

# Postere fra læringsnettverk i Innlandet

Samling 2, 1.-2. februar 2023



# Elverum kommune

## Gode pasientforløp 2

Elverum er en by i Innlandet som har 21482 innbyggere (pr.30.06.22).

Kommunens visjon er:  
«**Elverum har hjerterom**»

og vi jobber ut fra verdiene:  
"**åpenhet, ærlighet og respekt**".

Elverum kommune har utfordringer i å sikre helhetlige og koordinerte bruker- og pasientforløp, og må i større grad fokusere på flerfaglighet og samhandling. (Hentet fra Elverum kommunes helse-og omsorgsplan).



**Forbedringsteamet i Elverum**

**Fra venstre:** Siv Elin Lundquist (saksbehandler tjenestekontoret), Randi Tveiten (avdelingsleder), Dora Barene (koordinerende sykepleier), Ida Sofie T. Steffensen (fysioterapeut), Nore Skjefstad (spesial hjelpepleier), Katrine Ottem (sykepleier) og Monica Berg (fagutviklingssykepleier)

### Mål - hva skal oppnås?

- ▶ Pasienten er delaktig i utarbeidelse av tiltaksplan (tiltak og mål).
- ▶ Vi har pasienten i fokus i forhold til hva som er viktig for hver enkelt.
- ▶ Vi tilstreber gode overganger for pasienten i hele pasientforløpet.
- ▶ Vi oppretter tidlig kontakt med samarbeidspartnere og jobber for raske avklaringer slik at det skaper forutsigbarhet for pasienten.
- ▶ Vi etablerer samarbeidsarenaer (møtepunkter) for de ulike tjenestene i egen kommune (korttidsavdeling, hjemmetjenesten og innsatsteamet).

### Hvilke konkrete tiltak skal iverksettes?

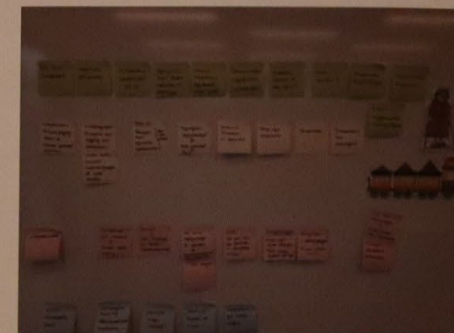
- ▶ Avdelingen skal ta i bruk «hva er viktig for deg skjema» og her skal man sammen med pasienter på rehabiliteringsopphold sette felles mål for oppholdet.
- ▶ Se på mulige årsaker til at pasienter blir reinnlagt kort tid etter utskrivelse fra kommunens korttidsavdeling.
- ▶ Gjennomføre en prosessgjennomgang/samarbeidsmøte med hjemmetjenesten /innsatsteamet, hvor man ser på hva som fungerer godt og hva kan bli bedre ved pasientoverganger (overflytninger).
- ▶ Gjennomføre samarbeidsmøte med prosjektgruppen fra Sykehuset innlandet med fokus på epikriser.
- ▶ Basiskompetanse blir tema på medarbeidersamtaler i avdelingen i løpet av 2023.

### Status i arbeidet så langt:

Det er gjennomført et samarbeidsmøte med hjemmetjenesten/innsatsteam hvor det er utført en prosessgjennomgang av prosessen rundt pasientoverføringer mellom tjenestene.



**Bakerst fra venstre:** Ann-Mari Hanstad (sykepleier hjemmetjenesten), Bente Guldbækhei (leder hjemmetjenesten) og Anne Lene Ruud (sykepleier hjemmetjenesten).  
**Foran fra venstre:** Therese Ottem (sykepleier hjemmetjenesten) og Helle Coverdale (fysioterapeut innsatsteam).





**KOMMUNEN**

- 6.100 innbyggere
- ↘ folketall
- ↘ unge og yrkesaktive
- ↗ andel eldre
- Landbruk og industri
- Turisme (Skeikampen)

**MÅLENE**

i handlings- og økonomiplanen

- 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

**TJENESTENE**

- Ønsker å bli ↗ proaktive og ↘ reaktive = jobbe forebyggende
- Prøver å vri til ↗ hjemmetjenester og ↘ institusjonstjenester
- Ny HDO-avdeling. To sykehjem = fordyrende
- Regional ressurs på demens
- Gjennomført aktivitetkartlegging i hjemmetjenesten

**FORBEDRINGSTEAMET**

- **Inger Ellen Walhovd**  
– enhetsleder  
Helse og mestring
- **Gunn Iren Dahle**  
– seksjonsleder  
Forsettunet
- **Ragnhild Hårstad**  
– seksjonsleder  
Follebutunet
- **Siv-Janne Klufthaugen**  
– seksjonsleder  
hjemmetjenesten
- **Anita Eng**  
– fagkonsulent  
tildelingskontoret
- **Gunn Syversen**  
– avdelingsleder  
legetjenester
- **Ole Edgar Sveen**  
– kvalitetsrådgiver,  
koordinator,  
kontaktperson

Teamet trekker til seg aktuelle medarbeidere og nødvendig kompetanse og bruker de ressursene som er nødvendige og tilgjengelige for å skape forbedringer

**HVA LÆRTE VI?**

- Pasienter og pårørende ønsker å bli **sett** – de savner **kommunikasjon**/tilbakemeldinger – særlig ved **overganger**

**HVA OVERRASKET OSS?**

- At vi ikke er bedre til å **observere** symptomer, iverksette **tiltak** og/eller **melde** videre, og at vi ikke er flinke nok til å **dokumentere** – særlig effekten av iverksatte tiltak

**HVA ØNSKER VI Å FINNE UT MER OM?**

- Hvorfor stopper handlingskjeden opp?
- Hvorfor går det tid før problemer blir tatt tak i?

**FORBEDRINGSOMRÅDER: DOKUMENTASJON VED OVERGANGER**

- **Internt i avdeling** = mellom yrkesgrupper og mellom vakter (dag/kveld/natt)
- **Internt i kommunen**
  - overgang mellom yrkesgrupper (spl.-tjen. ↔ leger)
  - og overgang mellom instanser (hjemmetjenesten ↔ institusjon)
- **Eksternt** = overganger mellom spesialisthelsetjenesten ↔ kommunen:
  - institusjonene, hjemmetjenesten og legene
- Vi må bli bedre til å bruke den helsefaglige kompetansen til å:
- Observere → tolke → vurdere → handle → dokumentere → informere → evaluere

**MÅL FOR ARBEIDET**

**Overordna mål:**

- Pasienter og pårørende opplever at de er trygge, har medvirket, blir ivaretatt og får riktig behandling som er godt dokumentert, ved alle overganger.

**Mål for hjemmetjenesten**

- Ordningen med faste månedlige møter mellom fastlegene og fastlegesykepleierne fungerer godt og følges opp av begge parter.

**Mål for Forsettunet**

- Alle ansatte tar ansvar og bidrar til at kommunikasjonen ved overganger er basert på dokumentasjon av fakta som gir pasientene sikkerhet og god pleie.

**Mål for Follebutunet**

- Den grunnleggende sykepleiefaglige kompetansen sikrer gode observasjoner, vurderinger og tiltak som dokumenteres korrekt i pasientjournalene

**PLAN FOR ARBEIDET**

- Hver seksjon jobber selvstendig med sin hovedproblemstilling.
- Milepælene er fellesmøter for de tre seksjonene hvor arbeidet så langt evalueres og koordineres.
  - Koordinator innkaller til møtene
- Målene må kunne måles/evalueres innen utgangen av mai

Konkret datofestet plan for videre arbeid er ikke klar...

| TILTAK / HANDLING | ANSVAR | TID |
|-------------------|--------|-----|
|                   |        |     |
|                   |        |     |
|                   |        |     |





GRAN KOMMUNE

**Gran ligger sør i Innlandet, med 13 600 innbyggere.**

**Helse- og omsorg har 220 årsverk og består av:**

- tildelingsenheten
- to helse- og omsorgssentre og to dagsentre
- hjemmetjenester og fysio- og ergotjeneste
- legetjeneste med legevakt
- vaskeri, kjøkken, merkantil og driftstekniker

**Psykisk helse- og rustjeneste har 22 årsverk og består av:**

- behandlings- og oppfølgingsteam
- botilbud med nærhet til heldøgnsbemanning
- dagsenter

**Langsiktig mål:**

- o Alle ansatte vet hva pasientforløp er og bruker det aktivt, slik at pasientens behov møtes av trygge og koordinerte tjenester.
- o Samarbeidet mellom kommune og spesialisthelsetjenesten skal være likeverdig og reelt.

**Kortsiktig mål:**

- Vi skal
- o gå gjennom eksisterende pasientforløp og forbedre
  - o alltid spørre "Hva er viktig for deg?"
  - o se på struktur for samarbeidsmøter internt i kommunen
  - o se på struktur for inkomstsamtaler
  - o kommunisere til interessenter om arbeidet
  - o utføre målinger i antall kartlegginger og inkomstsamtaler

**I samhandlingen med spesialisthelsetjenesten ønsker vi:**

- o tverrfaglige møter innen psykisk helse og rus, og somatikk
- o at sykehusene går fra "trygg utskriving" til "trygg overgang"
- o realistiske forventninger til hvilke tjenester kommunen kan gi
- o økt veiledning ut mot kommunene, etter veiledningsplikten
- o økt respekt for kommunens erfaring med pasienten

Hege Nilsen, saksbehandler i tildelingsenheten  
Ewa Kulis, fysioterapeut i hjemmetjenesten  
Karoline Østerhaug, helsefagarbeider i hjemmetjenesten  
Aud Lise Gillebo, tjenesteleder i hjemmetjenesten  
Elisabeth S. Kvernstad, sykepleier i mestringsteamet  
Kine H. Skiaker, sykepleier i mestringsteamet  
Astrid M. Berget, sykepleier på korttidsavdeling/KAD  
Stine R. Slette, sykepleier på korttidsavdeling/KAD  
Anne Merethe Wien, sykepleier på korttidsavdeling/KAD  
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

**Erfaringer så langt:** *Det er engasjement i gruppa. Vi opplever arbeidet som spennende og interessant, samtidig som vi har stor vilje til endring.*







# LILLEHAMMER KOMMUNE

Lillehammer kommunes visjon er «mestring hele livet».

I tjenesteområdet psykisk helse og rus er vi opptatt av at mennesker skal kunne leve meningsfulle liv, på tross av psykiske og/eller rusproblemer. Vi tilbyr individuelle og gruppebaserte tjenester til mennesker med lette til alvorlige psykiske og/eller rusproblemer.

Vi retter oppmerksomheten mot hva som er viktig for den enkelte og hva som øker mulighetene for å oppleve mestring.

Våre tjenester bygger på en helhetlig og recovery-orientert tankegang.



### • Hvem er vi

Vi jobber i Lillehammer kommune i psykisk helse og rus. Vi er tre personer i vårt forbedringsteam, to fagansvarlige miljøterapeuter og fagkoordinator. Forbedringsteamet og tema vi har valgt er forankret i ledergruppen. Fagkoordinator har tett kontakt med ledelsen vedr forbedringsteamet.

### • Identifisere behov for forbedring

Ferdighetstrening for ansatte. Vi ønsker å øke våre ferdigheter i møte med våre pasienter. Vi har mye teoretisk kompetanse som vi trenger å få implementert inn i vår praksis og over til gode ferdigheter i møte med pasientene. I vårt fagfelt

bedriver vi lite med trening og øving, i motsetning til for eksempel i somatikken som øver på utøvelse av ferdigheter i mye større grad. Vi tenker at øving på ferdigheter vil øke kvaliteten i tjenestene vi gir, og gjøre ansatte tryggere sin utøvelse og i møte med pasienter. Skal man bli god så må man øve.

Ferdighetstrening vil både ansatte og pasientene profitere på. I en slik ferdighetstrening vil man også få tilbakemelding fra kollegaer som gi læring og forbedring. Vi tenker at gode ferdigheter hos ansatte vil bidra til et bedre pasientforløp.

Vi tenker at ferdighetstrening hos ansatte er nyttig uansett hvor pasientforløpet pasientene er. Første ferdighet vi ønsker å øve på

er motivasjon. Vi gjør mye motivasjonsarbeid igjennom hele pasientforløpet, og dette er en vesentlig og viktig del av vår jobb. Vi tenker at ved å øke våre motivasjonsferdigheter kan dette bidra til å øke livskvalitet og mestring hos pasientene. Dette er også en del av vår recoveryorientert praksis.

### • Mål

- Få ferdighetstrening inn i en fast struktur
- Lage fremdriftsplan
- Ferdighetstrening blir iverksatt i 1. kv 2023
- Bedre livskvalitet hos pasientene
- Bedre mestring av livet hos pasientene

Fremdriftsplan

|  |   | 7.2. kl. 13.00 til 14.00                      |
|--|---|---|
| Sette opp møter med avdelingsleder og psykolog | Diskutere hvordan dette kan gjennomføres og på hvilken måte                             |   |
| Møte med avdelingene                           | Sette inn tema ferdighetstrening  | Dette gjøres på avdelingsmøte etter møtet 7/2 |
| Ledermøte                                      | Informere ledergruppen om utvikling   | Dette gjøres på ledermøte 16/2                |
| Tilne  | Finne tema for ferdighetstrening og vurderer om det er behov for undervisning i tillegg |   |
| Kartlegge behov for teoretisk kompetanse (M)   |   |   |



# Gode pasientforløp

## Samling 2

### MÅL – Hva skal oppnås?

#### Hovedmål

Forankring av rutiner for gode pasientforløp i hjemmebasert, rehabilitering -/korttidsavdeling og tildelingsteam.

Rutiner skal være generaliserbare og forankret i lovverk og overordnede planer, og inkludere brukermedvirkning og hva som er viktig for pasienten.

Hva er viktig for deg?



#### Delmål

1. Ansatte har nødvendig basiskompetanse og kunnskap om rutiner for å sikre gode pasientforløp og har tilstrekkelig rom for sette seg inn i dette.
2. Ansvar og oppgaver knyttet til mottak av nye pasienter er godt kjent hos alle ansatte i rehabilitering -/korttidsavdeling, og godt implementert i daglig praksis og i alle ledd.
3. Alle kjenner pasientens mål og pasientforløpet.
4. Mål er beskrevet i vedtak, og vedtak revurderes ved endring i mål og tiltak.



## Gode pasientforløp

### Samling 2

#### **Hvilke konkrete tiltak/handlinger skal iverksettes?**

##### **Ifht. delmål 1: Kartlegging**

- Sjekklister gjennomgås og oppdateres i tråd med målsetting.
- Avdelingsledere kartlegger basiskompetanse hos alle ansatte
- Avdelingsledere sørger for at videre tiltak drøftes og iverksettes ut fra resultater fra kartleggingen, og lager en plan for dette.
- Tidsperspektiv må avklares med avdelingslederne.

##### **Ifht. delmål 2: Rutiner er kjent og godt forankret**

- Formalisering og sikre rutiner for refleksjon rundt egen og daglig praksis.
- Implementeringsstøtte på alle EQS prosedyrer.
- Referatmal for møter legges i Gerica.

##### **Ifht. delmål 3 og 4: Alle kjenner pasientens mål og pasientforløpet**

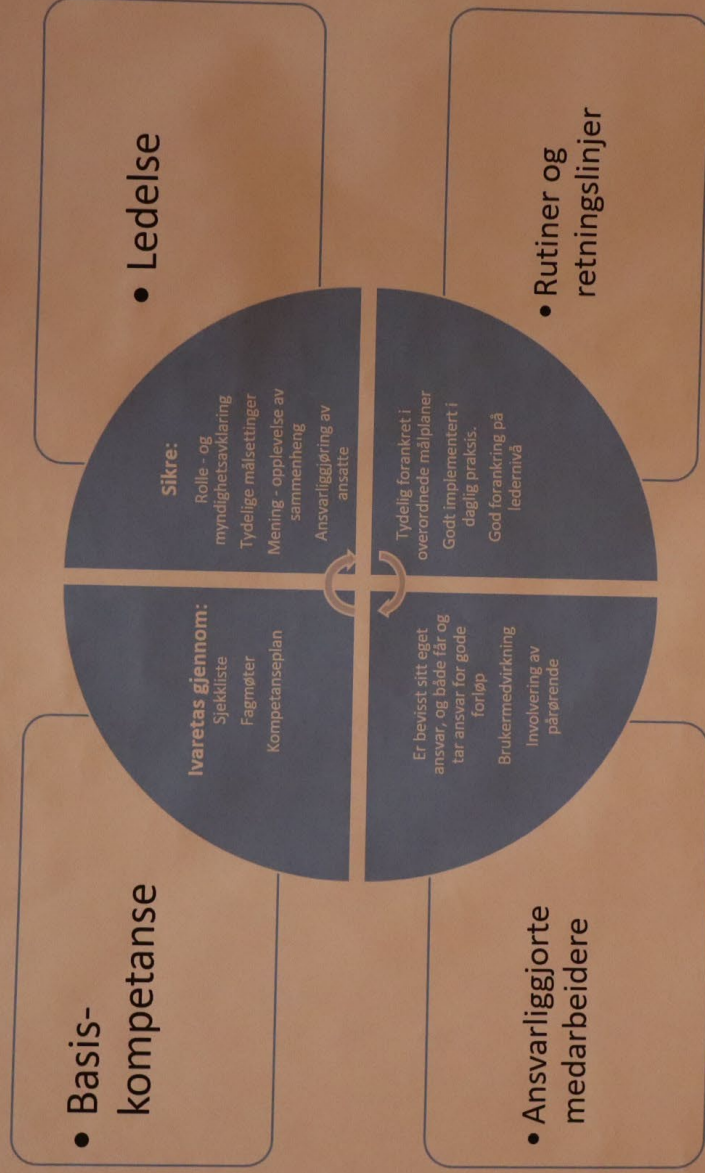
- Etterspørre pasientens mål og aktivt bruke «hva er viktig for deg»
- Mål beskrives i vedtak.
- Vedtak og referater brukes aktivt
- Vedtak revideres ved endring i mål og tiltak.
- Bevisstgjøring av hva som er relevant informasjon og som må deles. Dette kan være f.eks i daglig journalføring, tverrfaglig notat og referater, og overføringsnotat.



# Gode pasientforløp

## Samling 2

Rammeverk for sikring av gode pasientforløp visualiseres gjennom å lage plakater som kan henges i de respektive avdelinger, til bruk som rettesnor for planer, samarbeid og analyse av teamarbeid.



Løten kommune

Innbyggere: 7801

### Virksomhetsområder:

#### Løten Helseun

1. Post 1 (rehabilitering, korttidsplasser, avlastning, langtidsplasser)
2. Post 2 (avlastning, langtidsplasser)
3. Post 3 (demensavdeling)

#### Hjemmebaserte tjenester

1. Hjemmesykepleie
2. Hjemmehjelp
3. Tidelingsteam
4. Dagsenter
5. BPA
6. ROP
7. Fysioterapi/ Ergoterapi
8. Hjelpemiddeltekniker
9. Demensteam
10. Kreftsykepleier

#### Forbedringsteam:

- Ragnhild Bekk  
Mina Flisen Jevnaker  
Berit Jakobsen  
Marit Halvorsen  
Anne Lise Jensen





# NORD-FRON KOMMUNE

Verdier: HEL VED / INNSKAPENDE / INKLUDERENDE

## Deltakere i forbedringsteamet:

- ✔ Elisabeth B Rudi, daglig leder Tildelingskontoret
- ✔ Tine Sørensen, avd leder fysio/ergo/friskliv/hverdagsrehabilitering
- ✔ Hanne Eide Myhre, fysioterapeut
- ✔ Anette Sletmoen, fagkoordinator hjemmetjenesten
- ✔ Mette Dokken Langset, fagkoordinator langtidsavdelingen
- ✔ Siv Helen Rolsbakken, fagkoordinator demensavdelingen
- ✔ Bente Jøten Skog, sektorsjef helse/leder av gruppa

## Demografi og tjenester:

5600 innbyggere: 25% er over 65 år – prosentandelen øker med 16% innen 10 år.  
 Dekningsgrad institusjon: 19,7%, 30% av pasientene har hatt langtidsopphold i over 3 år.  
 22 HDO + 10 omsorgsboliger på området ved basen for hjemmetjeneste og institusjon.

Organisering: 3 sektorer: administrasjon, oppvekst og helse

## Sektor helse: 190 årsverk i kommunal regi + interkommunale årsverk.

- ✔ Tildeling i stabsfunksjon
- ✔ 2 tjenestområder innen helse (ny org. 1.1.22) – fokus på å redusere «fagsiloer»
- ✔ Vertsommune for 1 interkommunalt tjenestoområde (NAV).  
 For øvrig interkommunale samarbeid i sør- og midt-Gudbrandsdalen.

Politisk bestilling for 2023/2023: utarbeidelse av helhetlig helse og omsorgsplan «fra vugge til grav».

## Visjon for forbedringsarbeidet

Nord-Fron kommune er en kommune hvor innbyggerne vet hva de kan forvente seg av tjenestene og hvor brukeren opplever helhet i tjenesteytingen.



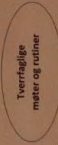
## Overordnet mål:

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

Overordnet er vi et forbedringsteam som skal bidra til at pasientene opplever mer systematikk, forutsigbarhet og helhet i tjenestene

## Identifisering av egne forbedrings/utviklingsområder:

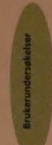
- Forankring



Informasjon/konvensjons-  
endring til endringene

Etablering av  
støttegrupper med rolle og  
funksjon  
Revidering av helhetlige  
skriterier for tildeling av  
ressurser. Politisk best i mars

- Kommunikasjon



- Kartlegging og systematikk



KS Rute for hjemmelige oppgaver  
og delingsrettshattlegging  
Fordeling av kompetanse  
Innovativt bemanningstilsatte

- Behandlingsplan



- Kompetanseheving

Demokratiske og demokratiske  
samfunn, hvor kompetansen hos  
ansatte, brukere, pårørende,  
næringsliv osv.

Hvordan skal vi jobbe for å beregne oss i utviklende retning?

Hvordan arbeider vi med kompetanseutvikling hos oss for å få til gode pasientforløp?  
 Hva trenger vi og hva bør vi gjøre?  
 Hvem gjør hva og når?  
 Tidspunkt for evaluering.





## Ringsaker kommune

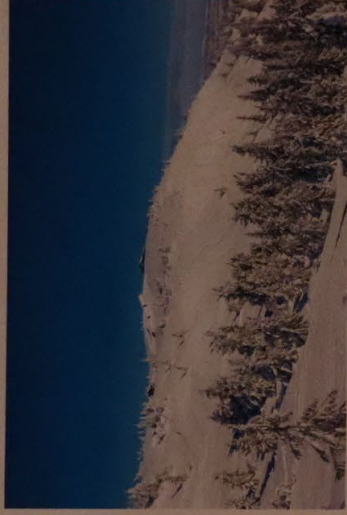
Ringsaker kommune er den største innlandskommunen og har mer enn 35 000 innbyggere.

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.

Fire av enhetene i helse og omsorg er representert inn i forbedringsteamet.

Etter første samling har forbedringsteamet fått et nytt medlem med relevant kompetanse.

I tillegg har vi hatt veiledning med to representanter fra Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT)



### Forbedringsteamets medlemmer

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

Ellsabeth Gerhardsen—kvalitetsrådgiver, tjenestetildeling og samordning

Cathrine Bjørke Hjell—sykepleier, hjemmetjenesten

Bente Behrens—helsefagarbeider, hjemmetjenesten

Kristin Eker—vernepleier, tilrettelagte tjenester

Gro Cathrine Høgsøien—helsefagarbeider, tilrettelagte tjenester

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

Aud Kongssund—fagutviklingssykepleier, spesialiserte tjenester, KMS

Kristine Karlsen—prosjektleder, «tverrfaglig samarbeidsmodell»

## 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 og hjemmetjenesten. Dette verktøyet skal kunne overføres til andre overganger i kommunen.

#### 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/unnødv. spørsmålet?

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

Delmål 3: Integreere og implementere

Integreere spørsmålet "hva er viktig for deg?" inn i relevante sjekklister /skjemaer/sammenfatningsmal og annen dokumentasjon vi bruker i journalsystemet.

## INFORMERE, INVOLVERE OG SIKRE FORANKRING I EGEN KOMMUNE

**Oversikt over fremdrift, på arbeid og møtevirksomhet imellom første og andre 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 overganger 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.

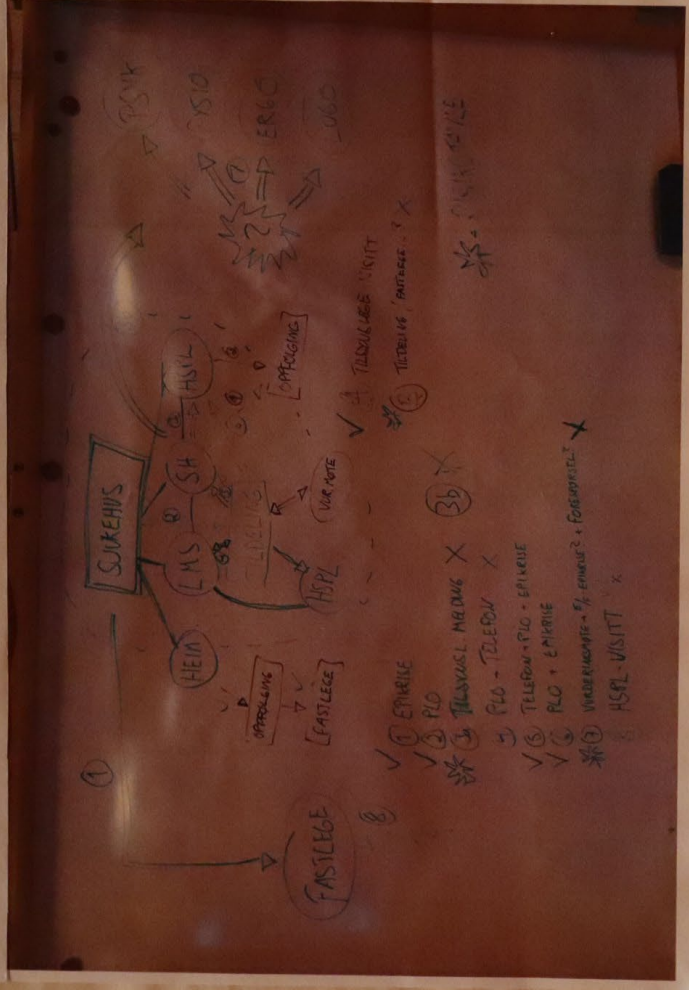






Skjåk kommune

# KARTLEGGING



# PROSESSEN

BEHOV FOR FORBETRING AV

- ↳ STRUKTURERE INFORMASJONSFLYT
- ↳ RUTINER FOR PASIENTFORLØP

TILTAK

- ↳ RISIKOTAVLE

MÅL

- ↳ IMPLEMENTERE RISIKOTAVLE
- ↳ FELLES FLYTSKJEMA I PROFIL



## Gode pasientforløp Rehabilitering.



# Stange kommune

### Stange kommune

21 295 innbyggere

#### Helse og omsorg

Legetimer per uke per beboer i sykehjem er 0,74 timer mot 0,56 timer på landsbasis. Legetimer er indikator på kvaliteten i tjenesten.

Årsverk med helseutdanning i omsorgstjenesten ligger på 79,5 %, som er over landsnittet for øvrig med 77,7 %. Nasjonale mål om forskyning av pasientbehandling i fra spesialisthelsetjenesten til kommunehelsetjenesten krever at kommunen fortsatt jobber med kompetanshevetende 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.

#### Forbedringsteam:

Kine Lundbakken, avdelingsleder

Måken Holm, rehabiliteringskoordinator

Britt Kristiansen, fagleder

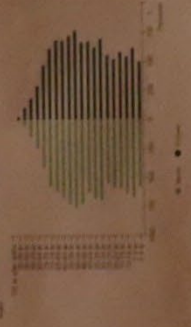
Ida Melby, fysioterapeut

Kjersti Dymnes Kaulsen, spesialistkyepleier

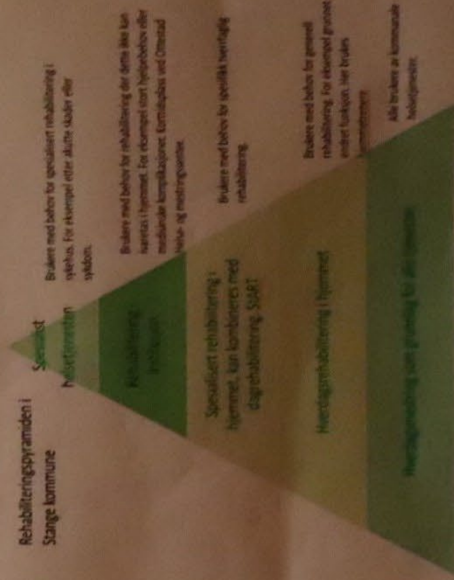
Elin Følstad Bronkebakken, avdelingsleder

Tove Lundberg, avdelingsleder

Andel innbyggere for ulike typer rehabilitering i kommunene



### Rehabiliteringspyramiden i Stange kommune



Pyramiden skal illustrere forholdet mellom ulike typer av helse og omsorgstjenester som lempelse.

### Statusrapport før samling 2

I perioden mellom første og andre samling har vi hatt fokus på å utforske hva som skjer i overgangen mellom rehabiliteringsopphold i institusjon og hjem med aktuelle tjenester. Vi har hatt noen endringer i arbeidsoppsett, da vi ser at den etter hvert blir for stor. Vi har da nedskalert arbeidsgruppe og etablert en ressursgruppe. Vi har fått tilført nye personer fra hjemmesykepleien for å styrke arbeidsgruppen. Møtene har vært preget av gode diskusjoner og idemødring. Det har vært krevende å gjøre avgrensninger. Vi erfarer at vi har brukt mye tid på drøfting da rehabiliteringsoppgavene er veldig forskjellige. Rehabilitering omfatter alle over 18 år (vår avgrensning) og alle diagnosegrupper/Åslder. Det er derfor vært krevende å trekke noe felles ut av våre intervjuer. Det er viktig å oppbevare mer informasjon om rehabiliteringsoppgaver.

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

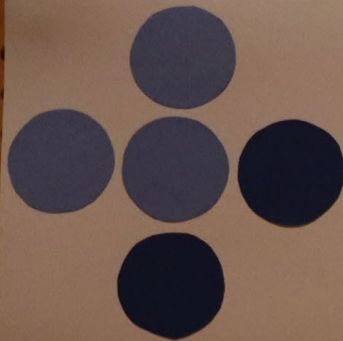
#### Delmål:

- Oppdaterte målsamtalen som gjennomføres ved oppstart av dagrehabilitering
- Utarbeide tverrfaglig rapport etter enstet dagrehabiliteringsopphold
- Gjennomføre samarbeidsmøte med hjemmesykepleien for utreise fra dagrehabiliteringsopphold
- Oppdaterte for pasienten i hverdagsrehabilitering gjennomføres med en ansett fra hjemmesykepleien og en ansett fra hverdagsrehabilitering for å samkjøre tjenestene slik at de oppbevares mer informasjon om rehabiliteringsoppgaver
- Etablere digital samlingstrinnsplan (ITOS) for å sikre at oppgaver blir gjennomført
- Utarbeide samarbeidsplan både på ledernivå og ansattnivå
- Starte opp med "Rehab-lunsj" for alle kommunalt ansatte som jobber med rehabilitering



# SYKEHUSET INNLANDET HF

Div. Elverum-Hamar



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

|   |   |
|---|---|
| <b>ELVERUM</b><br>Medisin<br>Ortopedi<br>Gyn/Føde<br>Barn og NEO<br>Øre-nese-hals<br>Øye<br>Pasienthotell<br>Akuttmottak<br>Bilddiagnostikk | <b>HAMAR</b><br>Medisin<br>Kirurgi<br>Akuttmedisin<br>Bilddiagnostikk |
|---|---|

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

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)

**Resultatmål:**  
**85% av innlagte pasienter ved Kirurgisk sengepost 4 Hamar har utfyllt sjekkliste ved utskrivning innen 1.11.23**

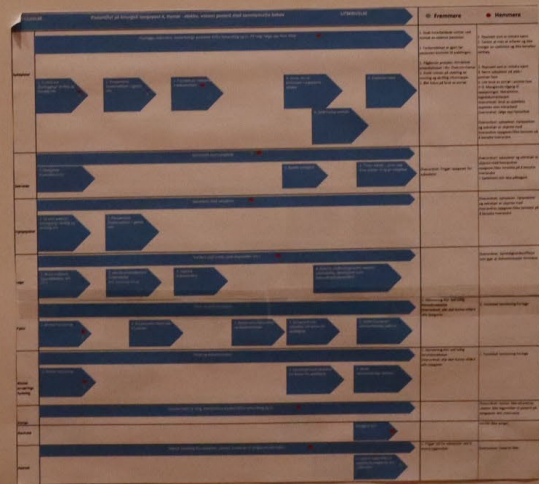
**Prosessmål:**

- 100 % av pleiepersonell og postsekretærer har fått opplæring i bruk av sjekklista innen 1. juni.
- Pleiepersonell tar i bruk sjekklista ved utskrivningssamtale innen 1. sept.
- (Pleiepersonell og postsekretær gjennomfører minimum tavlemøte x 1 i hverdager innen 1.sept. Er aktuelt om det blir e-tavle)

**Kommunikasjonsplan**  
Plan for hvordan budskapet om endring skal kommuniseres til hvem, hvorfor og hvordan

Enhet: Kirurgien H4  
Sist oppdatert: 24.01.23

| Stakeholder                           | Mål                               | Message                           | Message                                       | Mål                                   | Aktivitet                       | Ansvar                    |
|---------------------------------------|-----------------------------------|-----------------------------------|---|---------------------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| Overlege                              | Informasjon om Gode pasientforløp | Informasjon om Gode pasientforløp | Opplyst                                       | Opplyst                               | Presentasjon status i prosessen | Teamleder og prosessleder |
| Arbeidsledere                         | Informasjon om Gode pasientforløp | Opplyst                           | Nå være delaktige i prosessen                 | Ved behov og minst etter hver samling | Direkte dialog / Fysisk møte    | Teamleder                 |
| Personer som arbeider på kirurgien H4 | Informasjon om Gode pasientforløp | Opplyst                           | Motivasjon og kunnskap til å utføre endringer | Ved behov og minst etter hver samling | Direkte dialog / Fysisk møte    | Teamleder                 |
| Samtidsmedisiner                      | Informasjon om Gode pasientforløp | Opplyst                           | Kjenne til arbeidet                           | Før implementering                    | Info via ledelse                | Teamleder                 |
| Tilbudsgivende virksomheter           | Informasjon om Gode pasientforløp | Opplyst                           | Informert om arbeidet                         | Før implementering                    | Info på konferanser             | Teamleder                 |



**Interessentanalyse**  
Læringsnettverk Gode pasientforløp, Kirurgien H4

| Interessent           | Interesse | Samrøring | Holdning | Trusselforhold |
|-----------------------|-----------|-----------|----------|----------------|
| Leds av pasientforløp | Interesse | Stor      | Positiv  | Stor           |
| Legene i avdelingen   | Middels   | Stor      | Positiv  | Middels        |
| Fysioterapeuter       | Stor      | Stor      | Positiv  | Stor           |
| Postsekretærer        | Middels   | Stor      | Positiv  | Middels        |
| Avd sjef Kirurgi      | Middels   | Middels   | Positiv  | Middels        |





Gode pasientforløp

Gode pasientforløp

SI Divisjon Gjøvik-Lillehammer, Lillehammer sykehus

Sykehuset Innlandets verdigrunnlag:

- Kvalitet
- Trygghet
- Respekt

Lillehammer Sykehus



Gjøvik Sykehus



**Fakta om divisjonen:**  
- 13 somatiske avdelinger  
- 2.200 ansatte

**Opptaksområdet Lillehammer:**  
- N-Ringsaker  
- Gudbrandsdalen

**Har områdefunksjon for hele SI:**  
Barn, nevrologi og kvinneklinikk

Deltagere:

- Stine Larsen Bentdal, rådgiver medisinsk avdeling
- Kristine Petersen, fagutviklingssykepleier medisinsk avdeling
- Ingvill Helene Utvik Hjelmseth, helsesekretær medisinsk avdeling
- Roy Otterholt Bekkeseth, overlege i akut- og mottaksmedisin
- Unni Vågsmyr, enhetsleder ergo-/fysioterapiavdeling
- Ingrid With, samhandlingsrådgiver divisjonsledelsen
- Wenche Rinde, rådgiver faglig forbedring stabsområde Helse

**Pasientflyt på medisinsk sengepost Lillehammer – voksne pasienter med samvannsaste behov**

Erfrått: Kvalitet er den eneste pasient forlop gjennom bruk av tavlen og gjeldende assistent 8-9% av vedtatte pasienter ved medisinsk sengepost har utført gjeldende ved utskriving innen Nov.-23. Prosentvis 100% av personaler har fått opplæring i bruk av gjeldende innen 20.06.23. Prosentvis 100% av pasienter gjennomte alle grupper mandag til og med fredag innen 20.06.23.

**Erfrått:** Journal, kartleggingsnotat, henvisning, MV, ehvitegjeldet PLO, epikrise, utskrivingsnotat

**Målinger:** Dokumentasjon (DPS) = Medisisk, Trossi utskriving = sjekklister under innleggelse, sosialt, trykkmåling, Organisme, uferde og generelt. **Utskrivingsnotat:** dokumentasjonen, Pasientflyt = bruk av dokumenttypen, skjema og PLO-måling

**Erfrått:** Ingen telefonert for påtørende - mange telefoner gjennomføres ikke daglig

**Legger:**  
• Samtidigassistent - innleggelsen blir forsinket pga samtidigtrippoppgaver. Samme lege må gjøre alt. Samtale med elektive pas blir forsinket. Alt blir forsinket.  
• Prosjektene har mangelfull kompetanse - forventer beslutninger fra overlegen til lunngmate  
• Flytting av pasienter internt i avdelingen. Mangler på kontinuitet, bruker mer tid  
• Flere kommunikasjoner, pas tomtar ikke at den er utskrivingsmateriale  
• Epikrise må gjøres raskere av overlegen for for. Pasienter får ikke med seg gjeldende epikrise

**Sykepleier/hjelpere:**  
• Tar ikke med tralle med PC ved mottak av nye pasienter - dobbeltdokumentasjon  
• Deltar kun på prøvetid, ikke legevisitt, sene avklaringer om utreise  
• Samtidigassistent - samme person skal gjøre flere oppgaver samtidig  
• Tugging til mobile emter for å registrere opplysninger, ta ulike målinger etc  
• Mangelfull kompetanse på bruk av ehvite og sjekklister  
• Mange gode opplysninger og plan om pasienten  
• Samtidigassistent  
• Feil bruk av sydd på organisering av pasienter, sp henter legemidler på apotek for pasienter som skal reise hjem  
• Flytting av ppl og pasienter over - mangler på kontinuitet

**Sekretær:**  
• Ingen telefonert for påtørende - mange telefoner gjennom hele døgnet  
• Ikke alle sekretærer kan dokumentere innleggelse - arbeidet hopet seg opp - like effektivt  
• Håndtering av beskjeder - vanskelig å få tak i rette personer for å gi beskjeder  
• Sen skanning av utskrivelser - ingen sekretærer på ettermiddag kveld til å skrive epikriser

**Engulysker:**  
• Leder etter ansvarlig ppl. Leder etter utstyr  
• Får ikke tak i pas fordi pasientene er på ukke undersøkelse  
• Mange avbytter - får ikke fullført arbeidet  
• Leder etter ubalkiserte pasienter  
• Flytting av pasienter i ved - Spj. kompetanse til pasientgruppe påviser samarbeid og sykepleiers kunnskap om pasientgruppen  
• Får ikke nok tid med pasientene fordi de legger for kort tid

**Porter:**  
• Pasientene er ikke klar ved henting. Pasientene vet ikke at de skal til undersøkelse

Interessentanalyse Læringsnettverk, gode pasientforløp Lillehammer

|                 |                      |                      |            |
|-----------------|----------------------|----------------------|------------|
| <b>Navn</b>     | Stine Larsen Bentdal | <b>Stilling</b>      | Rådgiver   |
| <b>Stilling</b> | Rådgiver             | <b>Telefonnummer</b> | 91 13 1252 |
| <b>Ansvar</b>   | Stine Larsen Bentdal | <b>Ansvar</b>        | Rådgiver   |
| <b>Ansvar</b>   | Stine Larsen Bentdal | <b>Ansvar</b>        | Rådgiver   |
| <b>Ansvar</b>   | Stine Larsen Bentdal | <b>Ansvar</b>        | Rådgiver   |

Kommunikasjonsplan

Plan for hvordan budskapet om endring skal kommuniseres til hvem, hvor og hvordan. Oppdatert: 16.01.23

| Gruppe    | Hva   | Hvem                 | Hvor                               | Når                          | Aktivitet                          | Ansvar               |
|-----------|---|----------------------|------------------------------------|------------------------------|------------------------------------|----------------------|
| Ansvarlig | Utvalgte personer i avdelingen som har ansvar for kommunikasjonen | Stine Larsen Bentdal | Interne møter og på arbeidsplassen | Etter 2. januar og før påske | Interne møter og på arbeidsplassen | Stine Larsen Bentdal |
| Ansvarlig | Utvalgte personer i avdelingen som har ansvar for kommunikasjonen | Stine Larsen Bentdal | Interne møter og på arbeidsplassen | Etter 2. januar og før påske | Interne møter og på arbeidsplassen | Stine Larsen Bentdal |
| Ansvarlig | Utvalgte personer i avdelingen som har ansvar for kommunikasjonen | Stine Larsen Bentdal | Interne møter og på arbeidsplassen | Etter 2. januar og før påske | Interne møter og på arbeidsplassen | Stine Larsen Bentdal |
| Ansvarlig | Utvalgte personer i avdelingen som har ansvar for kommunikasjonen | Stine Larsen Bentdal | Interne møter og på arbeidsplassen | Etter 2. januar og før påske | Interne møter og på arbeidsplassen | Stine Larsen Bentdal |



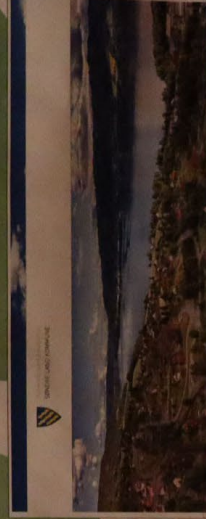
# Poster Samling 2:

**Mestring og Velferd-kommunalsektor** innebærer:

- Hovlitunet med institusjon demens og korttidsopphold rehabilitering og omsorgsboliger
- Fysio, ergo, friskliv
- Institusjonskjøkken
- Hjemmebaserte tjenester
- Tilrettelagte tjenester
- Legekontor
- Psykisk helse- og rus tjenester
- Tildelingskontor
- Velferdsteknologitjenester

## Søndre Land kommune

**Fakta om kommune:**  
 5.538 innbyggere 2. kvartal 2022  
 16 personer vekst i befolkningen siste kvartal  
 Opplandet, Randsfjorden  
 Lav levealder  
 Høy arbeidsledighet  
 Lite næring  
 Lav utdanningsnivå  
 Ressursutfordringer



**Formålet for læringsnettverket:**  
 Å skape trygghet for pasienten/pårørende og ansatte i overgang mellom tjenester, med god brukerfokus «Hva er viktig for deg?»  
 Samle verktøy laget gjennom årene i arbeid med pasientsikkerhet og sette det i et sammenhengende system.

**Søndre land kommune**

**Kjersti Roen** - Hagenberg - ergoterapeut

**Nina Kristin Aarstad** - konstituert leder hjemmebaserte tjenester og fastlegepleier

**Silje Øyen** - fastlege og sykehjemslege

**Anne Kirsti Blitt** - Nybakke-fagsjepleier rehabiliteringsavdeling

**Marianne Ege** - Lunberg - assisterende kommunalsjef

**Mariolen Verplak** - fag- og kvalitetsutvikler, leder forbedringsteamet

**Overrasket:**  
 ingen ble spurt «hva er viktig for deg?»  
 at ansatte er mer fornøyd med overføring av informasjon fra spesialisthelsetjenesten enn vi hadde forventet  
 Skapes urealistiske forventninger

**Ansket:**  
 Ikke oppdatert status  
 Mangler evaluering  
 Vanskelig å se helheten uten å ha tilgang til all

### Kommunikasjon – informasjon

**Vite mer om:**  
 Hvordan avklare forventninger mellom tjenester, med innbyggere?  
 Hvordan skape tydelighet i tjenestetilbud?

**Ønsker å gjøre:**  
 Bruke etisk refleksjon i alle vurderinger  
 Jobbe med forventningsavklaringer  
 Øke og verdsette brukermedvirkning

# målene for perioden:

Sette sjekklister og rutiner (relatert pasientsikkerhet og overgang «gode pasientforløp») i en oversiktlig helhetlig system. Implementering starter når alt er systematisert, antagelig 2024.

- o Kartlegging og gjennomgang av alle verkøyt, rutiner og sjekklister
- o Sette de rutiner/sjekklister vi har i et sammenhengende system og visualisere dette i en flytskjema
- o Sette inn alt rundt legemiddelhåndtering, kartleggingsverktøy, ernæring, «Tøft» innkomtsamtaler, utskrivning

(5 %?) Færre liggedøgn på Rehabilitering og behandling i 2023 i forhold til 2022.

- o Optimalisering av oppholdet gjennom gode pasientforløp
- o Monitorer reinnleggelses og forebygge de ved bruk av gode rutiner for sømløse overganger
- o for KAD-plasser

Bedre samarbeid mellom tjenester, slik at pasienter, pårørende og ansatte opplever mer helhetlig tilbud i kommunen.

- o Klar, tydelig, høflig og profesjonell i møte med (hver)andre
- o Innhente informasjon om pasienten i forkant av innleggelsen (SI, hjemmetjeneste, Rehabilitering og behandling, avdeling ergo/fysio), benytte informasjonen i planene videre
- o Avklare tydelig når pasienten kommer, hvorfor og hvor lenge. Aktiv rolle av tildelingskontor i dialogene mellom tjenester.
- o Innen 3 dg etter overgangen/utskrivning (fortrinnsvi bverrfaglig) hjemmebesøk, innen 14 dg (fastlegeoppfølging og etter 4 uker evalueringsbesøk

Implementering 5 verktøy for samordnet arbeidsgang på Hovlitunet (ind hjemmebaserte tjenester) og i psykisk helse og rus. Sjåre brukermedvirkning og forståelse for oppbudet for labor pasienter, pårørende og ansatte

- o Hva er viktig for deg? Hvorfor er dette viktig for deg?
- o Forløpsamtaler
- o Målsamtaler
- o Psykrosamtaler
- o Evalueringer av tjenestetilbud, innhold/tilsk





# GODE PASIENTFORLØP

## HVA ER VIKTIG FOR DEG?

### FORBEDRINGSOMRÅDER VED «FØRSTE MØTE MED PASIENTEN»

*Forventingsavklaring og  
Er informasjon mottatt &  
forstått*

#### OVERORDNET MÅL:

- Benytte ressurser og kompetanse som finnes i kommunen for å sikre gode pasientforløp.
- Alle jobber mot felles mål og utfører det som er bestemt.
- Sikre trygge overganger mellom instansene.

#### PROSESSMÅL:

- Utarbeide et felles mål og kartleggingsskjema ved tjenestestart.
- Utarbeide flytskjema på hver avdeling.
- Gå gjennom rutiner knyttet til flytskjema og enes om felles rutiner.
- Informasjon om tildelingskriterier og helhetlig innsatstrapp.

#### INVOLVERING I ARBEIDSPROCESS:

- 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.

## DEMOGRAFI

Vestre Toten kommune har 13 639 innbyggere. I helse og omsorg har vi ca. 354 årsverk som innebefatter ulike tjenester til hjemmeboende, institusjonstjenester og bo- og miljøarbeidertjenester. Antall innbyggere som mottar helse- og omsorgstjenester er ca. 1370 personer.

#### GRUPPA BESTÅR AV:

JENS MØRCH (Kommuneoverlege) • SATTAR GHANEMIFARD (Tilsynslege v/ Raufosstun helsehus og Gimle sykehjem)  
LINDA KLEVEN (Saksbehandler) • ANNETTE BRANDSHAUG (Sykepleier/konsulent) • 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)  
THEA HORNMOEN NESSET (Fagansvarlig) • ELISE FALLINGEN (Psykiatrisk sykepleier, Psykisk helse og rus)  
ATLE HOELSVÆEN (Vernepleier, Elvesvingen) • THOMAS FARBER (Fagkontakt, Ytterskogveien omsorgsboliger)





## Sidan sist har vi:

1. Identifisert behov for forbedring:  
Vi har valt å fokusere på Korffidsavdelinga, då denne farnar flest interessantar. Vi har utarbeida sjekklister for overgangar internt i kommunen, og arbeidar vidare med å samkøyre desse internt for å få desse mest mogleg saumlause. Til dømes: utkast sjekkliste innleggelse VH/ ny brukar HT
2. Utfarbeidd mål:
  - Ynskjer å få ein mest mogleg sømlaus overgang frå sjukehuset/ heimetenesta og inn på Korffidsavdeling- og møtsett.

- Få på plass sjekklister og rutiner internt, og deretter mellom kommunen, NGLIMS og sjukehus etter kvart.

### 3. Informert og involvert aktuelle aktørar:

Har laga ei informasjonsbrosjyre til alle mottakarar av helsetenester i Vågå kommune og deira pårørande som var ferdig før jul. Har i tillegg hatt artikkel om tema i lokalavisar. Informasjon og forankring på kommunalsjef, tenesteleiar og avdelingsleiarnivå. Informasjon på personalmøte.



**Tek i bruk teknologi som kan gjere kvardagen enklare for pasientar**



Sjekkliste ved innleggelse Vågheimen/Ny brukar i Heimetenesteb.

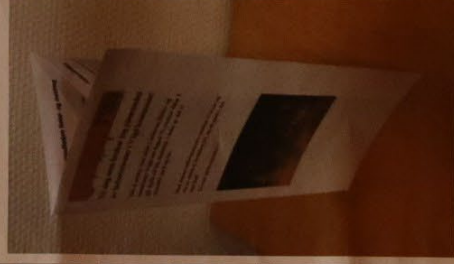
Pasientnr.:

Fødselsdato:

| Set kryss for utført  | Dato utført/sign: |
|---|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Skrive inn pasient: Innkomstsamtale. Epileptose/innleggelseskriv med utgangspunkt i funksjonsområde- utfyllende sampratning. |                   |
| <input type="checkbox"/> Innkøpst: BL, Puls, Temp, Spo2, RF, Høgde, VEKT, BMI, MST, Læremiddelkartlegging + ead, Ernæringsjournal                     |                   |
| <input type="checkbox"/> IPLOS registrering: Visse pasient kjem frå HT, så skal IPLOS vera oppdatert ved planlagt KTO. (korttidsopphald)              |                   |
| <input type="checkbox"/> Tannheiler: hokvede i EPJ (itt 3 månaders teneste-tilbod om gratis tannlege teneste (HT))                                    |                   |
| <input type="checkbox"/> Planlegge pårørandesamtale med eller utan doktor tilrådes  |                   |
| <input type="checkbox"/> Kartlegge/ hysvurdering/Ergovervordning, Ets AOD, kartlegging/ tilrettelegging av helsebøllar.                               |                   |

Eksempel på sjekkliste ved innleggelse korttidsopphold for Vågheimen

Informasjonsbrosjyre



| Set kryss for utført   | Dato utført/sign: |
|--|-------------------|
| <input type="checkbox"/> Mål og tiltak for opphaldet (Kort beskrivelse av pas situasjon som dokumenteres, under "vurderingssteget" i profil) |                   |
| <input type="checkbox"/> Er øvrige tenester satt på midlertidig opphør?  | JA:<br>NEI:       |
| <input type="checkbox"/> Er pas/pårørande informert om formålet med opphaldet, eventuell lengde og betaling?                                 | JA:<br>NEI:       |
| <input type="checkbox"/> Er pas skrevet inn i plassadmin?  | JA:<br>NEI:       |

Eksempel på sjekkliste ved innleggelse KTO for tildelingskontoret

## Status/ plan vidare:

-Innført videokonsultasjon mellom Helse- og meistring og Legevakt  
-Innført same observasjonsverktøy som SI Prehospital divisjon  
-Innført videokonsultasjon med SI gjennom "Sårprosjektet"  
-Arbeide vidare med sjekklister og felles rutinar internt i kommunen  
-Arbeide vidare med informasjonsdeling internt i organisasjonen, og med innbyggjarar, pasientar og pårørande

### Deltakarar:

- Hanne Stokke Moen, Kvalitetsrådgjevar Helse- og meistring
- Mariann Rosten, Avdelingsleiar Vågheimen
- Siv Monika Horten, Konstituert Avdelingsleiar Heimetenesta
- Ragnhild Brun Øygarden, Sakshandsamar Tildelingskontoret
- Nicole Kolobekken, Ergoterapeut
- Anita Stokstad, Prosjektleiar Velferdsteknologi





## Våler kommune - Innlandet

### Forbedringsteamet:

- Torunn Syversen, Pleie og omsorgssjef Våler kommune
- Gro Solberg, Avdelingsleder Våler omsorgssenter
- Bente Libekk, Avdelingsleder Hjemmebaserte tjenester
- Sonja Bjørneseth, Avansert klinisk sykepleier
- Rita Skara Demenskoordinator
- Birgit Wenstad Ergoterapeut

**Enkel kartlegging  
innen 3 dager**

**Enkel kartlegging:**  
For å sikre individuell og  
personsentret omsorg til  
pasienter som mottar  
tjenester fra HBO.

### Enkel kartlegging:

For å sikre individuell og  
personsentret omsorg til  
pasienter som mottar  
tjenester fra HBO.

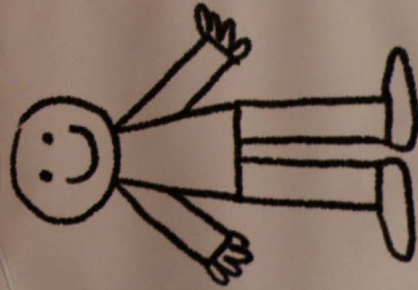


### Pasienter vil få:

- Nødvendig helsehjelp fra 1. dag ved hjemkomst/henvendelse
- Enkel kartlegging innen 3 dager
- Utvidet kartlegging innen 14 dager

### Målsetning:

Ta i bruk enkel kartlegging, vi  
starter med pilot 1. feb-  
evaluere 1. mars.  
Gjøre dette kjent for alle  
ansatte.  
Tidsbeparende.  
Bruke utfyllende kartlegging  
på multisyke og pas. med  
omfattende hjelpebehov.



Kommunehelsejtenesten



ENKEL kartlegging – hva er viktig for deg? Skjemaet skal brukes ved alle overtagelser fra hjem til institusjon og motsatt. IPLOS-SKAL OPPDATTERES ved hver overtagelse.

| PASIENT                       |  |
|-------------------------------|--|
| Navn:                         |  |
| Bosted:                       |  |
| Telefonnummer:                |  |
| <b>Plutsende:</b>             |  |
| • Adresse:                    |  |
| • Bosted:                     |  |
| • Telefon:                    |  |
| <b>ÅRSÅK TIL INNLEGGELSE:</b> |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |
| <b>HVA ER VIKTIG FOR DEG:</b> |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |
| <b>AVTALER VIDERE:</b>        |  |
|                               |  |
|                               |  |
|                               |  |

Vi ønsker å honorisere RLO meldinger, både når det gjelder info HBO sender ut og info vi mottar fra sykehuset.

- Be om opplys. ved sammenheng og medisinale
- Medisiner nå bruges med for de første dagene bla. lengri ved utskrivelse blag
- Slike kvittere som Pas. Innleibsblad pr. d.d.
- HBO ønsker også kartlegge i taks, behov for trykknutrustning



Spesialisthelsejtenesten