

Postere fra læringsnettverk i Ofoten, Troms og Finnmark

Samling 3, 6.-7. februar 2019

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 1

5. Følge opp
Implementere ny praksis
Sikre videreføring
Dele erfaringene med forbedringene

↻ Det vil ofte være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser



1. Forberede
Felles erkjennelse av behovet for forbedring
Forankre og organisere forbedringsarbeidet
Klargjøre kunnskapsgrunnlaget - forskning, erfaring og brukerkunnskap

4. Evaluere
Måle og reflektere over resultater
Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

3. Utføre
Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

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

Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Tøset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinshylla

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 1



1. Forberede
Felles erkjennelse av behovet for forbedring
Forankre og organisere forbedringsarbeidet
Klargjøre kunnskapsgrunnlaget - forskning, erfaring og brukerkunnskap

1. Forberede
<ul style="list-style-type: none"> - Vi ser et behov for forbedring i kommunen - Kommunene har satt sammen et tverrfaglig forbedringsteam - Hele kommunen må spille på samme lag, mot samme mål <p>PROBLEMMOMRÅDE</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manglende tverrfaglig koordinerende enhet - Informasjonsflyt både ved innleggelse og utskrivelse - Tilrettelegging før hjemkomst i samarbeid med pårørende - Kompetanseheving, og riktig kompetanse på rett sted - Folkeopplysning og forventningsavklaring om nivå på tjenestetilbud <ul style="list-style-type: none"> o Klare rammer og retningslinjer for kommunale tjenester, gode søknadsskjema, tilgjengelig informasjon

VISION OG MÅL FOR ARBEIDET
<ul style="list-style-type: none"> - Sikre et godt pasientforløp med bruker i fokus - Rett tjeneste til rett tid, der det er samsvar mellom forventning/behov og tjenestetilbud - Tydelig avklaring av roller og ansvarsforhold

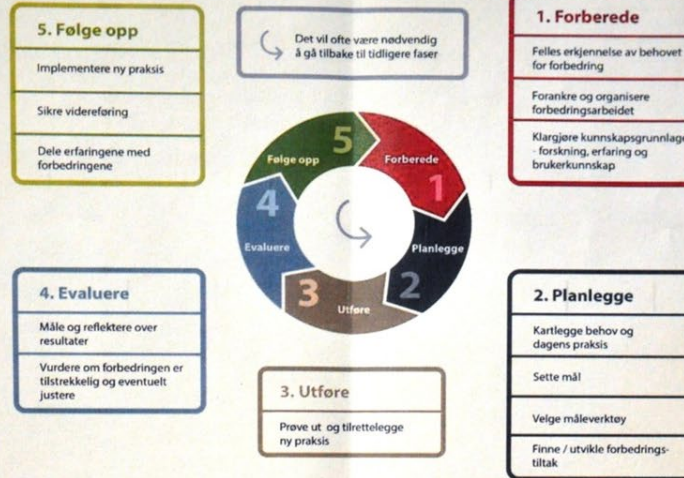
Alta kommune har 20 000 innbyggere. Det er en langstrakt kommune med flere brukere ute i distriktene.

Nærskjehus er to timer unna. Sykestue i sentrale Alta med både sykestueplasser og to korttidsplasser. I tillegg har kommunen 23 rehabiliterings/korttidsplasser og 6 korttidsplasser for demente. Hjemmetjenesten er pr 2018 delt inn i to soner. Kommunen har også et hverdagsrehabiliteringsteam i prosjekt. Dette koordineres av en samhandlingskoordinator. Videre har Alta et demensteam med egne dagtilbud for unge og eldre demente. Det er også en kreftkoordinator i kommunen.

Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Tøset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinshylla

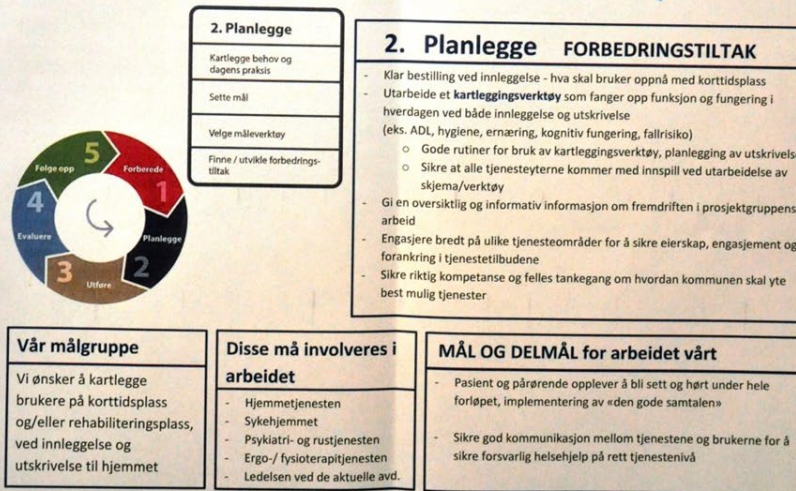
DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 2

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 2



Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Toset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinsnylla

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 2



Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Toset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinsnylla

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 3

5. Følge opp
Implementere ny praksis
Sikre videreføring
Dele erfaringene med forbedringene

↻ Det vil ofte være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser

1. Forberede
Felles erkjennelse av behovet for forbedring
Forankre og organisere forbedringsarbeidet
Klargjøre kunnskapsgrunnlaget forskning, erfaring og brukerkunnskap



4. Evaluere
Måle og reflektere over resultater
Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

3. Utføre
Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

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

Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Tøset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinshylla

DET GODE PASIENTFORLØP POSTER 3

3. Utføre
Prøve ut og tilrettelegge ny praksis



Målepunkt
- Forbedringsteamet planlegger å bruke det utarbeidede kartleggingsskjema som målepunkt for et godt pasientforløp <ul style="list-style-type: none">o Kryssjekk utført/ikke utført

3. UTFØRE
- Forbedringsteamet har laget utkast på verktøy (kartleggingsskjema før innkomst, ved innkomst og ved utskrivelse) for å sikre god og forsvarlig oppfølging av pasienter på korttidsavdelingen, inkl. den gode «hva er viktig for deg»-samtalen <ul style="list-style-type: none">o Teamet bruker målepunkter for det gode pasientforløp og HPH 2 (systematisk oppfølging av pasienter, kvalitetssikring) som utgangspunkt

Hvordan sikre ledelsesforankring og informasjon ut
- Kommunalleder deltar på samling 3
- Helseadministrasjonen inviteres jevnlig på møter med forbedringsteamet
- Forbedringsteamet sender forløpet ut informasjon om arbeidet og hvor i prosessen gruppa er
- Forbedringsteamet vil utfordre ledere i hver tjeneste på å gi gruppa en tilbakemelding, slik at det gis mulighet for innspill

Forbedringsteamet DET GODE PASIENTFORLØP: sykepleier Marit Tøset, sykepleier Elisabeth Hagen, sykepleier Lene Larsen, ergoterapeut Anne-Marie Qvarme Oksavik og fysioterapeut Karina Haus Steinshylla

Gode pasientforløp

- samling 3



Balsfjord kommune

Visjon/Mål:

Helsefremmede, helhetlige og koordinerte pasientforløp,
med pasientens mål i fokus.

Styrke samarbeid innad i kommunen, og med sykehuset

Vi har tatt utgangspunkt i kartleggingsbesøk-skjema fra Surnadal – og tilpasset det lokale forhold. Vi holder på med å lage brukerveiledning til skjemaet. Vi skal gi undervisning til sykepleierne i bruken av skjemaet – og det skal tas i bruk på alle nye pasienter, eller om det er store endringer i helse og omsorgstjenester som gis til pasienten.

Vi skal ta i bruk hva er viktig for deg skjema.

Implantertering av PLO
inntomstskjema - for bedre
innleggelsesrapporter.

Ledelsesforankring:

Informasjon og invitasjon er
gitt til Rådmann og
fungerende kommunalsjef.
Informasjon er tatt opp i
helse- og
omsorgsnettverkenettverket.

Vi skal invitere Balsfjord
Kommunes Råd for eldre og
mennesker med nedsatt
funksjonsevne, til en av
forbedringsteamets møter –
for å informere om
prosjektarbeidet.



Forbedringsteamet består av: May-Tove Johansen (Koordinator for funksjonshemmede), Marit Tollefsen (Enhetsleder, sykehjem og hjemmetjeneste), Bente Nordheim (Fagleder, hjemmetjeneste), Kristin Nilsen (Sykepleier, sykehjem og hjemmetjeneste), Ildianne Fjellås (Sykepleier, hjemmetjeneste), Bente Seljev (Enhetsleder, hjemmetjeneste), Hanne Lykkedrang (Sykepleier, hjemmetjeneste), Marit Theodorsen (Fagleder, hjemmetjeneste), Anne-Grøthe Heggem (Avdelingsleder, sykehjem), Idar Lettrem (komunelege), og Ingvald Westerbeek (Saksbehandler)

Læringsnettverk Gode pasientforløp

3. samling

Forbedringsteam



Berg – Lenvik – Torsken – Tranøy

Mål:

God pasientflyt

Tilgjengelig og relevant informasjon til riktig tid.

God rolleavklaring og ansvarsfordeling

Forbedringstiltak:

Bedre samhandlingsrutiner

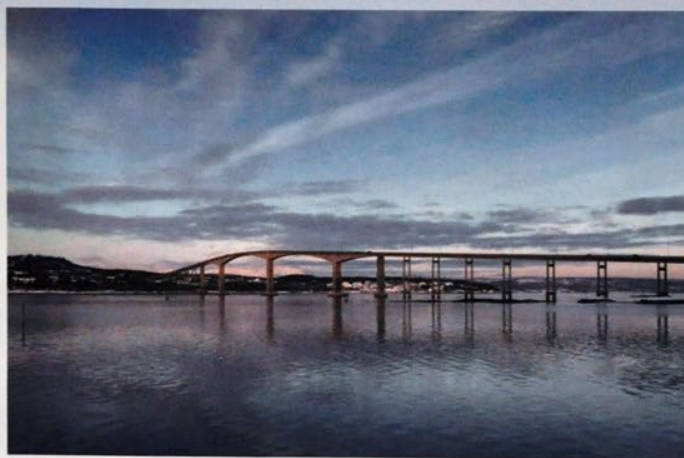
Implementering av flytskjema og sjekklister hos medarbeidere.

Medbestemmelse for pasienten.

«Hva er viktig for deg?»

Felles kartleggingsverktøy for å kartlegge behov/utfordringer til pasient

Utarbeide flytskjema og sjekklister.



Gisundbrua binder sammen kommunene Berg, Lenvik, Torsken og Tranøy - fremtidige Senja kommune.



Forbedringsteamet består av: Lisa Estensen, Mona Pedersen, Janita Jensen, Kjell Jarle Hansen, Anniken Almestad, Hege Birkeland, Bente Johnsen, Hanne Ness Eidsvik, Anita Theodorsen, Wivi Jakobsen og Lisa Hanson Fredriksen. **Observatør:** Margrethe Hagerupsen

Oppgaver vi har hatt fokus på siden sist:

Forankring og involvering av ledere

Rolleavklaringer og arbeidsfordeling

Kartlagt utfordringer i pasientflyt internt i kommunen

Felles sjekklister for alle tjenestene- vurderingssamtale

Bruk av tilleggsskjema

Etablere samarbeid med *PSHT* og *Oppfølgingsteam*, slik at man kan samkjøre prosjektene og utvikle felles verktøy til implementering

Målepunkter

1. Liggetid i korttidsplass etter utskrivningsklar dato
2. Bruk av kartleggings skjema

Mål:

God pasientflyt

Tilstrekkelig og relevant informasjon til riktig tid.

God rolleavklaring og ansvarsfordeling

Forbedringstiltak:

Bedre samhandlingsrutiner

Implementering av flytskjema og sjekklister hos medarbeidere.

Medbestemmelse for pasienten.

«Hva er viktig for deg?»

Felles kartleggingsverktøy for å kartlegge behov/utfordringer til pasient

Utarbeide flytskjema og sjekklister.



Dyrøy Kommune

- Noeline Goos
- Mirela O. Zarnescu

Hvordan vi har sikret ledelsesforankring

- Administrasjon: Enhetsleder er med i prosjektet, kommunalsjef helse og omsorg er orientert gjennom månedlige status rapporter
- Politisk: Opom er informert om statusen i prosjektet

Status i forhold egne mål, tiltak og målinger

Mål	Tiltak for å nå mål
Forebygge reinnleggelser som kan unngås	<ul style="list-style-type: none">• Tettere samarbeid med fastlege• Kartlegging av pasientens behov innen 3 dager• Mer bevisst på tverrfaglig samarbeid
Bedre informasjonsflyt	<ul style="list-style-type: none">• Tettere samarbeid med fastlege• Samarbeid med pårørende• Mer bevissthet rundt pasientmedvirkning
Opplæring og implementering hos ansatte	<ul style="list-style-type: none">• Utarbeidet nye sjekklister (Under arbeid)

Vi sikrer brukerinvolvering på følgende måte:

- ▶ Vi har -Hva er viktig for deg?- samtalen ved første besøk (Innen 3 dager)
- ▶ Vi legger opp tilbudet som ivaretar pasientens behov, interesser og aktiviteter
- ▶ Samtale på pasientens premisser
- ▶ Vi sørger for at vi er enige om mål, og lage plan for å nå målene
- ▶ Gir tilstrekkelig informasjon til pasienten om sine rettigheter

Målinger

Variable	Antall ved prosjekt start	Antall i dag
Utskrivelser	5 av 6 endte opp med reinnleggelse(83%)	1 av 13 tilfeller endte opp med reinnleggelse (7,7%)
Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging er mottatt		12 av 13 tilfeller (92,3%)
Besøk av sykepleier innen 3. dag		13 av 13 tilfeller (100%)



Evenes kommune

Midt i opplevelsen

Forbedringstemaet består av
Anja Larsen, sykepleier hjemmesykepleien
Ingjerd Eriksen, ergoterapeut
Maria Harr, sykepleier Evenes omsorgssenter
Solveig Hustad, spesialhjelpepleier Evenes omsorgssenter

Erfaring

Syns det er mye. Blir ikke brukt

Erfaring

Hatt for kort tid
Ikke hatt dette som tema på sykepleiermøte
Jobbe mer med forankring fremover både med ledelsen og sykepleiere

Erfaring:
Delte meninger om sjekklister

Vi jobber nå med å med å innføre sjekklister



Sjekkliste i «lommeformat»

Erfaring:

Jo mer vi etterspør av opplysninger fra sykehus, jo mer informasjon får vi. Da kan vi lage en god plan!

Erfaring:

Mangler fagmøter
Mangler møtepunkter
Vet ikke hvordan vi skal nå fram med budskapet til ansatte uten dette

Involvering av pasienter/brukere i forbedringsarbeidet
Møte med pensjonistforeninga hvor vi presenterte prosjektet.

Tilbakemeldinger om sykehusinnleggelse:
- Ingen har spurt om hva som er viktig for meg
- Mange å forholde seg til, aldri den samme personen
- Turte ikke spørre – redd for å mase
- Ønsker oppfølging fra sykehus, ikke fastlege, etter sykehusinnleggelsen

Ledelsesforankring

- Vært med på samlinger
- Vært med på lokale møter
- Er tilgjengelig og engasjerte til en hver tid
- Ikke involvert fagledere i tilstrekkelig grad

Veien videre:
- Få tatt i bruk sjekklisene
- Involvere leger
- Jobbe med utkast vurderingssamtale
- Involvere fagledere
- Ta ny gjennomgang av sjekklister, forenkle dem?
- Jobbe med målepunkter

DET GODE PASIENTFORLØP

Mål: 100% av pasientene har strukturert utskrivningssamtale innen 2020

Delmål: Implementere «Trygg utskrivning»

Ledelsesforankring:

- Foretaksovergrepene samarbeid
- Introduksjonsmøte for avdelingsledere
- Møte med enhetsledere

Gruppesammensetning:

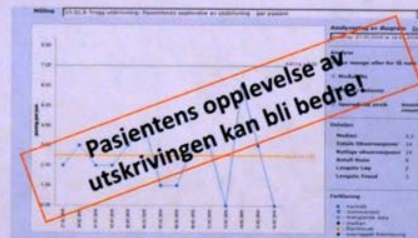
- Tverrfaglig forbedringsteam til pilot «Trygg utskrivning» på Kir/Ort avdeling

Dette har vi valgt å måle:

- Pasientens opplevelse av utskrivningen ved bruk av spørreskjema
- Legemiddelsamstemming
- Epikrisetider

Involvering av brukere og kommuner i forbedringsarbeidet:

- Pasientene kan komme med forbedringsforslag på spørreskjemaet
- Dialog med brukerutvalget
- Dialog med kommunene om sjekklister



Klinikkens forbedringsteam:

Ergoterapeut Hilde Risvik, Sykehusfarmasøyt Anna Arnesen, Kvalitetskonsulent Pia Birgitte Berg, Læring- og mestringsskordinator Linn-Anett Rirud, Fagutviklingssykepleier Akuttmodtak Guro Olafsson, Fagutviklingssykepleier Kir/Ort Marianne Ingvaldsen, Sykepleier Medisin Monica Kvamme Størdal, LIS2 fra Kir/Ort og Samhandlingskordinator.



FINNMARKSSYKEHUSET

FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU

Klinikk Hammerfest



Det gode pasientforløp «Sammen blir vi gode»

• FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMARKKU BUGHCCIVISSU



Klinikk Kirkenes Februar 2019

Vi jobber sammen med pasienter, ansatte og kommunene for å forbedre prosesser som gir kvalitet i samhandling. Brukeren skal møte helhetlige, koordinerte og trygge tjenester.

- Innen 1. mars skal alle sykepleiere på kirurgisk og medisinsk sengepost ha gjennomført opplæring på kartleggingskjema/ sykepleier innkomst.
- Innen 1. april skal alle pasienter i målgruppen få tilbud om en kartlegging/innkomtsamtale.

Tiltak

Ledelsesforankring

- Interessentanalyse
- Faste informasjonsmøter med klinikkledelsen
- Fremlegg på utvidet klinikkledermøte
- Eget arbeidsmøte med ledergruppen

Informasjon og forankring i drift

- Involvering av fagsykepleierne
- Forbedring av kartleggingskjema
- Utarbeide undervisningsopplegg
- Nyhetsbrev
- Kartleggings Kickoff med kartleggingskake
- Planlagt undervisninger i hele februar.
- Forbedret sjekkliste ved utskrivelse

Samarbeid på kryss og tvers

- Faste møter med Sør-Varanger kommune
- Faste møter med Klinikk Hammerfest
- Forbedringsworkshop med Sør-Varanger kommune og Utviklingssenteret
- Brukerrepresentant er medlem i teamet og involvert i det praktiske forbedringsarbeidet



OPPLÆRINGSKJEMA / KARTLEGGINGSKJEMA

A. Pasientens bakgrunn		
B. Kartleggingsgrunn		
C. Kartleggingsoppgaver		
D. Kartleggingsresultat		
E. Oppfølging		

DET GODE PASIENTFORLØP KLINIKK KIRKENES

Fastlegebesøk

Sykehus Rehabilitering



STATUS

Mål:

- Forbedre innleggelsesrapporter til sykehus
- Forbedre observasjonskompetanse
- Forbedre samhandling med sykehuset
- Innføre «hva er viktig for deg?»



Forbedringsteamet

Tiltak:

- Sjekkliste for bruk ved innleggelsesrapporter og utskrivelse.
- proACT – kurs i observasjonskompetanse.
- Faste samarbeidsmøter med sykehuset.
- Stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» i første møte med pasienten.

Lederforankring



Kommunalsjef Stina Løkke deltok på erfaringskonferansen.

Målinger:

Innleggelsesrapporter i hjemmetjenesten målt i perioden 1/12-18/1-19, etter at rutiner for innleggelsesrapport ble innført. Baseline var 0 innleggelsesrapporter med utfyllende informasjon utover journalsystemets standard

- Innlagte: 22 pasienter
- Ukjente brukere for hjemmetjenesten: 9
- Godkjente innleggelsesrapporter: 11
- Mangelfull innleggelsesrapport: 2



HJEMMETJENESTENES VED SPØRSMÅLETT PÅ SPØRSMÅLETT PÅ SPØRSMÅLETT		
1. Hva er viktigst med observasjonen? Er det? (Påpass, lyttende)	Ja	Nei
2. Har du gjort observasjon som observerer og tar for seg?		
3. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
4. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
5. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
6. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
7. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
8. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
9. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		
10. «Hva er viktigst med observasjonen?» (Hva er viktigst med observasjonen?)		

Læringsnettverk Gode pasientforløp

Forsvarlig og
vernlige
tjenestetilbud



Harstad
Hårstak



STATUS – egne mål

Det jobbes aktivt med følgende mål

- Pasient i fokus
 - Pasient skal bli og fortsatt blies med oss er viktig for oss, like en sjekkliste i samarbeid med pasienten
- Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient (måles via sjekkliste)

STATUS – tiltak

- Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger
 - Overgang sykehus til kommune
 - Medisisk intensiv
 - 3 tynnvevssyk – oppfølgingsskema/2 tynnvevssyk
- Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste

STATUS – målinger/målarbeid

- Måling startet i november 2018
- Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter (fra sykehus – til institusjon – til hjemmehelsetjeneste)
- Evaluering etter ca 20 pasientforløp

LEDELSES FORANKRING

- Ledere har valgt et breitt som skal delta i forberedingsfasen
- INFORMASJON i oppgavene gitt Etablerende og kommuniserte forberede via
 - Etablerende informasjon
 - Evalueringsskjema
- Skarphet på politisk informasjonsskjema. Tema hva er gode pasientforløp og hvordan er dette en viktig (Utvikling for beredning, utbredelse og mål for funksjonsnivå)

Ledelsesforankring



Forberedingsutvalgets medlemmer:

Trude Otnes og Veronika Berntsen (ledningsleder, funksjonsnivå) (Sykehuset)
 Anette Mørnes (sykehuset) (sykehuset) (sykehuset)
 Vidvilde Arnesen og Regine Alvik (sykehuset) (sykehuset)
 Liv Ragnar (sykehuset) (sykehuset)
 Trude Otnes (sykehuset)
 Liv Ragnar (sykehuset) (sykehuset)
 Anette Mørnes (sykehuset) (sykehuset)
 Vidvilde Arnesen (sykehuset) (sykehuset)
 Regine Alvik (sykehuset) (sykehuset)
 Trude Otnes (sykehuset) (sykehuset)
 Liv Ragnar (sykehuset) (sykehuset)



	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

	1	2	3	4	5
1. Pasient i fokus					
2. Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient					
3. Utarbeidet og bruk av sjekkliste for 3 avdelinger					
4. Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekkliste					
5. Måling startet i november 2018					
6. Det er etablert 6 pasientforløp med egne måldokumenter					
7. Evaluering etter ca 20 pasientforløp					

STATUS – egne mål

Det jobbes aktivt med følgende mål

- Pasient i fokus
 - (pasient skal føle seg ivaretatt) Måles med «hva er viktig for deg», bruk av sjekklister i samråd med pasienten
- Felles forståelse og etterlevelse i overføring og mottagelse av pasient (måles via sjekklister)

STATUS – tiltak

- Utarbeidet og bruk av sjekklister for 3 avdelinger.
 - Overgang sykehus til kommune
 - Mottak institusjon
 - 1 hjemmebesøk – oppfølgingsamtale/2 hjemmebesøk
- Ansatte bidrar i utarbeidelse av sjekklister

STATUS – målinger/målarbeid

- Måling startet i november 2018
- Det er etablert 6 pasientforløp med egne måleskjema (fra sykehus – til institusjon – til hjemmetjeneste)
- Evaluering etter ca 20 pasientforløp

SJEKKLISTE FOR 1.HJEMMEBESØK MED PASIENT, **INNEN 3 VIRKEDAGER,**
ETTER OPPHOLD PÅ HELSEHUSET

Utstyrliste: Søknadsskjema pleie og omsorgstjenesten, IPLOS skjema, medisnavtale, MNA, Hva er viktig for deg- skjema, 4 meters snor til gangtest, søknadsskjema for hjelpemidler

LØPENR: _____ DATO: _____ SYKEPLEIER: _____

Utført dato	Aktivitet	Ja/Nei	Ikke aktuelt	Beskrivelse
	Kvalitetssikre/på gjennom tjenestetilbud/vedtak med pasient			Er pasienten klar over det faktiske tjenestetilbudet. Gjennomgang av vedtaket dersom pasient har mottatt. Sykepleier skal ha gjort seg kjent med saksutredningen og vedtaket.
	Brukermedvirkning (+Hva er viktig for deg-, pasientens sine målsetninger)			Snakke med pasient om hva som er viktig i hverdagen og hva hun/han må gjøre for å nå målet sitt. Husk å ta med skjema: Kopi til pasienten
	Oppdatere IPLOS			Registrere bistands og assistansebehov, diagnoser, sist lege og tannlegebesøk, ernæringskartlegging -status og plan.
	Kartlegge ernæringsstatus/MNA			Utfylle skjema for kartlegging av ernæringsstatus. Beskrive tiltak etter resultat i pasientjournalen og IPLOS.
	Utføre 4 meter gangtest			Sjekk pasientens gangfunksjon ved hjelp av 4 meter lang snor og tidsregistrering. Risikopasient: Tiltak iverksettes
	Er hjelpemidler tilpasset pasienten			En gjennomgang og informasjon om de ulike hj.midlene som pasient har. Justeringer utføres. Eventuelt kontakte ergo/ hj.middellagret eller sykehus.
	Kartlegge behov for nye hjelpemidler			Dersom behov for nye hjelpemidler få underskrift på skjema. Vurdere velferdesteknologi for egenmestring og selvstendighet.
	Kan pasienten administrere medisiner selv?			Gjennomgang av medisinaliste og bruken av medisinerne. Kvalitetssikre at pasient får rett medisin og rett dosering. Dersom hj.tjenesten skal overta med.adm bruk skjema medisnavtale.
	Er det forandringer/ oppstart på nye medisiner			Kvalitetssikre at pasient får rett medisin og rett dosering.
	Sjekk med pasient om det er behov for at det bestilles oppfølgingsstimer hos fastlegen			Kvalitetssikre at pasienten følges opp av egen lege etter (utskrivelsen fra institusjon (gjøres kun i samråd med pasienten).
	Vurdere behov for rehabilitering/ hverdagsmestring			Kartlegge pasientens egenmestringspotensialet, event kontakt med rehab- og mestringsteam, hokømmetsteam.
	Opprette sammenfatning og tiltaksområder			

Sammenfatning skrives i PROFIL under pasientsamtale

SJEKKLISTE FOR OPPFØLGINGSSAMTALE MED PASIENT **ETTER 4 UKER**

Utstyrliste: Søknadsskjema pleie og omsorgstjenesten, søknadsskjema for hjelpemidler, IPLOS skjema, MNA, Hva er viktig for deg-skjema som ble brukt ved 1.hjemmebesøk.

LØPENR: _____ DATO: _____ SYKEPLEIER: _____

Utført dato	Aktivitet	Ja/Nei	Ikke aktuelt	Beskrivelse
	Brukermedvirkning (+Hva er viktig for deg-, pasientens sine målsetninger)			Bruk skjema som ble skrevet ved 1.hjemmebesøk. Har pasient klart målet sitt? Hva er det som event gjenstår? Er det noe justeringer? Hva skal til for at pasienten skal klare å nå målet sitt? Har pasient nye mål, endring av hva som som er viktig for pasienten?
	Evaluert tjenestene			Gjennomgang av vedtak for å kartlegge/evaluering av videre behov for tjenester. Skal vedtaket endres på skal dette informeres og enes med pasienten.
	Oppdatert IPLOS			Registrere inn endringer der det er aktuelt på bistands og assistansebehov, diagnoser, sist lege og tannlegebesøk, ernæringskartlegging -status og plan.
	Oppdatert ernæringsstatus/MNA			Oppfølging og utfylle skjema for kartlegging av ernæringsstatus. Gjennomgang og event justere opprettet tiltak etter resultatet fra 1.hjemmebesøk i pasientjournalen og IPLOS
	Utført 4 meter gangtest			Oppfølging av pasientens gangfunksjon ved hjelp av 4 meter lang snor og tidsregistrering. Risikopasient: Tiltak iverksettes
	Er behovet for hjelpemidler endret - skal noe sendes tilbake			Gjennomgang av de hjelpemidlene som pasient har i hjemmet. Er det hjelpemidler som er midlertidig lånt-er det langvarig behov så må det sakes. Er det hjelpemidler som pasient ikke lenger har behov for? Er det behov for nye hjelpemidler? Hvis ja, få underskrift så
	Rehabilitering/ hverdagsmestring			Oppfølging/evaluering dersom det ble kartlagt behov ved 1.hjemmebesøk.
	Justere tiltaksområder			Event vurdere behov og kartlegging. Endre event avslutte plankategori- tiltaksområder dersom det er justeringer.

Sammenfatning skrives i PROFIL under pasientsamtale



Læringsnettverk for gode pasientforløp – 3. samling



Forbedringsteamet i Kvæfjord er:

Tanja Hakola, avdelingsleder Boas
Sidsel Andreassen, kommunelege
Anne Lise Fenes, fysioterapeut
Anita Mikalsen, avdelingsleder sykepleietjenesten
Marit Blekastad, helsefaglig rådgiver, teamleder

Lederforankring:

Helse- og omsorgssjef Ågot Hammari er fortløpende informert om arbeidet sammen med enhetsledere, og er nå til stede på 3. samling.. med «Hva er viktig for deg?»- på jakka:

Mål:

- At pasientene i målgruppa får faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester og vedlikeholder et godt funksjonsnivå lengst mulig
- Sikre god kommunikasjon mellom enhetene i kommunen
- Standardiserte basistiltak som utføres ved vurdering av søknad om HO-tjenester



Gjennomførte og nye tiltak for å nå målene:

Tiltak	Gjennomført	Planlagt når
Sjekklistene: gjennomgang for bruk med ansatte spl.tj/ Boas, inkl «gangstena»	Januar 2019	
Kurs i kommunikasjon i møte med pasientene: Helsepedagogikk/ empatisk kommunikasjon i samarb. Med LMS		20. og 27 januar
Sjekklistene i bruk (etter mail fra Surnadal)	Januar -19	Evalueres/ revideres mai 19
1. hjemmebesøk gjennomføres med sykepleier og ergo ei eller fysioterapeut sammen	Iverksett	
God kommunikasjon mellom enhetene gjennom fysisk tilrettelegging	Flere enheter midlertidig «under samme tak»	nytt Helsehus fra mai 2020
Faste møter mellom spl.tj./ rus/psyk, helsestasjon for eldre, fysio, ergo, legene	Iverksett	
Elektroniske meldingsutveksling <ul style="list-style-type: none"> - Internopplæring nye ansatte i PLO - alle ansatte fysio/ ergo og helsestasjon - revidere internkontrollrutinene 	Mellom PLO inkl KAD, spes.h.tj og legene; iverksett	- interkurs nyansatte fra februar -19 - fysio, ergo, helsestasjon: under etablering - Rev. IK-rutiner mars -19
Primærkontakt etablert alle pasienter sykepl.tj og Boas Faste ruter lagt inn i Mobil omsorg i sykepl.tj.	Iverksett	
Prøveprosjekt sykehjemseie i 50% (som også ansvar for korttidsplassene på Boas)	Iverksett okt -18	Evalueres mars -19, vurdere å forlenge
Sykepleiepolitikk 20% på legekontoret (eks sårbehandling, diabetes, KOLS)	fått tilbak fra 1.1.2019	
Fallforebyggende gruppe hos fysioterapeut ut ifra risikovurdering og kriterier	start januar 2019; 1 gruppe med 6 deltakere	Evalueres mai 2019, vurdere ny gruppe
Helsestasjon for eldre (20% ressur.)	Opptatt 1.1.2019	
Kommunepsykolog	Fått fra september -18	Søke ny psykologstilling februar -19
Fysioterapeutene savner epikriser fra spes.h.tj.	Eterspurt bedre elektronisk kommunikasjon	

Brukerinvolvering:

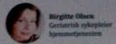
- Sjekklistene med «Hva er viktig for deg?» ved 1. hjemmebesøk og oppfølgingsbesøk. Pasientene informeres om hvorfor vi benyttet sjekklistene.
- Bygge kompetanse – tilbyr kurs i Helsepedagogikk/ empatisk kommunikasjon 20.2 og 27.2. i samarbeid med LMS, UNN Harstad
- Saksbehandlarkurs for ansatte spl.tj og Boas - fokus på saksgang, rettigheter og brukermedvirkning
- Pårørendemøter på Boas
- Kan/ bør pårørende involveres i større grad? F. eks tilstede ved 1. hjemmebesøk og ved forverret tilstand??



Gáivuona suohkan Kåfjord kommune Kaivuonon komuuni



Lina Aylvi Steinhom
Leder
Spesialtjenesten



Margitta Olsen
Centraltidspesialist
Hjemmetjenesten



Gerd Inna Erikson
Helsefaglig leder
Hjemmetjenesten



Torild Aalberg Olsen
Kvalitetssjef
Sykehjem, PLO og samhandlingen



Ranne Sandness
Helsefaglig leder
Sykehjem

Vår visjon og vårt mål med å delta på Gode pasientforløp

Forbedre kvaliteten på pasientforløpet mellom de ulike behandlingssivå både mellom kommune og spesialisthelsetjenesten, og lokalt mellom de ulike enheter i kommunen.

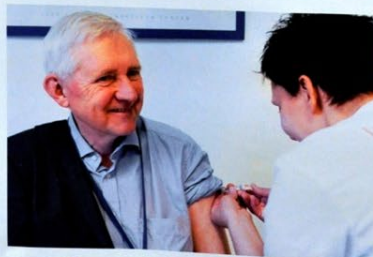
Arbeid i Kåfjord i perioden august-18. januar 2019

Iverksatte tiltak:

- Sjekkliste utarbeidet og planlegger å ta den i bruk fra 1. feb. 19 for institusjon og hjemmetjenesten.
- Hatt møte med kommunelegene og ledelse, med informasjon om læringsnettverket og vårt videre arbeid i forberedingsarbeidet i kommunen.
- Kåfjord kommune er også med i et læringsnettverk for kvalitetssikring av legemiddelbruk til eldre i Nord-Troms
- Dette er en del av forberedingsarbeidet i «det gode pasientforløp»
- Gjennomfører tverrfaglig samarbeidsmater/planleggingsamtaler for kvalitetsforbedring og styrking av brukerrollen ved innleggelses og utskrivning av pasienter i kommunen. Dette tiltaket har vært igangsatt fra 1. januar 2018 og er gradvis innarbeidet i våre rutiner ved tiddeling / endring av tjenester.
- Tilbyr og gjennomfører års-samtaler med pasient og pårørende for pasienter på langtidsopphold i sykehjem (oppstart i 2017)
- Jobber aktivt med å få inn «hva er viktig for deg» - samtale med pasienten i planleggings-samtaler ved tiddeling / endring av tjenester og i års-samtaler for langtidsinnlagte pasienter.

Målinger

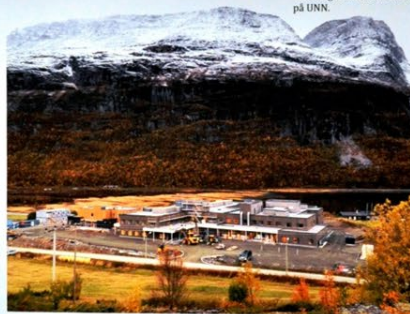
- Påbegynt arbeid med målinger på oppdatering av tiltaksplaner for administrering av legemidler.
- Påbegynt måling av gjennomførte samarbeids/ planleggingsmater ved tjenestetidlinger.



PRO-tjenesten i Kåfjord kommune

- Sykehjem: med 26 plasser, fordelt på langtids-pasienter og akutt/rehab. 3 avdelinger. I hver en er en skjerma enhet for personer med demens
- Hjemmetjenester: med 3 soner. Mandalen, Indre og Ytre.
- Pu-tjenesten: Med boliger i Birtavarre og Olderdalen
- Leggekontor
- Helsestasjon
- Fysioterapi (Privat)

Alle enheter er samlokalisert i Birtavarre.



«God samhandling øker kvaliteten» Hva fungerer godt i dag?

- Enhetene lokalt i kommunen er samlokalisert. Vi har lett for å nå hverandre.
- Vi har stabil legedekning og godt samarbeid mellom lege, hjemmetjeneste og sykehjem.
- Vi har god kompetanse i kommunen.
- PLO meldings systemet har bedret samhandlingen. Både mellom de lokale enhetene og mellom kommune og spesialisthelsetjenesten.

Resultat

Vi har få reinnleggelse på UNN, da man gir behandling lokalt, som ellers ville blitt behandlet på UNN.

Sjekkliste – Helhetlig pasientforløp

Sjekklisten brukes i kvalitetsforberedingsarbeid ved tiddeling og iverksettelse av tjenester til pasienter som tilbakeføres fra sykehus til kommunen og inn og utskrivning i kommunal institusjon og hjemmebasert omsorg.

Hensikt:

- Bedre samhandling og kommunikasjon mellom kommune og sykehus
- Bedre arbeidsflyt og kvalitetsforbedring av tjenesten og informasjon innad i kommunen.

Type tjenesteypphold	Navn / sign	Type tjenesteypphold	Navn / sign
Hjemmetjeneste		Rehab.	
Akutt e-help		Rehabilitering	
Institusjon			

- Koordinator / primær/ sekundærkontakt Innkomstrapport / Sammenfatning
- Påstøende opplysninger innregistrert
- Midlertidig opphør av tjenester - Eks :Middager ved institusjonsopphold
- Pasientens fastlege
- legetilsyn/ vurdering - innen 3 dager Avtalt dato: _____
- Legemiddelliste /samstemming Legemiddelgjennomgang
- Dato: _____
- PLOS registrert Ernæringscreening - Dato _____
- BMI/ høyde/vekt BT/ Puls/temp _____
- Samtykkevurdering utført Dato: _____ / sign: _____ (pasient/bruker-rettighetsloven §4A-2 første ledd jf §4-3 fjerde ledd, samt §4-6a)
- Behandlingsavklaring/ forberedelse hjemreise -Dato _____
- Behov-avklart: Hjelpemidler/ velferdsteknologi/ hverdagsrehabilitering - Dato _____

Alle punkter dokumenteres i dokumentasjonsprogrammet- IPILOS

Gode pasientforløp i Lyngen kommune



Ledelsesforankring

- ▶ Kommunalsjef i helse og omsorg har vært med i hele prosessen fra vi startet med «gode pasient forløp».
- ▶ Informasjon direkte til Råd for folkehelse og Eldrerådet i kommunen om hva vi jobber med
- ▶ Informasjon til ledelsesgruppen i kommune administrasjonen

Status mål, tiltak, målinger

- ▶ Fokus på å gjøre gode kartlegginger i hele organisasjonen
- ▶ Viktig at alle yrkesgrupper som gjør kartlegginger har like verktøy og rutiner
- ▶ Innhentet og tilpasset flere nye skjemaer som vi tar i bruk
- ▶ Har ikke fått i gang målinger som er satt i system
- ▶ «Hva er viktig for meg?» skjema på korttidsavdelingen- vedlagt

Brukermedvirkning

- ▶ Eldrerådet
- ▶ Råd for folkehelse
- ▶ Legene
- Disse er informert om prosjektet og bedt om å komme med innspill til jobben vi gjør. Er det noe de ser er viktig å tenke på? Har vi noe som bør forbedres? Hva er bra/mindre bra? Foreløpig ingen tilbakemelding som vi konkret kan jobbe videre med.

INGVILD GRØNVOLL -AVD.LEDER.HJEMMETJENESTEN
TORUNN ODDEN -AVD.LEDER.KORTTID
ANN-SISSEL BERGLUND -SYKLEPIER.LANGTIDSAVD
MARITA BERGLUND -ERGOTERAPEUT
ANN-HEIDI ADRIANSEN - HVERDAGSREHABILITERING

HVA ER VIKTIG FOR MEG



Har noen snakket med deg om dette;

- Hva er viktig for DEG? Skap en målsetting –
- Hva kan DU gjøre for å oppnå målet ditt?
- Hva skal til for at du kan være selvhjulpnen i eget hjem?
- Hva trenger du for å føle deg trygg?
- Hvem er der for hjelpe deg?

TIPS

Skriv ned det som er viktig for deg.
Noter på baksiden av dette arket.
Be om samtale med helsepersonell slik at vi kan gi deg tilpassede tjenester.

Det er viktig for meg å:

Mestring gir muligheter!





SALANGEN KOMMUNE

INNBYGGERTALL: 2233 KOMMUNESENTER: SJØVEGAN STØRRELSE: 458 km²



NABOKOMMUNER: DYRØY, SØRREISA, BARDU, LAVANGEN, IBESTAD

AVSTANDER:
INTERKOMMUNAL LEGEVAKT - 29 km
UNN TROMSØ - 191 km
UNN NARVIK - 92 km
UNN HARSTAD - 142 km
HELSEHUSET FINNSNES - 71 km



Sine Wälte - rykkelærer i sykehjem (gruppekoordinator), Kristin F. Nordmo - pleie- og omsorgsleder (ikke fast medlem av forberedingskomite), Anne V. Nesje - ergoterapeut, Tonje Utmo - rykkelærer sykehjem, Karlanne F. Dørum - koordinert avdelingsleder hjemmetjeneste, Maria Solerth - fysioterapeut. Ikke tilstede på bildet: Ellen Fosbakk Børner - psykisk helsearbeider.

Tjenester i Salangen kommune:

- Pleie- og omsorgstjeneste
 - Salangen Bo- og Eldresenter (SABE)
 - Hjemmetjeneste
- Helseavdeling
 - Fastlegjetjeneste
 - Helsestasjon
 - Fysioterapi
 - Ergoterapi
 - Psykisk helsetjeneste

I tillegg har vi ambulansestasjon i kommunen.

Status egne mål, tiltak og målinger

- Det er gjennomført internundervisning om "Hva er viktig for deg?" og motiverende samtale i pleie- og omsorgstjenesten (ca 80% av de fast ansatte har deltatt).
 - Målinger for pasienter på korttidsopphold på sykehjem:
 - Primærkontakt tildelt ved innkomst.
 - Førstegangssamtale innen tre dager etter innkomst.
 - Innkalling til tverrfaglig møte innen første uke etter innkomst.
- Dette ble gjennomført hos 8 av 9 pasienter i perioden 1.11.18-31.1.19
- Utarbeider og begynner å ta i bruk sjekklister for førstegangssamtale.
 - Teamet har per i dag ikke involvert brukere i forberedingsarbeidet.

Ledelsesforankring

- Kommunens deltakelse i læringsnettverket er initiert av pleie- og omsorgsleder.
- Avdelingsledere og enhetsledere for helse og PLO, samt kommunalsjef, er deltakere i digitalt verktøy og har tilgang til alt som blir produsert og dokumentert i Forberedingsteamet.
- Informasjon om og invitasjon til samling ble spesifikt sendt ut til aktuelle ledere.
- Ledere inviteres med på internundervisning om «Hva er viktig for deg?».

Skånland og Tjeldsund kommune

Læringsnettverk for Godt pasientforløp - samling nr 3 februar 2019

Skånland og Tjeldsund slår seg sammen til ny kommune fra 1.1.2020. Kommunen ligger sør i Troms fylke, og får ca 4200 innbyggere, med Evenskjer som kommunesentrum

- Vårt læringsnettverk har hatt fokus på pasienter som tilhører hjemmebasert omsorg og har sykehusinnleggelse
- Våre mål er at pasientene skal føle seg trygge og ivaretatte, og ha kontroll i eget liv.

1 Ledelsesforankring:

- de øverste lederne i pleie- og omsorg har vært med i projektet fra starten av. Lederne har informert de andre lederne i ulike sektorer ang. projektet. Det er også utarbeidet et informasjons-skriv som vil bli sendt og informert om til alle representanter i kom. styre.

2 Status ift egne mål, tiltak og målinger:

- vi er klare til å utarbeide en perm med ulike sjekk-lister. Denne perm-en har vi som mål å ta i bruk etter 3. samling.

3 Hvordan kommunen involverer brukerne:

- flere brukerorganisasjoner, eks. vis "Eldreråd" og "Rådet for funksjonshemmede" er informert om projektet
- det vil bli sendt et informasjonsbrev til ulike brukerorganisasjoner i kommunen (det samme brev som blir sendt til politikernes i kom. styre)



Sør-Varanger kommune skal ha sammenhengende og trygge pasientforløp
Delmål:

- Pasienter som utskrives fra sykehus til hjemmet skal ha besøk av sykepleier utskrivelsesdagen og sjekkliste skal benyttes
- Alle skal ha et strukturert kartleggingsbesøk innen 3 dager
- Det skal være gode oppdaterte opplysninger i innleggelsesrapporten
- Det skal være samhandling ved utskrivelse fra korttidsavdelingen

Informasjon og ledelsesforankring

Emne	Sted/leder	Dato	Formål	Resultat	Utløst
Oppfølging av innleggelsesprosjekt	Enhetssleder	14.05.18	Gjennomgang av nye prosedyrer og resultater av felles sykehjelp		19.06.18
Informasjonssamtale	Enhetssleder	Innen 01.10.18			
Informasjonssamtale	Forbedringsgruppe	Innen 01.10.18			
Informasjonssamtale	Forbedringsgruppe	Innen 01.10.18			
Informasjonssamtale	Forbedringsgruppe	Innen 01.10.18			
Informasjonssamtale	Enhetssleder	Innen 01.11.18			
Informasjonssamtale	Årsmøte		Informasjon på ledelse	Aktuelle lege informerer når timeflur blir med. Enhetssleder informerer kommunestyret, Tidelingsleder informerer rehab.lage og avd. leder rehab. av informerer saksjefamiliene	01.04.19
Forbedringsprosjekt, hva er viktig for deg? - gruppe	Hva er viktig for deg? - gruppe	05.06.18	Hva er viktig for deg? Forbedringsarbeid	Videre planlegge neste møte	Er utført, men er i jevnlig dialog
Sammenhengende forbedringsprosjekt	Representanter fra sykehus og kommune, forbedringsgruppe	01.11.18	Arbeidskonferanse med hva er viktig for deg og forbedringsarbeid	UPL, Reumatikere, Røde kors konferanse for Einnarm med Anders Grimstad og andre forberede på tema	Gruppe er satt og jobber med arrangementet
Informasjon til Ledergruppen	Kommunestyret	Forberede			
Planlegg på hjemmebase og andre avtale medier	Representanter i forbedringsprosjekt	Kontinuerlig	Generell info, info om stikk	Vi må lage en informasjonssamtale gruppe/besøk?	Jevnt
Informasjon i kommunestyret	Enhetssleder	Vår 2019	Sosiale medier, hjemmesteder, aviser osv informere om arbeidet og samarbeidet med sykehuset	Felles presentasjon med sykehuset	Må utført enda. Må arbeides med

Status tiltak og målinger

Gjennomførte tiltak:

- Utarbeide sjekkliste til bruk av sykepleier ved hjemmebesøk utskrivelsesdagen.
- Utarbeide sjekkliste til bruk ved strukturert kartleggingsbesøk innen 3 dager.
- Forbedre den eksisterende innleggelsesrapporten.
- Sjekkliste for hjemmebesøk ved mottak av pasient utskrivelsesdagen fra sykehus er etablert i alle baser i hjemmebasert omsorg (HBO).
- Målinger på bruk av sjekkliste er gjennomført.
- Innleggelsesrapporten er forbedret, og det er utarbeidet et skjema til bruk for sykepleiere i utfyllingen.
- Hva er viktig for deg samtalen med måleskjema brukes av Tverrfaglig vurderingsteam (TVT). Neste avdeling som skal ta i bruk samtalen og skjema er rehab- og korttidsavdelingen.

Planlagte tiltak:

- Pasientforløpet må tegnes
- Ta i bruk -hva er viktig for deg? - skjema i hele omsorgstjenesten
- Ta i bruk 4 m gangtest

Planlagte målinger:

Fra 01.02.-01.03.-19 skal vi måle bruk av skjema ved sending av innleggesrapport i hele hjemmebasert omsorg.

Gjennomførte målinger:

Måleperiode	Resultat	Kommentar
1 05.11 til 18.11 -18	Spl. 0/6 Sjekkliste 0/6	Avdelingsleder var på ferie og hadde ikke mulighet til å følge opp sykepleier besøk og at sjekkliste ble benyttet
2 19.11 til 09.12 -18	6/10 3/10	Avdelingsleder var tilstede som pådriver i arbeidet. Det ble sendt ytterligere informasjon til spl og avd.ledere om bruk av sjekkliste. Gjorde en geografisk avgrensning
3 10.12 til 31.12 -18	3/7 3/7	Avd.leder og en fra gruppa innkalte til møte med spl. fra utvalgte baser. Fikk gode tilbakemeldinger på sjekklsten, og at de ser nytten av å bruke disse. Gjorde avgrensninger hvor krettsyke, unge psykisk syke, og de som kun mottar praktisk bistand/hvussak ikke ble inkludert
4 01.01 til 14.01 -19	6/9 4/9	Sendt ut e post til alle avdelingsledere og sykepleiere samt gjennomført felles sykepleiermøte i HBO hvor det er gitt informasjon om at sjekklister skal tas i bruk på alle baser fra og med 01.01.19

Resultat av målingene er grafisk fremstilt i Fig 1

A) Andel pasienter utskrevet fra sykehus som fikk besøk av sykepleier utskrivelsesdagen.

B) Andel pasienter hvor sjekklsten ble benyttet.

Før oppstart av første måling ble det gitt informasjon til alle sykepleiere og avdelingsledere i HBO, alle baser, totalt 6. To baser ble valgt ut til å ta i bruk sjekklsten i prøveperioden, fra 05.11.-31.12.18. Det ble gjennomført møter med spl. på valgte baser for informasjon og bruk av sjekklister. Fra 01.01.19 er bruk av sjekkliste ved utskrivelsesdagen implementert i hele HBO.

1. dagsbesøk og bruk av sjekkliste periode 1-4

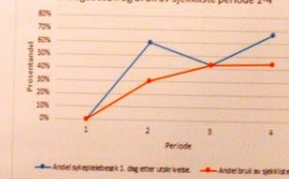


Fig.1

Involvering av brukere i forbedringsarbeidet

- Vi har invitert brukerrepresentant og representant fra elderrådet på workshops i forbedringsarbeidet sammen med Kirkenes sykehus.
- Vi involverer pensjonistforeningen og elderrådet i planlegging av Hva er viktig for deg? - dagen.
- Vi planlegger å utarbeide en brukerundersøkelse. Undersøkelsen skal sjekke ut brukernes erfaringer med hvordan han/hun ble mottatt i hjemmet utskrivelsesdagen og gjennomføring av kartleggingsbesøk innen 3 dager.
- Vi vil invitere brukerrepresentant med i forbedringsteamet.



Sør-Varanger kommune
sitt forbedringsteam

Fra venstre: Helge Båtstad, Stine Fallmo Hansen, Tonje Indbjør, Sissel Sandnes, Ann-Veronica Sotkajærvi, Anita Kürthi, Gunn Therese Olafsen, Anita Vangen, Anita Pettersen Henninen, May Synnøve Birkely og Kirsti Ollila



Mål	Beskrivelse	Forbedringstiltak	Hva gjør vi	Hva har vi gjort
Trygge overganger	Bevotgjøring av rollen innen koordinering av tjenester	Primærkontrollen og sykepleierrollen jobbes med	Hjemmetjenesten prosjekter om primærkontrollen med ledere, ansatte og pasienter	Født eksterne midler fra fylkesmannen, heretter innbragte etter besøk i Trondheim og laget plan for gjennomføring • Nulipunkt måling: o Dokumenterte primærkontakter nå o Hvor mange av pasientens vet hvem primærkontakt er og hva den rollen innebærer
	God dokumentasjon ved overflytting mellom nivåer internt og eksternt	Lage felles mal for overflyttingsrapport og innleggelse mal	• Rydde i eget hus - fjerner lokale varianter og lager mal hvor alle er enige, om ut det oppfyller behov og kriterier	Arbeidsgruppe satt sammen av sykehjem, farmasøyt, helsehus og pasientcentert team (PSHT) for overflyttingsrapport. Og arbeidsgruppe bestående av hjemmetjenesten, K/profil ansvarlig, kvalitetsrådgiver for innleggelses mal.
	Mottak i hjemmetjenesten ikke satt i system, og usikkerhet om roller og hvem som skal ta kartlegging. Noe som medfører mange manglende overføring av kunnskap	Felles rutiner for mottak i hjemmetjenesten 3 dagers besøk av primærkontakt/sykepleier	Lage en mal (se til andre kommuner) for hvordan vårt mottak i tjenesten skal være	Malen er utarbeidet og skal godkjennes i kvalitetsutvalget.
Dokumentert brukervirkning «Hva er viktig for deg»	«Hva er viktig for deg» må bedre frem i både kartlegging og dokumentasjonen.	Inn på mal for innkøst og overflyttingsrapport Ansvar primærkontakt	Det må bestemmes hvor dette skal dokumenteres og gis opplæring i dette. Måle om dette er dokumentert/gjennomført	Malen er utarbeidet og testes ut på korttidsplasser og helsehus i første omgang.
Bedre samhandling	Samarbeidet med fastlegen ble funnet som et innstansområde som var viktig å ta tak i etter intervju	Bedre PLO meldinger mellom fastlege og tjenestene Samarbeidsavtale mellom fastlege, hjemmetjeneste og tildelingskontor	Gi forslag til krav om innhold i PLO Gi opplæring til rukestasjon Ta stikkprøver av PLO	PLO skal bygges opp på ISAR prinsippet Samarbeidsavtalen sendt ut på høring og skal nå godkjennes
	Samhandling internt og eksternt kunne vært bedre. Tverrfaglig arbeidsgrupper må ha en felles forståelse og et felles mål sammen med pasienten.	Se hvilke møtearena som er nødvendige å ha og hvordan dette skal gjennomføres Tavlemøte med/etter tverrfaglig vurdering	Ser på muligheten til å bruke skype ol. i større grad Tavlemøter testes ut på helsehuset, siden på hjemmetjenesten	PSHT og hjemmetjeneste skal teste dette ut i en enhet i starten FakK ansvarlig for oppfølging

Hva skal vi gjøre nå:

- 3 dagers samtale skal starte opp i en enhet fra mars
 - o Her skal mal testes ut, evalueres og justeres
 - o Vi skal måle hvor mange som har fått utgitt denne og hvor mange parter (tverrfaglig) har deltatt i prosessen.
- Overflyttingsrapport testes ut på 2 korttidsplasser og helsehuset som består av 5 avdelinger. Dette skal evalueres. Her skal også «Hva er viktig for deg» dokumenteres
- Tavlemøter testes ut på helsehuset, og skal i løpet av våren testes ut på enhet i hjemmetjenesten
- Kommuniserer ut malene, tilby opplæring og bro-informasjonen
- Prosjekt innen primærkontaktarbeid skal gjøres fra jan-april i hjemmetjenesten.

Ledelsesforankring
Seksjonsleder med i prosjektgruppe som legger direkte under avdelingsdirektør Helge og omsorg.
Representanter utvalgt av ledere fra ledene i et pasientforløp.
Koplet direkte sammen med større utvalgsarbeid innen avdelingen.

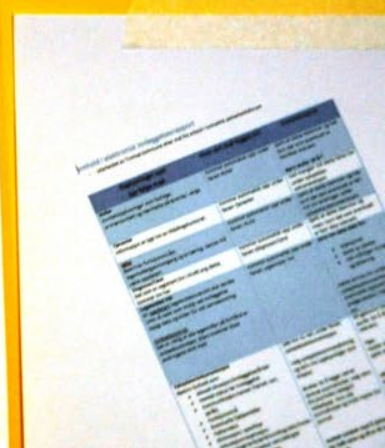
Brukervirkning
Representanter fra ledere i led og både for mennesker med behov for hjemmeomsorg og for kommunen vil utføres i år. Og om 2 år.
Brukervirkningene vil utføres i år. Og om 2 år.
Gjennomførte steg er viktig for deg som et fokusområde er løst av i dag.
Med å ha «Hva er viktig for deg» som et fokusområde er løst av i dag.
Brukervirkning fra



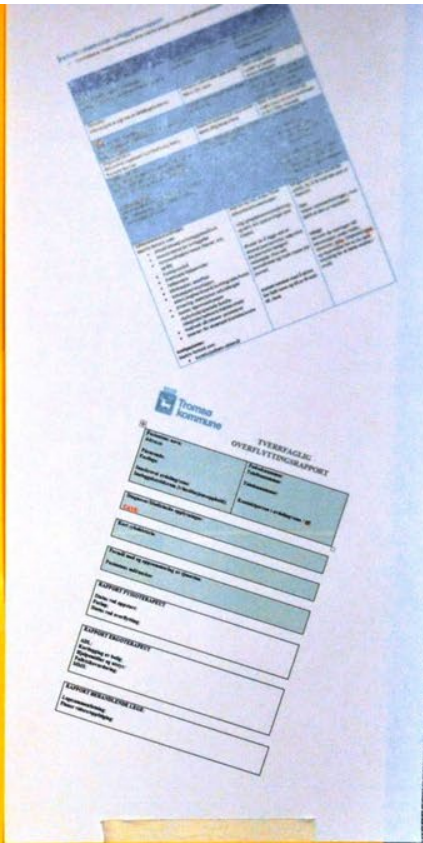


Tromsø kommune

Mål	Beskrivelse	Forbedringstiltak	Hva gjør vi	Hva har vi gjort
Trygge overganger	<p>Bevisstgjøring av rollen innen koordinering av tjenester</p> <p>God dokumentasjon ved overflytting mellom nivåer internt og eksternt</p>	<p>Primærkontaktrollen og sykepleierrollen jobbes med</p> <p>Lage felles mal for overflyttingsrapport og innleggelse mal</p>	<p>Hjemmetjenesten prosjekt om primærkontaktrollen med ledere, ansatte og pasienter</p> <p>«Rydde i eget hus»: fjerner lokale varianter og lager mal hvor alle er enig om at det oppfyller behov og kriterier</p>	<p>Hva har vi gjort</p> <ul style="list-style-type: none">• Fått eksterne midler fra fylkesmannen, hentet inspirasjon etter besøk i Trondheim og laget plan for gjennomføring• Nullpunkts måling:<ul style="list-style-type: none">○ Dokumenterte primærkontakter nå○ Hvor mange av pasientene vet hvem primærkontakt er og hva den rollen innebærer <p>Arbeidsgruppe satt sammen av sykehjem, farmasøyt, helsehus og pasientsentrert team (PSHT) for overflyttingsrapport.</p>



	God dokumentasjon ved overflytting mellom nivåer internt og eksternt	Lage felles mal for overflyttingsrapport og innleggelse mal	«Rydde i eget hus»: fjerner lokale varianter og lager mal hvor alle er enige om at det oppfyller behov og kriterier	er og hva den rollen innebærer Arbeidsgruppe satt sammen av sykehjem, farmasøyt, helsehus og pasientsentrert team (PSHT) for overflyttingsrapport. Og arbeidsgruppe bestående av hjemmetjenesten, it/profil ansvarlig, kvalitetsrådgiver for innleggelses mal.
	Mottak i hjemmetjenesten ikke satt i system, og usikkerhet om roller og hvem som skal ta kartlegging. Noe som medfører mange kartlegginger og manglende overføring av kunnskap.	Felles rutiner for mottak i hjemmetjenesten 3 dagers besøk av primærkontakt/sykepleier	Lage en mal (se til andre kommuner) for hvordan vårt mottak i tjenesten skal være.	Malen er utarbeidet og skal godkjennes i kvalitetsutvalget.
Dokumentert brukermedvirkning «Hva er viktig for deg»	«Hva er viktig for deg» må bedre frem i både kartlegging og dokumentasjonen.	Inn på mal for innkost og overflyttingsrapport Ansvar primærkontakt	Det må bestemmes hvor dette skal dokumenteres og gis opplæring i dette. Måle om dette er dokumentert/gjennomført	Malen er utarbeidet og testes ut på korttidsplasser og helsehus i første omgang.
Bedre samhandling	Samarbeidet med fastlegen ble funnet som et innsatsområde som var viktig å ta tak i etter intervju	Bedre PLO meldinger mellom fastlege og tjenestene Samarbeidsavtale mellom fastlege, hjemmetjeneste og tildelingskontor	Gi forslag til krav om innhold i PLO Gi opplæring til sykepleiere Ta stikkprøver av PLO	PLO skal bygges opp på ISBAR prinsippet Samarbeidsavtalen sendt ut på høring og skal nå godkjennes PSHT og



	<p>funer og hvem som skal ta kartlegging. Noe som medfører mange kartlegginger og manglende overføring av kunnskap.</p>			
Dokumentert brukermedvirkning «Hva er viktig for deg»	«Hva er viktig for deg» må bedre frem i både kartlegging og dokumentasjonen.	Inn på mal for inntøms og overflyttingsrapport Ansvar primærkontakt	Det må bestemmes hvor dette skal dokumenteres og gis opplæring i dette. Måle om dette er dokumentert/gjennomført	Malen er utarbeidet og testes ut på korttidsplasser og helsehus i første omgang.
Bedre samhandling	<p>Samarbeidet med fastlegen ble funnet som et innsatsområde</p> <p>som var viktig å ta tak i etter intervju</p> <p>Samhandling internt og eksternt kunne vært bedre.</p> <p>Tverrfaglig arbeidsgrupper må ha en felles forståelse og et felles mål sammen med pasienten.</p>	<p>Bedre PLO meldinger mellom fastlege og tjenestene</p> <p>Samarbeidsavtale mellom fastlege, hjemmetjeneste og tildelingskontor</p> <p>Se hvilke møtearena som er nødvendig å ha og hvordan dette skal gjennomføres</p> <p>Tavlemøte med/etter tverrfaglig vurdering</p>	<p>Gi forslag til krav om innhold i PLO</p> <p>Gi opplæring til sykenjere</p> <p>Ta stikkprøver av PLO</p> <p>Ser på muligheten til å bruke skype ol. i større grad</p> <p>Tavlemøter testes ut på helsehuset, siden på hjemmetjenesten</p>	<p>PLO skal bygges opp på ISBAR prinsippet</p> <p>Samarbeidsavtalen sendt ut på høring og skal nå godkjennes</p> <p>PSHT og hjemmetjeneste skal teste dette ut i en enhet i starten</p> <p>FaKK ansvarlig for oppfølging</p>

Hva skal vi gjøre nå:

- 3 dagers samtale skal starte opp i en enhet fra mars
 - Her skal mal testes ut, evalueres og justeres
 - Vi skal måle hvor mange som har fått utført denne og hvor mange parter (tverrfaglig) har deltatt i prosessen.
- Overflyttingsrapport testes ut på 2 korttidsplasser og helsehuset som består av 5 avdelinger. Dette skal evalueres. Her skal også «Hva er viktig for deg» dokumenteres
- Tavlemøter testes ut på helsehuset, og skal i løpet av våren testes ut på enhet i hjemmetjenesten
- Kommunisere ut malene, tilby opplæring og bre informasjonen
- Prosjekt innen primærkontaktarbeid skal gjøres fra jan-april i hjemmetjenesten.

...virkning
...Eldrerådet og Råde for mennesker med nedsatt funksjonsevne
... og satsinger hvor dette arbeidet knyttes opp.
... i år, og ny om 2 år.
...dagen»
...sområde er håpet at vi også får mer

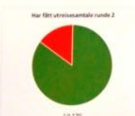
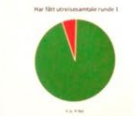
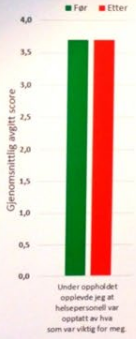
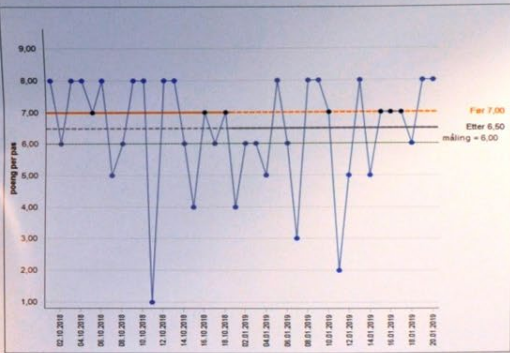


GODE PASIENTFORLØP - UNN HARSTAD

SAMLING 3 - TROMSØ FEBRUAR 2019

Læringsnettverk: Ellen Pettersen, Lisbeth Spansvoll, Anne-Mari Batalden, Elisabeth Giertsen, Trine Øverland, Rita Hofsay, Grethe Aspaker og Sverre Vigstad

Siden forrige samling har vi innført tiltaksplanen "Trygg utskrivning" fra Pasientsikkerhetsprogrammet. Prosessen startet med kartlegging av tilfredsheten blant våre pasienter i forhold til utskrivelse. På Medisinsk avdeling ble fagdagene benyttet for å ta dette opp. Det ble utarbeidet en modell som illustrerer hvordan meldingsutveksling skal foregå mellom sykehus og kommunene (modell nederst på poster). Vi erkjenner at prosessen er kompleks, sårbar og har mange "fallgruver".



Måling av pasienttilfredshet:

- Spørreskjema «Trygg utskrivning» ble delt ut til pasienter i to omganger: oktober (før) og januar (etter).
- Medisin A og B, Ortopedisk avdeling og Rehabiliteringsavdelingen ble inkludert: tilsammen 18 pasienter i oktober -18 og 20 pasienter i januar -19.
- Resultatene viser jevnt god pasienttilfredshet både ved første og andre kartlegging (median 6,5-7 av 8 mulige poeng).
- Arbeid med pasienttilfredshet er et kontinuerlig arbeid ved UNN Harstad i form av blant annet undervisning på fagdager, risikotavler og ledelsesforankring.

Ankomst

Kommunale tjenester?

+

Aktiver dialogmeldinger med riktig kommunene. Meld pasientens innlagt. Lagre. Opprett planlegging av utreise. Les "PICU innleggelsesrapport" og signer for denne.

Innen 24 timer:

Send innmelding ("PICU Helseopplysning")

- Pasientens status
- Antall forløp
- Forventet utskrivningstidspunkt.

I løpet av oppholdet:

Helseopplysning PICU

Medisinske opplysninger fra lege

Behov for dialog: Bruk "PICU Foregående" SØP

Ved endring av omsorgshk: Egenmeldt

Ved utreise:

Oppdaterte medisinske opplysninger med samstemt legemiddelliste fra lege

Meld pasienten utskrivningsaktør 08 - 14

Spj. Summenaldring

Eksklusiv

Skriv pasienten ut, melding sendes automatisk

➔ Behov for kommunale tjenester?

☐ Ikke gjør noe

+

Aktiver dialogmelding med riktig kommunene. Lagre. **IKKE** meld pasienten **innlagt!**

Tillegg melding Helseopplysning PICU Egenmeldt

Oppdaterte medisinske opplysninger og legemiddelliste fra lege

Opprett planlegging av utreise

☐ Ikke gjør noe

Oppdaterte medisinske opplysninger med samstemt legemiddelliste fra lege

Meld pasienten utskrivningsaktør 08 - 14

Spj. Summenaldring

Eksklusiv

Skriv pasienten ut, melding sendes automatisk

På risikotavlen:

Ingen magnet:	Ingen har tatt stilling til dette.
Hvit magnet:	Pasienten har ikke kommunale tjenester.
Blå magnet:	Melding om innlagt pasient, fullmelding og eventuelt sakstid er sendt.
Rød magnet:	Melding om innlagt pasient, fullmelding og eventuelt sakstid må sendes.

Risikotavle på Medisinsk avdeling:

Læringsnettverk for gode pasientforløp

Forbedringsteam UNN Tromsø

Samling 3

«Hva er viktig for meg?» Pasienten spør → tenker → svarer

UTFORDRING:

«Hva er viktig for deg?» er vanskelig for mange pasienter å svare på. Hva om pasienten eier både spørsmålet og svaret? Det betyr

- spørre seg selv «hva er viktig for meg?»
- få tid til å tenke, og tid til å svare.



Forbedringstiltak:

Styrke pasientens rolle som sjef i eget liv gjennom å innføre «Hva er viktig for (deg) meg?»-samtaler som rutine under sykehusopphold.

UTFORDRING:

Overgangene i pasientforløpet - her svikter vi en del. Vi spiller ikke alltid på samme lag og snakker ikke alltid «samme språk». Det er vanskelig å møtes pga. geografiske avstander og tidspress. Hvordan bli bedre?



Forbedringstiltak:

Styrke lagspillet og dialogen mellom pasienten, pårørende, UNN og kommunen ved hjelp av målrettede samarbeidsmøter på lyd/bilde

Hvordan måle resultat? Flere muligheter:

- Telle antall gjennomføringer
- Tilbakemeldinger fra pasient
- Effekt på antall samhandlingsavvik
- Registrering av hindringer
- Bruk av forbedringstavle



Forankring:

- Arbeidet er forankret i direktørens ledergruppe og stab.
- Engasjerte fagledere og medarbeidere er de beste ambassadørene for gode pasientforløp ute i avdelingene.

