



HJARTDAL
KOMMUNE

Gode pasientforløp 4 samling

Hjartdal kommune





Deltakarar

- Inga Tho, kommunelege
- Ingunn Vreim, kommunalsjef for helse og omsorg
- Mona Gundersen, enhetsleder for helse
- Gunn Ragnhild Paulsen, enhetsleder for hjemmebaserte tenester og tenester for funksjonshemma.
- Roar Spangelid, enhetsleder Hjartdal omsorgssenter
- Tonje Omnes Throndsen, fagleder Hjartdal omsorgssenter
- Tone Jenny Lonar, fagleder tenester for funksjonshemma
- Randi Therese Haugen, fysioterapeut
- Anne Lise Gjerjordet, fagleder i hjemmesykepleien



Kven er vi?









A wooden arrow-shaped sign pointing to the right, mounted on a vertical wooden post. The sign is made of weathered wood and has the word "Fjellvegen" carved into it in a black, Gothic-style font. The sign is slightly tilted upwards and has a small amount of snow on its top edge. The background consists of tall, thin evergreen trees, likely spruce or fir, with their branches and needles visible. The lighting is soft, suggesting an overcast day or late afternoon. The overall scene is a close-up shot of the sign, with the trees in the background slightly out of focus.

Fjellvegen



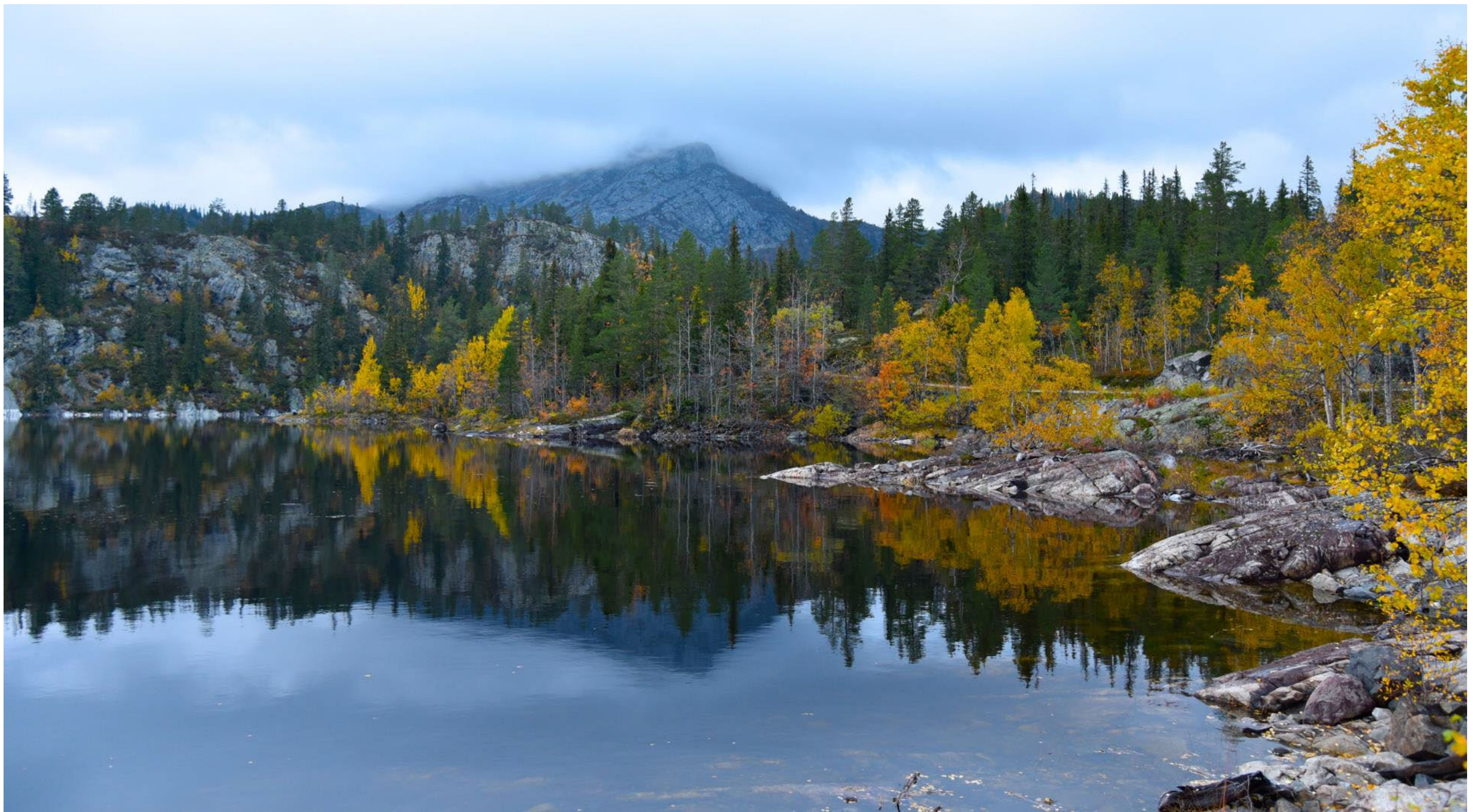
















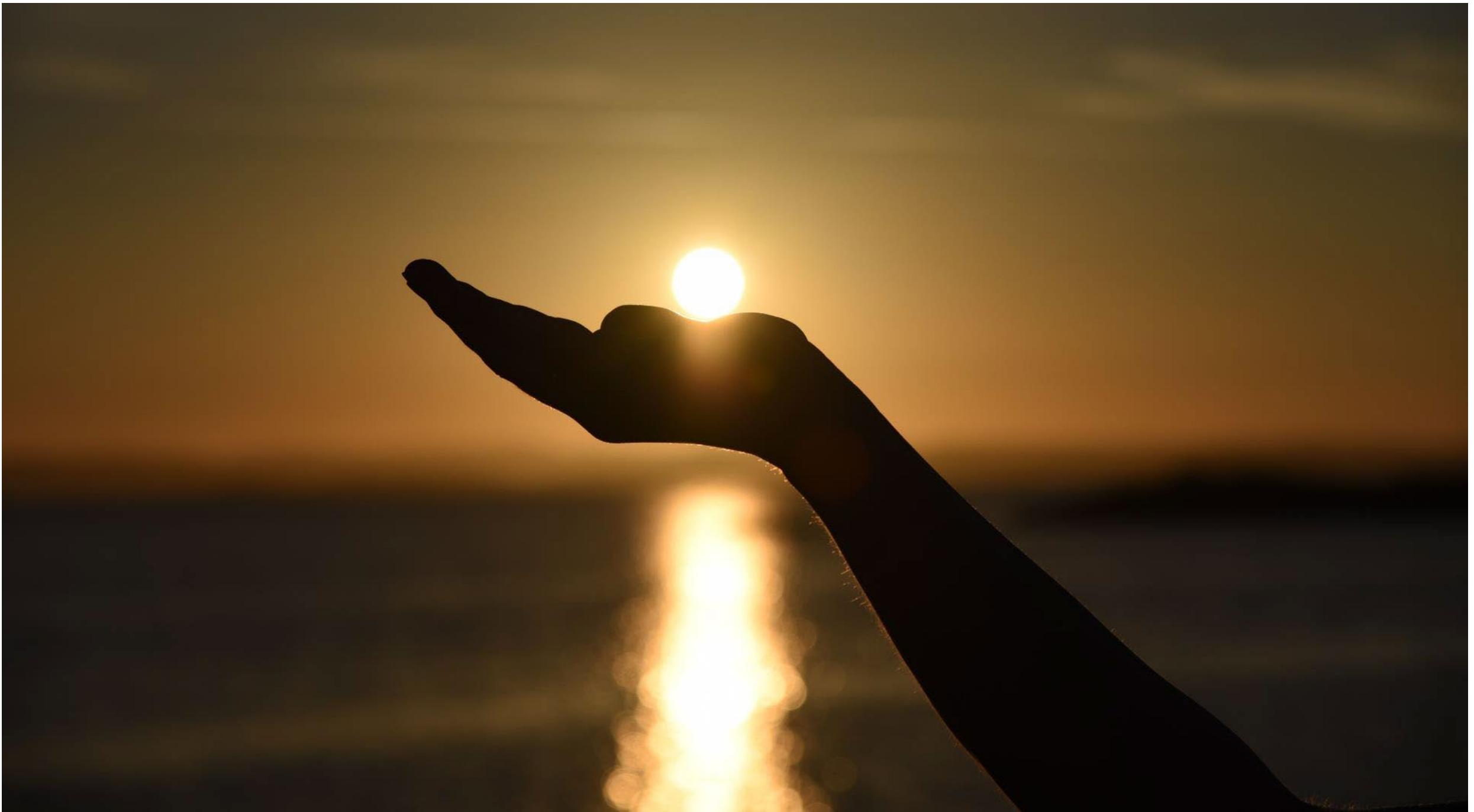


MJØLKERAMPA









Våre forbedringsområder

Vi såg at vi hadde ulike måter å jobbe på i hver sektor i kommunen. Ble enige om å ha et felles kartleggings skjema som dekker alle områder.





Forbedrings- prosessen

- Vi starta med å revidere kartleggings skjema for å sikre god kunnskap om pasienten
 - Innleggelsesprosedyrer.
 - Tilstandsvurdering
 - CFS-kartlegging: gjennomføres av første instans som er i kontakt med pasient.
 - MST-kartleggingen (ernæring).
- Gi god pasientoppfølging
- Sikre god informasjon mellom tjenestene
 - Tverrfaglig tiltaksteam
- «Hva er viktig for deg?»
 - Ulike erfaringer fra enhetene
- Omstrukturering på institusjon
 - Prosjekt «OSS»



Prosjekt OSS

«Av ansatte, for ansatte»

- Organisering
- Struktur og System
- Samarbeid

- Inndelt i 3 faser
 - Fase 1: Kartleggingsfase
 - Fase 2: Implementeringsfase
 - Fase 3: Evalueringsfase





Utfordringer

- Implementering
 - Få alle til å gjennomføre kartleggingen
- Mer fokus på oppfølging fra blant annet sykehus, fremfor kartlegging
 - Ressurser
 - Tid
- Hvordan skal vi synliggjøre målbarheten?





Hvordan har gode pasientforløp påvirket oss?

- Mer kunnskap om hverandres rutiner og oppgaver
 - Blitt mer samkjørte
 - Bruker felles verktøy/skjema
- Mer opptatt av hva som er viktig for pasienten
- Velfungerende helhetlig tjenestebilde





Eks på et godt pasientforløp

- 75 år gammel mann falt i hjemmet. Hj.spl ordnet Ø-hjelp på legekantoret. Der konkluderte legen å legge han inn på sykehus. Hj.spl hadde kartlagt pasienten som ble sendt til sykehuset ved innleggelsen. Kom tilbake til hjemkommunen for rehabiliteringsopphold på omsorgssenteret.
- Pasienten hadde et stort ønske om å komme hjem igjen. Fysioterapeuten kartla bosituasjon og tilrettela med hjelpemidler. Fikk også jevnlig opptrening på omsorgssenteret med fysioterapeut.
- Tverrfaglig tiltaksteam drøftet jevnlig pasientens situasjon.





Veien videre

- Hvordan videreformidle til bygdefolk, ansatte og opplæring
 - Lage en informasjonsbrosjyre for å opplyse bygdefolk
 - Legges ut på hjemmesiden til kommunen, samt sendes ut med bygdeblad.
 - Compilo (leseliste)
- Fokus på å bruke kartleggingskjema
 - Hjemmesykepleien: ved søknad
 - Omsorgssenteret: innen første virkedag
 - Hågå: ved nye brukere og søknader
 - Psykisk helse: ved første samtale
- Skrive at hele kartleggingskjemaet er gjennomført inn i profil under «tilsyn og observasjon» → «gode pasientforløp».
 - Få implementert dette i avdelingene

