

Postere fra læringsnettverk i Sogn og Fjordane

Samling 4, 31. august og 1. september 2022

-Gode pasientforløp-

Søknad- og vedtaksprosessen for helse og omsorgstenester i Askvoll kommune



Mål:

- Tildeling basert på kva som er viktig for tenestemottakar
- Tildeling av tenester basert på heilskapleg og likeverdig kunnskapsgrunnlag
- Trygge overgangar mellom tenester

Kva er viktig for deg?

Kva har vi gjort

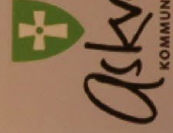
- Nytt digitalisert søknadskjema
- Nytt kartleggingsskjema, som inkluderer erfaring med teknologi
- Sjekklister for overgangar mellom tenester
- Endra rutiner

Erfaring

- Har eit betre vedtaksgrunnlag
- Har behov for tildelingskontor
- Endring av malar i CosDoc
- Endringar medfører usikkerheit og "rot"

Vegen vidare

- Førebu sak om tildelingskontor i samband med budsjettprosessen
- Konkretisere «kven gjer kva»
- Vidareutvikle sjekklistene til lommeformat
- Vidareutvikle skjema og malar i CosDoc



-rom for eventyr !

Sara Terese Osland (seksjonsleiar), Håvard Yndestad (sosialkonsulent), Helene Norstrand (rådgjevar), Gro Fauske (sjukepleiar), Alice Eimhjellen (ergoterapeut)

Plan for implementering og videreføring i Aurland

3.9.20XX

Kortsiktig mål:

Prioritere lovpålagte oppgaver;

- * Internundervisning dokumentasjon og journalskriving.
- * Samarbeid og prosedyre for samarbeid mellom institusjon og tilsynslege.



Langsiktig mål:

Kommunikasjon og samhandling internt i organisasjon og mot brukarar og pårørande for å sikre brukarmedvirkning;

- * Sak til kommunestyre om oppretting av brukarutval → på nyåret 2023

Tittel på presentasjonen

2

BREMANGER
KOMMUNE



ASTRID JOHANNE VÅRDAL, ARBEIDSLEIAR PSYKISK HELSE
EVY JANNE FJELLESTAD, DRIFTSSJEF BREMANGER SJUKEHEIM
HEGE ROSVOLL, SAKSHANDSAMAR PLEIE OG OMSORG
KARINE IGLAND, DRIFTSSJEF OPEN OMSORG



SAMORDNE TENESTENE



SAMARBEID PÅ ALLE
NIVÅ



STØRRE FOKUS PÅ "KVA
ER VIKTIG FOR DEG"

Institusjons opphald

- Innkøst- og utreise samtale ✓
- Tverrfagleg møte ✓
- Brukarmedverkand ✓

Søke og tildeling
prosessen

- Tenestevegen ✓
- Felles skjema ✓
- Vedtaksmalane ✓
- Klart språk ✓
- Møtebok i EPJ ✓

Kartlegging

- Sjekkliste ✓
- IPLOS ✓
- Kartleggingsskjema ✓



Fjaler kommune

Ligg på sørsida av Dalsfjorden
Landareal på vel 400 km²
2 885 innbyggjarar



Sjekkliste ved ny brukar/heimkomst frå sjukehus/sjukeheim, Fjaler Kommune

Namn på brukar: _____ Fødselsnr.: _____

	Utført
Legg brukar inn i CosDoc	
Sjekk at brukar har riktig journalansvarleg <i>Ellen Merete Alvåren</i>	
Sjekk at brukar har riktig adm. Eining <i>20</i>	
Legg til tenester og tiltak	
Legg til adresse	
Legg til telefonnummer	
Oppdater arbeidsplan	
Set opp utlevering av 1-2 medisinskjema 2 månadar fram i tid	
Legg til pårørande	
Legg til fastlege	
Kontroller medisinsliste med fastlege	
Legg inn medisinsliste <i>Få dobbelkontroll, skriv ut og legg i perm på medisinsrom.</i>	
Bestill medisinar <i>Lag til medisinkorg, a- og b-preparatrekneskap.</i>	
Legg til brukar på dosettliste <i>Signeringsliste og vekedag for utlevering.</i>	
Legg til problem/mål/tiltak	
Åvtale kartleggingsbesøk <i>Legg inn på arbeidsplan, hugs saknadsskjema</i>	
Legg inn oppdrag om å vurdere/evaluere tiltak etter ei veke	



Sjekkliste ved innkomst Fjaler Sjukeheim

Namn på brukar: _____ Fødselsnr.: _____

Næraste pårørande
Dele ut informasjonstema
Overføre journal med rettmene
Oppdatere tavla
Dokumentere at inkomstsamtale er tatt
Mål med opphaldet? Kva er viktig for deg? <i>Bruk eiga reg. på CosDoc nr. 260</i>
Oppdatere legemiddelliste, oppfølging epikrise
CAVE?
Klargjere dosett
Bestille nødvendig
BT/P, Vekt, IPILOS
Behov for fysio? <i>Utd. i fysioavd.</i>
Behov for hjelpemiddel
Målmøte? ADL kartlegging
HLR status
Oppdatere pleieplan
Matkort
Føre på kostliste
Tannkort, inkontinenskort
Namneskilt
Test av alarmknapp



Sjekkliste for kartleggingsbesøk, Fjaler Kommune

Namn på brukar: _____ Fødselsnr.: _____

	Utført
Kva er viktig for deg? <i>Bruk eiga reg. på CosDoc nr. 260.</i> <i>Korleis kan heimetenesta bidra til at du får ein god kvardag?</i>	
Personnummer	
Fastlege	
Pårørande <i>Hugs telefonnummer.</i>	
Adresse	
Telefonnummer	
Busituasjon <i>Bur brukar aleine? Er heimen godt tilrettelagt?</i>	
Behov for hjelpemiddel? <i>To med saknadsskjema (NAV). Kontakt ergoterapeut for bestilling.</i>	
Medikament <i>Utlevere dosett? Ta med medikament frå heimen. Skal evt.-medikament oppbevarast i heimen?</i>	
Er nødvendig utstyr på plass? <i>Sårstell, kateter, skotrékk, inkontinensutstyr, handsprit,</i>	



Sjekkliste ved innleggelse sjukehus/sjukeheim, Fjaler Kommune

Namn på brukar: _____ Fødselsnr.: _____

	Utført	Dato
Ved innleggelse sjukehus		
Send innleggesrapport		
Set tenester på pause <i>Gi beskjed til kjøkken, Vevang og evt. Psykisk Helse.</i>		
Varsle pårørande dersom brukar ynskjer det		

	Utført	Dato
Ved overføring til sjukeheim		
Skriv overføringsrapport		
Overføre journalansvar		
Set tenester på pause <i>Gi beskjed til kjøkken, Vevang og evt. Psykisk Helse.</i>		
Ved avlastningsopphald skal medisinar overleverast til sjukeheimen <i>Også inkontinensutstyr, søpe og anna forbruksmaterieil.</i>		



Kva er viktig for deg?

Samhandling elektronisk individuell plan

Samarbeid rundt pasientar med behov for samansette tenester

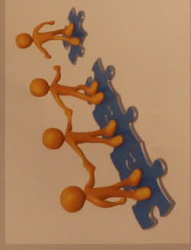


Kva var det vi ville forbetre?

Det er ønska å få på plass betre samarbeid mellom kommunar og helseføretak i elektronisk individuell plan, som ein del av eit pasientforløp. I tråd med løverket gjeld dette pasientar med behov for langvarige og koordinerte tenester.

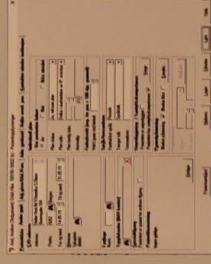
Kommunane i Helse-Førde sitt opptaksområde har valt å nytte Visma Flyt Samspill.

Den overordna målsettinga vår er å sikre god bruk av Samspill i Helse-Førde, i samarbeid med kommunane, der det er behov for koordinerte tenester.



Status ved oppstart

- Kommunar melder at Helse Førde vegrar seg for å delta i elektronisk individuell plan (e-IP - Samspill)
- Avviksmelding frå Helse Førde på Visma Flyt Samspro/Samspill
- Behov for felles samarbeidsprosedyre for kommunane og Helse Førde.
- Behov for oversikt over kven som deltek i e-IP i helseføretaket og kva deltakarane opplever som problemområde.



Kva gjorde vi?

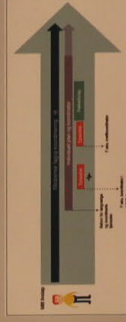
1. Telefonrunde til alle kommunar med spørsmål om kor mange aktive individuelle planar dei har, kven dei samarbeida med i helseføretaket, kva dei opplever som problem og kva dei meiner skal til for å betra samarbeid.
2. Fokusgruppeintervju med to seksjonar i helseføretaket som har erfaring med arbeid i e-IP. Identifisert problemområder og mulige løysingar.
3. Intervju av tre føresette til barn med IP.
4. Utarbeidd forslag til løysingar på problemområde i samarbeid med kommunane og Helse-Vest IKT
5. Opplæring i programmet for dei to seksjonane i Helse Førde, i lag med representantar frå kommunane.
6. Etablert arbeidsgruppe rundt arbeid med ny felles samarbeidsprosedyre. To representantar frå kommunane deltok saman med tilsette i føretaket
7. Utarbeidd samarbeidsprosedyre



Få fram status og utfordringsområde

Få oversikt over

- lag med kommunar i Helse Førde
- sitt føretaksområde har
- om alle kommunane i føretaksområdet har kjøpt programvara Visma Flyt Samspill, elektronisk individuell plan (e-IP).
- samarbeid mellom kommunane og helseføretaket
- korleis tilsette i Helse Førde opplever bruken av Visma Flyt Samspill
- korleis brukar/føresette erfarer arbeidet med individuell plan



Resultat

- Alle kommunar i Helse Førde sitt føretaksområde har no kjøpt programvara Visma Flyt Samspill.
- Helseføretaket har fått betre kunnskap om Visma Flyt Samspill generelt, og korleis programmet kan brukast for å imøtekomme deira behov.
- Lågare terskel for å delta i e-IP for tilsette i føretaket
- Lettare å logge inn på programmet, m.a. gjennom direkte inngang via Dips.
- Betre kunnskap om samarbeid i e-IP både i kommunar og i helseføretaket.
- Lettare å forstå kva pasient/brukar meldingar frå kommunane gjeld
- Lettare for leiarar å ha oversikt over kven som deltar i arbeid med e-IP – særleg viktig ved skifte av behandlar
- Felles prosedyre er utarbeidd og levert til samhandlingsstjef og samhandlingskoordinator for kommunane



Vidare arbeid

1. Meir opplæring i bruk av e-IP. Gerne i lag med kommunane
2. Kompetansen om individuell plan og koordinatorar må bli betre i helseføretaket
3. Betre opplæring for koordinator både i kommunar og helseføretaket
4. Pasient/brukarmedverknaden må bli reell/styrkast
5. Leiarane i Helse Førde må ha eit overordna fokus på vår deltaking i, og bruk av, e-IP
6. Arbeid med koordinator og individuell plan bør inn i Helsefelleskapa



HYLLESTAD KOMMUNE



Ingenting er umulig, viktig å strekke seg etter stjernene

«Som ein heimetenebasert kommune skal vi tilby tenester som gjer det trygt og forsvarleg å kome direkte heim etter innlegging på sjukehus»

Gode pasientforløp

Dette klarer vi med

- God samhandling mellom kommunale tenesteytarar
 - Tilgjengeleg, proaktiv, rutinar
- Ha fokus på brukar sine ønskjer
 - "Kva er viktig for deg?"
- Skape og signalisere trygghet for brukar, pårørende og samhandlingspartar

Vi har...

- Nytt tidlegare prosjekt og brukarundersøkingar som utgangspunkt og kunnskapsgrunnlag
- Knytt prosjektet til pågåande prosjekt
 - oppfølgingsteam
 - primærhelseteam
- Starta pilot med å registrere "Kva er viktig for deg?" (PSFS skjema)
- Laga system for PSFS registrering og deling i Cosdoc
- Knyta PSFS til legemiddelgjennomgang med fastlege og heimetenesta
- Laga ny samhandlingsrutine; tildeling, heimetenesta, kreftkoordinator og fysio/ergo (kven gjer kva ved innlegging og utskrivning?)
- Klargjort felles språk og begrepsbruk i kommunen

Vi skal...

- Knyte oss til pågåande rehabiliteringsprosjekt i kommunen
- Vidareføre pilot "Kva er viktig for deg?" til heile heimetenesta
- Styrke samarbeid med fastlegane og primærhelseteam (prosjekt: gjere fastlegeressursen tilgjengeleg)
- Gjennomføre ny brukarundersøking i 2022
- Samanlikne liggedøgn på korttidsavd 2021-22 med data frå 2018-19
- Evaluere prosjektet

Vi ønsker...

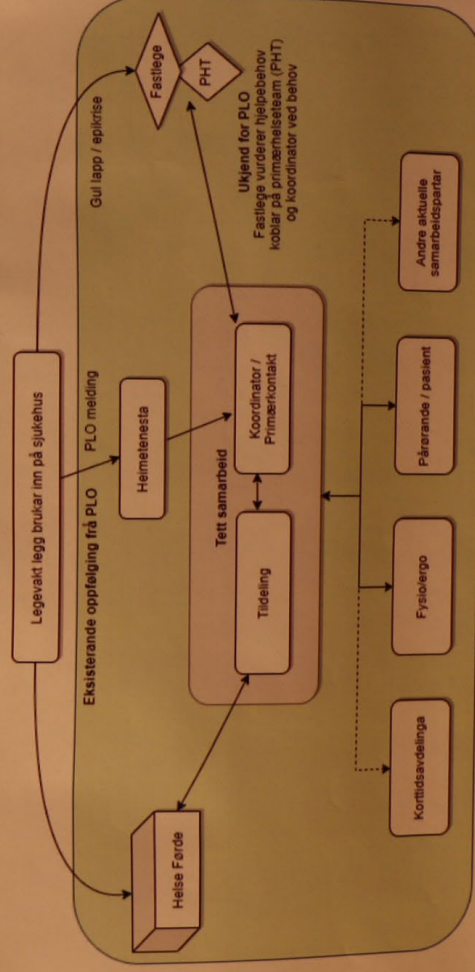
- Ein plattform for dialog med lokalt helseføretak om eksisterende samhandlingsrutinar og avtalar
- Knytte prosjektet til etableringa av helsefelleskap

Samarbeidsrutine mellom heimetenesta, tildelingseininga, kreftkoordinator og fysio/ergo avdeling

<p>Det er behov for henvisning til fysio/ ergo avdeling når ein brukar er innlagt/relatert til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fall tendens • Forverring av KOLS • Slag • Raskt/ akutt fall i funksjon • Brot 	<p>Det er behov for strukturert samarbeid mellom kreftkoordinator, heimetenesta, fastlege, tildeling, fysio/ergo avdeling relatert til:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kreft • Anna alvorleg sjukdom – til dømes ALS • Palliasjon.
--	---

- ✓ Når ein brukar i heimetenesta vert innlagt på sjukehus, skal koordinator sende over ein status til tildelingseininga. Dette for å kunne seie litt om bustad, status i forkant av innleggelse, eventuelle utfordringar etc.
- ✓ Tildelingseininga skal sende henvisning/melding til fysio/ergo avdeling ved behov, helst etter første helseopplysning/ tidleg melding frå sjukehus
- ✓ Koordinator må fortsette å lese helseopplysningane som kjem i saksbehandler journal der kommunikasjonen mellom tildelingseininga og sjukehuset foregår. På denne måten held koordinator seg oppdatert og kan kome med innspel dersom det er behov for. Den enkelte sjukepleiar skal ikkje ringe til sjukehuset og etterspør informasjon, så lenge det ikkje er naudsynt. Det meste skal kome fram i dialog meldingane mellom kommunen og helseføretaket.
- ✓ Kontakt med pårørende – Når det nærmar seg utskrivning skal tildelingseininga ta kontakt med pasienten sjølv, eller med næraste pårørende for å informere om det kommunale tilbødet. På denne måten kan ein trygge pasient og pårørende på det tenestetilbodet som vert gitt og svare på eventuelle spørsmål. Dette vil kunne vere med på å gjere det meir forutsigbart for alle.
- ✓ PFS "Hva er viktig for deg" skjema skal fyllest ut ilag med pasient – og journalførast i CosDoc.
- ✓ Tildeling skal informerast via dialogmelding i CosDoc om kreftkoordinator vert innkalla til møte av Helse Førde (ofte palliativt team). Med mål om å sikre betre helsekapleg teneste.

Oppfølging av utsatte pasientgrupper ved innlegging



Luster

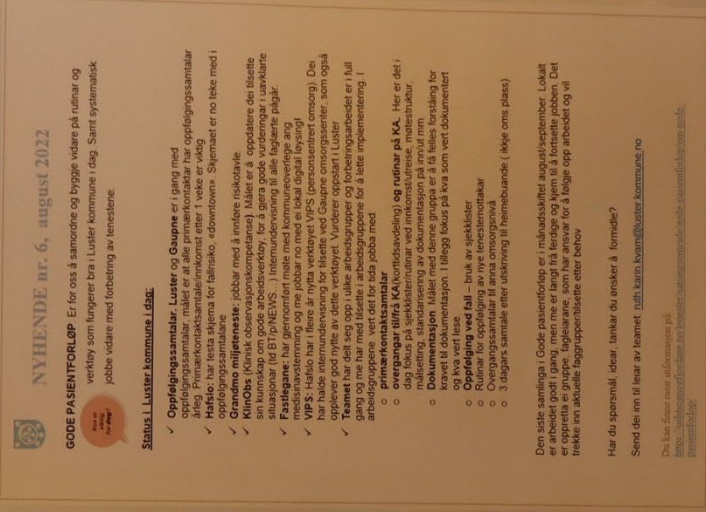


GODE PASIENTFORLØP

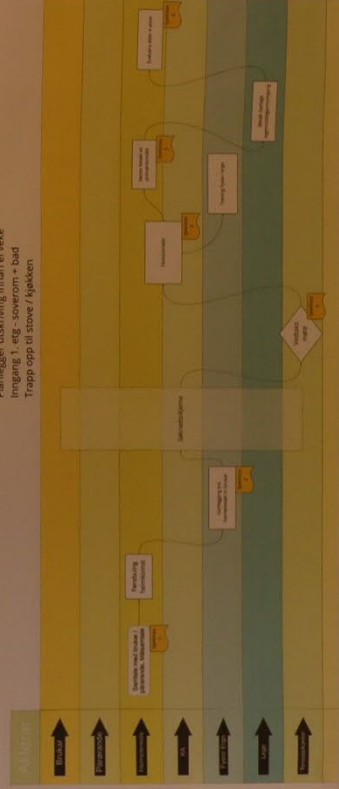
Er for oss å samordne og bygge vidare på rutinar og verktøy som fungerer bra i Luster kommune i dag. Samt systematisk jobbe vidare med forbetring av tenestene.

Forankringsarbeid

- Me nyttar mellom anna *nyhendebrev* som informasjonskanal ut mot tilsette
- Tilsette vert involvert gjennom deltaking i arbeidsgrupper
- Prosessen med gode pasientforløp er implementert i fastsette strukturar



Heliskapleg pasientforløp Petra 77 år



Hva er viktig for deg?

Gode pasientforløp



Sogndal kommune

Fokus

Overgang frå kortidsavdeling til heim

Forslag til forbetring – Gode pasientforløp

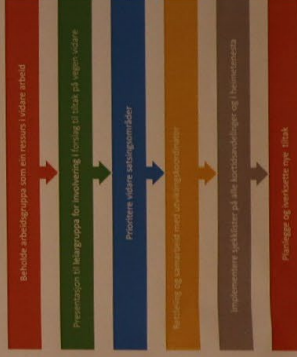
Kva er viktig for deg – spørsmålet inn i alle ledd av drifita
Visuell oversikt over kommunen sine pasientforløp
Forbetre avtaler, rolle- og arbeidsbeskrivelse internt
Sjekkliste på kortidsavdelingar og i oppfølging heime
Styrke førebyggjande tiltak ved multisjukdom / skrøplege eldre
Implementere tavlemøte på alle kortidsavdelingar
Bidrag til kulturendring og retningsendring (på sikt ☺)
Styrke dialogen mellom Tidelingskontoret og Helse Førde
Innsatsteam i oppfølging av heimebuande
Kunnskapfokus og verdien av tilsette (auke og behalde)
Årshjul for å sikre vidare arbeid

- ✓ Kartlegging, informasjonsinnsamling og sortering
- ✓ Auka merksemd på «kva er viktig for deg?»
- ✓ Sjekkliste knytt til pasientforløp korttidsavdeling og tidleg heim
- ✓ Jamleg rettleiing med utviklingskoordinator
- ✓ Forslag til vidare forbetningsarbeid
- ✓ Jobbe vidare med implementering av tiltak

Kvar er vi no?

- Auke kvalitet og pasientsikkerhet
- Likeverdige tenester i heile kommunen
- Rett teneste til rett tid
- Styrke førebyggjande og rehabiliterande tiltak
- Styrke tankegang og samhandling
- Avklare roller og ansvar i pasientforløp
- Synleggjere behov for kompetanse og ressursar

Vidare arbeid hausten 2022





VISION

STAD

Verdas beste vesle stad

Kven er vi? Team Nordfjordeid

Heidi Munch Starheim –
Avd.leiar Hogatunet bu- og behandlingssenter
Siri Heggen – fagleiar Hogatunet bu- og behandlingssenter
Hilde Isane Hjelle – ergoterapeut i kommuna
Helga Oline Leivdal – sjukepleiar heimetenesta

Team Selje

Rita Helen Hatlenes – assisterande tenesteleiar Seljetunet
Stine Fylling Silden – fagleiar Seljetunet
Nina Beate Raad Osmundsvåg – ergoterapeut
Marthe Susan Hårklau Stave – sjukepleiar heimetenesta
Susann Brobakke – sjukepleiar heimetenesta
Hanne Teige – sjukepleiar heimetenesta

Demografi

Skipa 1. januar 2020 ved samanslåing av Eid, Selje og delar av Vågsøy kommune i Nordfjord. Stad har ca 9.500 innbyggjarar, med Nordfjordeid som kommunesenter. Kommunen strekk seg frå innerst i langstrakt fjord og til kyst. Stad kommune har 84 sjukeheimsplassar. Ca 820 er mottakar av kommunale omsorgstenester.



Mål

Eit heilskapleg pasientforløp og ein strukturert oppfølgingsplan som sikrar autonomi for pasientar i Stad kommune.

Delmål

- God flyt, gode overgangar mellom omsorgseiningane
- Lik arbeidsmetode med sjekklister, lik vurdering og lik kartlegging i heile kommunen
- Alle sjekklister er tilgjengelege og kjende for alle innan midten av januar
- Målsamtale og tverrfagleg epikrise legg til rette for at den einskilde skal meiste eigen livssituasjon
- Klar og konkret kommunikasjon med sjukehus
- God fordeling av institusjonsplassar

Tiltak

- Gode sjekklister for å sikre betre flyt i overgangane
- Like sjekklister på likt omsorgsnivå for å sikre likt arbeid
- Presentasjon av prosjektet på personalmøte
- Starta bruk av sjekklister, er i utprøving
- Presentasjon av prosjektet i leiargruppa
- Deltatt på samling og rettleingsdager
- Prosjektgruppa har hatt arbeidsmøte

Evaluering

Tema på sjukepleiarmøte for å evaluere sjekklister, bruk og nytte, manglar og forståing

Vegen vidare

- Sjekklister blir etter kvart lagde i Compilo for å sikre tilgjengelegheit
- Oppdatere einingsleiarane om prosjektet og status
- Reise rundt og presentere prosjektet når det er ferdig

Prosesen

Med utgangspunkt i kommunesamslåinga og identitetsbygging såg vi verdien av at « team Nordfjordeid» og «team Selje» jobba saman. Vi samla oss tidleg i prosessen, og har hatt felles prosjektmøter og utvikling lag. Vi fant at det er i overgangen mellom omsorgseiningane i eit pasientforløp kvaliteten ofte glipp. Vi har fått med representantar frå fleire ledd i kjeden. Vi har også forsøkt å sikre kommunikasjon med fastlege og sykehus i vårt arbeide.



Stad kommune



Nær og heilhjarta

Eit heilskapleg pasientforløp og eit strukturert oppfølgingsprogram som sikrar autonomi for pasientar i Stad kommune.

Eksempel sjekkliste TVERRFAGLEG EPIKRISE Rehabilitering institusjon

STAD

TVERRFAGLEG EPIKRISE
REHABILITERING I INSTITUSJON

Namn: Oda Nordmann
Adresse: Sjøstakken
E-post: 00 00 0000
Telefon: 000 00 000

OPPLØP: Føle: Td:

Indikasjon: _____
Bakgrunn for oppfølging: _____
Diagnose/tykkelsestørrelse: _____

SIKRE PASIENTSikkerhet
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontakt, kontaktperson)

Adressert: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Oppfølgingsplan: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Risikobehov: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Andre personlege faktorar: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

SIKRE PASIENTSikkerhet
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

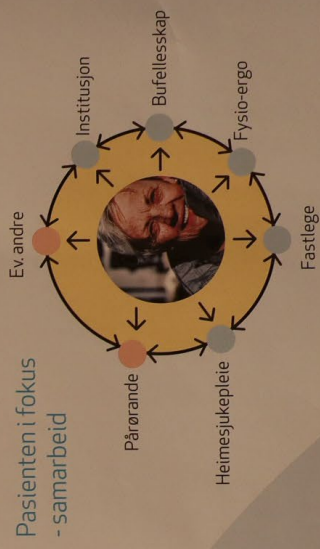
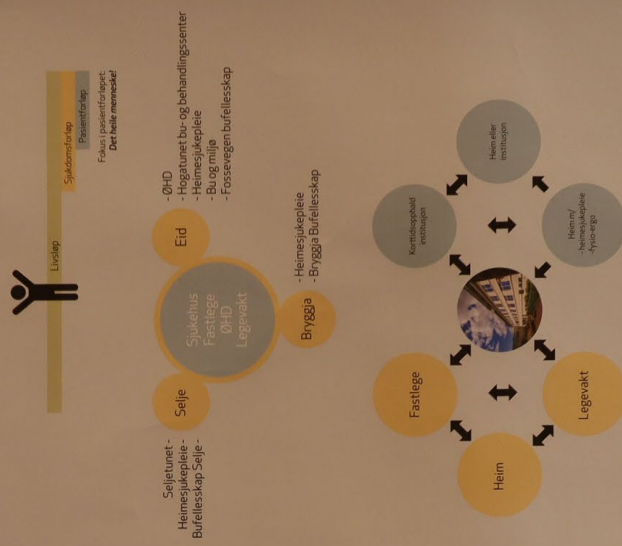
Skilnad: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Skilnad: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Skilnad: _____
(Til gjeldende: pasient, slektning, kontaktperson, kontaktperson, kontaktperson)

Modellar

Einingar - samhandlingsmodellen - pasientforløpet



Med pasienten i fokus



Stryn kommune

STRYN KOMMUNE

Deltakarar

Anita Heldevik – vernepleier
Hans-Erik Rand Rosati – miljøterapeut
Bente Uvedal – fysioterapeut
Rannveig Hilde – sjukepleier
Kari-Anne Haveland – sjukepleier
Martin Roland Hansen – sjukepleier
Ashild Heggdal - sjukepleier

STRYN KOMMUNE

Demografi

Kommuneseser: 1382 km²
Befolkningstætheit: 5 innb/km²
Befolkning: 7130
Kommunesenteret: 2533

Aldersfordeling: Auke i taldersgruppe over 65 år. Forventa betydlig auke 80+

STRYN KOMMUNE

Helseteneste

2 Omsorgssenter
2 Område heimesykepleie
Eining for milje og wellerd
Eining helsetenester: Legeskontor, fyseing, helsetasjon

STRYN KOMMUNE

Kva er viktig for deg?

Hovudmål

Godde helsetenester for brukarar med samansatte utfordringar
Fokus på psykiatri i første omgang

STRYN KOMMUNE

Delmål

«Kva er viktig for deg» - samtale
Tverridagleg samarbeidsgruppe
Kartleggings skjema overgang institusjon/heim

STRYN KOMMUNE

Status

- Gjennomført andresamtale med utvalgte brukarane ved hjelp av «Kva er viktig for deg-skjema» (PFSF)
- Skjemaet er kjønt og syngt for personalet i avdelinga
- Det blir brukt i praksis og blir dokumentert i Profil under Hovudmålsføring
- Starta opp samarbeidsgruppe med mønspunkt kvar 4-5 vete
- Oppstart kartleggings skjema rehabiliteringsavdeling Vikane

STRYN KOMMUNE

Vidareføring og forankring

- Opplæring av personale i motiverende intervju og bruk av kartleggings skjemaet.
- Få inn «kva er viktig for deg samtale» som standard prosedyre.
- Implementere kartleggingsverktøyet i andre grupper, start med heimesykepleien
- Ferdiggjatte/teste ut kartleggings skjema rehabiliteringsavdeling
- Vidareføre tilkasta til alle avdelingar der vi startar med informasjon til tilsette
- Alle brukarar skal ha ei hovudmålsføring

STRYN KOMMUNE

Læringsnettverk Gode Pasientforløp Sogn og Fjordane

• Vik kommune



- 2560 innbyggjarar (2021)
- Eigen kommune
- Vik kommunesenter, tilhøyrande bygder Vangsnæs, Feios, Fresvik, Arnafjord.

- Vanskeleg å rekruttere fagarbeidarar/profesjonsarbeidarar. Mykje vikar-innleige.

• Prosjektgruppa:

- Prosjektleiar: Hilde Tenold (spl./Torunn Ruud (spl.))
- Lilly Nesse (spl./tenesteleiar institusjon).
- Rannveig Kvåle (Fysioterapeut, tenesteleiar Rehabilitering/helse).
- (drar med systemansvarleg, andre tilsette etter behov og kompetanse undervegs).

Tenester i pleie og omsorg, heimetenester/institusjon

• Open omsorg:

- Heimesjukepleie
- Heimehjelp
- Ytter hjelp i omsorgsbustad og eigen heim.



• Vik Bygde og sjukeheim

- Institusjon: 43 sjukeheimsplassar, fordelt på langtids, korttids, avlastning, KAD og lindrande rom.

• MÅL PÅ FORBETRINGSARBEIDET:

- Trygge overgangar for pasient/brukar frå sjukeheim til eigen heim/omsorgsbustad og motsett.
- Etablere rehabiliteringsbustad i eigen kommune / Kvardagsrehabilitering. Nybygging av Vik helse og omsorgssenter, ferdig 2026.

Utfordringar:

- Sårbar overgangar
- Kontinuitet i oppfølginga
- Rekruttering av helsepersonell
- Langstrakt kommune
- Store avdelingar
- Lite bruk av primærkontakt/pleie.
- Ta i bruk: «Kva er viktig for deg?» ovanfor brukar/pasient.

- Ynskjeleg å få i gang – Flytskejma i internkontrollsystemet Compilo, og la alle tilsette bli kjent med verktøyet Flyt-skjema.

(letteare å hugse på kva som er naudsynt ved overflytting mellom nivå, og i sårbar overgangar).



Kva vil vi oppnå med læringsnettverket?

- GODE PASIENTFORLØP
- i overgangen frå spesialisthelsetenesta til eigen heim
- Dersom sjukeheimsopphald: Primærkontakt på alle rehabiliteringspasientar, tverrfagleg dialog med og rundt pasienten.

«Kva er viktig for deg?»



• Korleis få til gode forløp:

- Innsetningspunkt: Sårbar overgang mellom ulike tenester som rehabiliteringspasienter- sjukeheim/ heimetenester og rehabiliteringsavdelinga. Kontakt med fastlege om overføring/utskrivning er viktig her.
- Som primærpleiar må ein gi hjelp til sjukepleie, la pasienten få tid til å meistrere og gjere det ein kan.
- Før utskrivning til eigen heim: Viktig med kartlegging av heim og brukarforhold, pårørandeoverføring, behov for trygghetsplan, veiførdokumentasjon, hjelpemiddel, tilsettebehov.
- Heimeoverføring: Når ein har tenester for rehabiliteringspasientar er det trykkesleg med primærkontakt. Koordinator og evt. indluke på den som skil ut/utskrivning. Dette letter samarbeid og overføring mellom avdelingar.
- Viktig med overføring/informasjonsflyt: Primærkontakt kontaktasjon møter saman med pasient primærkontakt heimeopphald ved overføring av tenester.
- Primærkontaktens rolle i tverrfagleg møte, sett og inn ved behov.
- God kartlegging av heim før evt. rehabiliteringspasientar flyttar til eigne tenester. Viktig med trygghetsplan i eigen heim dersom det er påkrevd for ein kjem ut...gjerne heimebasert i tillegg av utskrivning.
- Organiserare tenestene: KVEN GJER KVA?

Korleis har arbeidet føregått og vegen vidare.

- Det har vore vanskeleg å prioritere/sette av tid til konkret arbeid med gode pasientforløp.
- Det har vore mykje skifte av prosjektgruppa, og elles kommunalsjef tenesteleiar i organisasjonen.
- Vi arbeider stadig pasientretta, og har auka fokus på heilskap og kva som er viktig for den enkelte.
- Nyttar e-linkar til og frå dei ulike tenestene med henvisningar (innført vår 2022, og fungerer godt, samt at det vert dokumentert direkte i pasientjournal kontakten som er
- Vegne vidare:
 - Hilde fokus på gode pasientforløp, det er ynskjeleg å tilstrebe best mulig teneste på rettast måte. Fortsette det gode tverrfaglege samarbeidet som organisasjonen byggjer opp.
 - Positive opplevingar:
 - Godt samarbeid på tvers av avdelingane, arbeider målretta for riktige tenester for framtida.



på journalføring og rapportar, tanger mellom tenestene.

PLAN HAUST 2022

FAGDAG 13/9 + 14/9

"BRUKAREN I FOKUS"

-GODE PASIENTFORLØP