

Postere fra læringsnettverk i Akershus

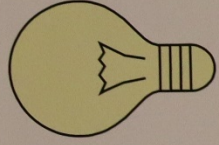
Samling 1, 24.–25. november 2021

GODE PASIENTFORLØP



Samarbeid + Samhandling + Nødvendig og tilstrekkelig informasjon til rett tid og rett sted!
Vårt mål: Sømløse overføringer mellom helsetjenestene.

PLO meldinger sikrer en god og trygg utskrivelse for pasienter som har kommunale helsetjenester eller som har behov for det etter utskrivelse!



“Gode Pasientforløp” og Forbedringsteamet Aurskog-Høland kommune

Margrethe Kinnestad Ottesen, Reidun Herikstad og Elisabeth Fagersand¹, Niels Zandstra², Inger Johanne Norheim og Åshild Ringsbu³,
Marianne Stenby Harethorn⁴, Ase Sagen⁵

Hjemmetjenester og korttidsavd¹ Psykisk helse og avhengighet² Sykehjemstjenesten³, Tildelingskontoret⁴ og Fagstab⁵



BAKGRUNN

Aurskog-Høland kommune er en stor (i utstrekning) jord- og skogbrukskommune på nedre Romerike med 17 687 innbyggere, hvor 3 125 personer er > 67 år (18%) i 2021.

Kommunens har, blant flere mål, å «Sikre innbyggerne et likeverdig og godt offentlig tjenestetilbud av høy kvalitet». Med en demografisk utvikling som tilsier en dramatisk økning i antall eldre og en planlagt oppgaveforykning fra sykehus og over til kommunene betyr dette utfordringer for de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Som et av flere tiltak for å få til bedre kvalitet¹ og mere bærekraftige helse- og omsorgstjenester, deltar kommunen i kvalitetssikringsprogrammet «Gode Pasientforløp»², i regi av KS og FHI.

For kvalitet i tjenestene har vi tatt utgangspunkt i Stortingsmeld nr 10, hvor kvalitet i tjenestene er definert ved følgende seks dimensjoner: Være virksomme, være trygge og sikre, involvere brukerne og gi dem innflytelse, være samordnet og preget av kontinuitet, utnytte ressursene på en god måte, være tilgjengelige og rettfærdig fordelt¹.

SAMLING 1 (24. og 25. november 2021)

Resultater fra intervjuene:

Faktorer som gikk igjen i intervjuene; Mangel på tilstrekkelig **kommunikasjon**, både internt, mellom tjenestene, med bruker og pårørende. Litt manglende kommunikasjon er det vanskelig å mht medisiner. Uten god kommunikasjon er det vanskelig å samarbeide. Dette kan føre til utrygghet for bruker og pårørende og det kan bli manglende kontinuitet i tjenestene. Det ble i liten grad brukt «Hva er viktig for deg?» i kommunikasjonene med pårørende og bruker. Det var ofte utfordringer med oppdatering av **medisinlistene** og **fraværende fastlege**.

I et av intervjuene fra avdeling for Psykisk helse og avhengighet (PHA) var alle **uthevede faktorer** aktuelle. Det ble utfordringer med samarbeid internt mellom de involverte tjenestene og ved bruker/pårørende involvering hos en person med flere diagnoser og sammensatte behov, i tillegg til rusproblematikk og utfordring med medisiner. Både Spesialisthelsetjenesten, Hjemmetjenesten, HvRehab og avdeling for Psykisk Helse og Avhengighet var involvert.

SAMLING 2 (2. og 3. februar 2022)

Mål og delmål

SAMLING 3 (24. og 25. august 2022)

Tiltak og målinger

SAMLING 4 (3. og 4. mai 2023)

Plan for implementering og videreføring (Flytdiagram bruker og tjenestereiser?)

REFERANSER

1. Meld St 10 God kvalitet - Trygge tjenester, Kvalitet og pasientsikkerhet i Helse- og omsorgstjenesten (16.12.21) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-2021-2213/1/05025/>
2. Kvalitet i helse- og omsorgstjenester (16.12.21) <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld-st-10-2021-2213/1/05025/>
3. <https://www.inngenhender24.no/>



Aurskog-Høland
kommune



Gode pasientforløp

1. Samling 24. og 25. november 2021



Eidsvoll



Eidsvoll kommune
- trivsel og vekst i grunnlovsbygda

Side 1

Forbedringsteam

- **Elvy Holtet Olsen** - 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
- **Mona Knutsen** - koordinator, Eidsvoll helse- og omsorgssenter
- **Vivi Olsen** - 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



Eidsvoll



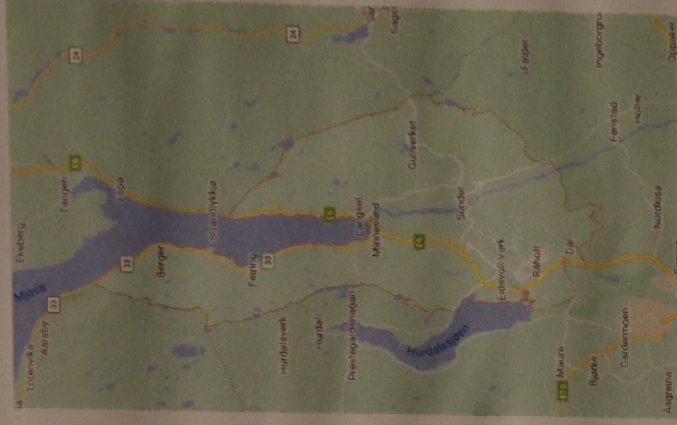
Eidsvoll kommune
- trivsel og vekst i grunnlovsbygda

Side 2

EIDSVOLL KOMMUNE

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 ytes 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.



Eidsvoll

Eidsvoll kommune
- trivsel og vekst i grunnlovsbygda

Side 3

Læringsutbytte

5 pasienters perspektiv av pasientforløpet

Alle pasienter ga uttrykk for manglende informasjon og manglende involvering knyttet til avgjørelser om behandlingsforløp når de var på sykehuset. Ingen pasienter opplevde at de ble spurt om hva som var viktig for dem.

2 av pasientene opplevde manglende involvering av fastlege i samarbeidet med kommunens tjenester.

Eldre pasienter tillater i stor grad at helsepersonell tar avgjørelser uten brukemedvirkning.

2 av pasientene påpeker at det var mangelfull informasjon til pårørende.

2 av pasientene ga uttrykk for manglende informasjonsutveksling mellom sykehus og kommune, samt samarbeid på tvers mellom virksomhetene og fastlege.



Eidsvoll

Eidsvoll kommune
- trivsel og vekst i grunnlovsbygda

Side 4

Forbedringsområder

Bedre koordinering av tjenester og tjenestetilbud

- Tilgjengelig informasjon samlet på ett sted om tjenestene i kommunen
- Felles prosedyrer for hvordan vi vurderer tjenestebehov innen kartlegging og saksbehandling
- Økt fokus på brukermedvirkning – spørre brukerne «hva er viktig for deg», samt ha respekt for brukerens avgjørelser.

Behov for bedre informasjonsutveksling mellom sykehusene og kommunens tjenester om brukernes helse- og funksjonsutfordringer. Behov for å stille strengere krav til nødvendige og oppdaterte helseopplysninger.

Team Work



Behov for bedre samarbeid mellom kommunens tjenester og fastlegene.



Eidsvoll

Eidsvoll kommune
- trivsel og vekst i grunnlovsbygda



Kongsvinger Kommune

En kommune med utfordringer, men også utallige muligheter.
Vi har troen på fremtiden og tjenestene våre ☺

KONGSVINGER

Kommunens fakta iht Folkehelseprofil

- Demografi
- Oppvekst – og levekårsforhold
- Alderssammensetning
- Utdanning
- Folkehelse
- Innvandrere
- Fysisk, biologisk, kjemisk og sosialt miljø

KONGSVINGER

Tjenester i kommunen

- Vi har stort trykk på tjenestene våre, spesielt HBT og Rus/Psykiatri.
- Vi mangler somatiske sykehjems plasser, men har en relativ god dekning mht demens per dd.
- Vi har behov for flere avlastningsplasser, for at de eldre skal kunne bo lengre hjemme.
- Vi er i nå i et konstant behov av høgskolepersonell for å sikre trygge tjenester.

KONGSVINGER

Læringsnettverk Helhetlige pasientforløp 2021

Sykepleier Anja Østli Ausland, somatisk korttidsavdeling/KAD
Driftskoordinator/spl. Marianne Stormorken, hjemmebaserte tjenester
Avdelingsleder/spl. Liv Wang Pedersen, heldøgns omsorg
Helsefagarbeider Hildegunn Lindberg, heldøgns omsorg
Hjelpepleier Rita Bates, hjemmebaserte tjenester
Avansert klinisk sykepleier Gry Nelly Tronbøl, hjemmebaserte tjenester
Rådgiver/vernepleier Siw Anita Westheim, stab helse.

KONGSVINGER

Hvilke temaer utmerker seg?

Brukernes erfaringer:

- Brukerne opplever ikke å bli hørt .
- Lite brukerfokus ->Hva er viktig for deg?
- Brukerne er urolige for forandringer ->innleggelses-
>informasjon/kommunikasjon->trygghet i tjenestene.

KONGSVINGER

Pårørende sine erfaringer

- Føler seg ikke hørt
- Må gjenta samme opplysninger ved hver innleggelse og på alle avdelinger.
- Enkelte pårørende opplever samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunen fungerer greit ved utskrivelse
- Ingen pårørende vi intervjuet hadde fått spørsmålet: Hva er viktig for deg, men noen pårørende følte seg likevel godt ivaretatt. Gode resultater på bruker og pårørendeundersøkelsene våre ☺

KONGSVINGER

Helsepersonellets erfaringer:

- Store utfordringer iht samarbeid og pasientsikkerhet i samhandling med spesialisthelsetjenesten.
- Legemiddelhåndtering -> epikriser, resepter og mangelfull informasjon.
- Generelt dårlige epikriser -> kommer sent, er ufullstendige og ofte misvisende.

KONGSVINGER

Hva overrasket?

- Før ville brukerne gjerne inn på sykehusopphold til behandling, men nå vil brukerne være hjemme/korttidsopphold da dette for mange oppleves tryggere.
- Nevnte årsaker: Knyttet til kjente omgivelser, kjent personal, pandemien og nærhet til pårørende. Ofte nevner de at de sover bedre hjemme enn på sykehuset, da det er mye støy/uro der.

KONGSVINGER

Hva ønsker vi å vite mer om?

- Utskrivelsesrutiner som spesialisthelsetjenesten har?
- Hva er det som gjør at informasjonen glipper i skifte mellom omsorgsnivå?
- Hva skal til for å opprette/bedre/øke antall samarbeidsmøter mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?
- Hva inngår i de forskjellige pakkeforløpene?

KONGSVINGER

Årsaker til (re)innleggelse og mulige forbedringer av pasientforløpet

- Manglende informasjon knyttet til forrige utskrivelse, oppfølging gjøres ikke, feil medisiner og manglende plan for hva skjer ved en forverring.
- Kommunehelsetjenestens kartleggingsevne.
- Forebyggende hjemmebesøk – team som reiser rundt etter innleggelse for å følge opp brukerne og epikrisene
- Trygge helsepersonell og sikre at nødvendig kompetanse kommer til rett bruker i kommunehelsetjenesten.
- Mangel på tid og ressurser. «Vi lever for å kunne jobbe, vi jobber ikke for å kunne leve.»
- Forvaltning må utføre kartlegginger tilpasset den kommunale tjenesten bruker er søkt inn i og komme med en klar bestilling

KONGSVINGER

Hva ønsker vi å gjøre?

- Opprette en felles/flere arena (-er) for spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten der det kan diskuteres enkelt pasienter.
- Opprette tverrfaglig innsatsteam med forebyggende fokus.
- Klarere forvaltning/vurdering av tjenestekontoret med økt fokus på kartlegging.
- Økt fokus på å øke kompetanse i kommunehelsetjenesten
- Opprette et kontaktpunkt med Ahus Kongsvinger som helsepersonell fra kommunehelsetjenesten kan konferere med i enkelt saker, når spl.teamet ikke er tilgjengelig.

KONGSVINGER

Forbedringsteam Lillestrøm kommune

Annette Bergersen – avdelingsleder Mottak og vurdering, Tjenestetorg
Gitte Christine Korvann – seksjonsleder Nedre Romerike Kommunal akutt døgnenhet (KAD)
Christina Bjørnstad – seksjonsleder Gjoleidveien boliger, Bo- og miljøtjenester
Linda Skrimstad Endresplass – konsulent, Frogner distrikt, Helsetjenester til voksne
Inger Marie Bergersen – seniorrådgiver Fagstab, Helse og mestring
Kristin Martinsen, rådgiver Fagstab, Helse og mestring

Kontaktinformasjon til nettverket:
Kristin Martinsen - epost kristin.martinsen@lillestrom.kommune.no

Forbedringspunkter:

Manglende struktur på fastlege-samarbeid

Manglende struktur for primærkontakter i hjemme-sykepleien

Foreligger ingen plan ved forverring

Ingen planmessig bruk av pårørende/nettverk rundt pasienten

Mister samhandling mellom tjenestene ved bruk av kun digitale meldinger

Hva er viktig for deg? Manglende oppfølging rundt pasienten

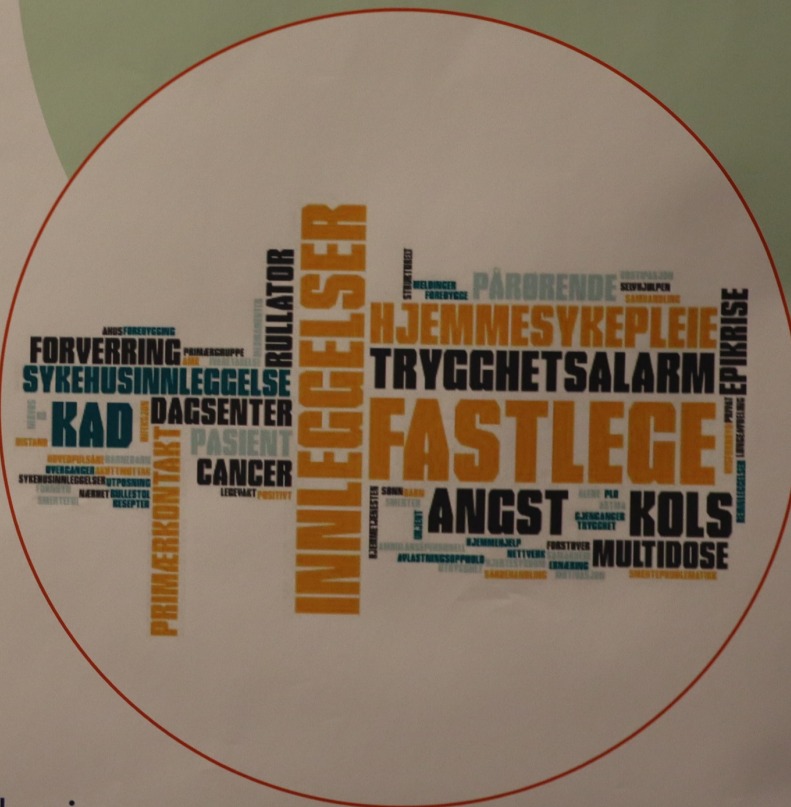
Demografi og tjenester:

Lillestrøm kommune er den 9. største kommunen med ca. 89.000 innbyggere.

Helse og mestring har ca. 1.850 årsverk, som innbefatter: NAV, legevakt, KAD, ulike helsetjenester til hjemmeboende, institusjonstjenester og bo- og miljøarbeidertjenester. Fremtidig vekst vil føre til en fordobling av aldersgruppen 90+ innen 12-14 år.

Tjenesteutvikling og kvalitetsforbedring i helse og mestring skal gjenspeile strategiene:

Samskaping, Mestring, Helhet og sammenheng



NES KOMMUNE

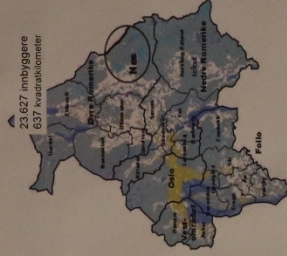
VIKEN, Øvre Romerike

Visjon:

Det gode liv der elvene møtes

Verdier:

Nærhet Engasjement Synlighet



23.627 innbyggere
637 kvadratkilometer



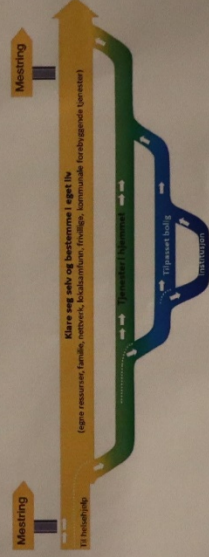
VÅRT TVERRFAGLIGE FORBEDRINGSTEAM:

VIRKSOMHET	NAVN	STILLING
Hjemmetjenesten	Alie Jähni	Virksomhetsleder
«	Linn M. Pälend	Saksbehandler
«	Linn E. Amundsen	Sykepleie-koordinator
«	Elin Holen	Sykepleie-koordinator
Miljøarbeiderjenesten	An-Magritt R. Øien	Fagkonsulent
«	Elisabeth S. Fladberg	Miljøarbeider
Dialog og Mestring	Ann Helen Amundsen	Ergoterapeut
«	Øystein O. Staurheim	Fysioterapeut
«	Bodil K. Skjævdal	Hukommelses-koordinator
Helse og velferd	Jorunn F. Lyster	Fagrådgiver
Hjemmetjenesten	Kristin S. Holm	Fag- og kvalitetsansvarlig
Leider forbedringsteam		



Mestringsmodellen

Den enkeltes ansvar for å mestre eget liv – kommunen ansvar for å legge til rette for at dette kan skje.



(Kilde: Agenda Kausang)

Oppsummering intervjuer Forbedringsområder

PASIENT

- INFORMASJON
- FORVENTNINGER
- OPPLEVELSER: «FAKTA», UTTRYGGHET, DARLIG TID
- «HVA ER VIKTIG FOR DEG NÅ?»

TJENESTEN

- INFORMASJON
- ORGANISERING
- RUTINER
- KOMPETANSE
- SAMARBEID: Re-innleggelse, oppstart tjeneste, evaluering

INFORMASJON

Pasient, pårørende, «nesbuen»,

interne og eksterne

samarbeidspartnere

- NÅR?
- HVORDAN?
- HVEM?



Gode pasientforløp

Samarbeidsgruppe fra sektor helse og velferd:

Karen Aurmo og Gunhild Bryld - hjemmesykepleien
Dino Trbonja- mestring og forebygging
Marit Burås og Anne Grethe Lundgreen - Bolig og tjenester/ Tildelingskontor
Nina Andersen og Therese Ruud – institusjon Døli
Susanne Sørliie – servicebolig Skytta

Nittedal kommune har ca 25 000 innbyggere/ nittedøler.

Forbedringsområder:

Tydligere informasjon:

- enklere kommunale nettsider
- forbedre informasjonsmateriell og forventningsavklaring til pasient og pårørende

Gode rutiner ved pasientoverganger:

- bedre journalsystem
- bedre rutiner for kvalitetssikring
- bedre samarbeid, unngå doble tjenester
- få felles kartleggingsverktøy

Hva betyr det at pasienten er i sentrum?

Hvordan disponere rammer godt nok?

Hvordan få til god og enkel informasjon til alle parter?

Hvordan få til gode rutiner ved pasientoverganger? Mindre byråkrati?



NITTEDALKOMMUNE
der storby møter marka



RÆLINGEN
KOMMUNE

GODE PASIENTFORLØP

1. samling

Fakta om Rælingen

Antall innbyggere: 18.875
Antall eldre over 65 år: 2172
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 tilbud 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 hukommelsesteam og nyopprettet kreftkoordinator (2021).

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

Forbedringsteamet

- Vibeke Vasholmen
- Linn Therese Fjell
- Eli Anne Bendiksen
- Christin Skogen
- Jeanette Milo
- Gry Olsen
- Karianne Johnsrud
- Darko Barisa

Hva vi lærte av å intervju pasienter

- Bekreftet det vi selv ser på som problematisk i tjenestene
- Valgte komplekse brukere for å ikke bare få solskinnshistorier
- Kan få to ulike opplevelser fra bruker/pårørende
- Forventningsavklaring
- Brukerne er stort sett fornøyd
- Til tross for at de ansatte opplever svikt i overgangene
- Ulik kompetanse på de ansatte
- Utfordrer følelsen av trygghet for de ansatte og brukeren

Forbedringsområder vi ser

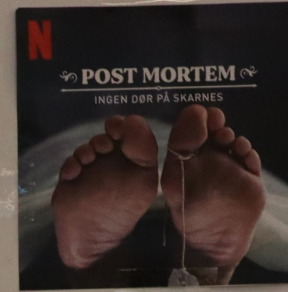
- Forbedre rutiner for mottak av utskrivningsklare pasienter før helg
- Hva er viktig for deg?
Hvorfor spør vi om det?
- Kommunikasjon og samarbeid mellom tjenestene





SØR-ODAL

Koble av eller koble på
Flytt til Sør-Odal - kun 1 time fra Oslo
Les mer om oss på sodalen.no



FORBEDRINGSTEAMET:

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



Sør-Odal er med sine 7900 innbyggere den nest største kommunen i Kongsvinger-regionen. Kommunen sokner til Akershus Universitetssykehus etter at Kongsvinger sykehus ble overført 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 - brukermedvirkning og samhandling om tjenestene
- Folkehelse - forebygging og friskliv
- Bærekraft - velferdsteknologi og rehabilitering først

Videre satsningsområder:

- Rehabilitering først - hjemme best
- Rekruttering og oppgavefordeling
- Teknologi og digitalisering
- Aldersvennlig samfunnsutvikling
- Samarbeid, Vi-tanke, nærvarselsarbeid

Fra intervjuene:

Fra pasientene:

- I liten 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 i liten grad involvert
- Ser på praktisk bistand og opptrening som viktig for å ha det bra

Fra ansatte:

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

Forbedringsområder:

- Tidlig planlegging av hjemreise fra korttids- og rehabopphold, med økt bruk av inkomstsamtaler, samarbeidsmøter og hjemmebesøk med pasient og pårørende
- Revidere sjekklister utarbeidet i tidligere forbedringsarbeid
- Evaluere innholdet i tavlene i hjemmetjenesten og ved korttids- og rehabiliteringsavdelingen - gir tavlene relevant informasjon, og bidrar informasjonen til å drive prosessen framover?
- Bli bedre på å spørre «Hva er viktig for deg?» og bruke dette som arbeidsverktøy

- 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 HDO-boliger og 62 sykehjemsplasser, fordelt på
 - To KAD-plasser
 - 13 korttids- og rehabplasser
 - 16 plasser på skjermet avdeling
 - 30 langtidsplasser
 - Ett palliativt rom

Kommunen gikk i 2018 gjennom en omfattende omorganisering. 16 langtidsplasser ble nedlagt, og 7 langtidsplasser ble omgjort til korttidsplasser. Som følge av dette ble 4,2 sykepleierårsverk 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 forsvarlige tjenester innenfor en redusert kommunal økonomisk ramme, samtidig som etterspørselen etter tjenester øker.