



Oslo kommune

# Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem i Oslo

4.Samling- Sundvollen 27.02.19

Senter for  
fagutvikling og forskning



Utviklingscenter for sykehjem  
og hjemmetjenester Oslo

# Overordnet mål for satsingen- Oppdraget fra EHA og OUS ledelse



## Mål for den nasjonale satsingen for Gode pasientforløp:

- 1) Bidra til en helsefremmende retnings- og kulturendring i helse og omsorgstjenestene, basert på «Hva er viktig for deg» perspektivet samt
- 2) Utvikle verktøy for standardiserte helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke

## Mål for Oslo

1. Utvikle en Oslomodell /standard for helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem.
2. Enhetlige og likeartede samhandlingsrutiner og prosedyrer for standardiserte og helhetlig pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo



# Hva ønsker vi å oppnå med Oslo- modell/ standard for gode pasientforløp?

- Et felles målbilde for helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem, som inkluderer sykehus.
- Helhetlig ivaretagelse av den eldre, multisyke pasienten
- Mer og bedre hjemmetid for innbyggerne!
- Forbedret samhandling: Fra parter til partnere
- Bedre pasientopplevd kvalitet med gode overganger og individuelt tilpassede tjenester. «Hva er viktig for deg?»
- Pårørende som ressurs
- Styrke fastlegens rolle i
- Myndiggjorte medarbeidere og ledere
- Sterkere faglig ledelse og høyere grad av selvledelse
- Tydelig ansvar og oppgavefordeling, rolleforståelse og faglig skjønn
- Økonomisk gevinst i form av spart tid, færre reinnleggelser, lavere omsorgsnivå som følge systematisk oppfølging i hjemmet. Utsettelse av høyere omsorgsnivå.





# «Vel hjem» -

## *Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten*

- Samhandlingsprosjekt fra 2015, Bydel Østensjø, Bjerke Sykehusapotek i samarbeid med OUS
- Hånd i hanske med Læringsnettverk;
- samme målgruppe,
- helhetlig pasientforløp
- **pasienten i førersetet!!**
- **Særskilte fokus – i Vel hjem;**
- Sammen lytte til pasientstemmen allerede i sykehus, «Hva er viktig for deg»
- Oppfølging av pasienten i stabil fase ,- fastlegen må tettere på
- Vel hjem er smeltet sammen med Læringsnettverket, to veier har blitt til en



# Satsninger videreføres og justeres i Læringsnettverket -

## 10 tiltak

### Tiltak på sykehus

- Tverrfaglige funksjonsvurderinger (CGA)  
- skal følge pasienten og sendes hjemmetjenesten
- Vurderingsbesøk med representant fra bydel
- Samstemming av legemiddellister  
- Innhente fastlegens legemiddel i bruk liste (LIB)  
- Sikre at pasienten forstår sitt legemiddelbruk
- Kontroll time hos fastlege innen 1-2 uker  
- sykehuset bestiller time v/utskrivning for pasienter som ikke klarer dette selv
- Epikrise eller utskrivningsnotat m/legemiddelliste sendes umiddelbart  
- Sendes fastlegen elektronisk ved utreise
- Innføre dialogmeldinger  
*Sykehus ↔ fastlege → slutt 2019*

### Tiltak i bydel

- SAFE-sjekkliste  
- Benyttes av hjemmetjenesten for kartlegging av funksjon
- PLO-melding mellom fastlege-hjemmetjenesten  
- Ved endring av klinisk status og ved endring av legemiddelliste
- Faste oppfølgingskontroller hos fastlege i stabil fase
- Innkalle til «Konferansetime»  
- Ved følt behov for korrigerende underveis i pasientforløpet kan hjemmesykepleie, fastlege eller pasient/pårørende ta initiativ til dette

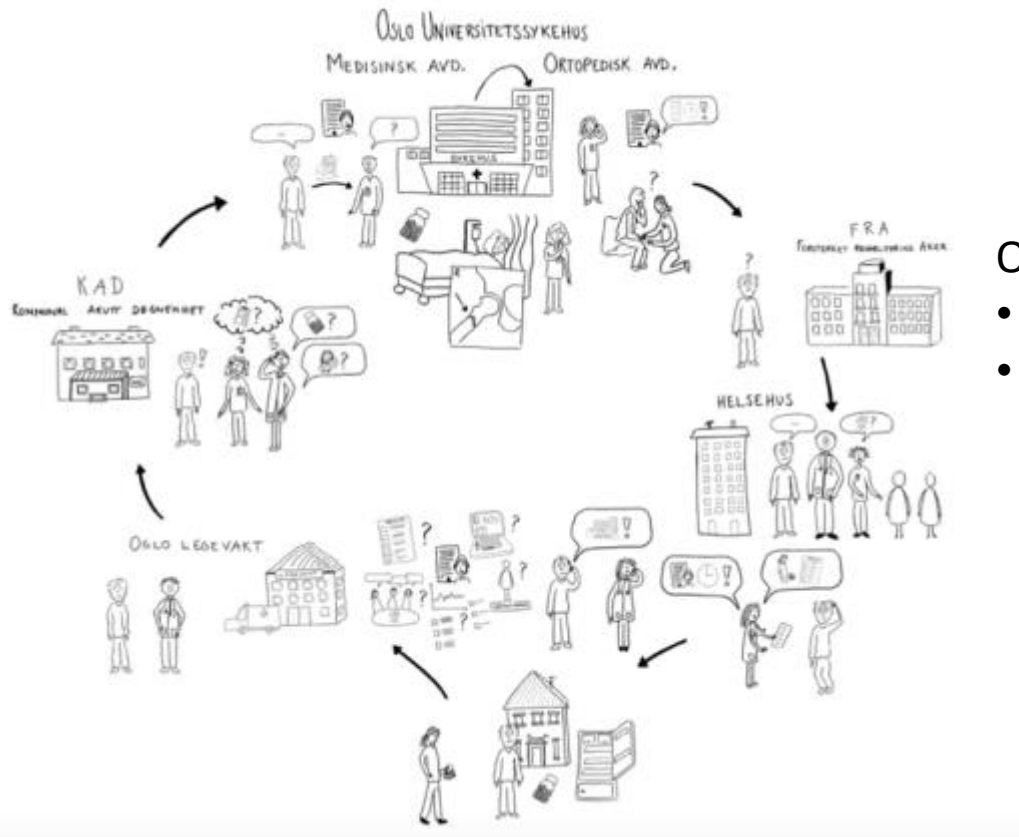
# Funn- brister i pasientforløpet



1. Mangel på pasient/brukermedvirkning og brukerinvolvering
2. Elektronisk dokumentasjon/infrastruktur- medfører svikt i informasjonsoverføring
3. Mangel på korttidsplasser og rehabiliteringsplasser
4. Manglende informasjon og kunnskap om hverandres tjenester. Skaper mistillit
5. Manglende tverrfaglig tilnærming til pasient. Tverrfaglige funksjonsvurderinger
6. Fastlegen holdes ofte utenfor «samhandlingssirkelen» og er prisgitt informasjon fra øvrige aktører
7. Flere overganger og for mange overganger i Oslo
8. Manglende rutiner for legemiddelsamstemming/oppdatering av pasientens LIB – liste
9. Praktiske utfordringer knyttet til transport når pasient skal inn på kontroll/undersøkelser på sykehus
10. Lavterskeltilbud i kommunen er for lite kjent for sykehus-gjøres ikke kjent for pasienter
11. Eierskap til pasienten. Pasienten eies av bydel.
12. Begrenset med tid og ressursbruk for hjemmetjenester.
13. Kompetansegap i hjemmetjenester.
14. Økonomiske incentiver som hindrer god samhandlingspraksis og godt samhandlingsklima



# Kåres pasientforløp



Overgangene.....

- Felles overordnede prosedyrer
- Dokumentasjon som følger

<https://www.youtube.com/watch?v=e2Wg4jLERag>



# Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem. Et felles målbilde



- **Bakgrunn for modellen:**
- Et makroperspektiv og et mikroperspektiv.
- Nåsituasjon og fremtidig situasjon. Årsaksanalyse
- Prosess med diskusjoner og avklaringsrunder. Felles forståelsesramme
- Formidlet behov. «*Hva trenger vi hos oss får å sikre et godt mottak av pasient?*»
- *Hva ønsker dere av oss for å sikre et godt mottak av pasient?*
- Konsolidere og harmonisere av rutiner
- Fokus på arbeidsprosesser for å sikre et godt pasientforløp
- Sett bort fra organisering
- Faglige diskusjoner, informasjonsutveksling og erfaringsutveksling
- Konkretisering og operasjonalisering av eksisterende samhandlingsrutiner
- Arbeidsprosesser i overgangene. For hjemmetjenester: «Det indre liv»

**«Det er i hjemmet livet leves mest»**





# Hvilken funksjon skal sjekklisterne ha?

## Sjekklisterne- Som et bidrag til operasjonalisering av eksisterende samarbeidsavtaler og rutiner

- Behov for konkretiserte samhandlingsrutiner mellom sykehus og kommune
- Behov for å konkretisere samhandlingsrutiner internt i kommunen.
- Behov for konkretisering av interne arbeidsprosesser.
- Avgjørende å bygge på tidligere satsninger og prosjekter, slik at de ikke «havner i en skuff»
- Bidra til bedre innsikt i hverandres tjenester. Avklare forventninger

## Sjekklisterne- Som et bidrag til faglige anbefalinger/ Standard

- Beslutningspunkter/ stopp-punkter
- Oppgaver settes i system
- Faglige krav, tiltak og anbefalinger
- Et hjelpemiddel som vil bidra til myndiggjøring av medarbeidere, selvledelse, tydelig ansvar og oppgavefordeling, styrke egen rolleforståelse og fagutøvelse.
- Utføres til bestemte tidspunkter
- Utføres som supplement til den daglige oppfølgingen/tjenesteytingen i tråd med BOB
- Lederverktøy





# Oslo modell for Gode pasientforløp fra hjem til hjem

- <http://www.utviklingscenter.no/gode-pasientforloep-modell-for-oslo.486362.no.html>



# Metoder og underlag gjennom hele prosessen

## Metoder:

- Brukermedvirkning- intervjuer sterk brukermedvirkning gjennom hele prosessen.
- Forbedringsmodellen som metode
- Tjenestedesign
- LEAN som forbedringsmetodikk- Kontinuerlig forbedring
- Inkrementell forbedring
- Involvering og samskaping,
- Bottom -up prosesser for å sikre eierskap og medvirkning
- Prosjekt som arbeidsform

## Underlag:

- ❖ Gjeldende lovverk. Forskrifter
- ❖ Overordnede samarbeidsavtaler mellom sykehus/kommune
- ❖ Kunnskapsgrunnlag- pasientforløp og samhandling.
- ❖ Kunnskapsbasert- Best Practice



# Aktiviteter som er gjennomført

- Workshop- Oppstart 18.11 2016
- Forankringsmøter og informasjonsmøter
- Pre- samling juni 2017
- Måleworkshop - sept. 2018
- Ledersamling- okt 2018
- Systematisk kvalitetsforbedring for 1.linjeledere og fagansvarlige.
- PLO-workshop jan 2019.  
Lokale workshops og markeringer i tjenestene
- Presentasjoner i ulike fora Pasientsikkerhetskonferanse, Ledernetverkssamling osv.
- Undervisning
- Studietur til Grimstad og mer.



# Organisering av læringsnettverket i Oslo



- Total 6 forbedringsteam fra Oslo kommune, 2 forbedringsteam fra OUS og
- Samarbeidspartnere
- Tverrgående arbeidsgruppe med ledere av forbedringsteam og flere ressurspersoner fra kommune og sykehus.





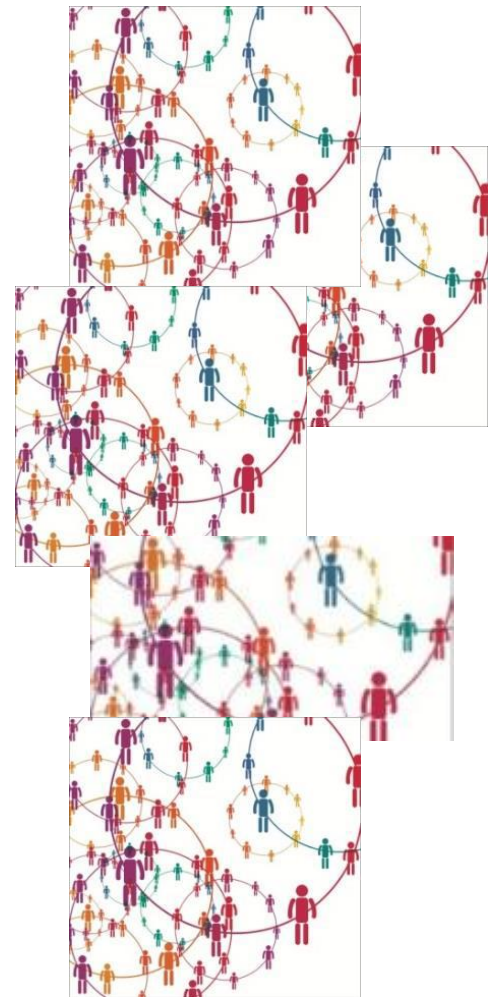
***Sterk bruker- og pårørende stemme***



# Utfordringsbildet i Oslo

## Medisinsk samhandling i Hovedstadsområdet

- •4 sykehus
- –OUS, Lovisenberg, Diakonhjemmet, AHUS
- •4 helsehus (=korttidssykehjem)
- •42 langtidssykehjem
- •Aker rehabilitering
- •15 bydeler med helsestasjon, skolehelsetjeneste og hjemmetjeneste/bestillerenheter
- •525 fastleger fordelt på 160 legekontor
- •KAD på Aker
- •Oslo legevakt i Storgata og på Aker
- •Private avtalespesialister
- •Andre private aktører
- •(Akershuskommuner som sogner til AHUS)







# Tverrfaglig ressurser som har bidratt i arbeid med sjekklister og prosedyrer

- Farmasøyt- Legemidler, LMG og LMS i pasientforløpet
- Ernæringsfysiologer i SYE og HEL. Ernæringstrategi i Oslo
- Søkt råd hos forskningsmiljøer. Eks. Fall
- Pasientsikkerhetsteamet ved SFF/USHT. Tiltakspakker i pasientsikkerhetsprogrammet.
- Sikret rehabiliteringsperspektivet. Samstemt med Rehabiliteringsforløp
- Fastlegens rolle i pasientforløpet. Fastlege Ellen Fagerberg fra Bydel Østensjø.





# Basiskompetanse i Gode pasientforløp

## Høsten 2018

- Tilpasset en basiskompetansepakke for Gode pasientforløp
- Kurs i kliniske observasjoner og Legemiddelgjennomgang
- Akuttkurs
- Prosedyretreningskurs
- Oppfordret til å etablere bærekraftig system for ressurspersoner.
- Råd og anbefalinger om langsiktig plan for å bygge opp den kliniske kompetansen
- Bistand og oppfølging fra SFF/USHT
- Begrensede muligheter for å sende ansatte på kurs- Timing





# Utfordringer og barrierer

- Eierskap, lederforankring og oppmerksomhet
- Timing
- Konkurrerende satsinger og prosjekter. Store organisatoriske endringer
- Strukturelle og organisatoriske barrierer. Ulik organisering. 3 bydeler-3 forskjellige måter å løse oppgaven på
- Tillitsmodell ,velferdsteknologi, arbeidslag, andre prosjekter.
- «Prosjektitt» i Oslo Kommune?
- I varierende grad lykkes i å «bredde ut» i tjenestene.
- Handlingsrom og myndighet i - Anbefalinger





# Utfordringer og barrierer

- Vanskelig å se «helheten». Komplekst landskap
- Forbedringsarbeid også vært organisert i siloer.
- Diskontinuitet i forbedringsteamene- Skiftende lederskap. Tid for å få «alle om bord»
- OUS var ikke klare for oppstart før i aug 2017
- Vanskeligheter med å kommunisere tydelig ut hva målet var- Konkretisering
- En tydelig avgrensning
- Kompatibilitet med andre pågående prosesser



# Gevinster og positive effekter

## Hvilke muligheter har læringsnettverket gitt oss?

- Arena for samhandling
- Erfarings- og informasjonsutveksling
- Læring på tvers
- Deler de gode eksemplene
- Bedre kjent med hverandres tjenester
- Samarbeid på tvers av satsinger og prosjekter
- Styrket forbedringskompetanse- Forbedringskunnskap
- Sammenheng og helhet





# Gevinster og positive effekter...

## **Samarbeid med andre satsinger og prosjekter**

Tilpasset kontekst: Nye organiseringer: Tillitsmodell, arbeidslag, tverrfaglige team osv.

Velferdsteknologi

Viktig for å harmonisere og samstemme tiltakene, slik at vi jobber i samme retning

Styrket hverandres arbeid

Bidrag til å se sammenhenger og koordinere /samordne forbedringsarbeidet.

Rammeverk for forbedringsarbeidet.

Vel Hjem, Pasientsikkerhetsprogrammet, ELISE, Rehabiliteringsprosjekt (HEL), Veien

Videre-prosjekt- pasientforløp for personer med demens, rehabiliteringsprosjekt A-hus,



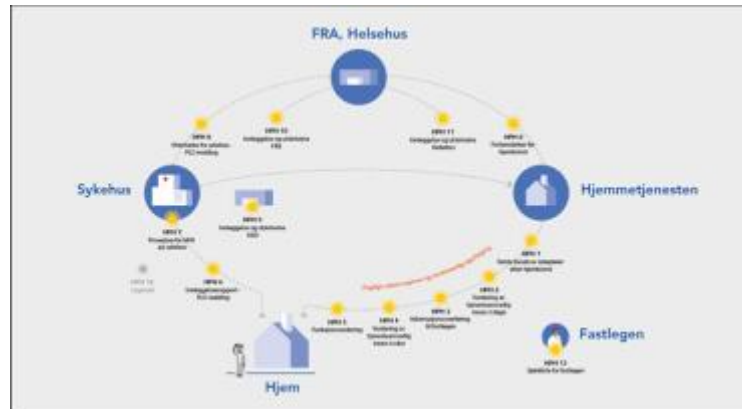
# Veien videre i Oslo



.....

- Oppfordring! Ta i bruk sjekklister og tilgjengelig verktøy!
- Kom i gang med målinger!
- Målepunktene i Gode pasientforløp. «Gjør vi det vi sier at vi skal gjøre»
- Skaffe erfaringer, evaluere, justere og tilpasse.
- Et beslutningsgrunnlag som vi kan bygge videre på.
- Standard for hjemmetjenester

i tett dialog med EHA for å vurdere hvordan sjekklister og prosedyrer spilles opp mot en standard.



“Jeg forventer at bydelen har det de trenger å vite om meg



# Det skal ikke stå på engasjementet!!

## LÆRINGSNETTVERKET FOR GODE PASIENTFORLØP -for eldre og kronisk syke i Oslo

**KOMMUNAL AKUTT DØGNENHET**  
**AVDELING AKER**

**FRA HEL TIL HELHETLIG**

**SAMHANDLING PÅ TVERS I OSLO**

**FREMtiden PÅ KAD:**

- NYTT EPI – GODE PASIENTFORLØP ETTER UTVEKSLING AV NYTT EPI
- ELBE
- EVALUERING TIL NÆRSTE LØRDAG
- FERNISJONINGSLØSING AV ÅRSER FORBEREDNINGSDAGENS NÅR FELLES VERT I EN NY
- NYTT EPI PÅ KAD
- TOLKING OPPFANGSJE AV JERNISJON PÅ BONDENHET
- METODISKE FOR AKUTT AVDELING AKER





Til alle dere som har bidratt!!

