

# Postere fra læringsnettverk i Helse Bergen

Samling 2, 6. og 7. september 2022

**Om Alver kommune:** Innbyggjarar: 29593 Areal: 679 km<sup>2</sup>

### Forbetringsgruppa i Alver kommune

**Sjukeheimstenesta:** Monica Stenseth, driftskoordinator, Anne Brattetaule, avdelingsleiar  
**Heimetenesta:** Christina L Fosse, tenesteleiar  
Liv Marit Hetlebakke Hope, avdelingsleiar  
Benthe F. Helland, tenesteleiar  
**Forvaltning:** Gro Elin Kleiveland og Ann Kristin Hagesæther Aasgård, Kari Hesjedal, avdelingsleiar  
**Øvrig leiging og stab:** Tord Moltumyr, tenesteleiar, lege og rehabilitering, Leni Dale, Kommunalsjef, Simon Grandahl, Rådgjevar, Helse, sosial og omsorg

### MÅL OG DELMÅL:

#### Mål 1: Naudsyne hjelpemidlar alltid på plass ved heimkomst.

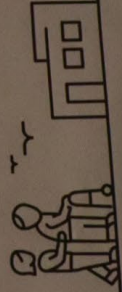
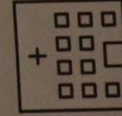
**Delmål 1:** Rutine som avklarar oppgåve- og ansvarsfordeling og kommunikasjonslinjer ved meldt behov, bestilling, mottak og utlevering

**Delmål 2:** Vurdere dagens kapasitet vs behov – ressursar og lokasjon

#### Mål 2: Sikre at «kva er viktig for deg»-samtale vert nytta

**Delmål 1:** Kva er viktig for deg» inn på sjekklister, som td «sjekkliste for mottak av ny pasient»

**Delmål 2:** Pilotere systematisk bruk av samtale i 2-3 avdelingar i sjukeheim og heimetenesta



**Valgt forbedringsområde:**

Kommunikasjon og informasjon i pasientforløpene:

1. Forvaltning – hjem
2. Forvaltning – sykehjem (KT) – hjem
3. Hjem – sykehjem

**Aktuelle aktører:**

- Pasient og pårørende
- Forvaltning (alle saksbehandlere og vurderingsteam)
- Hjemmesykepleien
- Sykehjem, korttidsavdeling
- Ergo-, fysioterapi og servicetjenesten
- Fastlege

**Videre i forbedringsarbeidet:**

• Gjennomgang av resultater fra brukerundersøkelse i hjemmetjenesten mai/juni -22

• Informere og involvere aktuelle aktører

• Utarbeide flytskjema for forbedret pasientforløp

• Velge ut og gjennomføre, måle og evaluere tiltak

**Kommunens verdier:**

**Raus** – Interessert – Modig – Kompetent

Pasient og pårørende opplever et godt og helhetlig pasientforløp med god kommunikasjon og samhandling i hele forløpet.

**Askøys forbedringsteam:**

**Monica Hanselmann**, sykepleier, korttids- og rehabiliteringsavdeling Kleppstø sykehjem

**Merethe Sjøvre**, spesialfysioterapeut, rehabilitering voksne/ eldre i institusjon og hjemmeboende

**Celine Westrheim**, fagansvarlig sykepleier, hjemmesykepleien avd. Nord

**Torunn Sjøgaard**, sykepleier, leder av Forvaltningsenheten

**Tone Steinfeld**, kreftsykepleier, kreftkoordinator, leder av forbedringsteam

**Silje Solvang Nese**, sykepleier, mester i samfunnsplanlegging og ledelse, rådgiver

## AUSTEVOLL KOMMUNE

Austevoll er ein gykkommune sør for Bergen, det er ferjeforbindelse både sør og nord i kommunen. Det bur 5283 innbyggere i Austevoll. I løpet av 2022 skal 52 sjukeheimsplasser redusert til 36 og det skal starte opp 11 plasser på Heildegrossomsorgsbustad som er eit nytt omsorgsnivå i kommunen.

Kven deltek på gode pasientforløp:

Laila Taraldsen, Leiar ergo-fysioterapitenesta, Mariann Aase, Ergoterapeut  
Elisabeth Kalvenes, Fysioterapeut, Iren Møllingen, Leiar pleie og omsorgstenesta  
Kjersti Rabben, Leiar heimetenesta, Sindre Lohne, Rådgjevar velferdsteknologi  
Kaia Lekve Blanes, Sjukepleiar primærhelseteam ved fastlegekontoret  
Charlotte Øksnes, Sjukepleiar ved Miljøarbeidstenesta

Overordna mål: Bu heime lengst mogleg i eigen bustad

Mål for gode pasientforløp:

- Nedskalere 16 sjukeheimsplasser
- Opprette nytt omsorgsnivå i kommunen 11 plassar HDO
- Gode overganger fra spesialisthelsetensta og institusjon til heimen

Behov for tiltak:

- Årleg helsesjekk og forebyggjande heimebesøk til alle som fyller 80
- Markere kva er viktig for deg dagen, og ta i bruk verktøyet
- Ta i bruk velferdsteknologi som støtte for tryggleik og mestring
- Opprette tverrfagleg vurderingsteam som sikrer overganger

## « KVA ER VIKTIG FOR DEG? »

Vi markerte for første gang i Austevoll kommune «kva er viktig for deg dagen» 9.juni. Vi valgte å lage ut eit: «kva er viktig for deg-skjema» til alle heimebuande brukarar som mottek heimesjukepleie. Skjema vart delt ut av dagvaktan og samla inn av kveldsvaktan. Ergo-fysiotenesta fylte ut skjema på saman med pasienter i rehabiliteringsgruppa. Alt helsepersonell i alle sektorar gjekk med button «kva er viktig for deg»

Tilbakemeldingar vi fekk:

Kva er viktig for deg?

Sjå meir folk  
Ha fleire å snakke med  
Samhold og trivsel  
Lit meir underholdning  
Nokon å gå tur med

Bedre undersøkinge av helse  
Hjelp til innkjøp av varer  
At eg får hjelp til å trene og halde meg i gang

At eg kan få bu heime lengst mogleg i min egen bustad

At eg får hjelp når eg trenger det og at eg meiner meg trygg  
At pasientrådet er innforstått med mine behov

## Helsesjekk og førebyggjande heimebesøk til alle 80-åringar

Alle som fyller 80 år får tilbod om helsesamtale hos sjukepleiar i primærhelseteam.

Kvifor

Inspirere til å leggje opp alderdommen i tråd med den eldre sine ynskjer og behov. Avdekke helseutfordringar som er viktige å fylgje opp av fastlegen.

Avdekke trøng for førebyggjande tiltak i heimen og vidare utgreiing hos ergoterapeut, fysioterapeut og ernæringsfysiolog.

Undersøkinga er validert og i tråd med rettleiar og tilrådingar og innhald.

- Status: Ernæring - Tannhelse - Cardiovasculær
- Mental status
  - Hukommelse/demens
  - Psykkisk Status
- Blodprøver
- Ynskjer for framtida

Førebyggjande heimebesøk inneheld kartlegging av:

- Fysisk aktivitet
- Deltaking
- Livskvalitet og eiga helse
- Bustad og sikkerheit i heimen
- Informasjon om eksisterande tilbod i kommunen
- Ynskjer om tilbod frå kommunen
- 4-meter gangtest (frå SPPB)

Funn

Resultat frå gangtest: Av totalt 20 deltakarar score 65% i gul sone, noko som kan tyda på begynnande funksjonssvikt. Dei kan ha auka risiko for fall og funksjonssvikt, dei er framleis sjølvhjelpen i ADL, men kan ha redusert utandørs mobilitet. Dei fleste i denne gruppa rapporterer at dei er aktive i kvardagen og er sjølvstendig i daglege gjøremål. Dei scorer aldersadekvat, men resultatet tydar på at det er endå viktigare å halde seg i aktivitet for å ikkje få eit ytterlegare funksjonsfall. Resterande 35% er i grøn sone, det vil sei at dei har ingen økt risiko eller avgrensing i ADL og mobilitet.

Resultat frå samtaleguide: Det er mange spreke austevollingar, som klarer det dei vil klare. De har god livskvalitet, og er positive og reflekterte. Dei har gode tankar og tar ansvar for eiga helse og utforming av bustad. Ressurs for familien og bygda, dei er dugnadsfolket. Dei er og kunnskaprike og dei tek vare på kultur og fellesskapet. Dei som fyller 80 år i 2022 brukar i liten grad sosiale media og internett. Dei som ikkje kjører egen bil saknar eit betre transporttilbod i kommunen.

Lunsj og evaluering

I etterkant av helsesjekk og heimebesøk blei alle 80-åringane invitert til ei samling med lunsj med foredrag og evaluering av tilbødet.

Tida blei brukt på å orientere deltakarane om kva me har funnet ut i dette arbeidet, samt tilbakemeldingar frå deltakarane om kva dei syns om dette tilbødet.

Frivillighetskoordinator deltok på samlinga saman med sjukepleiar, ergoterapeut og fysioterapeut.

## Faglunsj

Gjennom våren har ergo- og fysioterapitenesta arrangert fleire bolkar med faglunsj. Undervisning har vore om tre ulike emnar (Kvardsagsmestring, hjelpemiddel og forflytning). Deltakarane har vore frå alle nivå innan helse.

Målet har vore å auke fagleg informasjon, for å få eit betre samarbeid på tvers av tenestene. Slik at vi saman kan førebyggje fall i funksjon og bidra til at fleire kan bu heime lengst mogleg.

Har fått positive tilbakemeldingar om dette tiltaket. Det har vore eit viktig steg i vårt felles arbeid om å gjere med, ikkje gjere for.



## Astrheim KOMMUNE

# Gode pasientforløp

- Trygge forløp for brukarane i pleie og omsorg.

### Delmål:

- Personalet skal informerast og oppdaterast på kvart personalmøte. Målet er å fremja entusiasme, delegera oppgåver, og få eigarskap til forbetningsarbeidet.
- Involvera kollegaer på tvers av avdelingane, der målet er å sikra eit godt tverrfagleg samarbeid og styrka dokumentasjon.
- Bruka tavler meir aktivt i avdelinga.
- Brukarmedverknad skal styrkast, ved kontinuerleg oppdatering av informasjon.
- Oppdatera nettsider og skriftlege brosjyrar jamleg, for å gjera informasjon tilgjengeleg for tenestemottakarane.
- Målet er 2 trivselssamtalar i halvåret. Kartleggingsskjema: "Kva er viktig for deg?" skal integrerast aktivt i tenestetilbodet.
- Styrka aktiv bruk av kartleggingsskjema, sjekklister for inn- og utskriving.
- Søknadsskjema for tenester – bør ha tekst om brukars mål ved opphald på avdelinga.
- Sikra god informasjonsflyt mellom fastlege, spesialisthelsetenesta, tenestestad og involverte fagpersonar. Målet er å komma raskt i gang med behandling og tiltak.

- Etablere team med ulike ansvarsområde. Målet er støtte tenestemottakar i det daglege arbeidet.

- Arbeide for like tenester, ved å formidla mål med behandling og kva for tilbod ein har ved institusjonen.



opne landskap, ope sinn

### Forberingsteam:

- Sve T. Laustad, Ingkvar Nordheimen - Siv S. Hopland, sjukepleiarheim i sjukepleia
- Lasse M. Nordanger, vernepleiar Arneid og inkhodring - Agnete Solvick, sjukepleiar Nordheimen
- og Forvaltingssjefen - Dore Kristin Karlsen, fysioterapeut - Tove Kristin S. Tveit, koordinator for

og Forvaltingssjefen - Kim Andre Vengberg, koordinator for pasientforløp



## Gode pasientforløp

Astrheim kommune vil framover ha eit fokus på gode pasientforløp. Dette betyr at vi vil jobbe for at pasientane våre skal ha ein god oppleving av å bruke tenestene våre. Dette gjeld både den faglege og den menneskelege delen av pasientforløpet. Vi vil derfor jobbe for å etablere gode relasjonar mellom personalet og pasientane, og for å sikre at pasientane får den informasjonen dei treng for å ta gode avgjerder om helse og omsorg.

### Pleie og omsorgstjenester:

Nordheimen har 28 pleieheimar. Sjølvsagt er det viktigaste er å sikre at pasientane våre får den informasjonen dei treng for å ta gode avgjerder om helse og omsorg. Dette gjeld både den faglege og den menneskelege delen av pasientforløpet. Vi vil derfor jobbe for å etablere gode relasjonar mellom personalet og pasientane, og for å sikre at pasientane får den informasjonen dei treng for å ta gode avgjerder om helse og omsorg. Dette gjeld både den faglege og den menneskelege delen av pasientforløpet. Vi vil derfor jobbe for å etablere gode relasjonar mellom personalet og pasientane, og for å sikre at pasientane får den informasjonen dei treng for å ta gode avgjerder om helse og omsorg.

# Det gode pasientforløp i Bergen kommune

## Etat for vurdering og rehabilitering



## Forbedringsområder

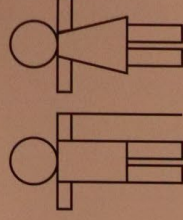
### Mål, informasjon og involvering

Forbedringsområde/tema	Hva ønsker vi å oppnå/mål	Tiltak	Informasjon/involvering
E-meldingsmottak alle tjenester i EVR -SAMHANDLING-	Unngå dobbeltarbeid Rett tjeneste til rett tid	Arbeidsgruppe «e- meldingsmottak»	Ledelsesforankret i Etat og Enhetsledergruppen Involvering av ansatte
1.møte med bruker (fysisk i Bergen kommune) -SAMHANDLING-	Unngå dobbeltarbeid Rett tjeneste til rett tid		
Bedre kunnskap om tjenestene i egen etat (EVR) -SAMHANDLING-	Alle ansatte i EVR har kunnskap om eksisterende tjenester Rett tjeneste til rett tid	Hot Spot i Kraftsenter for rehabilitering	Ledelsesforankret i Etat og Enhetsledergruppen Involvering av ansatte
Koordinere overganger mellom tjenester -SAMHANDLING-	En bruker en plan Samstemte sjekklister Oppsummeringer med det viktigste ved overgang	Prosjekt «elektroniske tavler»	Ledelsesforankret i Etat og Enhetsledergruppen Involvering av ansatte
Koordinerte og strukturerte tjenester -SAMHANDLING /SAMARBEID-	En bruker en rehabiliteringsplan Ett sted for hjelpemidler	Prosjekt «Samhandlingsforum»	Ledelsesforankret i Etat og Enhetsledergruppen Involvering av ansatte



BERGEN  
KOMMUNE

# GODE PASIENTFORLØP



Bergen Kommune, HBT Fana og Ytrebygda

## FORBERINGSTEAM:

Camilla Andal - fagansvarlig sykepleier  
Anne Gunn Ekeland - fagansvarlig sykepleier  
Christine Bergtun - fagansvarlig sykepleier  
Charlotte G. Oldervoll - fagansvarlig syepleier

Marte Hyo Smedsvik-Vårdal - fagansvarlig sykepleier  
Marion Nilsen - helsefagarbeider  
Zdravka Savic - helsefagarbeider  
Anne Karin Eide Flesland - sykepleiefaglig konsulent

## HENSIKT OG MÅLSETTING:

Større fokus på pasientens behov og ønsker ved hjemkomst, fremfor å utelukkende endre ut i fra sykehusets vurderinger eller standardisert behandling.

## IDENTIFISERING AV BEHOV:

Behov for å fange opp endringer i behov og målsetting etter hjemkomst fra institusjon.

## FORBERING:

Forberedingsområdet er kartlegging ved hjemkomst.

- Oppstartsamtale (endre oppsettet ift bruk av tiltaksplaner, rollespill i forhold til gjennomføring av samtalen), evaluere og følge opp etter 4 uker.

- Hjemkomstsamtale etter innleggelse (avgrensning: ved meldt endring i hjelpebehov). Oppfølgingssamtale etter ca. 4 uker, med bruk av tiltaksplaner integrert i oppfølgingen.

- Vi ønsker å utarbeide skjema for hjemkomstsamtale, med oppfølging etter 4 uker.

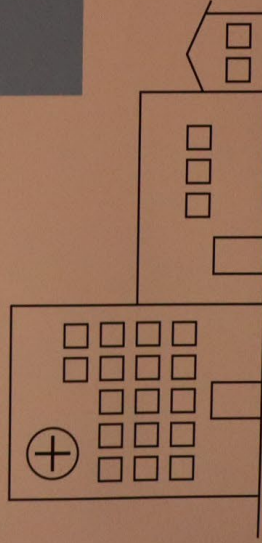
- Verktøy: Skjema del 1 (kartlegging) og 2 (evaluering). Tiltaksplan, hvilken skal vi bruke?

## TILTAK:

- Undervisning til ansatte og gi tilstrekkelig informasjon rundt prosjektet for å opprette forståelse for endringen, og åpne for tilbake-meldinger og spørsmål.
- Planlegge endring i kartleggingssamtaler/ utarbeide skjema for hjemkomstsamtale og oppfølging.
- Etablere struktur for oppfølging av samtaler.
- Bruk av tiltaksplaner etter kartlegging (innarbeides i skjema).

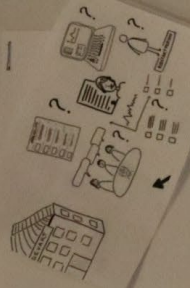
## SAMARBEIDSPARTER:

Pasient og pårørende.  
Primærkontakter og annet helsepersonell i hjemmesykepleien.  
Leder, nærmeste leder og enhetsleder.



# Hjemmesykepleien

## Fyllingsdalen & Laksevåg



### Fakta/Demografi:

9 avdelinger:  
derav 7 hjemmesykepleie og 2 omsorg +  
Innbyggere pr. 1. kvartal 2021: 71 000  
Areal: ca 50 km<sup>2</sup>  
Pasientantall: 1250

### Forbedringsteam

#### Fagansvarlig sykepleiere:

Ingrid Jacobsen  
Kari Anne Økland  
Maria Knutsen  
Lisbeth Andreassen  
Tina Standal  
Anette S. Epland  
Julie Yvonne Knutsen Vabø  
Sandra Otteraaen  
Vibecke Eikås



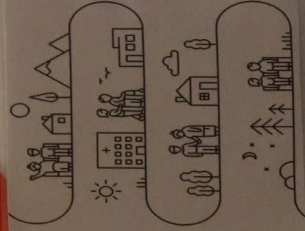
HVA ER VIKTIG  
FOR DEG?

### Forbedringsområder

1. Bedre informasjonsflyt fra hjemmesykepleien til spesialisthelsetjenesten ved innleggelse i sykehus.
2. Sikre god samhandling i pasientoverføring fra vurderingsteam til hjemmesykepleie.

#### Funnt ved intervju:

- Opplevelse av kommunikasjonssvikt mellom helseforetak og innløp i kommunehelsetjenesten.
- Mangelfull planlegging ved pasient og pårørende involvering av pasient og pårørende
- Manglende forventninger til hjemmesykepleien.
- Uklare forventninger til hjemmesykepleien.



### Mål

1. Hjemmesykepleien sender med utfyllende informasjon i innleggsrapport, for å legge grunnlag for et godt pasientforløp.
2. Utarbeide et felles skjema som erstatter kartleggingsskjema for vurderingsteam og oppstartsamtale for hjemmesykepleien.

### Involverte aktører:

- Sykepleiere i hjemmesykepleien i Fyllingsdalen & Laksevåg.
- Sykepleiefaglig konsulent i hjemmesykepleien Fyllingsdalen & Laksevåg.
- Vurderingsteam i sør/vest.
- Kvalitetsrådgiver i hjemmebaserte tjenester i Bergen kommune.





## Gode pasientforløp

### Forberingsteam:

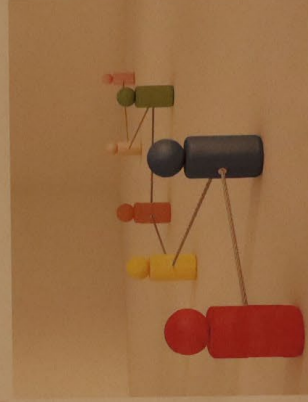
Prosjektleder: Jorun Elin Dahl – leiar Koordinatorande eining  
Bodil Lunde Hansen - fagsjefleiar, fagsjef  
Marit Holdhus Bang – spsjalsjefleiar, rehabiliteringsavd Fusa  
Marianne Hågensen – sjefleiar, rehabiliteringsavdeling Os  
Aile Gusland – fysioterapeut  
Iselin B. Mjåtvedt – ergoterapeut, kartleggingsteam  
Eva Tilleri Strevåg – saksbehandlar forvaltning  
Turid Vindenes – avdelingsleiar, heimetsjefleie Fusa  
Katrine Mæland – avdelingsleiar, heimetsjefleie

## FORBETRINGSMÅL



### Kommunikasjon

- Mangelfull informasjon
  - Epikrise
  - Samanfatning i journalsystem
  - Med pasient og samarbeidspartar
- ### Forventningsavklaring
- Til pasient, pårørande og tenesta



### Velferdsteknologi/ hjelpemiddel

- Opplæring/ kompetanse
- Tidleg igangsetting
- Implementering i tenestane

## MÅL

«Kva er viktig for deg» kjem fram gjennom kartlegging av behov og ønsker

Vi avklarar forventningar i første møte med brukar og pårørande

Vi sikrar god informasjonsoverføring mellom avdeling/tenestane

- Kvalitet i informasjon, gode samanfatningar

Velferdsteknologi/ hjelpemiddel er implementert i institusjon



# Eidfjord kommune



Frå markering av  
"Kva er viktig for deg" dagen:

## Deltakarar i forbedringsteamet

- Elisabeth Hovland, ass. auid. leiar
- Linda Kydland, sjukepleiar HSP og somatisk auid.
- Janne Sæd, hjelpepleiar demens auid.
- Barbie Migrino, hjelpepleiar somatisk auid.

## Erfaringer og resultat frå intervjù

- Utfordrande å gjennomføre intervjù pga. lite pasientar og lite innleggelsar
- Dårleg tilgang på fastlege
- Mangjande involvering av pårørande og pasient
- Rask hjelp og trygge tenester



## Mål

- Innkomsamtale innan 2 døgn (kva er viktig for deg)
- innleggelsesrapport innan 48 timar
- oppfølgingsamtale innan 14 dagar
- arbeid mot ei samla teneste

## Aktuelle aktørar

- pasienten
- pårørande
- heimetenesta
- demens auid.
- somatisk auid.
- leiarar
- sjukepleiarar
- helsefagarbeidarar
- tilsynslege og fastlege

Å vere smertefri!

Få lov til å gjere det eg meiner sjelv

Kva er viktig for deg?

Å få bruke ressursane mine

Å få vere saman med familien

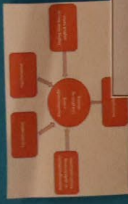
At nokon kjem innom litt oftere og gjev seg litt tid!



Dattatun, Fedje kommune, Anita H. Volden – Psykiatrikvalifisering/Avng 3. plakat – Avdelingsjuleplakat, Kristin Aune  
Spesialfysioterapeut, Nadine Gutte-Preusse – Pleie- og omsorgsteiar

## Gode pasientforløp

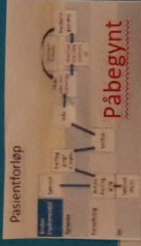
Fedje kommune FAKTA:  
505 innbyggjarar, demografisk hovudvekt av eldre, sjukeheim med 12 plassar, heimesjukepleie,  
4 omsorgsbustadar, 100% fysioterapistilling, 20% ergoterapistilling, Rus- og Psykisk  
helseteneste, legeteneste med legevaktordning



Definer informasjonsflyten i kommunen med oppgåva, roller og rutinar

Definer koordinerende eining med oppgåva, roller og ansvar

Lag flytskjema av prosessen med sjekklister

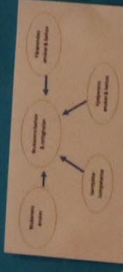


Definer kven som behandlar PLO-meldingar og korleis

Forbedre informasjons-/kommunikasjonsflyten mellom primær- og spesialisthelsetjenesten og innenfor kommunen

Bevisstgjøring av «Hva er viktig for deg?»

Diskusjoner rundt forskjellen mellom "Hva feiler deg?" Og "Hva er viktig for deg?"



Bevisstgjøring på hvem sine behov vi skal ivareta

Endre fokus fra "Hva feiler deg?" til "Hva er viktig for deg?"

### Forbettringsområder:

- ❖ Tydeleg & presis informasjon, konkrete meldingar, særleg i psykisk helse
- ❖ Betre koordinering av kommunale tenester
- ❖ Geografiske utfordringar ved utskrivning – tilgang av utstyr/medisin/lege
- ❖ Forvirring om dei ulike meldingstypar
- ❖ Formidling om den "vanskelege" brukar

### Resultat intervju brukarar

- Respons tid ved innlegging
  - Opplevd tryggleik
- Tydeleg oppgåve- og ansvarsfordeling
  - Medverknad av pårørande
- Informasjonsflyt/kommunikasjon
  - Brukarmedverknad
- Tilpassing av tenester etter behovet OG ønsker
  - Målvaklaring frå A til Å
  - Eigarskap av historia

### Resultat intervju helsepersonell

- Tydeleg og presis informasjon, konkrete meldingar
  - Hugs at ikkje alle bur i Bergen
  - Tilgang til utstyr, lege og apotek
  - Forvirring om dei ulike meldingstypar
    - Korleis kan vi formidle den "vanskelege" brukar
- Tydelegheit på kompetanse kommunalt
- Vera bevisst på korleis me kan påverka brukar med vår kommunikasjon

# KS LÆRINGSNETTVERK

## Gode pasientforløp

6. og 7. september 2022  
Elena Sandgathe, rådgiver samhandling, Haraldsplass Diakonale Sykehus

### IDENTIFISERT BEHOV FOR FORBEDRING

- 1) Behov for bedre kunnskap om samhandling hos leger og sykepleiere
  - Avtaler, retningslinjer
  - Innsikt i kommunens vurdering og aksept for beslutning av omsorgsnivå
- 2) Behov for bedre kunnskap om kommunenes ulike tilbud i hjemmet når utreisen planlegges
  - velferdsteknologi, rehabilitering mm.
- 3) Ulike kommune – ulike behov og tilbud ved utskrivelse



### MÅL FOR FORBEDRING

- Øke innsikt og forståelse hos ansatte som samhandler med kommunene
- Øke innsikt og kunnskap om kommunenes tilbud til pasienter i hjemmet

### TILTAK IVERKSATT / KONTINUERLIGE TILTAK

- Samhandlingskurs for nyansatte og erfarne sykepleiere
- Undervisning for ledere og leger
- Forbedret: samhandling som tema i LIS1 INTROUKE
- Faste dialogmøter med kommunen ang avvik og PLO samhandling
- Samhandlingsseminar for leger i sykehus og primærhelsetjenesten

### INFORMERER OG INVOLVERE

- Brukerrepresentanter
- Ledere
- Leger
- Sykepleiere



### TILTAK FREMMOVER

- Hospitering i kommunen
- Apotek prosjekt: Sende nye medisiner med pasienten ved utreise i samarbeid med vårt apotek og de frivillige

# Rett informasjon til rett tid

Trygg overgang mellom sjukehus og kommune

## Gode pasientforløp

Innlegging

Under opphaldet

Utskriving

### HELSE BERGEN

Om lag 13700 tilsette  
Samarbeid med 18 kommunar med om lag 450 000 innbyggjarar  
68092 døgnopphold i 2021

### FORBETRINGSTEAMET

Merete Eide Hernes,  
Seksjon for samhandling  
Linn Bergsma, Mottaksklinikken  
Solveig Dale, Lungeavdelingen  
Carina Lønne,  
Seksjon for alderspsykiatri  
Mette Monsen,  
Seksjon for samhandling  
Reidun Nordal, Seksjon for e-helse

### KVA ØNSKER VI Å OPPNÅ?

- Pasientar får trygge og gode overgangar mellom sjukehus og kommune
- Vi gir rett informasjon til rett tid
- Tilsette i sjukehuset har kunnskap om og forståing for eigen rolle og ansvar i inn- og utskrivingsprosessen
- Tilsette i sjukehuset har kunnskap om kva informasjon kommunane treng og til kva tid, for å gje eit best mogleg tilbod til pasientane etter utskrivning frå sjukehuset

### KVA VIL VI GJERE?

- Utarbeide og implementere opplæringspakke i samhandling med fokus på inn- og utskrivingsprosessen for nyttilsette og vikarar
- Arrangere seminar om samhandling for alle tilsette
- Revitalisere og distribuere informasjonsplakat om inn- og utskrivingsprosessen
- Innføre «Kva er viktig for pasienten» i sykepleierdokumentasjonen
- Involvere brukarmedvirkerar
- Involvere klinikarar
- Samarbeide med kommunane og få innspel på kva som er viktig for dei



Me vil sikra at du opplever å verta

# GODT IVARETEKEN

i helse- og omsorgstenesta i Kvam

Me skal spørja alle brukarar «kva er viktig for deg?»

## MÅL 1

- Laga rutinar for god dokumentasjon i journalsystemet
- Skapa forståing rundt *Kva er viktig for deg* hjå innbyggjarane i Kvam
- Auka fokus hjå dei tilsette

## MÅL 2

- Me skal utvikla Kvammaforløpet – eit heilskapleg pasientforløp for innbyggjarane i Kvam
- Utvikla sjekklister
- Forankring hjå alle tilsette – lik presentasjon til alle gruppene

## MÅL 3

- Alle brukarar skal til ei kvar tid ha oppdaterte brukarstatusar
- Utarbeida standardiserte malar i journalsystemet
- Utarbeida rutinar for brukarstatus



- **Born, barneborn og oldeborn**
- **Ut å bevega seg**
- **Mat, fjord og fjell**

- **Aktivitet**
- **Familie og vener**
- **God helse og vera i lag med andre**



MASFIORDEN KOMMUNE  
- ein kommune me er stolte av

innbyggjarar: 1641    Storleik: 556 km<sup>2</sup>  
3 delt kommune:    Nordbygda  
   Sørøya  
   Indrefjorden

#### Helse- og omsorg:

- Ein sjukeheim som dekkar heile kommunen
- Ei heimetenesteavdeling med 3 soner
- Eit Bu- og aktivitetssenter for barn og unge med funksjonshemming.
- Ei Helseavdeling med lege, helsestasjon, jordmør, psykisk helse, fysio/ergo/hjelpemiddel.
- Hukommelsesteam, koordinerande eining, tiltaksråd, dagsenter, førebyggjande heimebesøk, heimetrening for kvardagshelse



#### Forbedringsteamet for gode pasientforløp

Elin Eikemo  
Leiar forvaltningskontoret for helse- og omsorg

Eda Eide  
Ass.leiar ved Masfjorden sjukeheim  
Lene Reigstad Danielsen  
Leiarinde kommunefysioterapeut

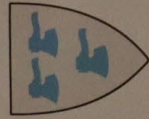
#### BEHOV FOR FORBETRING

- Under sjukehusopphald: Sikre at brukar sine synspunkt vert tatt med i dialogmeldingar med sjukehuset – kva er viktig for deg?
- Under korttidsopphald for rehabilitering: Etablering av prosedyrer, informasjon og opplæring av tilsette.
- Ved planlegging av heimreise frå korttidsopphald: Etablering av prosedyrer for samarbeid og nødvendige avklaringar før utreise.



#### MÅL

- Brukar opplever bli høyrte i samband med planlegging av utskrivning frå sjukehus og sjukeheim.
- Helse og omsorg har etablerte prosedyrar for korttidsopphald for rehabilitering som sikrar brukarmedverknad og tverrfagleg samarbeid gjennom heile opphaldet.
- Helse og omsorg har prosedyrar som sikrar ei føreseieleg og god planlegging av utskrivning til heim etter korttidsopphald.



# OSTERØY KOMMUNE

## Gode pasientforløp

Innbyggjartal: 8131 (desember 2021)    Areal: 255,12 km<sup>2</sup>

Helse- og omsorgstenesta i Osterøy kommune er organisert i 5 einingar.

Helsetenester består av legetenesta, ergoffysioterapi og forvaltning.

Osterøytunet er sjukeheimen på Osterøy, med plass til 56 pasientar i kort- og langtidsopphald.

Heimetenesta yter tenester til heimebuande, driv dagsenter for personar med demens og har i tillegg eitt bufellesskap med 16 leilegheiter.

Bu- og avlastingstenesta yter tenester i 11 bustadar - og driv dagtilbod for personar med nedsett funksjonsevne.

Psykiatri og rusomsorg har døgnbemanna bufellesskap og dagtilbod.

## MÅL:

I samhandling om tenester frå Helse. og omsorg i Osterøy kommune, opplever innbyggjarar å bli spurt om "Kva er viktig for deg?".

- Heimeside
- Kvalitetsdokument
- Kartleggingskjema

## FORBETRINGSTEAM

Leiar av forberingsteam: Trude Dingsør-Totland (einingisleiar Psykisk helse og rusomsorg, vernepleiar)

Nina Thorbjørnsen (einingisleiar Helse, sosionom) | Anne B. S. Jørgensen (einingisleiar Heimetenesta, spes. sjukepleiar)

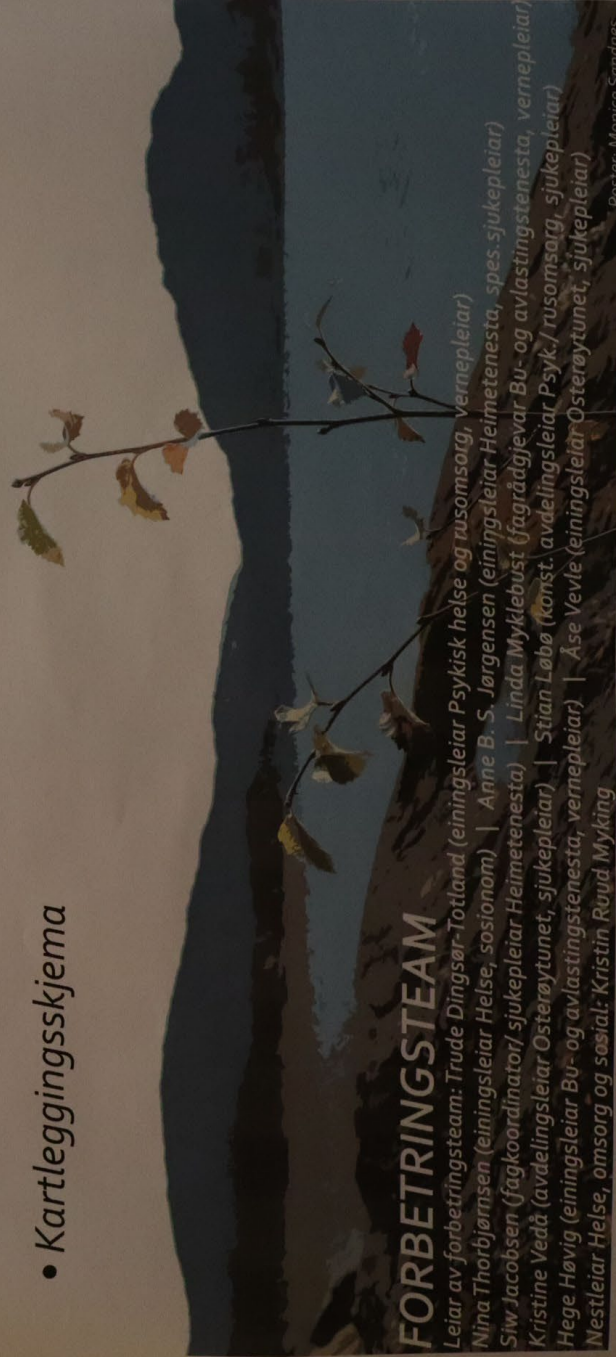
Siw Jacobsen (fagkoordinator/ sjukepleiar Heimetenesta) | Linda Myklebust (fagrådgjevar Bu- og avlastingstenesta, vernepleiar)

Kristine Vedå (avdelingsleiar Osterøytunet, sjukepleiar) | Stian Løbø (konst. avdelingsleiar Psyk./rusomsorg, sjukepleiar)

Hegge Høvig (einingisleiar Bu- og avlastingstenesta, vernepleiar) | Åse Yevle (einingisleiar Osterøytunet, sjukepleiar)

Nestleiar Helse, omsorg og sosial: Kristin Røvd Myking

Poster: Monica Sandnes







# GODE PASIENT FORLØP

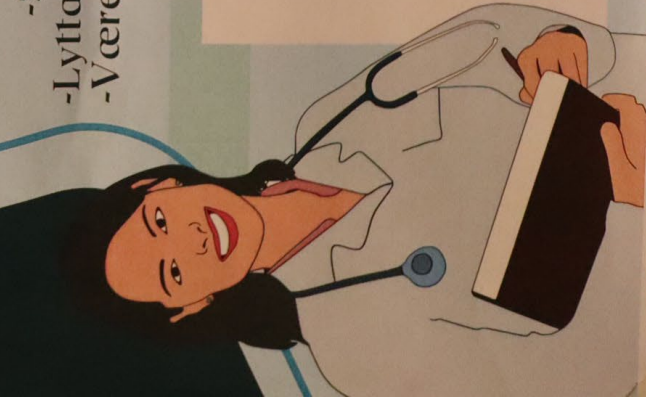
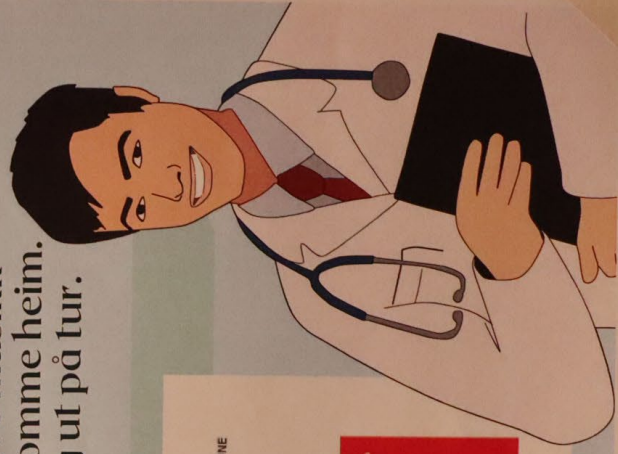
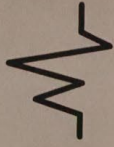
## Mål:

1. Rett tjeneste til rett tid
  - ny omsorgstrapp og søknadsskjema.
- 2 Avklare forventninger
  - Samarbeidsmøter med pas/pårørende og PLOMS
- 3 Sikre lik opplæring, og felles ansvar
  - sjekklister som vi allerede har i bruk
- 4 Evaluering av tjeneste.
  - Sjekklister som blir utarbeidet nå i hsp
  - bruke sjekklister som allerede er i bruk på Samnangerheimen.

Kva er viktig for deg dagen.

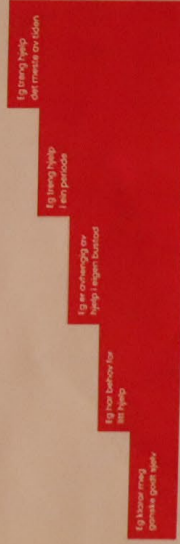
Svar frå pasienter på sjukeheimen:

- Samtaler
- Lyttar til det eg sei.
- Være med familien
- Song og høyre musikk
- Trene for å komme heim.
- Komme seg ut på tur.

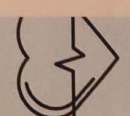
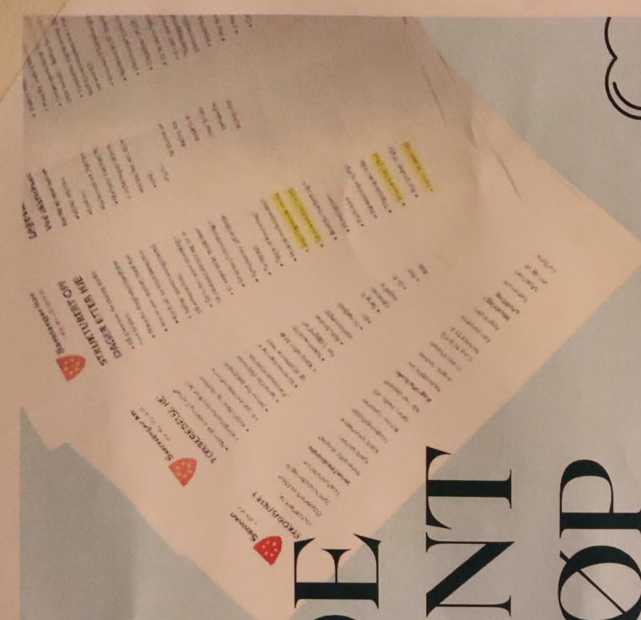


OMSORGSTRAPPA

SAMNANGER KOMMUNE



Trykk på trappetrinn for meir informasjon





Ulvik herad

Perla i Hardanger

### Deltakara i forbedringsteamet:



Stine Ørotthus - Leiar  
Fag ansvarleg fysioterapeut



Siw-Marlene Bolstad  
Aid. leiar på omsorgstun og  
heimesjukepleien - sjukepleiar



Aina Samnøy  
Ergoterapeut



Minna Tuire Øydvin  
Rehabiliterings sjukepleiar



Kristin Aase  
Fysioterapeut

### Helse og Omsorg i Ulvik herad

- Legehonor
- Helsestasjon
- Fysioterapi
- Kommune psykolog
- Psykiatrisk sjukepleiar
- Tiltaks terapeut
- Logoped
- Ergoterapeut
- Omsorgstun
- Kreftkoordinator
- Omsorgsbolig
- Nav
- Lungesjukepleiar
- Heimesjukepleia
- Praktisk bistand
- Rehabiliterings sjukepleiar
- Fritidskontakt
- Barnevern

## Målsetting

Minske gapet imellom forventningar til pasienten og behovet for helsehjelp.

- God informasjonoflyt
- Bättre tverrfagleg samarbeid rundt pasienten
- God dialog imellom pasient og helsepersonell

Ulvik herad er ei lita bygd i Hardanger med 1165 innbyggjara. Bygda strekkjer seg frå innt i Hardangerfjorden til høgfjellet på Hardangervidda. I kommunen har me

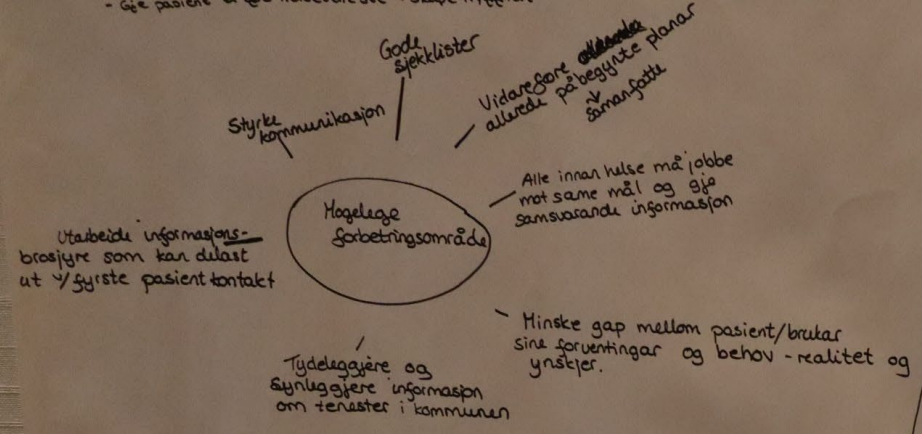
barnehage, barneskule, ungdomskule, produksjons skule og omsorgstun.

Det arbeider 91 personar i helse og omsorg i kommunen, fordelt på ulike tenester. Ca. 22% av befolkninga er over 70 år. Det er mange bønder i Ulvik som arbeider med både dyr og frukt. Ulvik er kjent for dikteren Olav H. Hauge og Frukt og Biderrøta.



1. Samling: resultat av intervju og belevelse av forbedringsområder

- Målmål:
  - Optimalisere og videre utvikle kommunikasjonen mellom interne og eksterne tjenester
  - Samarbeid i mellom behandlar og pasient → inkludering
  - Gi pasient et god helsetilbud → skape trygghet



3. samling: tiltak og målingar

2. samling: mål og delmål

- Mål
- Minste gapet mellom forventningar til pasienten og behovet for helsehjelp
- God informasjonsflyt
  - Bedre tverrfagleg samarbeid rundt pasienten
  - God dialog mellom pasient og helsepersonell

- Delmål
- Utarbeide skjema for innkomtsamtale på omsorgstunet (Fyrtøjskema/Anamnese)
  - Utarbeide skjema for utskrivingsamtale ifrå omsorgstunet
  - Fyrtøjskema for utskrivning av pasient ifrå sjukhus til heimen
  - Utarbeide informasjonstiltak mellom helsestator - overrøkt kven gjer hva i kommunen
  - Revidere anamnese-skjema og prioriteringsnettlet for fysio og ergo terapi tjenester
  - Utarbeide informasjons skriv for opprøds kriteriar på omsorgstunet
  - Utarbeide årleg plan for "hva er viktig for deg dagen"
  - Revidere tekst til helse og omsorg på heimesida til Ulvik herad



Ulvik herad  
Perla i Hardanger

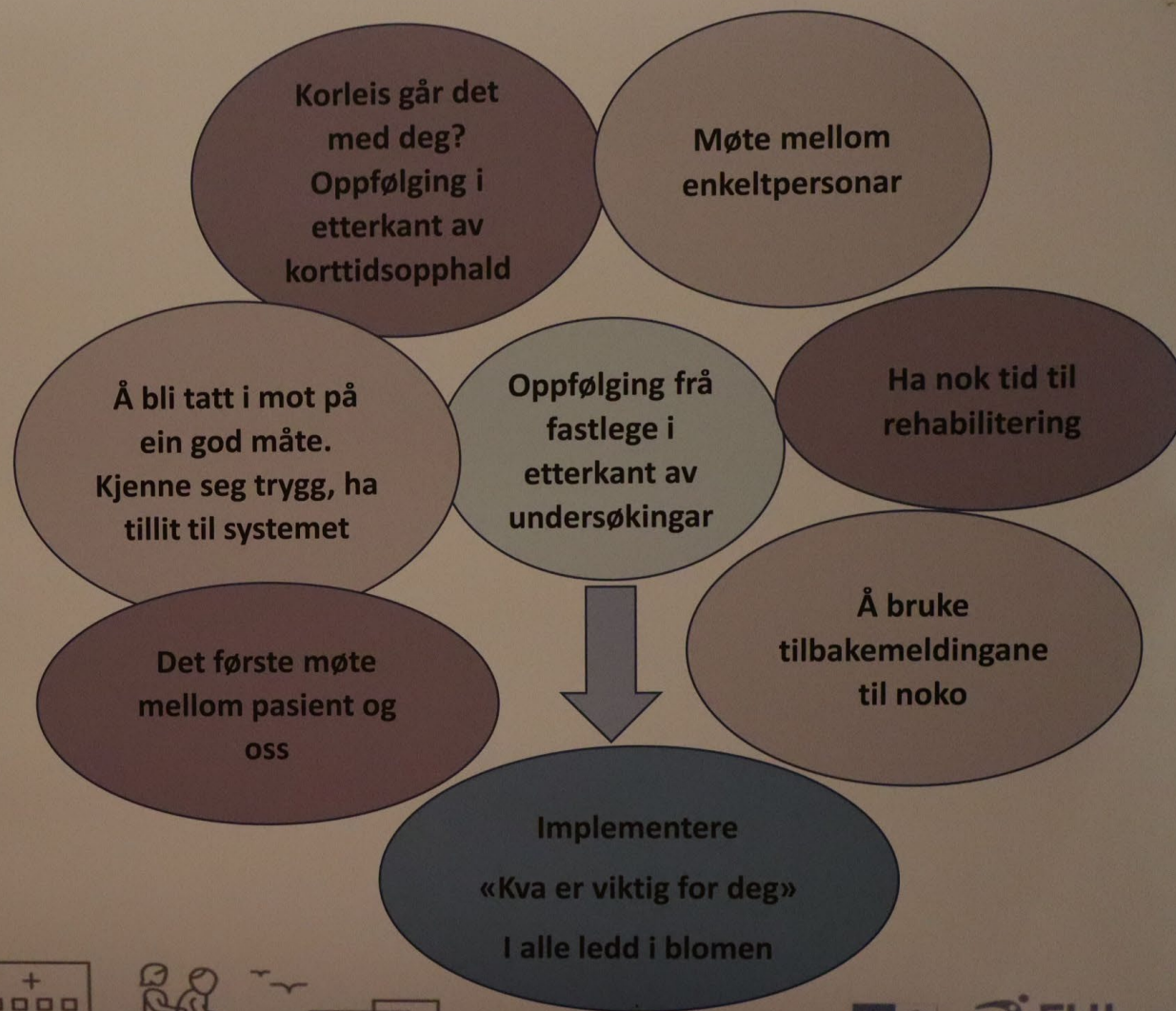
4. samling: plan for implementering og vidareføring

## Gode pasientforløp 2022 – Kva er viktig for deg?



### Forbetringsgruppa:

- Sigrunn Stamnes Vik  
Prosjektleder og einingsleder helse og meistring
- Monika Dahle Skjerveggen  
Avdelingsleder, korttidsavdeling
- Maria Kolstad  
Avdelingsleder, heimetenesta
- Ann Marit Mehus Lie  
Koordinator, forvaltningskontor





# Voss

❖ bygd for alle

- Forbetringssteamet består av:
  - Roy Sørensen, områdeleiar
  - Trude Lydvo, hovudverneombod
  - Christopher Cole og Marius Strømme, IT
  - Eva Johnsson, fagleiar langtidsavdeling
  - Kristina Rode, avdelingsleiar heimetenesta/korttidsavdeling

#### Kort beskriving:

- Voss herad er inndelt i fire område, med fira sjukeheimar og heimetenesta.

#### Forbetringsområder etter intervju:

- At pasienten ikkje blir spurt kva som er viktig for dei. Helsepersonell tar avgjersler og leggjer hendingsforløp utan å høyre kva pasienten sjølv ynskjer.
- Brukaren/pasienten er tilsynelatande fornøgd, helsepersonalet ser svikter.
- Tilsette opplever svikt i kommunikasjon mellom sjukehus og kommune.

Mål: Sikre brukaren sitt behov for å møte heilheitlege, koordinerte og trygge tenester

#### Delmål:

- Opprette eit felles kommunikasjonsverktøy til bruk mellom kommunen og spesialisthelsetenesta
- Opprette fast kontaktperson i kommunen og sjukehuset
- Opprette rutinar og kultur for å spørje pasienten "kva er viktig for deg"



Areall  
– Totalt  
– Land  
– Vann

2 041,97 km<sup>2</sup><sub>SI</sub>  
1 557,86 km<sup>2</sup><sub>SI</sub>  
84,11 km<sup>2</sup><sub>SI</sub>

Befolkning

15 875<sup>SI</sup> (2022)

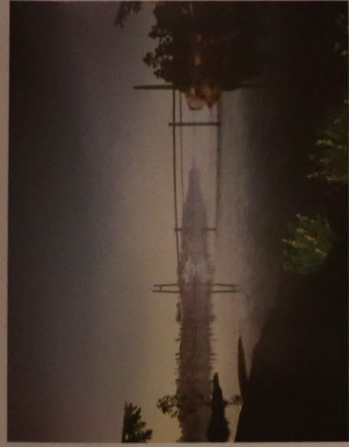
Bef.tetthet

7,77 innb./km<sup>2</sup>

Antall husholdningar

6 260





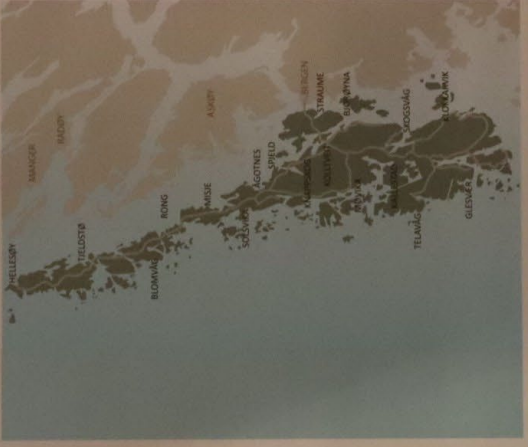
# Gode pasientforløp



## Frå storby til storhav

Øygarden kommune ligg vest for Bergen er den nest største kommunen i Vestland fylke.

- 39 000 innbyggjarar
- 2 800 tilsette
- Regionsenter og kommunesenter på Straume.
- Kommunedsenter i Skogsskiftet og på Rong
- Areal: 315 kvadratkilometer
- 1 500 øyar
- Vekstkommune med viktige næringar innan olje, gass, industri, handel, jordbruk, fiskeri og havbruk
- Regionale storprosjekt:
  - Solrasambandet, investering 23 milliardar kroner
  - Ny godshamn for bergensregionen på Agotnes
  - Anlegg for karbonfangst og lagring i Energifabrikken
- Helselandsbyen på Straume har eit omfattande tilbod innan helse og omsorg.
- Kommunen har godt utbygd oppvekst- og tenestetilbod og mangfaldig foreinings- og kulturliv der det er lagt til rette for rekreasjon, kulturelle møtestader og sosiale nettverk.



## 1. Identifiserte behov for forbetningsarbeid

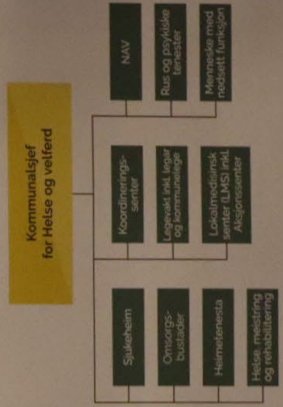
- Ulik rutiner og ulik kultur for samarbeid innad i kommunen
- Manglande felles retningslinjer for overgangar (institusjon, heim)
- Mangelfull bruk av journalsystem
- Brukar opplev manglande informasjon

## 2. Mål for forbetningsarbeidet

- Felles rutine for alle institusjonar: bruk av sjekklister
- Gjere rutiner og sjekklister kjent for alle ansvarlege
- Effektivisere bruk av journalsystemet; alle tilsette har kunnskap om korleis dei skal nytte journalsystemet på ei hensiktsmessig måte.
- Brukar er involvert og informert

## 3. Status for forbetningsarbeidet

- Informerer kommunalsjef og sikrar forankring
- Involverer systemansvarleg for pasientjournal systemet
- Jobbar med tiltak i forhold til måloppnåing



Deltakarar: Liv Meen, Britt-Marie Landro Nordhaug, Anita L. Kausland, Anita Asphaug, Karen Dahl Henriksen, Katrine Risløw og Torje Tangen Alvsvåg.



## ØYGARDEN KOMMUNE