

# Postere fra læringsnettverk i Innlandet

Samling 3, 14. og 15. juni 2023



# ELVERUM KOMMUNE

## Gode pasientforløp – 3 samling

Elverum er en by i innlandet som har 21 661 innbyggere (pr. 31.03.23). Kommunens visjon er «Elverum har hjerterom» og vi jobber ut fra verdiene åpenhet, ærlighet og respekt.

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

Elverum kommune deltar i læringsnettverket «Gode pasientforløp» med korttids- og rehabiliteringsavdelingen sengepost 2 og kommunenes tildelerenhet Tjenestekontoret. Begge avdelinger er lok.alisert i kommunens helsehus, vegg i vegg med Sykehuset Innlandet avd Elverum.

### Forbedringsteamet i Elverum:

#### Første rekke fra venstre:

Dora Barene (koordinerende sykepleier),  
Ida Sofie T. Steffensen (fysioterapeut)  
og Randi Tveiten (avdelingsleder).

#### Andre rekke fra venstre:

Katrine Ottem (sykepleier),  
Siv Elin Lundquist (saksbehandler Tjenestekontoret),  
Monica Berg (fagutviklingssykepleier)  
og Nore Skjefstad (spesialhjelpepleier).



### Mål - Hva skal oppnås?

- Pasienten er delaktig i utarbeidelse av tiltaksplan (tiltak og mål).
- Vi har pasienten i fokus, og målet er at 90 % av pasientene skal bli spurt spørsmålet «Hva er viktig for deg» ved inntakssamtalen?
- Vi tilstreber gode overganger for pasienten i hele pasientforløpet.
- Vi oppretter tidlig kontakt med samarbeidspartnere og jobber for raske avklaringer slik at det skaper forutsigbarhet for pasienten.
- Vi etablerer samarbeidsarenaer (møtepunkter) for de ulike tjenestene i egen kommune.
- 90 % av alle faste ansatte skal ha gjennomført en inntakssamtale med pasient innen 01.10.23.

### Målinger:

- 62 % av ansatte deltok på «Kick off» samlingen i avdelingen.
- 54 % av pasienter er spurt «Hva er viktig for deg?» (pr. 23.05.23).
- 89 % gjennomførte ukentlige samarbeidsmøter med hjemmebaserte tjenester.



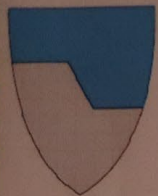
### Hvilke tiltak er iverksatt?

- Avdelingen har tatt i bruk «hva er viktig for deg skjema» og setter felles mål for pasientens opphold.
- Gjennomført en prosessgjennomgang med hjemmetjenesten/innsatsteamet, hvor man så på hva som fungerer godt og hva kan bli bedre ved pasientoverganger (overflyttinger).
- Ukentlige samarbeidsmøter med hjemmetjenesten.
- Gjennomført kick-off i korttids i forbindelse med innføring av ny sjekklister inntakst- og forløpsmal.
- Gjennomført baseline spørreundersøkelse basert på erfaringer fra inntakst etter «gammel» prosedyre. Ny spørreundersøkelse med samme spørsmål gjennomføres sept./okt. 2023.

### Veien videre:

- Se på mulige årsaker til at pasienter blir reinnlagt kort tid etter utskrivelse fra kommunens korttidsavdeling.
- Gjennomføre samarbeidsmøte med prosjektgruppen fra Sykehuset Innlandet med fokus på epikriser.
- Basiskompetanse blir tema på medarbeidersamtaler i avdelingen i løpet av 2023.
- Legge inn to faste målepunkter i uken, for å se i hvor stor grad forløpsmalen brukes.
- Ta i bruk tavler på pasientrom.
- Utarbeide ny prosedyre for pasientforløp i avdelingen.





# GAUSDAL KOMMUNE

## MÅL I HANDLINGS- OG ØKONOMIPLANEN

- Vi jobber aktivt for å bli klimanøytrale innen 2030
- Innbyggerne lever aktive liv og mestrer hverdagen og egen helse
- Medarbeiderne samhandler og bruker sin kompetanse aktivt for å skape gode og effektive tjenester, i samarbeid med innbyggeren

## FOKUSOMRÅDER

- Å bli ↗ proaktive og ↘ reaktive = jobbe forebyggende
- Å vri til ↗ hjemmetjenester og ↘ institusjonstjenester
- Hjelp innbyggerne til å ta ansvar for egen alderdom
- Innføre nye arbeidstidsordninger i tjenesten

## GAUSDØLAN'

Inger Ellen Walhovd  
– enhetsleder  
Helse og mestring

Gunn Iren Dahle  
– seksjonsleder  
Forsettunet

Ragnhild Hårstad  
– seksjonsleder  
Follebutunet

Siv-Janne  
Klufthaugen  
– seksjonsleder  
hjemmetjenesten

Gunn Syversen  
– avdelingsleder  
legetjenester

Anita Eng  
– fagkonsulent  
tildelingskontoret

Ole Edgar Sveen  
– kvalitetsrådgiver,  
koordinator,  
kontaktperson

ole.edgar.sveen@  
gausdal.kommune.no

## Q & A

### FASTLEGE- SYKEPLEIER:

Sykepleier i  
hjemme-  
tjenesten som  
har jevnlig  
møter med en  
fastlege om  
felles pasienter

## HVA ØNSKET VI Å FINNE MER UT AV?

- Hvorfor stopper handlingskjeden opp?
- Hvorfor tar det tid før problemene blir tatt tak i?
- Hvorfor følges ikke vedtatte rutiner?

## HVORDAN HAR VI JOBBET?

- De tre seksjonene har separate problemstillinger. Arbeidet ledes av seksjonslederne som knytter til seg en kvalitetsgruppe i hver seksjon.
  - Sykehjemmene forbedrer flyten ved interne overganger.
  - Hjemmetjenesten jobber sammen med legekantoret.

## MÅL FOR ARBEIDET

- Overordna mål:** Pasienter og pårørende er trygge, har medvirket, blir ivaretatt, får riktig behandling og pleie, som er godt dokumentert, ved alle overganger.
- Hjemmetjenesten:** De faste månedlige møtene mellom fastlegene og fastlegesykepleierne fungerer godt og følges opp av begge parter.
- Forsettunet:** Alle tar ansvar og bidrar til at kommunikasjonen ved overganger er basert på dokumenterte fakta som gir pasientene sikkerhet og god pleie.
- Follebutunet:** Den grunnleggende kompetansen sikrer gode observasjoner, vurderinger og tiltak som dokumenteres korrekt i pasientjournalene

## KONKRETE FORBEDRINGSOMRÅDER

### Dokumentasjon og kommunikasjon ved overganger

### HJEMMETJENESTEN OG LEGETJENESTEN

- Samarbeidet mellom **FASTLEGESYKEPLEIERNE** i hjemmetjenesten og legetjenesten skal revitaliseres og formaliseres på en slik måte at begge parter forpliktes til å gjøre gode forberedelser og sette av tid til de faste møtene.
- Skal jobbe med prosedyren for og rutiner rundt kartleggingsbesøk

### SYKEHEJEMMENE

- Reviderer sjekklister og informasjon – som sjekklister ved innkomst og ved utskrivning
- Lederne «pusher» e-læringskurs, o.a. (synliggjør i avdelingen hvem som har tatt kursene)

### FELLES FOR TJENESTEN

#### • OPPGAVEFORDELING

- Utvider kompetansen til helsefagarbeiderne – lærer å ta blodprøver, CRP, lærer å ta ned IV-drypp – og etter hvert andre ting
- Sykepleierne må gi slipp på noen oppgaver – og lære fra seg hvordan oppgaver gjøres
- Kompetanseheving – e-læringskurs, ProACT-kurs, o.a. – grunnleggende kompetanse, sykepleiefaglig kompetanse
- Tilsyn i form av egenvurdering (kap. 4A tvang) ga oss en internkontroll-metode for gjennomgang og kvalitetsforbedring av pasientjournaler
- Legger nå større vekt på kvalitetsforskriftens §8 Evaluere og §9 Korrigere

## PLAN FOR VIDERE ARBEID

- Videre arbeid med oppgavefordeling
- Fokus på grunnleggende kompetanse
- Ta tak i andre overganger for å skape gode pasientforløp

## TIDSHORISONT

- Vi bør kunne rapportere på siste samling at målene våre er nådd
- Selvevaluering som internkontroll ligger inne i årshjulet



# GRAN KOMMUNE



## Deltakere i forbedringsteamet:

- Hege Nilsen, saksbehandler i tildelingsenheten
- Ewa Kulis, fysioterapeut i hjemmetjenesten
- Karoline Østerhaug, helsefagarbeider i hjemmetjenesten
- Elisabeth S. Kvernstad, sykepleier i hjemmetjenesten
- Aud Lise Gillebo, fagleder i hjemmetjenesten
- Astrid M. Berget, tjenesteleder på korttidsavdeling/KAD
- Stine R. Slette, sykepleier på korttidsavdeling/KAD
- Wenche D. Dahl, sykepleier/samhandlingskoordinator (fysio/ergo)
- Marianne Granseth, enhetsleder i psykisk helse- og rustjeneste
- Heidi Fredrikstad, fag- og driftsansvarlig i psyk. helse- og rustjeneste
- Marianne H. Nappen, kommuneoverlege
- Kristin W. Woxen, fag- og kvalitetsutvikler i helse og omsorg

Gran kommune har 13600 innbyggere

## Langsiktige mål:

- o Alle ansatte vet hva gode pasientforløp er og bruker kartleggingsskjemaer og sjekklister aktivt
- o Likeverdig og reelt samarbeid mellom kommune og spesialisthelsetjenesten
- o Alltid spørre - Hva er viktig for deg?

## Kortsiktige mål:

- o Se på struktur for samarbeidsmøter internt i kommunen
- o Se på struktur for inkomstsamtaler på KAD/Korttid
- o Systematisk informasjon og opplæring av kartleggingsskjemaer og sjekklister



## Målinger: hvor mange har fått spørsmålet Hva er viktig for deg?

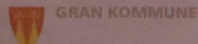
	Nullpunktsmåling	Etter 2 måneder
Hjemmetjenesten	1 av 36 aktuelle pasienter	19 av 25 aktuelle pasienter
Korttidsavdeling	0 av 20 aktuelle pasienter	11 av 12 aktuelle pasienter

## Ved nullpunktsmåling

Mange ansatte erkjenner at de ikke husker å spørre om dette, noen syntes det ble et rart spørsmål

## Etter 2 måneder

Ansatte ga tilbakemelding på at de ble mer bevisst på spørsmålet og positivt innstilt til det



GRAN KOMMUNE

2023

KARTLEGGING		
(felles for alle tjenester - dokumenteres i Profil, planområde KARTLEGGING)		
Hverdagsmestring ligger til grunn i all kartlegging		
TILTAK	MÅK	Sign. Dato
ADL / Behov for tretteegg og bistand i daglige gjøremål	<input type="checkbox"/> Personlig hygiene <input type="checkbox"/> Toalettbesøk <input type="checkbox"/> Av- og påkledning <input type="checkbox"/> Lage mat / oppis <input type="checkbox"/> Alminnelig husarbeid (samme søppel, hente posten, oppvask, klesvask, rengjøring) <input type="checkbox"/> Innkjøp av varer og tjenester	
Boligers tilstand (som utskrive er innleiet/planen)	<input type="checkbox"/> Inngangsparti (trapp, rekkverk)? <input type="checkbox"/> Ais på rett plan? <input type="checkbox"/> Adkomst til bad/toalett, soverom og kjøkken <input type="checkbox"/> Mulighet for å forflytte seg med rullator/preksto/hullesto/krykker <input type="checkbox"/> Høye dørstokker? Gulvtepper? Bygde / fjerne småmøbler? Code lysforhold?	
Ernæringsstatus	<input type="checkbox"/> Fyll ut skjema for ernæringskartlegging (MST i skjemaark) <input type="checkbox"/> Obd. Hvis score viser underernæring eller fare for underernæring, skal det utarbeides ernæringsplan for oppfølging (skjemaark i Profil). Lege informeres. <input type="checkbox"/> Vekt og høyde <input type="checkbox"/> Allergier <input type="checkbox"/> Værefønsker <input type="checkbox"/> Spiser selv/ hjelp under måltider <input type="checkbox"/> Tenn og munnstell (egne tenner/proteser)	
Fysisk funksjon og forflytning	<input type="checkbox"/> Gangfunksjon innenbørs og utendørs <input type="checkbox"/> Trappegang <input type="checkbox"/> Fallfare - bruk skjema «Vurderingsverktøy for fallrisiko / STRATIFY» <input type="checkbox"/> Opp og ned av stol <input type="checkbox"/> Inn og ut av seng <input type="checkbox"/> Tilfra og opp/ned av toalettet	
Hjelpemidler	<input type="checkbox"/> Hva har pasienten av hjelpemidler (sykehusseng, rullesto, døttol, prekestol, rullator, rampe, dughåndtak, gripetang) <input type="checkbox"/> Hvilke hjelpemidler er det behov for?	
Hva er viktig for deg?	<input type="checkbox"/> Spør: Hva er viktig for deg? <input type="checkbox"/> Pasientens mål <input type="checkbox"/> Vedtakets målsetning <input type="checkbox"/> Ressurser/egenmestring	
Individuell plan og koordinator	<input type="checkbox"/> Individuell plan (IP) <input type="checkbox"/> Koordinator	
Jobb og aktivitet	<input type="checkbox"/> Jobb og aktivitet <input type="checkbox"/> Økonomi (penger, lønn, stønad etc.) <input type="checkbox"/> Ivareta egen økonomi (verge etc.)	
Kognitiv funksjon og kommunikasjon	<input type="checkbox"/> Ivareta egen helse <input type="checkbox"/> Hukommelse <input type="checkbox"/> Kommunikasjonsevner <input type="checkbox"/> Beslutninger i dagliglivet <input type="checkbox"/> Arbeidsatferd	

	<input type="checkbox"/> Mistanke om forvirringsstand? <input type="checkbox"/> Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og motenksomhet? <input type="checkbox"/> Har pasient forståelse for sin egen situasjon? Hvis nei, kontakte lege for å få pasientens samtykkekompetanse vurdert? Beskriv tilfellsakpende tiltak i Profil Vurdering av samtykkekompetanse (KfK)	
Kontaktpersoner	<input type="checkbox"/> Hvem er nærmeste pårørende, hvem kan få informasjon Barn under 18 år? <input type="checkbox"/> Føstiege <input type="checkbox"/> Interne samarbeidspartnere, eks. fysio/ergo eller andre tjenester <input type="checkbox"/> Eksterne samarbeidspartnere, DPS, sykehus, habilitering etc <input type="checkbox"/> Verge?	
Legemidler	<input type="checkbox"/> Oppbevaring <input type="checkbox"/> Tar selv/ får utdelt <input type="checkbox"/> Må medisin tas under oppsyn <input type="checkbox"/> Multidose og/eller dosett <input type="checkbox"/> Institusjon. Hvis pasient helt eller delvis administrerer sine egne medisiner, eller at avdelingen oppbevarer pasientens private medisiner skal skjema «Vurdering av legemiddelbruk for pasienter tilknyttet korttidsavdeling i Gran kommune» underskrives av pasient, skjemaet legges i pasientens journal og dokumenteres i Profil (ligger i samarbeidsplan i Profil) <input type="checkbox"/> Hættmedisiner. Avtale signeres når hjemmetjenesten skal ha ansvaret for medisiner. Legges i journal og dokumenteres i Profil (ligger i samarbeidsplan i Profil)	
NEWS2	<input type="checkbox"/> 1 gangs NEWS2 (ved inkomstoppstart)	
Psykisk helse og mestringsevne	<input type="checkbox"/> Opplevelse av trygghet i hverdagen? <input type="checkbox"/> Opplevelse av å mestre hverdagen? <input type="checkbox"/> Kan noe gjøres for å styrke pasient/brukers funksjonsnivå og egenmestring? <input type="checkbox"/> Suicidal risiko <input type="checkbox"/> Er pasient/brukers hjemmesituasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helseforhold) <input type="checkbox"/> Link til <a href="#">Brannsjekkhetjeste</a> . Dokumenteres i Profil (skjema finnes under planområde «Brannforberedning i Profil»)	
Rusmidler	<input type="checkbox"/> Alkohol <input type="checkbox"/> Illegale/legale rusmidler	
Samtykkeerklæring	<input type="checkbox"/> Hvem kan tjenesten utveksle informasjon med (samtykkeskjema) <a href="#">Samtykkeskjema</a>	
Sosialt nettverk / aktivitet / transport	<input type="checkbox"/> Kontakt med venner? <input type="checkbox"/> Interesser/aktiviteter? <input type="checkbox"/> Behov for bistand til sosial deltakelse/transport <input type="checkbox"/> Ansvar for dyr?	
Syn og hørsel	<input type="checkbox"/> Briller/insen/ingen hjelpemidler <input type="checkbox"/> Høreapparat/høret/ ingen hjelpemidler <input type="checkbox"/> Batterskift	
Velferdsteknologi	<input type="checkbox"/> Installert velferdsteknologi? <input type="checkbox"/> Klarer bruker/pasient å bruke/benytt seg av velferdsteknologi?	
Vold og trusler	<input type="checkbox"/> Utøver vold (fysisk eller psykisk) <input type="checkbox"/> utsatt for vold (fysisk eller psykisk)	

# Gode pasientforløp

Hamar kommune har ca. 32 000 innbyggere. Vi er en kommune i vekst, og har et bredt tilbud innenfor kultur, og helse- og omsorgstjenester.

Hamar kommune har 4 sykehjem, og et nyopprettet senter med omsorgsboliger. Vi har korttidsplasser tilknyttet to av sykehjemmene, på Prestrudsenteret og Finsalsenteret.

Hjemmetjenesten har 4 baser. Antall brukere i hjemmetjenesten pr. 01.06.23: 788.

Interne overføringer i kommunen skjer mellom fagområder i hjemmetjenesten, og mellom korttidsavdelingene og hjemmetjenesten.

Gjennom arbeidet i læringsnettverket har vi sett at det er ulik praksis for medikamenthåndtering som gjør at det er fare for feil ved overføringer mellom ulike nivåer. Dette gjelder også mellom SI og kommunen.

Vi har begynt prosessen med kvalitets-sikring av legemiddelhåndteringen i overføring mellom enheter internt i kommunen.

Vi har laget en sjekkliste som er integrert i overføringsrapporten i Gerica.



## OVERFØRINGSRAPPORT

ADL oppdatert sist:  
IPLOS oppdatert sist:  
Helseopplysninger med legejournal og nesaptriforespørsel sendt fastlege via elink:  
Aktuell situasjon:  
Medisinsk oppfølging:  
Sosiølat/planlegging av utskrivelse:  
Boforhold:  
Bevegelse/fysisk funksjon:

Medisiner:

Dosett for en uke medfølger: Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Andre legemidler (øyedråper, salver/kremer, insulin): Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Endringer i legemidler: Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Ved multidose, melde fra til NMD: Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Lege sender epikrise til fastlege: Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Sykepleier sender helseopplysninger til fastlege: Ja\_ Nei\_ Ikke aktuelt\_  
Andre beskjeder/aktuell oppfølging:

Ernæring/væske:  
Tann- og munnstatus:  
Respirasjon/sirkulasjon:  
Eliminasjon:  
Smerter:  
Søvn/hvile:  
Psykisk/kognitiv funksjon:  
Sanser/kommunikasjon:



Hamar  
kommune

Videre plan: Utprøving mai-august 2023. Evaluering september 2023.



# Løten kommune

Samling 3

## GODE PASIENTFORLØP

MÅL - Hva skal oppnås?

- Ledelsesforankring
- Styrket brukerrolle

Gjennomførte tiltak:

- Laget en visuell fremstilling vedvarende pasientforløp på korttidsopphold ved Løten Helsestasjon. Herunder er det notert opp aktuelle prosedyrer



Kartlagt rom xxx: Annull pasienter 17 (+2 som ikke er i gjerica, døde)

- Målt bruk av sjekklister i perioden 01.02.2022 til 01.04.2023:

Fullført 100%	Startet på	Ikke fylt ut i det hele tatt (ikke scannet)
0	12	5

• Det er 70,5% hvor sjekklisten er startet på og 0% som er fullført med alle avkryssinger, 29,4% som det ikke er sjekklister i journal.  
 Funn: Fullføres aldri i sin helhet - (ikke dobbeltsjekket opp mot om tiltakene har blitt gjort.

- Målt «Hva er viktig for deg?» i perioden 01.02.2022 til 01.04.2023:

Blitt spurt	Ikke blitt spurt
5	12

70,5% ble ikke spurt  
 Funn: Det tolkes veldig ulikt hvordan skjemaet skal benyttes.

Drøfting:

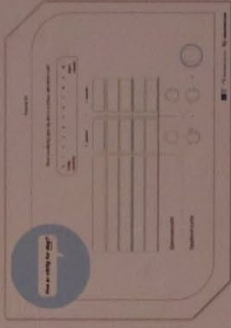
- Hvordan få ansatte til å fullføre sjekklister for å sikre gode overganger til HBO?
- Hvordan lære opp ansatte i bruken av det nye «Hva er viktig for deg?» skjemaet?

På bakgrunn av denne drøftingen har vi:

- Involvert ledelse i kartlegging av basiskompetanse.
- Lederne tatt ansvar for videre forankring av dette arbeidet i ansattgrupper, og videre samarbeid med utarbeidelse av liste over nødvendig basiskunnskap for å sikre gode pasientforløp.
- Forbedringsteam samarbeider med ledergruppa i utforming av kartleggings-skjemaet om nødvendig basiskompetanse.



## Implementering av nytt «Hva er viktig for deg?» skjema



Med en stadig økende andel eldre og færre yrkesaktive må vi organisere tjenestene på en annen måte for å få en mer bærekraftig helse- og omsorgstjeneste. Helsepersonell må ha en mer helofremmende tilnærming i møte med pasienter og brukere. Ved å utvise et ut fra det som er viktig for pasienten utvides pasientens egne ressurser og motivasjon. Dette kan hjelpe tjenestene mer treffsikre og virksomme.

Forbedringsteamet utarbeider kursmateriale for å kunne lære opp ansatte i bruken av det nye skjemaet som er ønskelig å få implementert. Implementeringen av dette nye skjemaet er et ledd i hvordan kommunen ønsker å styrke brukerrollen, men det innebærer at de ansatte må læres opp.

Kurset bygges opp i en enkel innføring med fakta og en øvelsescase hvor de enkelte skal fylle ut skjemaet i tidd med et korttidsopphold. Første opplæringsgruppe skal være ansatte på rehabiliteringsavdelingen.

Forbedringsteamet:

- Bernt Jacobsen, ergruppeløper
- Anne Lise Jensen, konsulent for voksne med bistandsbehov
- Mart Halvorsen, assisterende ead og sykepleier i Helsestasjon Løten
- Mona Flåten Brønner, assisterende ead, sykepleier Team 4
- Ragnhild Bekk, ead, leder for utdanning og trening

- ❖ meistararhljómsveitir
- ❖ þáttfarir og sýningar
- ❖ vefur
- ❖ söngur og tónlist

- ❖ miðla og kynning
- ❖ efnisleg og fagleg gæta
- ❖ samstarf og netverki
- ❖ vaxning og framfarir



- ❖ Þjálfing og samstarf
- ❖ Félagsmál og netverki
- ❖ Vaxning og framfarir

- ❖ Félagsmál
- ❖ Vaxning og samstarf
- ❖ Netverki
- ❖ Framfarir og vaxning

- ❖ Þjálfing og samstarf
- ❖ Félagsmál og netverki
- ❖ Vaxning og framfarir
- ❖ Netverki og samstarf

- ❖ Miðla og kynning
- ❖ Efnisleg og fagleg gæta
- ❖ Samstarf og netverki
- ❖ Vefur

- ❖ Þáttfarir og sýningar
- ❖ vefur
- ❖ söngur og tónlist
- ❖ meistararhljómsveitir
- ❖ þáttfarir og sýningar

- ❖ Félagsmál
- ❖ Vaxning og samstarf
- ❖ Netverki
- ❖ Framfarir og vaxning

- ❖ Þjálfing og samstarf
- ❖ Félagsmál og netverki
- ❖ Vaxning og framfarir
- ❖ Netverki og samstarf

Þjálfing og samstarf, Félagsmál og netverki, Vaxning og framfarir, Netverki og samstarf

- ❖ Þjálfing og samstarf
- ❖ Félagsmál og netverki
- ❖ Vaxning og framfarir
- ❖ Netverki og samstarf

Þjálfing og samstarf, Félagsmál og netverki, Vaxning og framfarir, Netverki og samstarf

- ❖ Þjálfing og samstarf
- ❖ Félagsmál og netverki
- ❖ Vaxning og framfarir
- ❖ Netverki og samstarf



“HEG LED | ИЛСКҮБЕЙДЕ | ИИГНДЕБЕНДЕ  
Leifur og netverki

МОНД-БЭОН КОММУНЕ

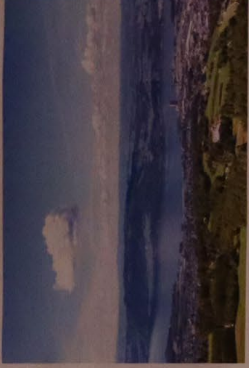


## Ringsaker kommune

Ringsaker kommune er den største Innlandskommunen og har mer enn 35 000 innbyggere. Helse og omsorg har 390 årsverk per 10 000 innbygger i 2021 var 1727 personer over 80 år og 5454 mellom 65 og 80 år.

Forbedringsteamets medlemmer har endret seg fra å representerer fire enheter til tre av enhetene i helse og omsorg.

Etter samling to har vi fått med flere medlemmer fra hjemmetjenesten slik at alle søner nå er representert.



Forbedringsteamets medlemmer

Birka Schimdt-Baumer—ass. avdelingsleder, kommunalmedisinsk senter (KMS)  
Aud Kongssund—fagutviklingsveileder KMS  
Elisabeth Gerhardsen—kvalitetsrådgiver, tjenestetilbeding og samordning  
Ane Dorteie Gjølberg, Lundberg—verrfaglig spes., tjenestetilbeding og samordning  
Anne Grete Bærness Evestad—fagutviklingsveileder hjemmetjenesten, sone 1  
Cathrine Bjørke Hjeltn—sykepleier, hjemmetjenesten, sone 2  
Laila Star—sykepleier, hjemmetjenesten, sone 3  
Bente Behrens—helsefagarbeider, hjemmetjenesten, sone 4

### BEHOV FOR FORBEDRING OG MÅL FOR RINGSAKER KOMMUNE

#### Forbedringsområde 1: Overgang mellom tjenester

Mål

Å sikre gode overgang mellom enhetene/tjenester for alle involverte. Målgruppe: eldre.

Delmål 1— skaffe oversikt over relevante overgang/involverte parter for brukere av helse- og omsorgstjenester.

Delmål 2 - skaffe oversikt over hvordan overgangene fungerer nå, med eksisterende samarbeidsrutiner og sjekklister.

Delmål 3 - videreutvikle en samarbeidsrutine for å sikre et bedre samarbeid mellom KMS korttidsavdeling/spesialiserte tjenester og hjemmetjenesten. Dette verktøyet skal kunne overføres til andre overganger i kommunen.

Alle delmål skal være nådd innen tredje samling.

#### Forbedringsområde 2: Brukermedvirkning

Mål

Å sikre god dokumentasjon innenfor området "hva er viktig for deg".

Delmål 1: Status nå: hva sier brukere? Hvilke skjemaer/info-skjriver har vi som inneholder spørsmål/spørsmål/innlaster spørsmålet?

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

Delmål 3: Integre og implementere integrerte spørsmål: "hva er viktig for deg?" inn i relevante skjemaer/skjemaer/sammenfatningsmal og annen dokumentasjon vi bruker i journalsystemet.

Alle delmål skal være nådd innen tredje samling

### RESULTATER UTOVER MØTEVIRKSOMHET

Det har tatt tid å revidere rutiner og dermed implementere/ måle resultater fra forbedringsarbeidet. Her er vi ikke helt i mål.

- Selve revisjonen har tatt tid, samt involvering av medarbeidere/ledere i de ulike enhetene mellom møter i forbedringsteamet.
- Høring blant kvalitetsrådgivere og RE-ledere har tatt tid på grunn av møtedødsdager/ fridager i april/mai.

#### konkrete resultater:

- Rutine «Skriving av sammenfatning i EPI» er revidert til å inneholde «hva er viktig for deg» spørsmålet. Denne er godkjent.
- Rutine «Overføring av pasienter til /fra hjemmetjenesten ved midlertidig opphold i kommunale institusjoner» er revidert og godkjent.
- Hjemmetjenesten har fått inn representant fra hver sone inn i forbedringsteamet.
- Hjemmetjenesten har godkjent rutinen «Vurderingsbesøk i hjemmetjenesten».
- KMS har kvalitetssikret sin interne sjekklister for innkomst og utskrivelse.
- Enhet tjenestetilbeding og samordning har revidert/justert EVA-vurd-skjema i journalsystemet, til å inneholde «hva er viktig for deg» spørsmålet.

Hva er viktig for deg— dagen:

- Ble markert 6. juni i alle involverte enheter.
- Eksempel for pasienter innlagt: Kommunalmedisinsk senter: Froløst med fokus på hva er viktig for deg- spørsmålet, trykte rullatorer og rullestoler, hva er viktig for deg- tog, uterim.
- Eksempel for pasienter med bistand fra hjemmetjenesten: Utbedling av hva er viktig for deg- informasjonsskriv for forkant av 6. juni, med utfylling av besvarelse på spørsmålet. Dette ble benyttet anonymt til innrammet bilde på vaktrommet.
- Alle involverte enheter har delt videoløker på enhetets Facebookside. I Teamsgrupper og pr mail.

### INFORMERE, INVOLVERE OG SIKRE FORANKRING I LEGEN KOMMUNE

Oversikt over fremdrift på arbeid og møtevirksomhet mellom første og tredje samling av Gode pasientforlop.

- 02.12.2022: Møte i forbedringsteam: planlegge arbeidet frem mot 2. samling. Begynnende mål.
- 14.12.2022: veiledning fra USHT; gjennomgang av planer. Spisse mål.
- 09.01.2023: Møte i forbedringsteam. Gjennomgang av eksisterende rutine for overgang mellom hjemmetjenesten og Kommunalmedisinsk senter.
- 10.01.2023: Kvalitetsrådgiver i møte med kvalitetstvalget til helse- og omsorgsseksjonen. Informasjon om Gode pasientforlop og forbedringsteamets planer. Forankring.
- 16.01.2023: Møte i forbedringsteam. Gjennomgang av relevant informasjon fra Ringsaker kommunes pågående prosjekt «verrfaglig samarbeidsmodell». Presisering av mål og fremdriftsplan mot 2.samling.
- 18.01.2023: Leder av forbedringsteam i møte med ledere i helse- og omsorgsseksjonen. Informasjon om Gode pasientforlop og forbedringsteamets planer. Forankring.
- 13.02.2023: Møte i forbedringsteam; planlegge arbeid frem mot 3. samling. Vålg av rutiner til revisjon.
- 27.03.2023: Møte i forbedringsteam: Jobbet med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner».
- 24.04.2023: Møte i forbedringsteam. Jobbet videre med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner».
- 08.05.2023: Møte i forbedringsteam. Jobbet videre med rutine «Overføring av pasienter til/fra hjemmetjenesten ved midlertidige opphold i kommunale institusjoner» og «Skriving av sammenfatning i EPI». Sendt rutine på høring til ledere/dokumentansvarlig for godkjenning.
- 09.05.2023: Møte i kvalitetstvalget til helse- og omsorgsseksjonen. Diskutert revisjon av rutine «Skriving av sammenfatning i EPI», for å integrere «hva er viktig for deg»- spørsmålet i sammenfatning i pasientjournal.
- 22.05.2023: Møte i forbedringsteam. Påbegynne plakatt til samling 3.
- 23.05.2023: Møte i kvalitetstvalget til helse- og omsorgsseksjonen. Aklare reviderte rutiner for godkjenning/implemteringer i ledergruppen.



PASIENT / LØPENR.

P. H

KVA ER VIKTIG FOR DEG?  
MÅLSAMTALE (INNAN 3 DAGER)



LEGEHJELP SAMSTEMMING, DIAGNOSER



HLR STATUS / VURDERT BEHANDLINGSNIVÅ



VITALIA: BT, P, RF, VEKT, SAO<sub>2</sub>



OPPDATERE EPJ: IPLOS, SAMMENFATNING, NP  
(Nærsk pårørende)



OVERFLYTNINGSNOTAT



ERGO / FYSIO



LOGOPED



KOGNITIV STATUS



ERNÆRINGSSTATUS



PSYKISK HELSE

EPIKRISE (VED UTRISE)








VEDTAK, UTDATO

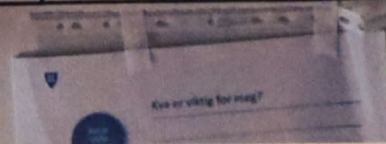


INNKOMSTBLØDPRØVER



NATTEVAKTER: FØR OPP I DAGBOKA DET SOM IKKE ER UTFØRT  
TAVLEMØTE: MAN-FRE KL. 12.15-12.30 FOR ALLE

UTFØRT:   
UNDER ARBEID   
IKKE UTFØRT   
IKKE AKTUELT   
SMITTE 





# Skjåk kommune

## Mål:

- Etablere/forbetre rutiner for pasientforløp
- Strukturere informasjonsflyt ved hjelp av risikotavle

## Status:

- Vi har informert om Gode pasientforløp på personalmøte til tilsette på Skjåkheimen og i heimesjukepleia
- Risikotavlene er i bruk
- Faste tavlemøte på institusjon og i heimesjukepleia

- Gjennomført dybdeintervju av helsefagarbeidare og sjukepleiare for å innhente deira erfaring om bruk av risikotavle så langt
- Det er gjennomført intervju av tilsette i heimesjukepleia og på institusjon
- Intervjua gjev arbeidsgruppa meir kunnskap om bruken av risikotavle og gjev grunnlag for å vurdere eventuelle endringar
- Intervjuet tok utgangspunkt i tre ulike tema:
- Erfaringar med risikotavla
- Oppløvingar av spørsmålet "Kva er viktig for deg" i møtet med pasientar
- Oppløving av endring

## Vegen vidare:

- Arbeide for å få implementert risikotavla i arbeidskvardagen
- Utarbeide prosedyrer for kvart punkt på risikotavla

## Gode pasientforløp Rehabilitering.



# Stange kommune

## Stange kommune

21.295 innbyggere

Helse og omsorg

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

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

### Forbedringsteam:

Kine Lundbakken, avdelingsleder  
Mallen Holm, rehabiliterings  
koordinator

Britt Kristiansen, fagleder

Ida Melby, Fysioterapeut

Kjersti Dyrnes Karlsen,  
Spesialsykepleier

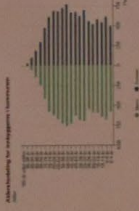
Elin Følstaad Bronkebakken,  
avdelingsleder

Tove Lundberg, avdelingsleder

Av innbyggere over 80 år bor 9,4 % på sykehjem. Dette er under andel på landsbasis som er på 11,4 %.

61,8 % av brukerne av hjemmetjenester er under 67 år i Stange. De ligger med dette over landsgjennomsnittet som er på 48,3 %.

Kommunen bør ha fokus på å styrke hjemmebaserte tjenester i tråd med nasjonale anbefalinger.



### Rehabiliteringsrammen i Stange kommune

Spesialisert rehabilitering i hjemmet  
Langtidsrehabilitering i hjemmet  
Dagtilrettelegging  
Hverdagsrehabilitering i hjemmet

Spesialisert rehabilitering i hjemmet, kan kombineres med dagtilrettelegging, SÅRT

Hverdagsrehabilitering i hjemmet

Dagtilrettelegging som grunnlag for å styrke

Hverdagsrehabilitering i hjemmet

Alle brukere av kommunale tjenester

Alle brukere av kommunale tjenester

Alle brukere av kommunale tjenester

Alle brukere av kommunale tjenester

Alle brukere av kommunale tjenester

**Staturrapport fra Stange Kommune for samling 3**  
Vårt hovedmål er: At pasientforløpene innen rehabilitering skal være preget av tydelige oppgavefordeling og rolleavklaring, samt oppleves som trygge for pasienten.

Delmål:

- Oppdatere målsamtalen som gjennomføres ved oppstart av døgner rehabilitering (PÅBEGYNNES ETTER SOMMERFERIEN)
- Utarbeide tverrfaglig rapport etter erit døgner rehabiliteringsopphold (UNDER IMPLEMENTERING)
- Gjennomføre samarbeidsmøte med hjemmesykepleien for utreise fra døgner rehabiliteringsopphold (DRIFT/TESTING)
- Oppstartsmøte for pasienter i hverdagsrehabilitering gjennomføres med en ansatt fra hjemmesykepleien og en ansatt fra hverdagsrehabilitering for å samle på erfaringer og opplysninger som kan brukes til å forbedre tjenestene slik at de oppleves mer helhetlig for pasienten. (TESTES UT)
- Etablere digital samhandlingstaxi (IKOS) for å sikre at oppgaver blir gjennomført (PÅBEGYNNES I LØPET AV HØSTEN)
- Utarbeide samarbeidsplan både på ledernivå og ansattnivå (UAVKLART)
- Starte opp med "Rehab-lunsj" for alle kommunalt ansatte som jobber med rehabilitering (I DRIFT)

### Tverrfaglig rapport:

BAKGRUNN: Erfaringer fra HTH om at det er mange forskjellige journal-notater fra tjenesten døgner rehabilitering og det blir vanskelig å følge opp og uoversiklig. Ønsker med den tverrfaglige rapporten å oppnå større tverrfaglighet i ansattgruppa.

Prosessmål: skrive rapport på alle pasienter på rehabiliteringsopphold fra mai.

Prosessmål: gjøre avklaring med Gerica-ansvarlig

Prosessmål: utarbeide mal

Prosessmål: informasjon til de ansatte

Status: vi har utarbeidet malen til rapporten og fått lagt den inn i Gerica. Vi har informert ansatte og begynt å ta i bruk malen. Det rapporteres fra både de som skriver rapporten og de som "mottar" rapporten i helsejenester i hjemmet at rapporten er oversiklig og god. Det tilstræbes å skrive på alle rehabiliteringspasientene.

### Felles målsamtale mellom HVR (hverdagsrehabilitering og HTH (helsejenester i hjemmet):

BAKGRUNN: Skape mer sammenheng i tjenestene, jobbe mot felles mål. Unngå at vi jobber på "hver vår tue".

Prosessmål: få til dette på de brukerne som har daglig oppfølging med HTH.

Prosessmål: informere ansatte for om rutinen, samt skrive ned forespørsel i beskjed-journal.

Status: Har vært noen kommunikasjonspromøner og misforståelser mellom HVR og HTH som trolig skyldes dårlig informasjon til de ansatte. De har nå fått informasjon fra ledere og det tilstræbes å skrive tydeligere invitasjoner i beskjed-journal.

### Bruke IKOS i rehabiliteringsforløp:

Prosessmål: Få demonstrasjon av IKOS og muligheter for rehabiliteringsforløp

Prosessmål: innhente informasjon fra kommuner som har forspokt dette i rehabilitering.

Status: Fått demonstrasjon av IKOS. Planlegger for å ta kontakt med andre kommuner som bruker IKOS i rehabiliteringsforløp etter sommeren.

Status informasjon: Har skrevet nyhetsbrev til de ansatte som distribueres bredt.

# SYKEHUSET INNLANDET HF

Div. Elverum-Hamar



Kendra M. Johnsen- Sykepleier gyn/føde  
 Stine Sneysen- Sykepleier kir H4 Hamar  
 Lene Smestad- Fysioterapeut Elverum  
 Hanne Myhren- Kvalitetsrådgiver (sykepleier)  
 Kristin Degnes- Divisjonsrådgiver (sykepleier)  
 Hanne Kristine Lundby (kvalitet og pasientsikkerhet, stab helse)

## Resultatmål:

**75% av innlagte pasienter ved kir. sengepost Hamar har utfyllt sjekkliste ved utskrivning innen 1.11.23.**

## Prosessmål:

- 100 % av pleiepersonell og postsekretærer har fått opplæring i bruk av sjekklista innen 1.juni 2023
- 40% innlagte pasienter har utfyllt sjekkliste ved utskrivning innen 1.sept.
- 75% av pasientene har fått spørsmål om "Hva er viktig for deg" under innleggelsen innen 1.11.23.
- Pleiepersonell og postsekretær gjennomfører minimum tavlemøte x 1 i hverdager innen 1.sept.

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

**ELVERUM**  
 Medisin  
 Ortopedi  
 Gyn/Føde  
 Barn og NEO  
 Øre-nese-hals  
 Øye  
 Pasienthotell  
 Akuttmottak  
 Bildediagnostikk

**HAMAR**  
 Medisin  
 Kirurgi  
 Akuttmedisin  
 Bildediagnostikk

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

Pasientbehandling  
 Ref.nr. 50031  
 (Utskriv 1/2)

**Trygg utskrivning - Sjekkliste under innleggelse, utskrivning**

Innkomstdato: \_\_\_\_\_  
 Utskrivningsdato: \_\_\_\_\_  
 Pas ID: \_\_\_\_\_

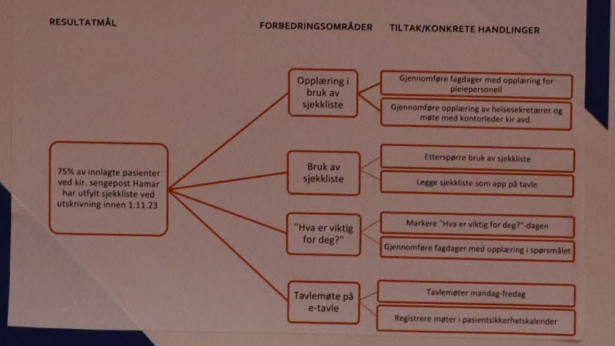
Dato/sign de aktuelle punktene for pasienten:

Utskrivningsdato	Utskrivning	Utskrivning
	Egen ventet registrert (dok. under «Klinisk informasjon/LAV») i (DPS)	
	Forventede informasjon om innleggelsen	(innen 1)
	Lagrettsinformasjon mottatt	(innen 1)
	Utskrivnings- og utskrivningsinformasjon registrert i DPS	
	Barn som pårørende - kartlegging (dok. ved kartlegging/utskrivning)	(innen 3 t)
	Lagrettsinformasjon, spørsmål og Merknader	(innen 24t)
	Informert pasient om utløst ved utskrivning	
	Informert pasient om hva som skal gjøres under oppholdet	
	Informert pasient om forventet utskrivningsdato	
	Hva er viktig for deg? (vitere egne informasjon)	
	Aktuelt informasjon/møte med pasient	
	Spør kartleggingstiltak påbegynt i (DPS)	(innen 24t)
	Behandlingsoppgave påbegynt i utskrivning (DPS)	(innen 24t)
	Ev. pårørendeinformasjon	
	Ev. beredningsplan avkjørt/utført	
	Indikatorer	
	Kontrollerte vurderet (personlige kontroller/Spesialistbeholdningen)	
	Utskrivningsinformasjon (utskrivning) sendt med pasient	
	Utskrivningsinformasjon	
	Pasienten har fått utveksle håndtekniske ferdigheter, poliklinikk, fysioterapi, TFG, karttatt etc.)	
	Utskrivningsinformasjon gjennomført	
	Aktuelt informasjon/møte med pasient	
	Pasienten mottar utskrivningsoppgaver i DPS	
	PGU utskrivningsoppgaver sendt kommunen (barnes utskrivning)	
	Barn som pårørende - kartlegging (dok. i utskrivning)	
	Behandlingsoppgaver oppgjort med pasient	
	Påbegrepet utført og utskrivning	
	Transporthet bestilt	
	Pasienten har fått med seg 2-3 hørte medisin	
	Utskrivning er sendt med pasienten ved utskrivning	
	Endringer av utløst (dok. i DPS)	
	Dokumenter skal sendes ut i DPS, Sidsbeholdning, utskrivningsoppgaver eller innleggelsen	

Referanser  
 Pasienterfeksjonsprogrammet - Trygg utskrivning

Godkjørt av: Divisjon medisin og helsefag Ellen H. Pettersen  
 Sykehuset Innlandet 31.10.2022

## Driverrdiagram for Gode pasientforløp team Elverum - Hamar





# Poster Samling 3

## Formålet for læringsnettverket:

Å skape trygghet for pasienten/pårørende og ansatte i overgang mellom tjenester, med god brukerfokus «Hva er viktig for deg?»

Samle verktøy laget gjennom årene i arbeid med pasientsikkerhet og sette det i et sammenhengende system.

## Målene for periode:

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

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

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

Implementere 5 verktøy for samtaler i avdelingene på Hoviltunet (inkl hjemmebaserte tjenester) og i psykisk helse og rus. Sikre brukermedvirkning og forutsigbarhet for oppholdet for både pasienter, pårørende og ansatte.

# Søndre land kommune

**Nina Kristin Aarstad** – konstituert leder  
hjemmebaserte tjenester og fagsykepleier

**Silje Øyen** – fastlege og sykehjemslege

**Anne Kirsti Bilit Nybakke** – fagsykepleier rehabiliterings avdeling

**Marjolein Verplak** – fag- og kvalitetsutvikler, leder forbedringsteamet

**Marianne Ege Lundberg** – assisterende kommunalsjef

**Kjersti Roen Hagenborg** - ergoterapeut

**Dagfrid Landsverk** – sosionom i avdeling psykisk helse og rus

# Søndre Land kommune

Mestring og Velferd kommunalsektor innebærer:

Hoviltunet med institusjon demens og korttidsopphold rehabilitering og omsorgsboliger

Fysio, ergo, friskliv

Institusjonskjøkken

Hjemmebaserte tjenester

Tilrettelagte tjenester

Legekontor

Psykisk helse- og rus tjenester

Tildelingskontor

Velferdsteknologitjenester

# Søndre Land kommune

Fakta om kommune:

5.538 innbyggere 2. kvartal 2022

16 personer vekst i befolkningen siste kvartal

Opplandet, Randsfjorden

Lav levealder

Høy arbeidsledighet

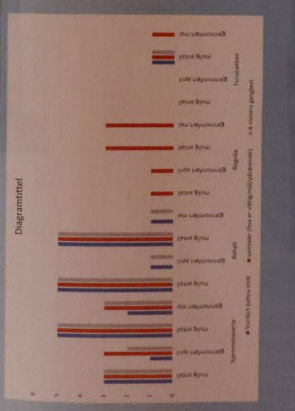
Lite næring

Lav utdanningsnivå

Ressursutfordringer



## Målinger



## Utfordringer i implementeringen:

- o Å komme i gang med målingene i alle avdelinger
- o Ledelsesengasjement
- o Å få ansatte til å forstå hvorfor dette arbeidet er viktig
- o Å få ansatte til å øve på samtaler, ta sjansen, få gjennomført/prioritert samtaler (må l eller hva er viktig for deg)

## Resultat i livretatt – pårørende undersøkelse

Der er flere å leve et forslutt til den som har sykdom. Men i hvor stor grad er det slik? Dette spørsmålet er et av de viktigste spørsmålene i undersøkelsen. De fleste svarer at de ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom. Men, som en del av undersøkelsen, er det viktig å vite om det er noen som kan leve et forslutt til den som har sykdom. Dette er et spørsmål som er viktig for oss å vite om, og som vi vil bruke resultatene til å forbedre tjenestene våre. Dette er et spørsmål som er viktig for oss å vite om, og som vi vil bruke resultatene til å forbedre tjenestene våre.

Spørsmål	1	2	3	4	5
1. Hvor ofte opplever du at du ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom?	10	15	20	25	30
2. Hvor ofte opplever du at du ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom?	10	15	20	25	30
3. Hvor ofte opplever du at du ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom?	10	15	20	25	30
4. Hvor ofte opplever du at du ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom?	10	15	20	25	30
5. Hvor ofte opplever du at du ikke kan leve et forslutt til den som har sykdom?	10	15	20	25	30



# GODE PASIENTFORLØP

## OVERORDNET MÅL:

- Synliggjør oversikt over ressurspersoner i kommunen som vi kan benytte ved behov.
- Ansatte får opplæring og gjennomfører dokumentasjon etter rutiner.
- Ivareta brukermedvirkning i alle prosesser.
- Følge sjekkliste og rutiner knyttet til overganger mellom instanser.

## PROSESSMÅL:

- Tiltaksplan/måleskjema blir kjent for ansatte og blir tatt i bruk hos alle pasienter/brukere.
- Felles mal for overføring legges i tiltaksplan på journal 500
- Utarbeide flytskjema på hver avdeling og ta i bruk flytskjema.
- Informasjon om tildelingskriterier og helhetlig innsatstrapp.

## INVOLVERING I ARBEIDSPROCESS:

- Ansatte i de ulike avdelingene informeres underveis - bruk av leantavle.
- Ansattgruppen involveres ved endringer og grupper er med på å utarbeide/ endre rutiner.
- Overordnet ledernivå holdes orientert om prosessen etter hvert møte.

Hva er viktig for deg?

## MÅLEPUNKT:

Gjennomføre målsamtale med alle pasienter som innlegges på Raufossstun helsehus mellom 1. mars og 1. juni.

## Antall gjennomført:

### ØNSKET EFFEKT:

- Pasientmedvirkning.
- Bedre oversikt for pasienter, pårørende og ansatte for hva som er målet for pasienten og hva som skal til for å nå dette. Forenkler arbeidet for alle.
- Minimum 80% gjennomført.

## Tiltaksplaner i perioden 1/3 - 1/6

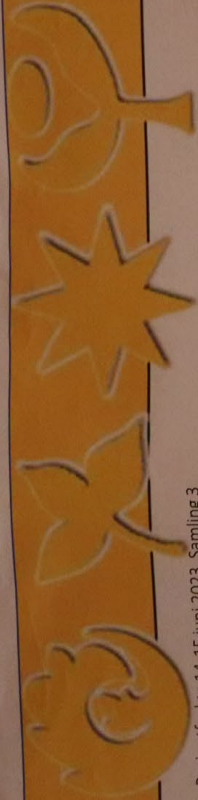
- Antall pasienter i perioden: 108
- Utførte tiltaksplaner: 78
- Ikke utførte tiltaksplaner: 30



Prosess	Involvering av heligrupper og ansatte	Tidspunkt
Ta i bruk «hva er viktig for deg»- skjema, «gjennomføring/ informasjon»- skjema og flytskjema på hver avd (pasientforløp)	Involvering av hele gruppe og øvrig ansatte Fris utkast 9. februar	Tas opp på møte 9. februar for frengangsmøte Evaluering? Fris utkast 9. februar
Utarbeide av målpunkter knyttet til flytskjema	Involvere heligrupper i avd. samarbeidspartner i avd.	Frist
Gå gjennom rutiner tilknyttet flytskjema. Se på hva som kan være felles.	Fagansvarlig og andre ressurspersoner i avdelingen Bruke kart som ressursperson Involvere pasienter i avd. samarbeidspartner i avd. flytskjema skal presenteres.	Frist 23. februar
Presentere flytskjema for avd. og legge dette frem på veitrom med rutiner.	Alle ansatte skal gi innspill flytskjema og hvordan rutine brukes. Bruke kart med fram	Legges fram 24. februar
Evaluering av hvordan dette har fungert.	Involver heligrupper i prosessen. Legge rutiner/ flytskjema på fellesliste i compilo.	Følt med tilbakemelding fra ansatte 20. april Implementere flytskjema med rutiner 1. juni.
Utarbeide et måleskjema ut fra harrlegging ved «første møte».	Gjennomgang og opplæring for skjema utarbeidet. Ligger på teams under veitrom.	Frist 23. februar
Bruke måleskjema og utføre		
Overordret mål og prosessmål	Endringer av dette slik at det er tilgjengelig for alle	Fra 1/3 og evalueres 1/6. Ressurspersoner på Helsehuset Frist 4. mai
Fremdriftsplan som lages på hver enhet.	Søker for at punkter blir kjent til ulike frister. Gjøres kjent for ansatte og søker for ansvarliggjøring	Frist 1. juni
Tidligere lager film som forklarer hvordan rutiner og helhetlig innsatstrapp	Unda sjekker ut dette. Kan ligge filmen som vi kan bruke?	Frist 1. juni
Alle finner rutiner som må samarbeide med andre instanser/ enheter.	Finner rutiner og markerer hvem man bør samarbeide om rutiner.	Frist 15. august
Workshop: rutiner	Samarbeide om rutiner slik at disse blir vedligeholdt	Auklere dato innen 1/9

## GRUPPA BESTÅR AV:

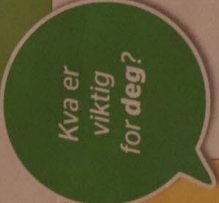
JENS MØRCH (Kommuneoverlege) • SATTAR GHANEMIFARD (Tilsynslege v/ Raufossstun helsehus og Gimle sykehjem)  
LINDA KLEVEN (Saksbehandler) • ANNETTE BRANDSHAUG (Sykepleier/konsulent) • LENE KRISTIN NILSEN (Avdelingsleder, hjemmetjenesten)  
ANE RUNNINGEN (Avdelingsleder, Raufossstun helsehus) • MONA LEIRDAL (Fagansvarlig, Raufossstun helsehus)  
MARI JOHANSEN (Fagansvarlig, hjemmetjenesten) • BJØRG KRISTIN ENG (Fagansvarlig, Fysio- og ergoterapitjenesten)  
INGER-ANN VEKVE (Fagansvarlig) • ELISE FALLINGEN (Psykiatrisk sykepleier, Psykisk helse og rus)  
ATLE HOELSVEN (Vempeleier, Elvesvingen) • THOMAS FARBER (Fagkontakt, Ytterskogveien omsorgsboliger)



**So langt har vi :**

- ➔ Utarbeidd ei **informasjonsbrosjyre** som vart utlevert til alle innbyggjare før jul.
- ➔ Hatt eit **felles personalmøte** i april for alle tilsette i Helse og Meistring, der informasjon om Gode pasientforløp vart presentert.
- ➔ **Kvar veke er det tenesteleiar møte** med kommunalsjef der det informerast om status og vegen vidare med læringssnettverket.
- ➔ Sjekklister og spørsmålformuleringer er utforma med omsyn til at brukarane skal møte **ei heilheleg og koordinert teneste. Konkretisering av mål** for tenesta og bevisstgjerjing rundt dette.
- ➔ Ferdigsfilte sjekklister **satt i produksjon i mai 2023.**
- ➔ Gjennomført **opplæring avdelingsvis.**
- ➔ **Fagsjukepleiar** bidreg i implementering.

- Innført videokonsultasjon mellom Helse- og meistring og legevakt
- Innført same observasjonsverktøy som nyttast SI Prehospital divisjon
- Innført videokonsultasjon med SI gjennom "Sårprosjektet"
- Innført sjekklister og felles rutinar i heimetenesta og Vågåheimen



Kva er viktig for deg?

**Utarbeidd følgande målepunkt:**

- Innkømt: kor mange har fått innkømtsamtale i løpet av 3 dagar?
- Kor mange har tiltaksplan etter 1-3 dagar?
- Kor mange har fått kartlagt ernæring etter 1-3 dagar?

Både inne på avdelinga på Vågåheimen og heimetenesta. Gjeld alle pasientar frå Vågåheimen som skal til heimetenesta, alle som kjem frå heimetenesta og inn på Vågåheimen, og dei som er på rulling.

**Planen vidare :**

Vi er i startfasa med implementering av sjekklister.

Det arbeides konfiruerleg med opplæring og innføring av det nye verktøyet.

Arbeide vidare med informasjonsdeling og opplæring internt i organisasjonen, og med innbyggjarar, pasientar og pårørende.

**Forbetringssteamet:**

- |   |  |   |   |
|---|--|---|---|
| <b>Hanne Stokke Moen,</b><br>Kvalitetsrådgjevar Helse- og meistring | <b>Siv Monika Horten,</b><br>Konstituert Avdelingsleiar Heimetenesta | <b>Nicole Kolobekken,</b><br>Ergoterapeut | <b>Anita Stokstad,</b><br>Prosjektleiar Velferdsteknologi |
| <b>Mariann Rosten,</b><br>Avdelingsleiar Vågåheimen                 | <b>Johanne Randen,</b><br>Sakshandsamar Tildelingskontoret           |   |   |





Vi jobber bredt med ulike tema:

Vi har tatt i bruk enkel kartlegging og dette er introdusert for ansatte.  
«Fokus er rettet mot hva er viktig for DEG?»

Ernæringskartlegging vi har gått fra MNA til MST

- nyeste retn. linjer fra Helsedirektoratet
- tidsbesparende for HBO der det ikke er noen utfordringer i forhold til ernæring

Vi ønsker å konkretisere svar på e-meldinger til sykehuset, her mangler vi noe drøfting i endringsteamet før dette er klart

- Pas. vil motta helsehjelp fra de blir utskrevet sykehuset
- HBO kartlegger ikke på kveld/helg
- Behov for Trygghetsalarm – HBO vil selv vurdere behovet evt. om pas. kan benytte telefon
- Medisiner og evt. spesielt utstyr må være medsendt fra sykehuset

Vi bruker endringmeldinger ved endringer av tjenesten til pasienter, og dette skjemaet er forenklet

Vi deltar i RUSTA FOR FRAMTIDA. Jobber med å konkretisere arbeidsoppgaver og danne spesifikke team.  
Bruke spesial kompetanse til rett pasient.

Vi har kartlagt ansattes kompetanse, og er i gang med internundervisning for å heve denne ytterligere

## Våler kommune - Innlandet



### Forbringningsteamet:

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



**ENKEL KARTLEGGING/SØKNADSSIEMA – hva er viktig for deg!**  
Innen 3 dager- HUSK IPLOS

**PASIENT**

Navn: \_\_\_\_\_  
Bosted: \_\_\_\_\_  
Fødselsnummer: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_  
Påreende: \_\_\_\_\_  
Slektsforhold: \_\_\_\_\_  
Bosted: \_\_\_\_\_ Født: \_\_\_\_\_  
Telefon: \_\_\_\_\_

**HVEM MELDER PAS. TIL HBO – ÅRSÅK:**

**SAMTYKKE:** Forvaltningsloven § 15 a, Forskrift om pasientjournal § 8 j, Personopplyngningsloven artikkel 9, at opplysninger gjøres kjent for dem som de direkte gjelder, eller for andre i den utstrekning de tenkes å ha forbindelse til det dreier seg om informert samtykke. Dette innebærer at den det gjelder er ansvarlig for å informere om hvilke opplysninger som formidles videre, hvem som er mottaker av opplysningene og hva samtykket gjelder. Jeg er oppmerksom på at min saknåd som gjemmer seg til behandlet sverffaglig. Jeg samtykker i at samarbeidende personell kan utveksle relevant informasjon for å koordinere med denne gjeldende. Følgelig  Spesieltjeneste /  Annet samtykke  Jeg samtykker IKKE til utveksling av relevante opplysninger som min helsestatus

**HVA ER VIKTIG FOR DEG:**

**AVTALER VIDERE:**

**MST – Malnutrition Screening Tool**  
Verktøy for å vurdere risiko for underernæring hos voksne

Date: \_\_\_\_\_  
Pasient: \_\_\_\_\_ Sign: \_\_\_\_\_  
Dagens vekt: \_\_\_\_\_

1. Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?

Tidligere vekt:	
Nei	0
Vet ikke	2
Ja. Hvor mange kilo?	
1-5 kg	1
6-10 kg	2
11-15 kg	3
over 15 kg	4

2. Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

Nei	0
Ja	1

Total poengskår \_\_\_\_\_  
Poengskår 2 eller mer betyr at du/pasienten er i risiko for underernæring:  
Iverksett kartlegging og tiltak.

Malnutrition Screening Tool (MST). Figuren er oversatt til norsk av Helsedirektoratet, basert på en tabell fra Ferguson et al., 1999.

Veiledning til spørsmål 1: Har du/pasienten gått ned i vekt i det siste uten å ha gjort forsøk på det?

- «Gått ned i vekt i det siste»
  - Ta utgangspunkt i vektendring i løpet av de siste seks måneder
  - Involver gjerne påreende, som ofte kan bidra med utfyllende informasjon

Veiledning til spørsmål 2: Har du/pasienten spist mindre enn vanlig på grunn av nedsatt matlyst?

- Ta gjerne utgangspunkt i om det er mindre enn 1/3 av det personen anser som sitt vanlige matinntak.

Vi gjennomfører en kartlegging over ansattes kompetanse, for å se hva vi skal ha fokus på ang. opplæring. Dette er kun til intern bruk og gjøres som et ledd i vårt forbedringsarbeid!

Ansett:

Hvor godt kjent er du med rutiner/prosedyrer og gjennomføring?	Meester	Utskær	Kan ikke	Ikke relevant
Ordransett som beredningspunkt og rutiner				
Regler for arbeidsutsett				
Er du kjent med hvem som arbeider i HBO og hvem vi samarbeider med?				
Er du kjent med sikkerhetsplanen for HBO?				
Er du kjent med kommunens service erklæring?				
Kan du rutiner for medlemsom?				
Rutiner ang. muligheter, utveksling av pas. og mottak av MD				
Medisinerhåndtering				
Informasjon til pas. ved medisin endringer				
Befolkeskaps rutiner				
Primærrutiner og primæransvar				
Kontakt og informasjon til påreende				
Berøring av barn				
Rutiner ang. tannbehandlingstiltak				
Rutiner ang. matombringning				
Trykkløstalarmer				
Hjelpeutrustninger hva har vi, rutiner utstyr inn og ut				
Prof/skumetastasjonssystemet				
Scanning av papirer				
Regler ang. arkivering				
Brak av tjuv				
Endring av tjenestetilbud				
NEWS og pas. observasjoner				
Kontakt med fastlege/sykehus				
Ernæringskartlegging				
Ansvar for bil				
Er du kjent med Comibo og kan skrive inn avvik				
Mobiltelefoner til HBO				
Regler for turnusarbeid helg/høllidager/ferie				
Brannrutiner				
Veilederen				
Kompetansecenar				
Har du noen tema du har lyst til å fordype deg i/påbe ekstra med?				

Noe du ønsker å tilføye:

Svar legges i konvolutt i postkassa til Sonja innen 13.12.22

Hvh. Forbedringsteamet

**ENDR**

Opplysning	Opplysning
Informasjon om andre endringer i arbeidsrutiner, prosedyrer	
Opplysning om pas. og	
Opplysning om medlemsom	
Opplysning om andre opplysninger i arbeidsrutiner	
Opplysning om ernæringskartlegging	
Opplysning om samarbeid med fastlege/sykehus	