINGSKONTORET

RAGNA IREN GRAVE: AVDELINGSLEIAR INSTITUSJON

KRISTIN VALLE: ASSISTERANDE AVDELINGSLEIAR
INSTITUSJON

ASTRID KVAALE: AVDELINGSLEIAR HEIMTENESTA

ANNE ØSTENÅ: ASSISTERANDE AVDELINGSLEIAR
HEIMTENESTA

ASTRID HEGGLID: KOMMUNE ERGOTERAPEUT

ELIN ERIKSTEIN : FAGLEIAR PSYKISK HEELSE

ANN WRAA: KOMMUNALSJEF HEELSE OG OMSORG
(TEAMKOORDINATOR)



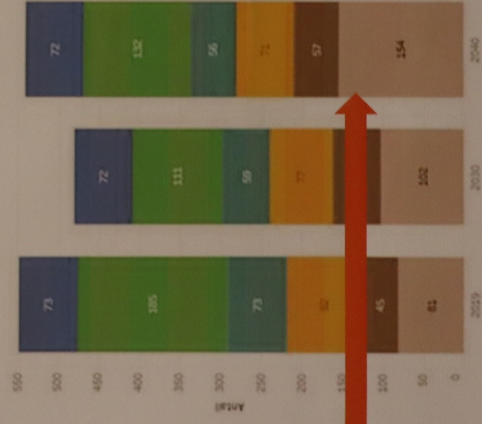
RESULTAT AV INTERVJU:

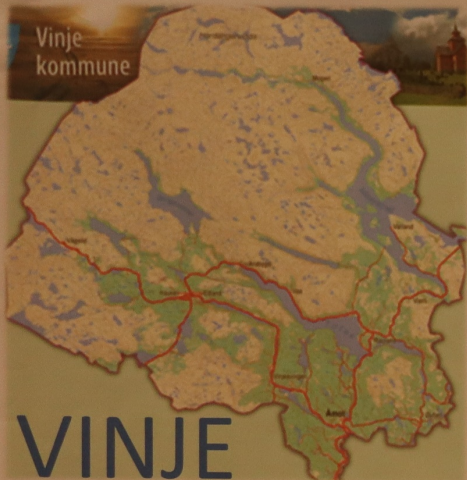
FORNØGDE PASIENTAR
DET HENDER AT SJUKEHUSET LOVER
FOR MYKJE PÅ VEGNA AV ANDRE
BRA INFORMASJON – KANSKJE FOR
MYKJE
ANSVAR FOR INFORMASJON
YNSKJER IKKJE Plass I ANDRE
KOMMUNAR
DÅRLEG KOMMUNIKASJON MELLOM
HELSEINSTANSAR
KORT VARSEL – LITE KJENNSKAP TIL
KOMMUNAR OG AVSTAND
YNSKJER MEIR PREIS TID FOR REISE
SAMKJØRING I TAXI SKAPER
UTFORDRINGAR

FORBETRINGSMÅL:

KOMMUNIKASJON
FØREBYGGING
TRYGGING AV PASIENTAR
MÅLRETTE KARTLEGGING – TILDELING
AV TENESTAR

Antall tenestemottakere, 2019, 2030 og 2040. Tokke





Det me har lært av å intervjuje 5 pasientar, pårørande og helsepersonell:

- For å kjenne seg trygg er det viktig å ha pårørande nær og det er fint å kjenne helsepersonellet.
- Det er fare for å verte for tidleg utskriven frå sjukehus og det er risiko for å bli avvist av legevakt på natt.
- Pasientane ynskjer meir involvering og dialog direkte med lege, både fastlege, tilsynslege og sjukehuslege.
- Dialogen mellom tilsynslege sjukeheim og fastlege kan vere mangelfull.
- Utskriving frå sjukehus på fredag, gjer dei kommunale tenestene lite tid til praktisk førebuing for å ta imot pasienten.
- ❖ Kva system har vi for at pasient og pårørande kan melde avvik og bekymringar?
- ❖ Er det godt nok tilbod om fysisk aktivitet på sjukeheimen?
- ❖ Korleis sikre trygg medikamentell oppfølging ved legebytte?
- ❖ Kan me styrke sjukepleiarkompetansen før helg for å trygge mottak ved utskriving frå sjukehus.

«Det som er viktig for meg er å koma meg oppatt i gravemaskina»

Me vil kvalitetssikre overgangar mellom helsetenester for sårbare eldre med samansette behov

«Det er godt å koma heim att til Vinje»

Våre tenester

- ✓ 3 bygdesenter med heimetenester: Åmot, Edland, Rauland
- ✓ Omsorgsbustader. 2 heildøgn omsorgssenter
- ✓ 1 sjukeheim med korttid/ rehabilitering/ KAD, langtids – og demensavdeling.
- ✓ Fastlege/ legevakt



Forbetingsteamet

Liv Berit Versto Avdelingsleiar Korttid
Carsten Christian Hald Avdelingsleiar psykisk helse og rus
Liv Bjåen Helsefagarbeidar Sjukeheimen Korttid
Ingunn Hustveit Helsefagarbeidar Sjukeheimen Langtid
Mona Hovden Hjelpepleiar heimetenesta
Margit Christenson Sjukepleiar/ demenskontakt
Anne Thieleck Fysioterapeut
Torhild Naustvik-Jortveit Koordinering og tildeling
Astrid Marie Kvaal Fagrådgjevar