

Postere fra læringsnettverk i Ahus-regionen

Samling 4, 24. og 25. mai 2023

Trygg utskrivning og god informasjonsflyt

Bedre PLO-meldinger og utskrivning fra psykisk helsevern

Et samarbeid mellom Akershus Universitetssykehus DPH, Lørenskog kommune, Nannestad kommune, Sør-Odal Kommune og brukerorganisasjon Mental Helse Prosjektgruppe: Adisa Hodzic, Marianne S. Kvamsdal, Jannike Fotland, Kristine Sterner, Hege Berntzen m.fl.

Bakgrunn for prosjektet

Divisjon psykisk helsevern (DPH) ved Akershus Universitetssykehus tilbyr spesialisert psykisk helsehjelp til barn og voksne med psykiske helseplager og til de med rus- og avhengighetsproblematikk. DPH samarbeider tett med kommuner og bydelar om ivaretagelse av pasientene, og er avhengig av god samhandling med dem.

Kartlegging fra 2018 og 2019 av kvaliteten på dokumentasjon avdekket mangler knyttet til innhold og bruk av PLO-meldinger, ved utskrivning av pasienter.

Mål og hensikt

Pasienter som skrives ut fra DPH skal oppleve trygge overganger til andre helse- og omsorgstjenester.

Dette skal vi bidra til ved å sikre at viktig informasjon blir gitt videre til de tjenestene som skal følge opp og ivareta pasienten videre.

- Tiltakene i forbedringsarbeidet er
- Forbedre ledetekster i PLO-meldinger
- Innføre sjekklister ved utskrivning



Ledetekster i PLO-meldinger for Divisjon psykisk helse (DPH)

Forbedringer av innhold i PLO-meldinger, for å sikre formidling av nødvendig og relevant informasjon til kommuner om:

- Psykisk tilstand
- Rus- og avhengighetsproblematikk
- Risikovurdering/sikkerhet

Resultater:

- Innført og etablert ledetekster i PLO programmet.
- Brukes daglig av miljøpersonalet.
- Enklere og raskere for personalet å sende PLO-melding.
- Bedre logistikk.
- Mindre behov for telefonisk kontakt.
- Gode tilbakemeldinger fra kommunen.

Sjekklister ved utskrivning

Prosjektet utarbeidet standardisert sjekklister/utreisekonvolutt, som pasienter får ved utreise. Dette var for å sikre informasjon om:

- Utreisedokumentasjon
- Risikovurderinger som var gjort under oppholdet
- Praktisk bistand ved utreise
- Medvirkning - involvering i egen behandling
- Annen informasjon til pasienten, pårørende og neste tjenestested

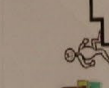
Resultater:

- Utarbeidet egen sjekklister.
- Tilpasset sjekklisten med somatikken.
- Ivaretar både det somatiske og psykiske ved pasienten.
- Bedre logistikk.
- Lettere for personalet å vite hva som er gjort.

“Gode Pasientforløp” og Forbedringsteamets arbeid 2021-23 Aurskog-Høland kommune

Margrethe Kinnestad Ottesen, Reidun Henrikstad og Elisabeth Fagersand¹, Uavklart², Inger Johanne Norheim og Lise Skjønhaug³,
Marianne Stenby Hareihon⁴, Ase Sagen⁵.

Hjemmetjenester og korttidsavd¹ Psykisk helse og avhengighet² Sykehjemstjenesten³, Tildelingskontoret⁴ og Helsestab⁵



4. Evaluering så langt

Erfaring så langt på godt og vondt;

På godt: Avdekket ulike ståsteder. Intervjuene vi startet med gjorde oss omforent om to hovedutfordringer i forhold til et godt pasientforløp;

A) Vi mangler systematikk for kommunikasjon med brukere/pasienter og pårørende og har utviklet en **samtale guide** som skal brukes på tvers av alle avdelinger.

B) Vi mangler system for samarbeid innad og mellom avdelinger og nivåer. Bruker ikke “felles” språk som muliggjør identifisering av uønskede variasjoner i bruker/pasient observasjoner. Lært mye på samlingene om at dette ikke behøvdte å være så komplisert, at enkle sjekklister kan fungere. Vi har utviklet en **sjekkliste**.

Vi har lært veldig mye om hvordan de ulike tjenestene fungerer, og fått økt forståelse for hverandres utfordringer.

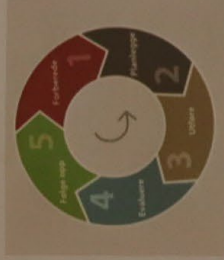
På vondt: Formell forankring har vært på plass med prosjektbeskrivelse og ansvars/rollefordeling vedtatt på ledermøte. I praksis viste det seg likevel å bli nedprioritert fra ledelsens side. Små framskritt og delresultater viste seg vanskelig å få presentert. Svært mye omorganisering og utbytting av folk i hele sektoren. Deltakerne fra Psykisk helse og Tildelingskontoret forsvant midt i prosessen og ble ikke erstattet. Ulikt fordelt med engasjement og rolleforståelse i gruppa. Kommunalsjef har sluttet og foreløpig ikke erstattet. Alle prosjekter er satt på vent. Teamleder har vært syk. Vanskelig å nå ut til alle avdelinger siden forankringen oppover og ned igjen i organisasjonen har vært skjort.

Delmål for “Hva er viktig for deg ?” – samtalen

- Utvikle samtykkeskjema for pårørende (**nesten ferdig**)
- Inkludere brukermedvirkning ved å invitere en pårørende med inn i det videre arbeidet
- Utvikle samtalskjema og “manual” for mestringssamtaler med utgangspunkt i MI og LØFT teori (**Det har vi gjort**)
- Utvikle kursrekke og øvelser og kollegaveiledningsrutine
- Plassere ansvar for oppfølging av nye rutiner
- Finne dem som vil og kan holde i rutinen på alle avdelinger[☺]
- Måle om vi faktisk bruker og dokumenterer de nye rutinene eller ikke
- Pilotere (**planlagt**)

5. Oppfølging og plan videre

Lage pilot på to utvalgte avdelinger på samtalen «Hva er viktig for deg?». Dette må gjøres til høsten, når ny kommunalsjef er på plass, siden alle prosjekter er frosset inntil videre. Sørge for faktisk ansvarsoppfølging hos alle ledere. Deretter innføre hele sjekklista på alle nye brukere avdeling for avdeling med resultat av målinger.



REFERANSER

- Meld.SU.10.God kvalitet -Trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i Helse- og omsorgstjenesten (2012-13) <https://www.regjeringen.no/no/okonomiermeld-st-10-2012/2013/ordr/95025/>
- <https://www.ks.no/pasientforlop>
- <https://www.fingdashandsisr247.no/>
- Pårørende strategi des 2020
- Brukermedvirkningens abc <https://www.kompetansesbroen.no/courses/brukermedvirkningens-abc?o=ahus>



Aurskog-Høland
kommune



Eidsvoll kommune

- Trivsel og vekst i grunnlovsbygda



Det gode pasientforløp - 4. samling 24. og 25. mai 2023



FAKTA

Eidsvoll kommune ligger nord i Viken fylke. Kommunen har et areal på 457 kvadratkilometer og har ca. 26.000 innbyggere. Den består av flere tettsteder og helsetjenestene skal lytes i flere sentrale tettsteder, samt ute til innbyggere ytterst i distriktene. Ifølge levekårsundersøkelsen skårer kommunen lavt på folkehelseprofilen.

Helsetjenestene er fordelt i 3 virksomheter, bestående av virksomhet for Hjemmebaserte tjenester, Eidsvoll helse- og omsorgssenter, samt Helse og bistand. Kommunen drifter tjenestene i egen regi og kjøper sjeldent tjenester fra private aktører. Kommunen har ikke felles saksbehandlingsenhet og forholder seg til 4 lokalisasjoner knyttet til Akershus universitetssykehus, med ulik praksis.

STATUS

Det er en omstillingsprosess i kommunen grunnet økonomiske nedskjæringer. Det har ført til mindre tid til å jobbe med forbedringsarbeidet mellom samlinger.

Gruppen har allikevel jobbet godt med alle forbedringspunkter fra forrige samling:

- ferdigstilt og utarbeidet til-delingskriterier for alle helse og omsorgstjenestene
- avtalt og gjennomført faste samarbeidsmøter med Ahus. Kongsvinger
- opprettet koordinerende team for barn og unge.

Implementering av noen tiltaksområder gjenstår, implementeringsplaner er under utarbeidelse.

FORBEDRINGSTEAMET

Tor Axel Eliassen - leder koordinerende enhet, Helse og bistand. Leder for forbedringsteamet
Rudy Van Oevelen - avdelingsleder folkehelse, Fysio- og ergoterapi
Emil Anfinnes - leder vurderingsteam. Helse og bistand.

June Dramstad - avdelingsleder 1. avdeling, Eidsvoll helse- og omsorgssenter
Marit Grove - fagleder vurderingsteam.

Mona Knutsen - koordinator, Eidsvoll helse- og omsorgssenter

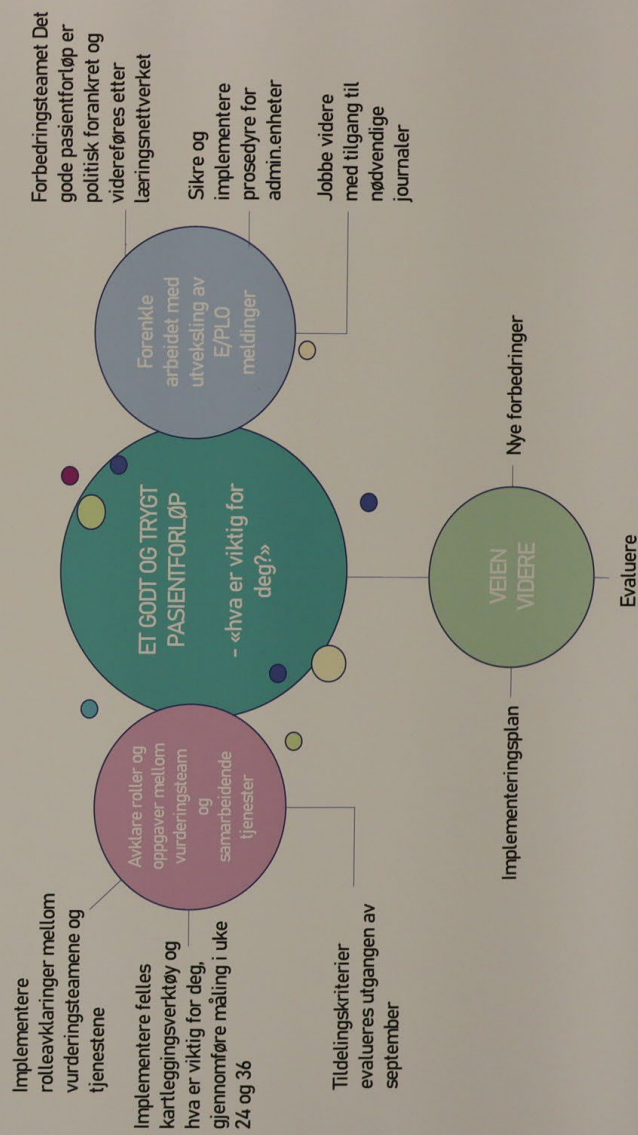
Vivvi Olsen - saksbehandler vurderingsteam

Beate Sandin - saksbehandler vurderingsteam
Anne Nordheim - teamsykepleier distrikt nord, Hjemmebaserte tjenester

Jeannett Thorstensen - teamsykepleier distrikt indre sør, Hjemmebaserte tjenester

Karoline Frantzen - teamsykepleier distrikt ytre sør, Hjemmebaserte tjenester

Maren Eivik - teamsykepleier distrikt ytre nord, Hjemmebaserte tjenester



Gode Pasientforløp



HURDAL
KOMMUNE

Forbedringsteamet:

- Maiken Rosåsen-Knai- Helsefagarbeider
- Tuva Kristine Andersen - Sykepleier
- Malene Solbakken Stenndal - Sykepleier & leder av teamet
- Henriette Bjerke Lade- Helsefagarbeider
- Avdelingsleder sykehjem og hjemmesykepleien, leder for tildelingsenhet og virksomhetsleder.



FORBEDRINGSOMRÅDER

- Tettere samarbeid mellom ulike instanser
- Informasjon til pasienter og pårørende
- Pasienten i fokus
- Bruk av prosedyrer og sjekklister

VÅRE MÅL

- Skape gode rutiner som forankres hos de instansene som skal samarbeide gjennom pasientforløpet.
- Forbedre kommunikasjon mellom helsepersonell og brukere
- Styrke brukerperspektiv gjennom "hva er viktig for deg?" - samtaler

TILTAK

- Forbedre og utarbeide prosedyrer, rutiner og sjekklister som sikrer et godt samarbeid mellom instansene
 - Jobbe aktivt med lederforankring
 - Bedre informasjon og involvering av brukere og pårørende
-
- Tverrfaglige møter hver mandag
 - Utarbeidet og revidert 11 prosedyrer og 3 sjekklister
 - Bedre samarbeid både internt og mellom ulike instanser
 - Pasienten mer i fokus

HVA HAR VI FÅTT TIL?

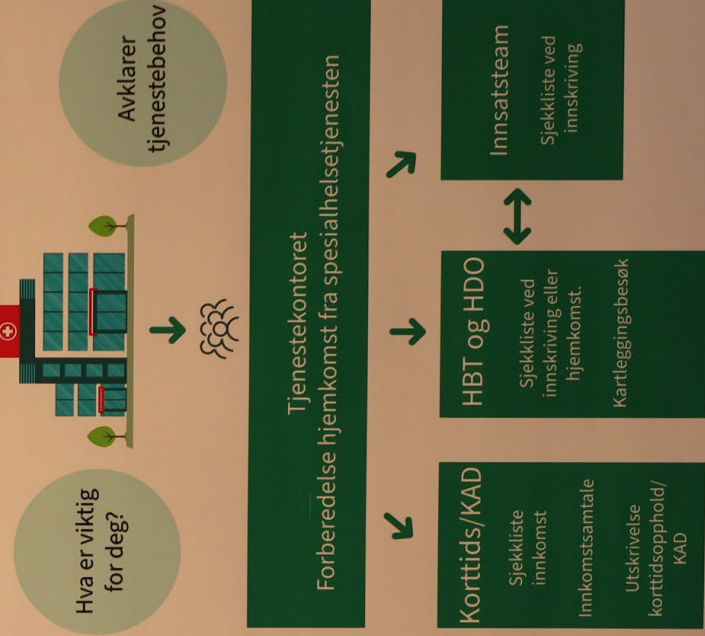


Kongsvinger kommune er en middels stor kommune med ca 18.000 innbyggere. Kommunen består av en bykjerne med stort geografisk område med omliggende grender.

Kommunen yter alle slags omsorgstjenester til sine innbyggere, samtidig som man er vertskommune for en del tjenester i regionen. Kommunen har en del demografiske utfordringer der man har mange eldre innbyggere, lavt utdanningsnivå og mange uføretrygdede. En stor andel av innbyggerne bor ute i distriktene og dette gir utfordringer i henhold til integrasjon og utvikling innen velferdsteknologi. Kommunen arbeider aktivt med rekruttering av høgskolegrupper i sine tjenester, og kommunøkonomien er relativt god.

Deltagere i læringsnettverket er:

- Gry Nelly Trondbøl, AKS i koordinerende enhet (leder av læringsnettverket)
- Anja Østli Ausland, AGS i koordinerende enhet (leder av læringsnettverket)
- Liv Wang Pedersen, a vdelingsleder
- Siv Amita Westheim, Rådgiver stab helse og mestring
- Ida Sørli, Saksbehandler
- Elise Sand, Ergoterapeut
- Marianne Stormorken, Driftskoordinator
- Rita Bates, Helsefagarbeider
- Ida Sørli, saksbehandlinger tjenestekontoret
- Ingunn Melbye, Sykepleier i innsatsteam



Vegen videre: Veiledning, Opplæring/implementering, Oppdatere prosedyre fortløpende, Evaluering av sjekklister



KONGSVINGER
KOMMUNE

Læringsnettverk Gode pasientforløp - samling 4

Forbedringsteam Lillestrøm kommune

Leder for teamet:
Inger Marie Bergersen seniorrådgiver fagstab, Helse og mestring
leder@larnet.lillestrom.kommune.no

Gruppedeltagere:

Arnette Bergersen - afdelingsleder Møttak og vurdering, Tjenestestorg
Gitte Christine Korvann - seksjonleder Nedre Romerike KAD
Linda Skomstad Endresen - konsulent i Frognr distrikt, Helseetenheter for voksne
Torild K. Nordengen - fagleder hjemmebaserte tjenester
Wysahshav Kaplan - seksjonleder Korshagen boliger, Bo- og miljø; til voksne
Per-Arthur Faugard - seksjonleder Psykisk helse
Barbro Willassen Aas - seksjonleder Stalsberg BSS
Uthi Dramstad - seksjonleder Forvaltning
Kari Anne Aas - seksjonleder Forvaltning
Anette Skogvold - observatør fra integrerte helseetenheter (IHT) på Ahus

Overordnet leder: Bjørn Torill Madsen - kommunaldirektør Helse og mestring

Vedledere: Agnete Nygård

Forbedringspunkter:



Måloppnåelse og evaluering ved 4. samling

Det er etablert tydelig og oversiktlig samarbeidsstruktur mellom forvaltning og tjenestene:

- Det er laget en oversikt over samhandlingsarenaer
- Det er etablert nye samhandlingsarenaer
- Omorganisering, forvaltning har påvirket de etablerte samarbeidsstrukturene mellom de ulike tjenestene og forvaltning og dermed påvirket kvaliteten
- Endringer utfordrer den etablerte samarbeidsløsningen
- Endring av roller påvirker samarbeidet
- Overordnet drøingsprosess og lederbytter påvirker og er utfordrende for samarbeidet
- Forventningsklarering mellom tjenestene internt og eksternt - kjenne hverandres tjenester

Det er etablert fast struktur for fastleggesamarbeid:

- Samarbeid i enkeltsaker fungerer, men noe varierende grad av involvering fra den enkelte lege.
- Samarbeid knyttet til IHT-pasienter (integrerte helseetenheter) erfarer vi at det skapes god relasjon til fastlegen fordi det er en forutsetning for godt IHT-forløp
- På overordnet nivå, i Helseetelsskape, er samarbeidet godt definert og satt i system
- HSP erfarer at fastlege følger ledere opp pasienten ved psykisk sykdom som somatisk, hvor HSP også er involvert
- Innen somatisk er det en eldre pasientgruppe, skjørbidighet i tillegg til et sammensatt sykdomsbilde.
- Mål å jobbe for et samarbeidsnåne med legekontor gjeldene alle seksjoner, tema, samarbeidsstruktur, komplekse, sårbar pasienter som har historikk på å benytte flere tjenester og hatt flere reinnleggssaker.

Det er etablert strukturert plan for pårørendesamarbeidet:

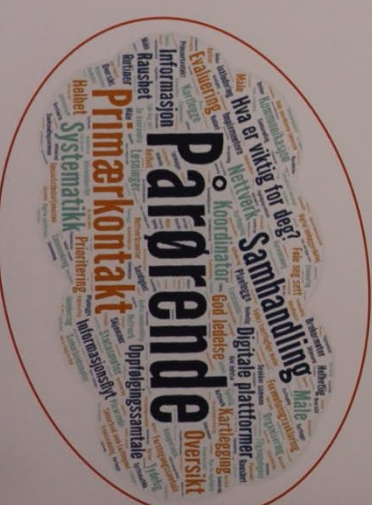
- Medlemmer fra forbedringsteamet deltar i arbeidsgruppen for utarbeidelse av Handlingsplan for Pårørendearbeid i Lillestrøm kommune
- Pårørende blir i samråd med bruker/pasient invitert til å delta på kartleggingsamtale/forsrengsamtale/ inntakssamtale - forventningsklarering
- Etablert stilling som pårørendekoordinator innen psykisk helse og avhengighet
- Ulike pårørendekurer/tilbud
- Hjemmeteksten har gjennomført Dialogkate for seksjonene, der pårørende også blir oppmuntret til å delta
- Psykisk helse og avhengighet har gjennomført pårørendekurs x 5 med god delaktelse. De har stor pågang.
- Tilbudet er evaluert og får svært gode og konstruktive tilbakemeldinger på innhold
- Demonstrasjoner har gjennomført Pårørendeskole x 2 pr år med stor delaktelse og med samtalegrupper i etterkant
- Ene støttegrupper for pårørende går parallelt
- Nettverkmøter med pårørende og nettverket til bruker - ca. 25 møter årlig
- Pårørendekveiler med undervisning og informasjon
- Pårørendeundersøkelser er gjennomført med den nasjonale undersøkelsen "IVARETT" - med egne resultater for Lillestrøm kommune

Hva er viktig for deg?

- Satt økt fokus på hva er viktig for deg i møte med bruker/pasient
- Spjektpunkter bidrar til evaluering og konstruellig forbedringsarbeid
- Det handler om bevisstgjøring, kunnskap og holdningsendring
- Min livshistorie - personsonert omsett benyttes på sykehljemene
- Det er etablert Brukerråd i Bo- og miljøtjenestene og Psykisk helse og avhengighet
- FIT - feedback, informert tjeneste - tilbakemeldingskultur benyttes i psykisk helseetjeneste
- Vi ønsker fokus på øvelikhetsskildet - hva er behovet nå?
- Det gjennomføres ulike brukerundersøkelser i tjenestområdene - sett i system og legger i årstjulet

Veien videre

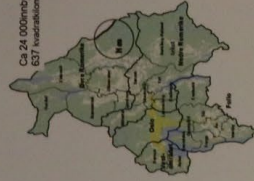
- Ferdigstilte rapport fra Læringsnettverket
- Forbedringsområder
- Evaluere og evt. videreføre etablerte tiltak
- Utsikle nye tiltak
- Videre forankring i ledergruppe og i operative nivå
- Viktig å ikke se gode pasientforløp isolert, men se de i sammenheng med andre prosjekter og forbedringsprosesser i kommunen.
- Tiltarbeid se «den røde tråden»
- Ønskelig å videreføre arbeidsgruppe internt for å sikre videreføring og implementering gjennom blant annet handlingsplan
- Etablere et overordnet kvalitetsorgan i Lillestrøm kommune



Gode pasientforløp i Nes kommune

NES KOMMUNE

Ca 24 000 innbyggere
537 kvadratkilometer



VIKEN, Gardemorregionen

Vrajon:

Det gode liv der elvrene møtes

Verdier:

Nærhet Engasjement Synlighet



VÅRT TVERRFAGLIGE FORBEDRINGSTEAM:

ANSVARSOMRÅDE	NAVNE	STILLING
Hjemmeprestasjon	Eiv Indset Olsen Linn E. Arundsen	Saksbehandler Sykepleiekoordinator
Miljøarbeidsprestasjon	Kristian Røed	Arbeidsleder
Dialog og Mestring	Øyvind O. Saurheim Bodil K. Sigvold Jonas F. Lyster Kjetil S. Holm	Fysioterapeut Helsemedisiner Kommunikasjonsleder Fagleder Fagleder Kvalitetsansvarlig
Helse og velferd		
Hjemmeprestasjon		
Leader forbedringsteam		

Forankret i
«mestringsstrategien» for
Helse og velferd

og kommunes
egen
«Leve hele livet»
plan

MÅL:
Våre tjenester skal
oppleves som gode og
sammenhengende fra
brukerens ståsted



	Tiltak	Status	Opplevd forbedring og/eller utfordring	Velen videre
1.	Nytt søknadskjema for tildeling av tjenester Fra avkryssing til fokus på mestring	Gjennomført og iverksatt Hvis innbygger er usikker i utfyllingen, kan de ringe å få veiledning	Saksbehandlere opplever stor letting av arbeidsmengde, og mer tid til å snakke med brukerne Tidligere ble det krysset av for mange tjenester, for å «sikre seg». Dette medførte mye saksbehandling i form av vedtakskriving (avslag)	Nytt skjema fungerer bra, veiledning blir gitt ved behov.
2.	A: Revisjon av rutine for korttidsforløp på 14 dg. Ved Nes sykehjem. B: Lage egen rutine for kort – korttidsforløp (7 dager)	A: Gjennomført og iverksatt B: Pågår ...	Rutinen er ment til å gi bedre flyt i pasientforløpet Vanskelig å etablere felles sjekklister i journalsystemet, da flere faggrupper er involvert Sjekklisten og korttidsforløpsrutinen knyttes til tavlemøte på sykehjemmet.	Jobbe mer med implementering Etablere tilhørende sjekklister for å sikre kontinuitet når mange er involvert
3.	Spørreundersøkelse til pasienter etter korttidsforløpet	Er gjennomført i liten grad	Viste seg å være svært vanskelig å gjennomføre (mange har kognitiv svikt, noen er overført til langtidsplass, eller sykehus mm)	Skal ta stilling til om de skal gjøres på nytt, eller på annen måte
4.	Revidering av tverrfaglig samarbeidsrutine ved helse tjenester i hjemmet	Arbeidet utsatt pga sykdom (små justeringer gjenstår)	Rutinen er ment for å gi bedre flyt i pasientforløpet for hjemmeboende. Utfordring: Det er krevende å implementere nye rutiner i en stor tjeneste med flere team og mange ansatte.	Iverksette rutinen og gjøre den kjent for alle parter den gjelder for
Oppsummering:	Deltagelse i læringsnettverket	Det gjenstår en del på å gjøre arbeidet kjent ut i ytterste ledd i alle virksomheter.	Nes prosjektet har hatt en del utfordringer med kontinuitet i gruppa, og det har vært noen utfordringer underveis av prosjektmedarbeidere. Det har også vært en svakhet i prosjektet at ikke sykehjemmet har vært med i prosjektgruppa	Forbedringsarbeidet må fortsette og holdes tak i. Sikre at rutinene som er etablert gjennom HPH etterleves og følges opp.





RÆLINGEN
KOMMUNE

GODE PASIENTFORLØP

4. samling

Fakta om Rælingen

Antall innbyggere
19.618

Antall eldre over 65 år
2746

Areal
71,68 km²

Rælingen er en langstrakt kommune som naturlig deles inn i to distrikter, Løvenstad og Fjerdingby.

Vi har to sykehjem. Alle langtidsplassene er lokalisert på Løvenstadtunet, mens korttids- og rehabiliteringsplassene er på Fjerdingby helsetun. Der finnes også én KAD-plass og to palliative plasser. Hjemmesykepleien har nylig gått fra å være inndelt i de to distriktene til å jobbe teambasert.

Dagsenteret har i tillegg til ordinært dagsentertilbud turgrupper. Fysio- og ergoterapitjenesten har nylig startet opp dagrehabilitering (x2/uke i 8 uker).

Vi har vurderings- og mestringsteam, som møter nye eller uavklarte pasienter når de kommer hjem fra sykehus. De kartlegger behov for tjenester og tilrettelegging i hjemmet. Vi har også huseiendomsrådgivere som hjelper pasienter med å finne et passende hjem. Vi har også en kommunikasjonsrådgiver som hjelper pasienter med å finne de beste kommunikasjonsmidlene for å nå sine mål. Vi har også en kognitiv trener som hjelper pasienter med å trene hukommelsen og oppmerksomheten. Vi har også en kognitiv trener som hjelper pasienter med å trene hukommelsen og oppmerksomheten.

Spesielt for Rælingen er at vedtaksmyndigheten ligger hos tjenestene, ikke hos saksbehandlere.

Forbedringsteamet

- Vibeke Vasholmen
- Linn Therese Fjell
- Eli Anne Bendiksen
- Christin Skogen
- Jeanette Milo
- Gry Olsen
- Øystein Kjølberg
- Lise Bakken
- Bodil Halvorsen
- Hege Strand



Dagsenter



Mål – hva skal oppnås?

- Helhetlig fokus på helsestjenestene våre. Dette innebærer også bedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene blir av god kvalitet.
- *Hva er viktig for deg?* blir gjennomgående i brukernes møte med tjenestene, slik at han opplever å bli sett, og videre motivert til økt egenomsorg.
- Dagtilbudet i kommunen tilpasses brukernes behov i større grad, slik at brukere og pårørende blir bedre rustet til å mestre hjemmesituasjonen lengst mulig.

Hva har vi oppnådd?

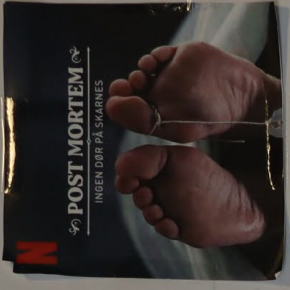
- Har utarbeidet med sjekklister for overganger mellom tjenester, både mot sykehus og internt i kommunen. Fokus på tettere samarbeid mellom tjenestene, blant annet ved hospitering mellom tjenestene og noen endringer i dagens tverrfaglige møter.
- Har opprettet en arbeidsgruppe med mål om å implementere Styrkebasert dialogverkstøy i alle helsestjenestene, samt øke fokus på Hva er viktig for deg? Kick-off med Anders Vege, faglansjer og ressursgrupper på tvers av avdelinger.
- Vurdert og utvidet dagsentertilbudet i kommunen. Tester nå ut åpningstid til kl. 17 på mandager. Fortsetter å se på muligheter i eksisterende tilbud, samt transportmuligheter.



SØR-ODAL



Koble av eller koble på
Flytt til Sør-Odal - barn time fra Oslo
Les mer om oss på www.sorodal.no



FORBEDRINGSTEAMET:

- Ingeborg Øksdahl, ergoterapeut og leder av teamet
- Berit Ingvaldsen, konstituert enhetsleder hjemmetjenesten
- Mari-Anne Joramo, avdelingsleder hjemmetjenesten
- Ida Marie Grammo, fagspesialist hjemmetjenesten
- Caroline Ellevold, avdelingsleder korttids- og rehabiliteringsavdelingen
- Siw Torill Gjølens, sykepleier korttids- og rehabiliteringsavdelingen
- Anette Hjøll, enhetsleder Rehabilitering og tildeling
- Line Merete Hagen, saksbehandler
- Karoline Sofia Knutsrud, fysioterapeut

Fra intervjuene:

- Fra pasientene:**
- Lite grad blitt spurt om hva som er viktig for dem, både i kommunen og på sykehuset
 - Har opplevd lite informasjon fra sykehuset om veien videre
 - Fastlegen er liten grad involvert
 - Ser på praktisk bistand og oppreising som viktig for å ha det bra

Fra ansatte:

- Vanskelig å forebygge innleggelse i de enkelte sakene
- Må ofte etteroppre informasjon fra spesialisthelsetjenesten

Forbedringsområder:

- Tidlig planlegging av hjemmese fra korttids- og rehabiliteringsavdelingen med økt bruk av innkomstmåler, samarbeidsmøter og hjemmeseøk med pasient og pårørende
- Revidere sjekklister utarbeidet i tidligere forbedringsprosjekt
- Evaluere innholdet i tavlene i hjemmetjenesten og ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen – for taletens relevans informasjon, og bidra informasjonen til å drive prosessen framover?
- Bli bedre på å spørre etiva er viktig for deg?, og bruke dette som arbeidsverktøy



Sør-Odal er med sine 7900 innbyggere den mest sparske kommunen i regionen. Kommunen søker til Akropolis Utviklingssenter for sykehus ble overført til fra Sykehuset Innlandet til Ahus i 2019.

Helse og mestring er største tjenesteområde i kommunen, med 220.09 årsverk fordelt på 302 ansatte. Det overordnede målet for tjenesteområdet er at alt arbeid som utføres, skal bidra til at flest mulig mestrer livet selv. Fokusområdene for helse og mestring er

- På innbyggernes side - brukervennlighet og samhandling om tjenestene
- Folkehelse - forebygging og friskvil
- Bærekraft - velferdsteknologi og rehabilitering først

Vierte satsingsområder:

- Rehabilitering først - hjemme best
- Rekruttering og oppgavefordeling
- Teknologi og digitalisering
- Aldersvennlig samfunnsutvikling
- Smartheit, Vtjanke, nærvarselsarbeid

Nye bygg og omsorgsboliger

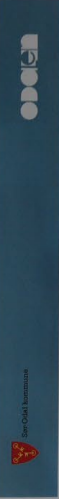
Demografi og nøkkeltall:

- 381 innbyggere over 80 år pr 2021, 1519 innbyggere over 67
- I 2020 bodde 8,3% av innbyggerne over 80 år på sykehjem
- I 2020 mottok 30,2% av innbyggerne over 80 år bistand fra hjemmetjenesten
- Tjenesteområdet har i dag 18 HOD-boliger og 62 sykehjemsplasser, fordelt på
 - To KAD-plasser
 - 13 korridor- og reno-plasser
 - 10 plasser på sykehuset avdeling
 - 18 plasser
 - Ett pallstol for tom

Kommunen fikk i 2018 gjennom en omfattende omorganisering. 16 langtidsplasser ble nedlagt, og 7 langtidsplasser ble omgjort til korttidsplasser. Som følge av dette ble 4,2 sykepleierårverk overført fra sykehjem til hjemmetjeneste. Det er også lagt til rette for økt fleksibilitet med hensyn til avlastningsplasser, eksempelvis ved demensavdeling.

Utfordringer:

Å opprettholde faglige fornyende tjenester innenfor en redusert kommunal økonomisk ramme, samtidig som etterspørrelsen etter tjenester øker.



Mål - Hva skal oppnås? Bedre koordinerte pasientforløp

Hvordan konkretisere tiltak/handlinger skal ivertsettes?

- Innsatsområde
- Tidlig hjemmeseøk hos pasienter som er på korttidsopphold
- Pasientoppfølging av bolig skal være utført for hjemkomst fra sykehus eller sykehjem
- Reviderte sjekklister og tavler i hver avdeling
- Forvaltnings- samarbeidsmøter med pasient og pårørende.

Hvordan måle forbedringsarbeidet?

- Tid fra innleggelse sykehjem til hjemmeseøk er utført
- Om hjelpemidler er på plass til hjemkomst
- Hvor mange pasienter der er borte fra sykehuset på

Målgrupper

Periode 01.02.23 til 03.23

Røkke av sakstiter
Hjemmetjenesten 0
Vardingsrom: 1/4

Innsatsområde
Korttidsavdeling 17

Samarbeidsmøter

Det blir planlagt gjennomført 17 samarbeidsmøter i samarbeidsrommet

Hjemmeseøk

Det blir planlagt hjemmeseøk på 223 pasienter, men gjennomføres 1

Målgrupper basert på det var 18 pasienter som ble skrevet ut av sykehuset i samarbeidsrommet i samarbeidsrommet. Mange av pasientene på korttidsavdelingen fikk innlagt langtidsopphold.

Målgrupper

Periode 01.02.23 til 03.23

Røkke av sakstiter
Hjemmetjenesten 0
Vardingsrom: 1/4

Samarbeidsmøter

Det blir planlagt gjennomført 17 samarbeidsmøter i samarbeidsrommet

Hjemmeseøk

Det blir planlagt hjemmeseøk på 223 pasienter, men gjennomføres 0

Målgrupper basert på det var 18 pasienter som ble skrevet ut av sykehuset i samarbeidsrommet i samarbeidsrommet.