

Postere fra læringsnettverk på Helgeland

Samling 3, 19. og 20. oktober 2022

Alstahaug kommune

- Ca. 7500 innbyggere
- Alstahaug sykehjem: 52 plasser (70 årsverk)
- Åsheim Terrasse: Heldøgns bemannet omsorgsbolig med 46 leiligheter, ca. 15 årsverk (7 leiligheter til korttidsopphold / rehabilitering)
- Hjemmebasert omsorg: hjemmeboende (9 årsverk) og bofellesskap (93 årsverk), hjemmehjelp (5 årsverk), Støttekontakt (4 årsverk)
- Kjøkkentjeneste (5 årsverk)

Forbedringsteam

- Vanja Røtvold Pettersen, gruppeleder og avdelingsleder sykehjemmet
- Ann-Trine Rosø, helsefagarbeider Åsheim terrasse
- Gretha-Therese Helen Davidsen, helsefagarbeider Åsheim terrasse
- Maria Ingebrigtsen, sykepleier i sykepleierteam Alstahaug kommune
- Wenche Junger, helsefagarbeider i hjemmesykepleie
- Turid Aaker, sykepleier/saksbehandler Tildelingskontor
- Nicole Welling, fysioterapeut Alstahaug kommune
- Anita Vean, enhetsleder omsorg og mestring

Forbedringsområder

- Informasjonsflyt
- Kommunikasjon

Mål:

- bedre rutiner for mottak av pasient, slik at både pasient, pårørende og tjenesteutøver skal ha en god opplevelse ved overganger i omsorgsnivå.
- bedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene blir av god kvalitet.
- øke de ansattes kompetanse på målrettet dokumentasjon.
- «Hva er viktig for deg?» skal være gjennomgående i pasientens møte med tjenestene.

Gjennomført:

- Spørreskjema laget, fylt ut av alle ansatte i Åsheim Terrasse, hjemmesykepleie og sykepleier-teamet, og analysert.

Gode pasientforløp - Brønnøy kommune

Samling 3



2. Planlegge
Kartlegge behov og dugens praksis
Sette mål
Velge måleverktøy
Finne / utvikle forbedrings-tiltak

3. Utføre
Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

ARBEID MELLOM 2. OG 3. SAMLING

Informere og sikre ledelsesforankring
Styrke brukerrollen
Gjennomføre tiltakene, måle og justere

Styrke brukerrollen

02.05.22 Forbedringsteamet møter pårørendekontakt ved Brønnøy sykehjem og representant fra eldrerådet:
 - Informasjon om arbeidet med Gode pasientforløp
 - Innspill fra pårørendekontakt og eldreråd

SAMMENFATNING AV VÅRE MÅL:

Mål: Bedre samarbeid mellom tjenestene

Mål: Forebygge reinnleggelse

Mål: Implementere rutiner og sjekklister for gode pasientforløp

Mål: Forutsigbarhet for ansatte og brukere

Ledelsesforankring

Forbedringsteamet er allerede "ledertungt" - vi har derfor heller sett på behov for arbeidsgrupper med ansatte

Gjennomføre tiltakene

Rutiner og sjekklister for gode pasientforløp

Vi har tidligere utarbeidet rutiner for rehabilitering på korttidsopphold, men disse falt ut etter en stor og brå omorganisering av korttidsavdelingen.

- Vi har nå jobbet videre med disse;
- info/innsplismøte med alle ansatte ved korttidsavdelingen + involverte fysioterapeuter og avd.leder fra hj.sp.
- Vurdert det vi hadde fra før i forhold til hva som må endres nå og hva vi bare kan starte opp med igjen
- Gjort nødvendige endringer i sjekklister
- Begynt å planlegge måling/oppfølging og løpende evaluering og endring (tverrfaglig arbeidsgruppe fra involverte enheter).

Gjennomføre tiltakene

Vi er ikke ferdige, men vi har begynt arbeidet med tilpassing av flytskjema/samhandlingskjede til vår organisasjon og drift.



Forbedringsteamet i Brønnøy

- Avdelingsleder tjenestekontor - Annie Bratås
- Enhetsleder fellesfunksjoner - Tonje Johansen
- Avdelingsleder hjemmesykepleie - Karina Lande
- Enhetsleder miljøterapi/tjeneste/ROP - Ann Kristin Lorentsen
- Avdelingsleder aktivitet og mestring - Hanne Solberg
- Enhetsleder sykehjem - Sandra Ediasen
- Avdelingsleder ROP-tjeneste - Brith-Tone Thrana

Eventyrøya Dønna

Innbyggere: 1379

Fordelt på 3 øyer

FRØ vi til OSS

Deltakere:
Elin Johansen
Thea Johansen
Victoria Nikolaisen
Lill Kristin Knutsen
Heidrun Stene
Oskar Knutsen
Silje Sandstrak
Judith Edvardsen

21 Sykehjemsplasser
1 KAD rom
15 omsorgsboliger for eldre
1 rom til avlastning
8 omsorgsboliger i bofellesskap (inkludert
1 bolig til avlastning barn)
Rus og Psykiatertjeneste
Legeskontor
Helsestasjon
Hjemmesykepleie

Ledelsesforankring og

Involvering

- Hengt opp poster på arbeidsplassene
- Informert om prosjektet til ansatte og ledelsen
- Invitert med kommunaldirrektør på samling 3

Målinger

- Spørreundersøkelse til ansatte i sykehjem og hjemmetjeneste for å bruke til videre arbeid



Status i dag:

- Startet arbeid med felles hovedbase for hjemmesykepleie og sykehjem.
- Kartleggingsskjema gitt ut til ansatte på sykehjemmet og hjemmetjenesten
- Markert hva er viktig for deg dagen 2022.
- Startet kartlegging av sjekklister

Videre arbeid

- Utarbeide videre et flytskjema for et helhetlig pasientforløp.
- Arbeide med hvordan styrke brukerrollen og egenmestring hos brukerne
- Opplæring og kompetanseheving
- Arbeide videre med dokumentasjon, mottak av pasienter, overføring av pasienter, rolle og ansvarsforståelse.
 - Starte med sykepleieteam
- Utarbeide videre bruk av sjekklister
- Fokus på godt samarbeid mellom enhetene, god kommunikasjon og holdninger til hverandre.

HOVEDMÅL

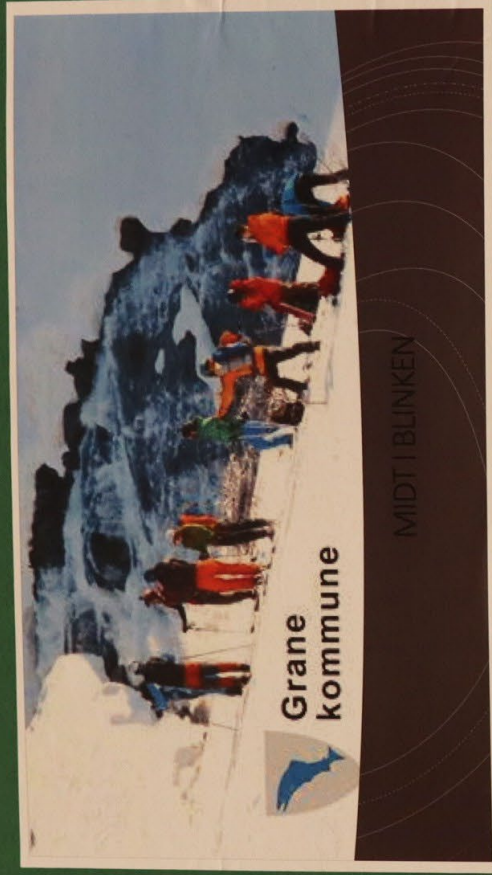
Sikre god samhandling mellom de ulike enhetene innad i kommunen.

Delmål

God kommunikasjon og informasjonsutveksling

Fokus på egenmestring hos brukerne

Bruke «hva er viktig for deg?» som utgangspunkt for tjenestetilbudet

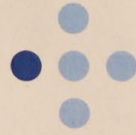


Gjennomført "Hva er viktig for deg" dagen i forbindelse med pasientsikkerhetsuka ved Grane Helsetun

Bedre på samarbeid mellom ulike enheter der pasient/bruker bytter enhet.

**BEDRE
SAMARBEID**

Sykepleier fra hjemmetjeneste og sykehjem har samtale med pasient eller bruker ved utskrivning fra sykehjem til hjemmet



HELGELANDSSYKEHUSET

HELGELAANTEN SKIEMTJEGÅETIE

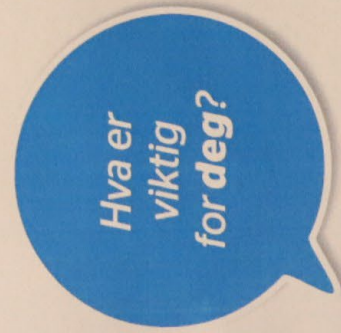


Overordnet mål:

Pasienter i Helgelandssykehuset skal oppleve et sømløst pasientforløp med god kommunikasjon samhandling, samt pasientsikkerhet i alle ledd av forløpet.

Hovedmål:

- God utskrivningsprosess:
- Se hele mennesket
 - God kommunikasjon internt og eksternt
 - Hva er viktig for deg?



Resultatmål — oppstart av piloter:

- Pilot 1: Sikre at 70% av pasienter mellom 65-85 år uten kommunale tjenester får tilpasset/relevant informasjon for å kunne ivareta egen helse ved utskrivelse innen (en gitt dato/utgangen av 2023)
- Pilot 2: Innen (dato) skal 100% av alle som er henvist til to eller flere kliniske sevicefunksjoner (ergoterapi, fysioterapi, ernæringsfysiolog) ha utskrivningssamtale.



Herøy kommune

Alle pasienter skal ha en plan for sitt pasientforløp. Denne skal ta utgangspunkt i hva som er viktig for den enkelte og skal ha ett helsefremmende fokus. Pårørende og relevante fagpersoner bør være involvert i utforming av planen.

Herøy er en sykdomskommune i Nordland fylke, på Helgelandskysten. Ca 1818 innbyggere. Næringslivet er i stor grad knytt opp omkring fiske og havbruk. Oppfølgingstilbud er organisert i en hjemmetjeneste, miljøtjeneste og sykehjem. Totalt ca 85 ansatte. De kommunale tjenestene er godt utbygd og sentralt plassert i et helsetun.

resultat av måling:



Det gode pasientforløp i Herøy kommune

I forbindelse med datahele i det nasjonale læringsnettverket for «Det gode pasientforløp» ønsker forbedringsteamet å gjennomføre en enkelt kartlegging. Nedentil kommer det noen påstander/spørsmål som vi ønsker at alle ansatte skal gi tilbakemelding på. ID

	Ikke i det beste tiltak	I liten grad	I noen grad	I stor grad	Kommentar
Jeg opplever at jeg har tilstrekkelig kompetanse for å lese og dokumentere i CosDoc.					
Jeg tror meg opp på rapporter og dokumenterer i CosDoc hver dag.					
Jeg bruker arbeidsplanen i CosDoc hver dag.					
Jeg opplever at jeg/avdelingen har felle rutiner for daglig dokumentering.					
Jeg synes arbeidsplanen er et godt verktøy i arbeidsdagen.					
Jeg krysser av for utførte oppdrag på arbeidsplanen hver dag.					
Jeg opplever at de ansatte i min avdeling utfører oppdrag på samme måte.					
Det er et aktuelt bruk av avdelingsplaner for å kartlegge pasientene.					
Jeg opplever at det er et godt samarbeid mellom ansatte på min avdeling.					
Jeg opplever at det er et godt samarbeid mellom ulike faggrupper rundt pasienter på min avdeling (helsefagarbeider, sykepleier, fysio, ergo, etc.).					
Jeg opplever at alle pasienter som kommer fra sykehus, lege eller en annen avdeling har med seg arbeidsplan (for oppfølging av pasienten).					
Jeg opplever at alle pasienter i min avdeling har en tydelig plan for oppfølging/veien videre.					
Jeg opplever at pasientene i min avdeling har medbestemmelse og er engasjert i sin egen plan/oppfølging.					
Jeg vet hva spørsmålet «Hva er viktig for deg?» innebærer.					
«Hva er viktig for pasienten?» ligger til grunn for den planleggingen jeg gjør.					
Det er viktig for meg å vite om pasientene når det kommer til å ta de kan beholde sine ressurser så lenge som mulig. (Helsefremmende fokus)					
Jeg gjør ofte uttalelser for pasienten som jeg vet er hardt/har kan klare selv.					
Jeg har kjennskap til metodene anvendte under samtalen.					

- Målingen 1 spørreskjema, ble gjennomført ved bruk av anonyme spørreskjema som ansatte selv har fylt ut. Undersøkelsen kan si noe om ansattes egne opplevelse av «Hva er viktig for deg?», helsefremmende fokus, bruk av skjema, systematisk samarbeid og bruk av CosDoc. Det er også lakt inn egen rubrikk for kommentar hvor hver enkelt kan komme med innspill om forbedring.

- Målingen 2 er gjennomført ved å telle (manuelt) det totale antall oppdrag per pasient, per dag, i oktober 2021. vi har laget tabeller som vi har satt inn i power point (som vi bruker som arbeidsdokument) av de totale kryssene per avdeling for «utført» og «utgått» oppdrag. Tabellen viser i prosent. Denne målingen forteller oss noe om hvordan vi bruker CosDoc som verktøy for å oppnå systematikk i oppfølging av beboernes (gode) pasientforløp.

Hva jobber vi med i september/oktober:

- Informere ansatte om målinger i avdelingsmøter i september
- Informere ansatte om utprøving av første tiltak «tavlemøte»
- Informere om status i forbedringsarbeidet i Rådet for eldre. Gjort den 19. september.
- Opplæring/oppstart «tavlemøte» i løpet av september (etter målinger). Tavler er på plass i begge avd.
- Ferdigstille målinger (SKAL gjennomføres før tiltak):
- spørreskjema sykehjem (hjemmetjenesten er ferdig)
- registrering av hvem som har PRB «Hva er viktig for pasient?»
- registrering av hvem som har «Hva er viktig for pasient» i sykepleiesammenfatning-
- registrere antall utførte pasientrettede oppdrag i arbeidsplanen

Hva er de riktige forbedringstiltakene for å nå målene våre?

Et dette de tiltakene vi trenger for å nå målene vi har satt? Hva skal vi egentlig gjøre for å nå målene? Sånn helt konkret?

Gode pasientforløp

Forbedringsteam
Wenche s. Jørgensen - enhetsleder
Marit Reitan Kjemsås - Enhetsleder
Sissel Eide Knutsen - Ergoterapeut
Isabell Näs - helsefagarbeider
Ann karin svinøy - helsefagarbeider
Silje hegre - sykepleier
Lotte moe - sykepleier
Malin morskogen-knutsen - sykepleier
Helena Angel - aktivtør

Forbedringstiltak: (utkast)

- Årlig fagdag for ansatte om temaet «Hva er viktig for deg?»
- Årlig markering for pasienter, pårørende og ansatte av «Hva er viktig for deg-dagen»
- Alle pasienter har ett PRB som heter «Hva er viktig for pasienten?» og sykepleiesammenfatning med spørsmålet «Hva er viktig for pasienten?» Oppfølging dokumenteres 2 ganger årlig (samtale eller faglig vurdering/skjønn). Primærkontakt har særskilt ansvar/PL-vakter.
- Etablere rutiner for dokumentasjon og arbeidsplan i Cos Doc i alle avdelinger.
- Internundervisning/kurs/gruppearbeid med fokus på: opprette PRB (problem, ressurs, behov), mål, tiltak og evaluere.
- Gjennomgang av sjekklister for avd. Opplæring av ansatte som skal bruke sjekklistene.
- Etablere rutiner for å etterspørre plan for oppfølging etter henvisning fra lege eller ved utskrivelse fra sykehus. Sjekkliste. Avklare forventninger i forkant av overgang.
- Opplæring og etablering av rutiner for tavlemøter på alle avdelinger. Ansatte besøker kommune eller sykehus som benytter metoden.
- Rutiner/opplæring på hvor/hvordan man kan oppdatere seg på pasientens diagnose/problem? Bør løftes frem på tavlemøte?



Leirfjord kommune
- muligheter på land og på vann



Forbedringsteam
Marit Myrvik
Therese Sigmundsdatter
Pammy Nilssen
Sigbjørn Olsen
Karinna Bjørnsrud
Ingrid Bjørnli
Tore Nyland
Bjørn Johansen

Hovedmål:

Sikre et trygt og forutsigbart pasientforløp som ivaretar pasientens behov

Delmål:

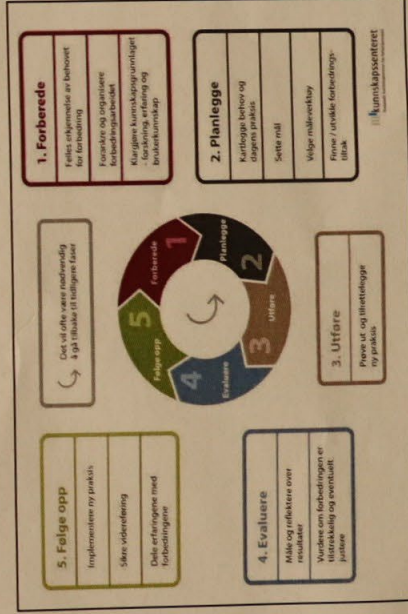
- Hva er viktig for deg?
- Unngå innleggelse/ reinnleggelse
- Systematisk kartlegging
- Sikre pasientens behov

Forbedringspunkter

- Involvering av pasienten
- Bedre rutiner for tildeling av tjenester
- Samhandling om pasientene
- Plan ved forverring, oppfølging
- Bedre utnyttelse av kompetanse

Forbedringstiltak:

- Innføre sjekklister/ flytskjema
- Innkøst- / «hva er viktig for deg» - samtale
- Tjenestekontor (forslag til politisk behandling)
- Tettere samarbeid med Helgeland Rehabilitering



Tjenestetilbud i pleie- og omsorgssektoren

- Hjemmetjenesten:
- Hjemmesykepleie (ca. 95 brukere)
- Miljøtjenesten
- Praktisk bistand
- BPA
- Avlastningstjenester for barn og unge
- Omsorgsboliger
- Omsorgslønn
- Dagsenter for personer med demens
- Helsestasjon for eldre
- Demenssteam med personal fra sykehjem og hjemmetjenesten
- Sykehjem (29 plasser)
- Rus- og psykiatrisk tjeneste
- Dagsenter (ikke i drift per dags dato)
- Helsecenter
- Helsestasjon og skolehelsestjeneste
- Legesenter med tre fastleger
- Fysioterapitjeneste med tre fysioterapeuter (en kommunal og to private)



LURØY KOMMUNE

LIV LAGA

3 omsorgskretser, 5 omsorgssentre, 13 institusjonsplasser, miljøterapijeneste med 2 bofellesskap, 1 psykisk helsearbeider, 1 interkommunal psykolog, 1,5 fysioterapipihjemler og 1 kommunalt ansatt fysioterapeut (33%), 1 ergoterapeut, 1 hjelpemiddeltekniker (40%), 1 kreftkoordinator og 1 demenskoordinator (begge 20%), 2 helsesykepleiere, barnevernstjeneste og tildelingskontor.

Innbyggertall: 1869

Antall personer over 67 år:

449 (SSB, 20.09.22)

Hovedmål: Sikre
innbyggernes behov
for å møte helhetlige
trygge og
koordinerte
tjenester

Tiltak

- Tverrfaglige samarbeidsmøter.
- Reetablering av forbedringsteam.
- Visma veilederen som verktøy for ansatte
- Fallforebyggende grupper.
- Redigering og forbedring av sjekklister; sikre felles forståelse, felles mål og fokus på hverdagsmestring.
- Konkretisere mål for korttidsopphold med fokus på brukernes egne ønsker og behov. Sette opp tavler på rom.
- Kartlegging av eldre og deres boliger.

Forbedringsteam:

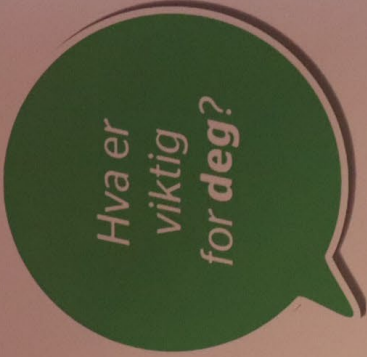
Kay Pedersen, leder ytre omsorgsdistrikt, Kristin Bjørke, leder indre omsorgsdistrikt, Freddy Joe Johnsen, leder midtre omsorgsdistrikt, Tonje Østrem, fagrådgiver/saksbehandler tildelingskontoret, Berit Harsvik Hauknes, leder for enhet barn og familie, Erlend Henriksen, fysioterapeut, Anne Brit Greff, HSO-sjef, Øystein Aasvik, leder miljøterapijenesten, Eva Evensen, ergoterapeut

Litt fakta om Rana Kommune

Byen har over 21 000 innbyggere, men i kommunen som helhet bor det over 26 000 mennesker. Rana kommune har et areal på 4460 km², dvs Norges fjerde største kommune i utstrekning.

Mål – hva skal vi oppnå?

Forbedre kommunikasjon mellom tjenestene, slik at overgangene i pasientforløpene blir av god kvalitet. Bedre koordinerte pasientforløp. «Hva er viktig for deg?» blir gjennomgående i brukeren møte med tjenestene, slik at brukeren opplever å bli sett og videre motivert til økt egenomsorg. Forebygge innleggelse og reinnleggelse.



Hva er
viktig
for *deg*?



3. Utføre

Prøve ut og tilrettelegge
ny praksis

Oppdatering av status i arbeidet

Kommunen er startet opp med implementering av verktøy og sjekklister fra DigiPro-helse. Vi har hatt målinger på bruk av innleggelses-rapporter på pasienter med kommunale tjenester som ble innlagt i sykehus. Kommunen er i gang med opplæring av Pro Act instruktører, og jobbes videre med kursing av øvrige ansatte. Det jobbes videre med implementering av «hva er viktig for deg» i arbeidsverktøy som kartleggingsmalter og brukerundersøkelser.

Medlemmer i forbedringsteamet

Astrid Skjevling..... seksjonsleder institusjonstjenesten
Lena Handberg..... seksjonsleder hjemmebaserte tjenester
Lilli – Ann Krutå..... seksjonsleder hjemmebaserte tjenester
Svein Arne Andersen..... seksjonsleder rehabiliteringstjenesten
May Helen Steinffjell..... rådgiver psykisk helse og rus
Ingrid Lorentzen Kildal..... psykologspesialist
Trine Graven..... rådgiver tildelingskontoret
Tonje Bergh Grimsø..... fysioterapeut innsatssteam
Liv Tove Risøy..... sykepleier 1 korttidsavdelingen
Ingvild Jensen..... sykepleier hjemmetjenesten

