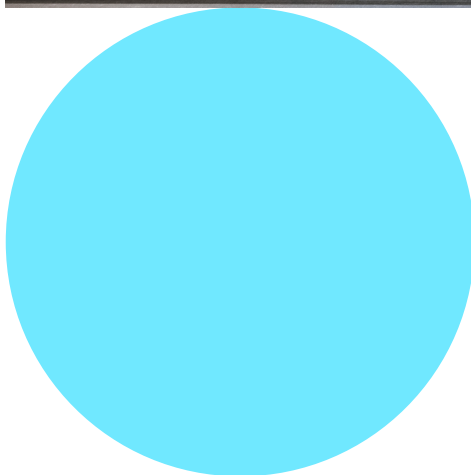




Oslo



Foto: NTB scanpix



# Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke

Sluttrapport  
Høsten 2019

## Innhold

Innhold .....	2	Vedlegg 6- Prosedyre Osломodell pasientforløp, hjemmetjenesten .....	42
Sammendrag .....	3	Vedlegg 7 – EQS Prosesskart – Hjemmetjenesten .....	44
Bakgrunn .....	4	Vedlegg 8 – EQS Prosesskart – KAD .....	45
Kvalitetsforbedring .....	7	Vedlegg 9 – Anbefalte verktøy .....	46
Brukermedvirkning .....	9	Vedlegg 10 - Sjekkliste .....	47
Samarbeid og samhandling .....	10	Vedlegg 11 – Flytskjema OUS .....	67
Dokumentasjon og informasjonsutveksling ..	11	Vedlegg 12 – Innspill rapport fra fastlegene i læringsnettverket .....	68
Gericam .....	11	Vedlegg 13 – Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydel Østensjø .....	70
Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) .....	11	Vedlegg 14 – Ferdighetstrening bydel Nordstrand .....	74
Behovsstyrt bemanning (BOB) .....	12		
Extend Quality System (EQS) .....	12		
Sjekkliste .....	13		
Hva er sjekkliste? .....	13		
Utarbeidelse av sjekkliste .....	15		
Fra versjon 1 til 3 .....	15		
Fastlegens plass i sjekklister .....	15		
Resultater fra arbeidet i læringsnettverket ..	17		
Osломodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke .....	17		
Erfaringer og videre anbefalinger .....	18		
Ledelse, informasjon og tilrettelegging .....	18		
Overordnede prosedyrer .....	18		
Sjekkliste .....	19		
Samhandling og samarbeidsavtaler .....	20		
Anbefalinger knyttet til implementering og videreføring .....	21		
Referanser .....	23		
Vedlegg 1 - Forbedringsarbeid i praksis .....	25		
Vedlegg 2 – Erfaringer og endringer etter utprøving av sjekkliste .....	28		
Vedlegg 3 – Kvalitetsmålinger .....	33		
Vedlegg 4 – Tabell til Gericam .....	34		
Vedlegg 5 – PLO meldinger .....	36		

## Sammendrag

Ett av hovedmålene i samhandlingsreformen er at sykehus og kommuner i samarbeid skal kunne tilby helhetlige tjenester til innbyggerne. Dette følges også opp i stortingsmeldingen Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre, der sammenheng i tjenestene, er ett av satsningsområdene.

Likeverdige tjenester av høy kvalitet er et mål. Samtidig skal den enkelte opplever å bli møtt for den hun eller han er. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» skal legges til grunn i enkeltmøter og i organisering av tjenestene. Gode pasientforløp er et av flere virkemidler for å oppnå målsetningene.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo har blitt gjennomført i samarbeid med KS i perioden 2017 – 2019. Bydelene Nordstrand, Søndre Nordstrand og Østensjø, kommunal akutt døgnenhet (KAD), forsterket rehabilitering Aker (FRA), Ryen helsehus og medisinsk- og ortopedisk klinikk ved OUS har deltatt.

Det foreligger nå en Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke, som er klar for implementering. Det er tatt utgangspunkt i kunnskapsgrunnlaget fra Trøndelag, der de har utviklet en modell for Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH). Det er blitt utarbeidet sjekklister for hvert tjenestested som har deltatt, disse har blitt testet, justert og tilpasset målgruppen eldre og kronisk syke. Videre inneholder modellen prosedyre og prosesskart i EQS der informasjon knyttes sammen. Oslomodellen er utviklet med tanke på og kunne tas i bruk hele Oslo, inkludert sykehusene.

Denne rapporten beskriver tiltak og resultater fra et kommunalt perspektiv. Erfaringer fra læringsnettverket har dannet grunnlaget for anbefalinger til det videre arbeidet, som presenteres i slutten av rapporten.

## Bakgrunn

I 2013 besluttet Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kommunesektorens organisasjon (KS) og kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (FHI) å samarbeide om nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer. Bakgrunnen for dette er de store utfordringene som helsetjenestene kommer til å møte i fremtiden, som samhandlingsreformen peker på (De Vibe, Udness, & Vege, 2016). En av de tre hovedutfordringene, er at pasientens behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, og tjenestene er fragmenterte (Helse- og omsorgsdepartementet).

*Målet med arbeidet i læringsnettverket er:*

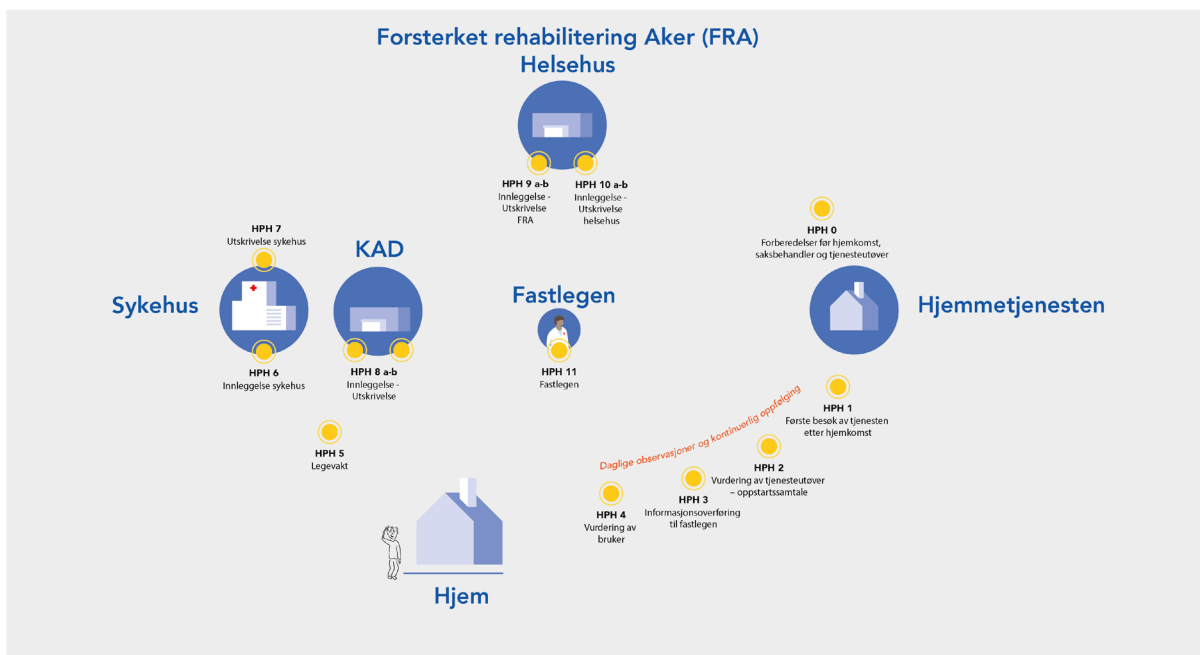
- At brukeren opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp*
- At kommuner og helseforetak arbeider systematisk med pasientforløp og dokumenterer effekten for brukerne*
- At kulturen i kommuner og helseforetak er preget av helsefremmende mestring*

*(KS, 2017)*

Fra Orkdalsregionen i Trondheim kommune var det tidligere gjort erfaringer med satsningen Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH), som er en modell for funksjonsbasert pasientforløp i hjemmet. Læringsnettverket

for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, valgte derfor å bygge videre på denne modellen (De Vibe et al., 2016). I perioden 2015-2019 ble det startet åtte læringsnettverk i Norge for pasientforløp for eldre og kronisk syke, hvorav Oslo kommune var ett av dem. Fra Oslo kommune deltok seks virksomheter; bydelene Østern, Nordstrand og Søndre Nordstrand, Ryen helsehus, kommunal akutt døgnettenhet (KAD) og forsterket rehabilitering Aker (FRA). Senter for fagutvikling og forskning/utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (SFF/USHT) ble tildelt et koordineringsansvar overfor de kommunale virksomhetene fra Byrådsavdeling for eldre helse og arbeid (EHA). Oslo universitetssykehus, Ullevål (OUS), deltok også i læringsnettverket, med medisinsk og ortopedisk klinikk. De har opprettet eget koordinatoransvar, og koordinator ved SFF/USHT og OUS, samt KS/FHI har samarbeidet om fremdrift i læringsnettverket.

I sykehusene har det vært tradisjon for å etablere diagnosebaserte forløp. Noe det ikke har vært tradisjon for i primærhelsetjenesten. Gjennom to utprøvinger i Norge, der det ble forsøkt å videreføre diagnoseforløpene fra sykehus til primærhelsetjenesten, fant man at det ble store uenigheter mellom spesialist- og primærhelsetjenesten. Derfor ble det isteden tatt utgangspunkt i forløp for pasienter med kroniske sykdommer og diagnoseuavhengig forløp. Dette var bedre egnet for primærhelsetjenesten som ikke har spesialiserte avdelinger, men som møter alle brukerne i hjemmet (Grimsø et al., 2016; Røststad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold, & Grimsø, 2013). Tilsammen utgjør de deltakende virksomhetene et avgrenset geografisk område i Oslo, som har samhandlingsansvar om de samme brukerne. Figur 1 viser Oslo modellen som er utarbeidet i læringsnettverket med gule milepæls punkter der det er utarbeidet sjekklister og nye rutiner.



Figur 1 – Oslo modellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke

Et sentralt spørsmål i satsningen er «hva er viktig for deg?» fremfor «hva er i veien med deg?». Dette for å fremme brukermedvirkning og mulighet for den enkelte til å delta i eget pasientforløp (De Vibe et al., 2016). Et godt pasientforløp er kjennetegnet ved at tjenesten tar utgangspunkt i det som er viktig for brukeren, kunnskapsbasert praksis og at tjenestene er koordinerte og godt planlagt. (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

*Definisjon av pasientforløp*

*«En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode»*

*(Helsedirektoratet, 2017a)*

Brukere og pårørende skal delta for å utvikle fremtidens helse- og omsorgstjenester ved større valgfrihet for brukerne og et styrket tilbud og støtte til pårørende (Helse- og omsorgsdepartementet, 2015).

I Oslo har virksomhetene derfor tatt utgangspunkt i hva brukere har opplevd som utfordringer i sine pasientforløp, for å kunne utarbeide gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Videre har oppdraget fra EHA innebefattet: «...utvikle metoder og verktøy for standardisert pasient-/brukerforløp». Dette gjelder både pasient-/brukerforløp internt mellom kommunale tjenester og i samhandlingen med spesialisthelsetjenesten og/eller andre. Figur 1 viser hvordan pasientflyten er i Oslo. I oppdraget fra daværende Byrådsavdeling for eldre helse og sosiale tjenester (2015) ble det presisert at det var viktig å samkjøre og formalisere arbeidet slik at de samme metodene og verktøyene benyttes på tvers av virksomhetene.

I tildelingsbrev til Sykehjemsetaten 2019 er det beskrevet: «Utvikle en Oslo-standard for pasientforløp fra hjem til hjem i samarbeid med bydeler, Helseetaten og spesialisthelsetjenesten... Arbeidet skal ses i sammenheng med læringsnettverk for pasientforløp, gjennomgang av helsehus og Oslo-standard for sykehjem» (Byrådsavdeling for eldre helse og arbeid, 2019b).

## Gjennomføring av læringsnettverk

Læringsnettverk er en arbeidsmetode for kvalitetsutvikling og arena for kompetanseutvikling, der læring i seg selv er et mål. Læringsnettverk kan benyttes for å spre god praksis på tvers av profesjoner, enheter og organisasjoner (Folkehelseinstituttet, 2019a). Hensikten med å benytte læringsnettverk og forbedringsarbeid som metode, er at arbeidet skal føre til varige forbedringer i tjenesten.

*«Læringsnettverk utvikler en felles plattform for å utveksle erfaringer, søke samarbeid, utveksle ideer og reflektere over eget arbeid»*

*(Folkehelseinstituttet, 2019a)*

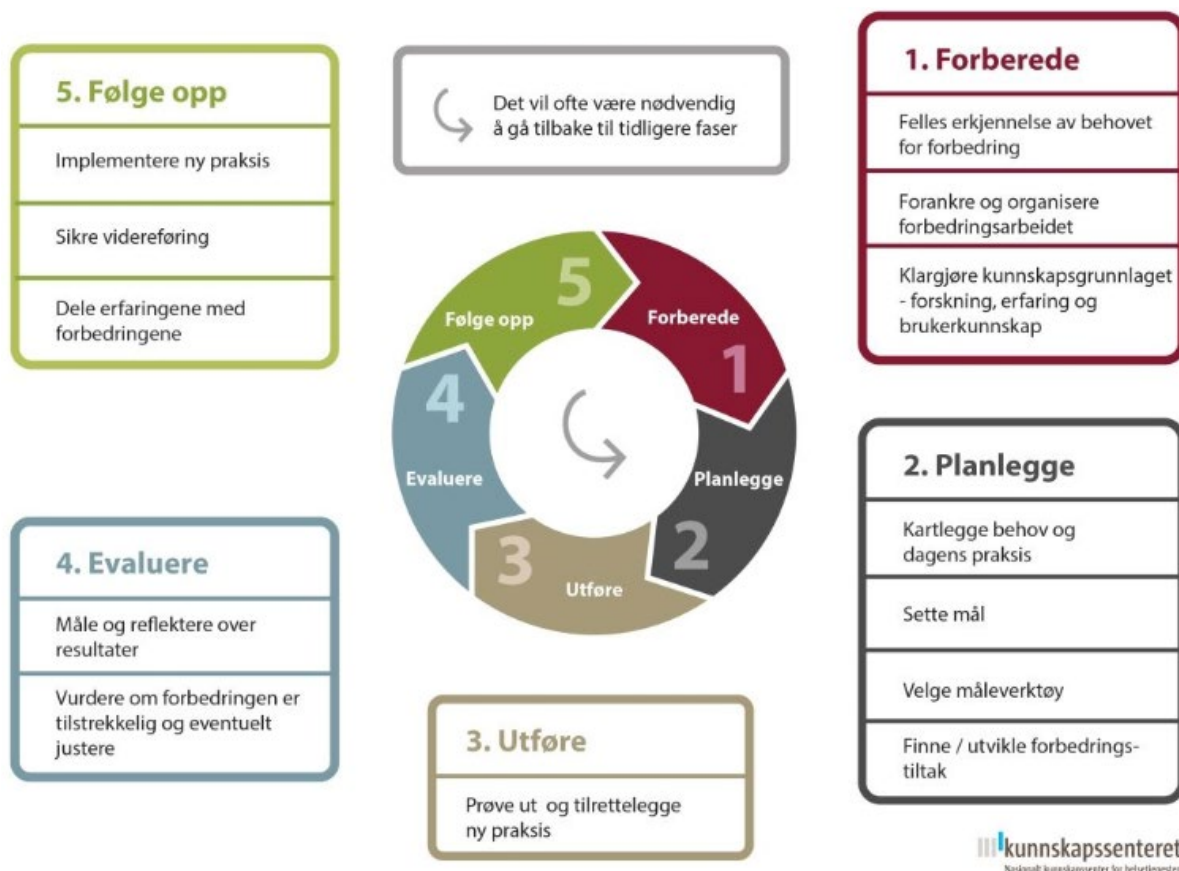
Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo startet våren 2017 og ble avsluttet våren 2019. Det er gjennomført fire fellessamlinger i perioden. Forberedelsesperioden startet fra høsten 2016, og var noe lenger i Oslo enn programmet i utgangspunktet tilsier. Det var behov for forankringsarbeid på ulike ledernivåer og mellom virksomhetene, samt at det var viktig å sikre god sammensetning av lokale forbedringsteam. Virksomhetene som har deltatt i læringsnettverket i Oslo dannet tverrfaglige forbedringsteam, som har arbeidet med forbedringsområder knyttet til gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Teamet bør bestå av både fagpersoner og ledelse (Folkehelseinstituttet, 2019a), noe som har vært fulgt opp i Oslo. Teamets sammensetning har imidlertid endret seg gjennom perioden. Dette har man også sett i andre læringsnettverk i Norge.

Fellessamlingene har bestått av foredrag og gruppeoppgaver. Hovedvekten av arbeidet er lagt mellom samlingene. Det er i denne

perioden hvor forbedringsarbeidet skal gjennomføres (Folkehelseinstituttet, 2019a). Forbedringsteamene har arbeidet med å løse utfordringer knyttet til egen tjeneste, og å identifisere utfordringer i overgangene mellom tjenestene.

Ved å benytte læringsnettverket som arbeidsmetode, har fagpersoner fra ulike virksomheter i Oslo fått en felles arena for å kunne diskutere problemstillinger fra hvert sitt ståsted. Dette har bidratt til økt forståelse og samarbeid om utfordringer i pasientforløpet i overgangen mellom virksomhetene. Dette er blitt søkt løst gjennom forbedringsarbeid som har pågått i de enkelte virksomhetene, for å sikre god avgivelse og mottak av pasient.

# Kvalitetsforbedring



Figur 2 – Modell for kvalitetsforbedring

I læringsnettverk for gode pasientforløp er modell for kvalitetsforbedring benyttet, se figur 2. Modellen beskriver fasene i forbedringsarbeidet og er illustrert som en sirkel, der forbedringsarbeid er en kontinuerlig prosess. I praksis utføres flere av fasene samtidig, og det vil være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser basert på erfaringer som gjøres, i f.eks. evaluering av tiltak (Folkehelseinstituttet, 2015b).

Vi erfarte at første fase i modellen, forberedelsesfasen, var nødvendig å repetere i hele prosessen. Det å få ledelsen med, er av avgjørende betydning for om arbeidet vil ha effekt, ved at leder legger til rette for at arbeidet kan gjøres og etterspør resultater (Folkehelseinstituttet, 2015b).

I fase 2, planleggingsfasen kartlegges dagens praksis, mål settes og det planlegges hvilke

tiltak som skal gjennomføres (Folkehelseinstituttet, 2015b).

I læringsnettverket i Oslo intervjuet alle forbedringsteamene fem brukere for å kartlegge brukerens opplevelser med tjenestene og finne sine forbedringsområder. Dette var nyttig for å undersøke hva som var viktig for brukerne, og å ta utgangspunkt i dette når det lokale forbedringsarbeidet startet opp.

Imidlertid så vi i Oslo behov for å samkjøre og kartlegge felles utfordringer for et godt pasientforløp for eldre og kronisk syke. Dette resulterte i en illustrasjonsfilm av Kåres pasientreise. Kåres pasientreise viser et problemfokuset pasientforløp og de mange arbeidsprosessene som kan medføre risiko i overgangene mellom tjenestenivåene.

Filmen kan ses her:

<https://www.youtube.com/watch?v=e2Wg4jLErag>. (Senter for fagutvikling og forskning utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo, 2018). Kåres uheldige pasientreise tydeliggjorde utfordringene som tjenesten i Oslo sto overfor. Fokuset i læringsnettverket endret seg dermed fra internt i egne virksomheter, til fokus i overgangene mellom omsorgsnivåene. Her er blant annet sjekklister, kommunikasjon, dokumentasjon og forståelse av hverandres tjeneste av betydning.



Figur 3 – Kåre

Tredje fase i modellen er å prøve ut tiltak i praksis (Folkehelseinstituttet, 2015b). Alle forbedringsteamene har prøvd ut sjekklister tilpasset sitt tjenestested, med fokus på overgangen mellom tjenestene. Forbedringsteamene har også arbeidet med interne forbedringsprosesser, se vedlegg 1.

I fjerde fase, evaluering, er det tid for å reflektere over resultatene, undersøke om endringene har vært tilfredsstillende og justere tiltakene og undersøke om målet har blitt nådd. (Folkehelseinstituttet, 2015b). I læringsnettverk for gode pasientforløp har vi evaluert utprøvingen av sjekklister og justert

sjekklister i henhold til erfaringer fra utprøvsperioden.

Femte fase i modell for kvalitetsforbedring er oppfølging. Dette for at arbeidet skal ha varig effekt på kort og lang sikt.

(Folkehelseinstituttet, 2015b).

Kvalitetsforbedring tar ofte lenger tid enn man tror ved oppstart, og det tar gjerne enda lenger tid før endringer er godt etablert og integrert i driften (Maher. L, 2010). For å få til endringer må også holdninger og tankesett endres, samt at endringer i systemet må gjøres, før den nye måten å arbeide på er en norm (Maher. L, 2010). Dette er viktig å ta med seg i det videre arbeidet med implementering av Oslomodellen.

Ved å benytte modell for kvalitetsforbedring har vi fått god forståelse for at kvalitetsforbedring er en prosess som må gjentas kontinuerlig, og hvilke grep som må gjøres for at endringene skal bli en ny og forbedret praksis.

I kvalitetsarbeid er målinger relevant for å undersøke om endringene har ført til forbedringer. Statistisk prosesskontroll (SPC) er en gren innen statistikk som er egnet til å gjennomføre målinger i små utvalg. (Nyen, 2009).

Denne metoden har vært benyttet i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo. Målinger ble gjennomført samtidig med utprøving av sjekklister.

Det å samle inn data, føre inn i statistikkprogrammet extranet og analysere dataene, tar tid. SFF/USHT anbefalte derfor forbedringsteamene å gjennomføre målingene i småskala, det vil si i en avgrenset del av tjenesten. Måleperioden var fra april til juni 2019, som er samme tidsperiode hvor sjekklister ble testet ut.

Målingene kan være et utgangspunkt for valg av indikatorer som kan følges opp i det videre arbeidet. I dette arbeidet må PRO-seksjonen i Helseetaten involveres aktivt. Se vedlegg 3 for beskrivelse av målingene som ble benyttet.



## Brukermedvirkning

Brukermedvirkning er helt sentralt i det norske helsevesenet. Dette er også en lovfestet rettighet i pasient- og brukerrettighetsloven (Lovdata, 1999). Ved å involvere bruker vil det kunne føre til en mer helsefremmende situasjon, med større mulighet for mestring og motivasjon for å oppnå brukers mål (Folkehelseinstituttet, 2019b). Det har blitt lagt inn innsats for å involvere brukere i læringsnettverket. En brukerrepresentant fra OUS har deltatt aktivt på samlinger. Det var utfordrende å få tak i brukere til å delta på møter i forbedringsteamene. Imidlertid har brukerhistorier og intervjuer av brukere blitt gjort på tjenestestedene for å sikre brukerstemmen i utarbeidelse av tiltak og sjekklister. Det å spørre «hva er viktig for deg?» fremfor å spørre «hva er i veien med deg?» er derfor en retningsendring i helsetjenesten for å involvere brukeren.



Figur 4 – Hva er viktig for deg?

For å kunne få gode svar på spørsmålet, er relasjonsbygging med bruker viktig. Derfor er det nødvendig å arbeide med holdninger og verdier hos helsepersonell, for å lykkes med å endre måten vi involverer bruker på (Folkehelseinstituttet, 2019b). Diskusjoner rundt hvordan spørsmålet stilles, og når i samtalen spørsmålet stilles, har ført til erfaringsutveksling mellom deltakerne i læringsnettverket om hvordan man kan integrere «hva er viktig for deg?» slik at spørsmålet faktisk fører til styrket brukermedvirkning. Konteksten spørsmålet stilles i er av betydning for om du får gode svar fra personen. Stiller du spørsmålet for åpent og før dere har blitt kjent, er det ikke

sikkert personen svarer det som egentlig er det viktigste for seg.

Motiverende intervju trekkes frem som en metode som kan benyttes for å oppnå en god relasjon til bruker og for å få frem hva som er viktig for brukeren (Folkehelseinstituttet, 2019b). Metoden er anbefalt som arbeidsverktøy i sjekklister. Spørsmålet «hva er viktig for deg?» er også med i alle sjekklister. Verktøyet Patient Specific Functional Scale (pasientspesifikk funksjonsskala, PSFS), er anbefalt. Brukerens mål skal gjennomsyre hele forløpet og danne mål for oppholdet ved ett tjenestested og videreformidles til neste tjenestested.

Pårørende er både en ressurs for bruker, men trenger også støtte og oppfølging fra helse- og omsorgstjenesten (Helsedirektoratet, 2017b). I læringsnettverket har ikke pårørendesamarbeidet vært spesifikt i fokus, det vil være viktig at dette får større plass og må adresseres spesifikt i det videre arbeidet.

*«Helsekompetanse er personens evne til å forstå, vurdere og bruke helseinformasjon for å kunne ta kunnskapsbaserte beslutninger relatert til egen helse».*

*(Helse- og omsorgsdepartementet, 2019)*

Nylig har regjeringens strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen blitt lansert. Her beskrives det at for å kunne realisere pasientens helsetjeneste, må befolkningen ha kompetanse om helse og få mulighet til å ta valg om sin helse. Helsekompetanse er foreløpig i liten grad implementert systematisk i Oslo modellen. Dette vil være et viktig element å integrere i nye versjoner av sjekklister.

## Samarbeid og samhandling

I tidlig fase av læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, ble det kartlagt hvilke andre prosjekter, satsninger og virksomheter det var nødvendig å opprette samhandling og samarbeid med. Dette for å kunne tilpasse Oslomodellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke til Oslos kontekst. Målet med samhandling er at brukeren skal oppleve å bli ivaretatt på en helhetlig måte. Det betyr at tjenestetilbudet skal være sammenhengende og koordinert mellom alle ledd i behandlingsskjeden fra kommune til spesialisthelsetjeneste (Helse- og omsorgsdepartementet, 2011). Det har derfor vært tett samarbeid med noen aktører og et informasjonsutvekslingsforhold med andre aktører.

*«Samhandling er uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte.»*

*(Helse- og omsorgsdepartementet, 2011)*

Brukere, pårørende og ansatte i de deltagende virksomhetene er blant de som har vært involvert og informert om satsningen på ulike måter.

SFF/USHT har samarbeidet med OUS, KS og FHI for gjennomføring av samlinger i læringsnettverket. KS/FHI har vært hovedarrangør og man har i all hovedsak fulgt opplegget som er gjennomført i øvrige læringsnettverk i Norge. Det har videre vært samarbeid mellom samlingene for fremdrift og avklaringer omkring læringsnettverket.

PRO seksjonen i Helseetaten er systemforvaltere av journalsystemet Geric. Samarbeidet her har hatt som mål å finne

enhetlige og funksjonelle måter for hvordan pasientforløpet skal dokumenteres i Geric.

Videre har det blitt opprettet dialog med ulike prosjekter som har foregått parallelt med gjennomføring av læringsnettverket. Dette er blant annet Elise-prosjektet, som har jobbet med elektronisk samhandling om overføringer av pasientinformasjon mellom KAD, hjemmetjeneste og helsehus og Tillitsmodellen der innbyggere og medarbeidere sammen får muligheten til å finne de beste omsorgsløsningene og utvikle en ny og bedre hjemmetjeneste. Videre er det samarbeidet med læringsnettverk i pasientsikkerhetsprogrammet ved SFF/USHT og fremtidens rehabiliteringstjeneste ved Helseetaten.

Aktuelle forskningsmiljøer har vært konsultert for avklaringer innen ulike problemstillinger.

En stipendiat fra OsloMet har fulgt læringsnettverket fra juni 2017 til februar 2019. Med kvalitativ forskningsmetodikk var hovedformål å utforske helsearbeiderens erfaringer og arbeidsmetoder under utvikling og implementering av pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter gjennom læringsnettverket. Resultatene fra dette arbeidet er ikke publisert enda.

Læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke har blitt presentert i fag- og ledernetverk i kommunen, og i allmenlegeutvalgene i de deltagende bydelene. Fra en av bydelene har to fastleger deltatt i forbedringsarbeidet. Det har vært et ønske å involvere fastlegene tettere enn hva som har vært mulig. Dette for å sikre et godt samarbeid med fastlegen i hele pasientforløpet. Bydelsoverlegene har blitt informert om status underveis.

Forbedringsteamene har samarbeidet på tvers for å skape felles forståelse av utfordringene i pasientforløpet.

Beslutninger om fremdrift på overordnet nivå har blitt tatt i samarbeid med Byrådsavdeling for eldre, helse og arbeid.

## Dokumentasjon og informasjonsutveksling

Når helsehjelp ytes har helsepersonell plikt til å føre pasientjournal. Journalen skal blant annet inneholde behandlingsplan og pasientens ønsker for helsehjelpen (Lovdata, 2019). Det er godt kjent at dagens IKT systemer setter begrensninger for å utnytte ressursene i helsetjenesten på en god måte. Den digitale samhandlingen er ikke optimal og gevinster man ønsker fra digitalisering kan ikke alltid realiseres. Nasjonal strategi for e-helse 2017-2022 tar utgangspunkt i «en innbygger – en journal» (Direktoratet for e-helse, 2019). Enn så lenge er ikke dette virkeligheten og de ulike delene av helsetjenestene har ulike journalsystemer å forholde seg til. Bydelene i Oslo kommune, Ryen helsehus og FRA benytter Gerica som elektronisk pasientjournal (EPJ). KAD benytter Profdoc. KAD og FRA benytter i tillegg SamPal<sup>1</sup>. Hjemmetjenesten benytter mobiltelefoner (LMP) når de er på besøk i hjemmet, der de har tilgang til Gerica.

### Gerica

Da det finnes mange journaltyper i Gerica, kan det potensielt føre til at liknende informasjon nedtegnes i ulike type journaler. Noe som kan gjøre det utfordrende og raskt finne igjen informasjon om bruker.

Tiltaksplan i Gerica skal beskrive brukers situasjon og målsetting. Tjenesteansvarlig har ansvar for å utarbeide planen, i samarbeid med bruker og primærkontakt. Tiltak som settes opp i tiltaksplan, er med hensikt om å nå målene som er satt. Evaluering av tiltakene må derfor gjøres jevnlig (Helseetaten, 2015).

Erfaringene fra utprøvsperioden av sjekklister, viste tydelig at det var behov for en enhetlig måte å dokumentere pasientforløpet på. Det har derfor blitt utarbeidet en Gericamanual, som blir ferdig innen 1. oktober, og en tabell, se vedlegg 4, som beskriver hvordan dokumentasjon av gode

pasientforløp i hjemmetjenesten skal gjøres. Det har også blitt laget et eget tiltak i Gerica som heter «oppfølging av helhetlige pasientforløp i hjemmet». Dette muliggjør blant annet at oppfølging av sjekklister kommer ut på arbeidslistene til de ansatte som eget tiltak hjemme hos bruker. Det tydeliggjør at det må settes av tid til tiltaket, sjekklister kommer direkte ut på arbeidslisten og blir synlig på LMP. Den ansatte kan dokumentere svar fra sjekklister direkte inn i LMP når man er på hjemmebesøk, fremfor å skrive på et ark.

Det har også blitt tydeliggjort i Gericamanualen hvordan de ansatte skal dokumentere, og hvordan sjekklister videreføres til en annen ansatt dersom man ikke blir ferdig med hele sjekklisten på ett besøk. Tiltaksplan, kartleggingsnotat og IPLOS/ADL o.l. er imidlertid fortsatt etterarbeid på kontoret. Gericamanualen er klar til å prøves ut i hjemmetjenesten fra oktober.

### Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO)

PLO-meldinger benyttes som kommunikasjon mellom pleie- og omsorgssektoren i kommunene og helseforetak og legekontorene. PLO-meldingene gjelder både logistikkmeldinger, f.eks. om utskrivningsklar pasient, og fagmeldinger, f.eks. om helseopplysninger (Helsedirektoratet, 2012).

I læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er det spesielt PLO meldingene 9.1 innleggsrapport fra utførertjeneste til sykehus, 10.1 helseopplysninger og 10.2 utskrivningsrapport fra sykehus til sykepleietjenesten som har blitt diskutert, se vedlegg 5.

I veiviser for PLO meldinger er det beskrevet hva som er obligatorisk innhold i meldingene (Helsedirektoratet, 2012).

Forbedringsteamene i læringsnettverket ønsket at standardteksten i PLO-meldinger skulle være mer detaljerte, for å sikre god informasjonsoverføringen mellom omsorgsnivåene. Det ble derfor utarbeidet forslag til standardtekst for minimumsinhold i de tre nevnte meldingene. Saken ble tatt opp av representant fra Helseetaten i samordnet

<sup>1</sup> SamPal – System for samhandling og pasientlogistikk som prøves ut som prosjekt ved KAD og FRA

utbredelse (SamUT)<sup>2</sup> i mars 2019. Det var behov for ytterligere forankring og involvering av Helse Sør-Øst (Norsk helsenett, 2019). Neste møte i SamUt er i september 2019 der direktoratet vil orientere om status på oppdateringer av veilederen for innhold i PLO-meldinger.

### Behovsstyrt bemanning (BOB)

I Oslo kommune er det besluttet at all kommunal hjemmesykepleie, alle kommunale sykehjem og tjenester til utviklingshemmede skal benytte BOB. Dette er en arbeidsmodell som skal sikre god faglig oppfølging av bruker og riktig kompetanse til bruker ut i fra brukers behov. Det er også et styringsverktøy for leder. Ved å gjennomføre tiltakene i BOB og oppdatere brukers helse- og livssituasjon i Gerica skal dette avgjøre hvilken kompetanse ansatte skal ha som gir helsehjelp til bruker (Helseetaten, 2015). I sjekklister fra læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, har punktene i sjekklisten fra BOB blitt integrert. Dette sikrer at BOB benyttes når helsehjelp ytes til gruppen eldre og kronisk syke i hjemmetjenesten.

### Extend Quality System (EQS)

EQS er en nyetablert felles plattform i EHA-sektor og brukes med de samme prinsipper for dokumentstyring og hendelseshåndtering i alle bydeler og etater. I løpet av våren 2019 ble EQS tilgjengelig for alle virksomheter i EHA sektor. Systemet skal blant annet inneholde informasjon om lov- og regelverk, rutiner og prosedyrer, samt at uønskede hendelser rapporteres her (Barne- og familieetaten, 2019). Informasjon i EQS er i stor grad tilgjengelig på tvers av virksomhetene.

I samarbeid med forbedringsteamene har SFF/USHT utarbeidet forslag til prosedyre, se vedlegg 6 og prosesskart for hjemmetjenesten, se vedlegg 7. Den er klar for høringsrunde fra de deltagende virksomhetene. Arbeid med å utarbeide prosesskart for KAD er nylig påstartet, se

vedlegg 8. FRA er også interessert i å utarbeide prosesskart, og arbeid med dette, vil starte opp høsten 2019.

Vi anser mulighetsrommet som stort for videre utvikling av Osломodellen for pasientforløp. Fra startsidene i EQS finnes allerede snarvei for «Bruker, pasientforløp-samhandling». Vi ser for oss et underliggende nivå eller fanevalg for «Osломodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke». Ved å klikke der, kommer man inn på prosessbokser for tjenester i hjemmet, helsehus, KAD, FRA og etter hvert andre som inkluderes i arbeidet. Det kommer deretter opp et prosesskart med linker/snarveier til relevante dokumenter, slik som prosedyrer, lokale eller felles rutiner, sjekklister og manualer for dokumentasjon i EPJ.

Vi forutsetter at Felles systemforvaltning EQS er den ressurs som er ansvarlig for å kvalitetssikre, og eventuelt opprette, overordnet prosesskart på tvers av tjenestene. Noe av dette arbeidet er påstartet, men ikke slutført.

---

<sup>2</sup> Samordningsutvalg for meldingsutveksling, et koordinerende bindeledd mellom forvaltningen på nasjonalt nivå og virksomheter i helse- og omsorgstjenesten.

# Sjekklister

## Hva er sjekklister?

Hensikten med å benytte sjekklister er å sikre at nødvendige observasjoner og informasjonsoverføring skjer til definerte milepæler i pasientforløpet. Sjekklistene er detaljerte beskrivelser av prosedyrer, ansvar og informasjonsutveksling som skal ivaretas underveis i det funksjonsbaserte pasientforløpet (Røsstad et al., 2013). Ved å innføre sjekklistene settes arbeidsoppgavene i system. Dette krever et sterkt lederskap da det også innebærer nye måter å tenke og jobbe på (Røsstad et al., 2015). Implementering av sjekklistene tar tid og krever lang oppfølging, tjenestene må oppleve verktøyet som nyttig i sin arbeidshverdag for at endringene skal kunne bli opprettholdt (Røsstad et al., 2015). Når sjekklistene innføres er det viktig at sjekklistene tar for seg relativt enkle arbeidsprosesser som kan standardiseres. Der det er behov for mer omfattende og varierende kommunikasjon og verktøy, vil sjekklistene ikke være tjenlige for pasientsikkerheten. Sjekklistene er derfor nyttige verktøy for å kunne huske mangfoldet av oppgaver i pasientovergangene, men er

ikke en hvilepute for helsepersonellet (Clay-Williams & Colligan, 2015). Sjekklistene er å forstå som huskelister for alle oppgavene, og skal gi rom for bruk av faglig skjønn overfor hver enkelt bruker. Det er viktig å huske på at selv om en sjekkliste er gjennomført, kan ikke helsepersonell påberope seg å ha ivaretatt pasientsikkerheten fullt ut da hvert enkelt tilfelle må ivaretas spesifikt.

Milepælene der det er behov for sjekklistene, markert som gule punkter i modellen. Sjekklistene setter oppgavene i et strukturert system for når oppgaven skal gjennomføres, f.eks. hvilke oppgaver som må gjøres på første besøk i hjemmet, og hvilke som kan vente til oppstartsamtalen tre dager senere. Videre gir sjekklistene en faglig anbefaling om hvilke verktøy som kan benyttes for å kartlegge og følge opp brukers situasjon, se vedlegg 9 for oversikt over anbefalte verktøy i sjekklistene. Sjekklistene er satt opp i kronologisk rekkefølge, for å sikre at oppgaver utføres til rett tid. Videre tar sjekklistene hensyn til at overføringspunkter mellom omsorgsnivåene samsvarer med hverandre. Dette skal bidra til at brukeren opplever de ulike tjenestestedene som en sammenhengende kjede av tjenester.

### **Hjemmetjenesten**

*HPH 0 – Forberedelse før hjemkomst*

*(deles i del a – saksbehandler og del b – tjenesteutøver f.o.m. versjon 3)*

*HPH 1 – Første besøk tjenesten*

*HPH 2 – Vurdering av tjenesteutøver innen tre døgn – Oppstartsamtale*

*HPH 3- Informasjonsoverføring mellom hjemmetjenesten og fastlegen*

*(deles i del a – informasjon fra hjemmetjenesten og del b – informasjon fra fastlegen f.o.m. versjon 3)*

*HPH 4 – Tjenesteutøvers vurdering av bruker innen fire uker og hver sjette måned*

*HPH 5 – Akutt funksjonssvikt*

*(utgår etter utprøvningsperiode. SAFE, NEWS og ISBAR benyttes istedenfor)*

### **Legevakt**

*HPH 6 – Denne listen er ikke utarbeidet, men det er satt av plass til legevakten i modellen*

### **Sykehus**

*HPH 7- Innleggelse*

*HPH 8 – Utskrivning*

*(Sykehusets lister er utformet som prosesskart – vedlegg 11)*

### **KAD**

*HPH 9a - Innleggelse*

*HPH 9b - Innen 24timer og under opphold*

*HPH 9c – Utskrivning*

### **FRA**

*HPH 10a – Inntakskordinator*

*HPH 10b – Innleggelse (liste har ikke blitt testet ut, risikotavle benyttes istedenfor)*

*HPH 10c- Utskrivning*

### **Ryen helsehus**

*HPH 11a – Innleggelse – før ankomst*

*HPH 11b – Forløp og planlegging av utskrivning*

*(utgår etter utprøvningsperiode)*

*HPH 11c - Utskrivning*

*Sjekklistene er i vedlegg 10*

## Utarbeidelse av sjekklister

Punktene på sjekklister gjenspeiler oppgaver som tjenestene allerede er pålagt å gjøre ut i fra lovverk, forskrifter, kommunale rutiner o.l. Det er i liten grad innført nye oppgaver som tjenesten skal gjennomføre. Imidlertid er det viktig å påpeke at sjekklister ikke nødvendigvis er uttømmende for alle mulige situasjoner, da sjekklister skal være huskelister over de viktigste samhandlingspunktene tjenesteutøver må huske på i pasientovergangene. Punkter om samhandling som er utprøvd i «VEL HJEM» prosjektet ved OUS, er også integrert i sjekklister (Oslo universitetssykehus, 2018). Noen av sjekkpunktene er hentet fra pasientsikkerhetsprogrammet (Helsedirektoratet, 2019). Punktet gjør fagpersonen oppmerksom på risikoområdet. Tiltak fagpersonen må iverksette ut i fra undersøkelsen, er ikke inkludert i sjekklister.

Det er utarbeidet sjekklister for hjemmetjenesten, Ryen helsehus, KAD og FRA. OUS har utarbeidet et noe annerledes format på innleggelse, under opphold og utskrivelse og har fremstilt dette med sjekkpunkter i et prosesskart, med linker til sin e-håndbok, se vedlegg 11 som er punktene HPH 7 og HPH 8 i Oslomodellen. Innholdsmessig korresponderer de godt med sjekklister i kommunen ved at avgivende og mottakende instans er enige om ansvarsområder i overgangen mellom tjenestedesene. Videre er det satt av sjekkpunkt til både fastlege og legevakt på figur 5.

Innholdet i sjekklister ble utarbeidet av deltakere fra forbedringsteamene. De har blitt enige om f.eks. hvilke punkter som må gjøres ved aller første besøk hos bruker, og hvilke punkter som kan vente til oppstartsamtales tre dager senere. SFF/USHT koordinerte arbeidet med å utforme og redigere de kommunale sjekklister.

## Fra versjon 1 til 3

Første versjon av sjekklister ble presentert på siste fellessamling i læringsnettverket, i februar 2019. Det kom en del umiddelbare innspill, og vi valgte derfor å sende versjon 1 på høring til faglige instanser i Oslo kommune.

Endringer ble gjort med bakgrunn i tilbakemeldingene, og sjekklister, versjon 2, ble publisert i april 2019 på [www.utviklingscenter.no](http://www.utviklingscenter.no) (Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2019). Etter utprøvsperioden frem til sommeren, ble det innhentet erfaringer fra forbedringsteamene og ansatte som hadde benyttet sjekklister. Erfaringene resulterte i versjon 3 av sjekklister, som nå er ferdig. Vi mener at sjekklister utarbeidet for hjemmetjenesten nå er klare til å kunne spres til andre bydel. Dette er beskrevet nærmere i kapittel erfaringer og videre anbefalinger, og i vedlegg 2. Rent praktisk vil sjekklister til hjemmetjenesten nå ligge som hjelpetekst i Gericas slik at man ikke må ha med listene ut i papirversjon. Imidlertid er det ønske fra fagsykepleierne om og fortsatt ha papirversjon tilgjengelig da dette gir et visuelt uttrykk og kan være til hjelp i en implementeringsfase. Inntil prosesskartet med sjekklister er godkjent i EQS, vil sjekklister være å finne på utviklingscenterets hjemmeside.

## Fastlegens plass i sjekklister

Fastlegen er en sentral aktør i pasientforløpet. Dette gjelder særlig for gruppen eldre og kronisk syke, da de ofte har mange sammensatte behov. To fastleger har deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo. Se vedlegg 12 for deres innspill til rapporten. HPH 3 er utarbeidet for hjemmesykepleiers informasjonsoverføring med fastlegen etter at bruker har kommet hjem. Det er anbefalt at kontrolltime hos fastlege skal gjennomføres innen to uker etter hjemkomst fra sykehus eller annen helseinstitusjon. Fra og med versjon 3 deles sjekklister inn i del a – informasjon fra hjemmetjenesten til fastlegen og del b – informasjon fra fastlegen til hjemmetjenesten. Det presiseres her at del b av listen representerer punkter hjemmetjenesten ønsker å motta mer systematisk informasjon om, fra fastlegen. Legene som har deltatt i læringsnettverket har kommet med innspill til sjekklister. Sjekklister har ikke vært behandlet i allmennlegeutvalgene.

Læringsnettverket har ikke lykkes helt i å utvikle gode samhandlingsrutiner og sjekklister mellom kommunens leger: helsehus, KAD, fastleger og legevakt. I bydel Østensjø er det laget en god samhandlingsrutine mellom fastlegene og hjemmetjenesten. Det anbefales at hver bydel utarbeider samarbeidsrutiner med fastlegene i bydelen der blant annet samarbeidet beskrives. En slik samarbeidsavtale vil kunne bidra til god samhandling, oppgavefordeling, rolle- og ansvarsavklaring. Se vedlegg 13 for eksempel fra bydel Østensjø. Arbeidet i læringsnettverket i Oslo bygger på sjekklister utarbeidet i Sandefjord kommune, som stammer fra et samarbeid med allmennlegeforeningen, SKIL, KS og FHI (Folkehelseinstituttet, 2015a).



# Resultater fra arbeidet i læringsnettverket

## Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke

Overordnet standard for tjenester i hjemmet legger føringer for videreutvikling av helse- og omsorgstjenestene i Oslo kommune (Byrådsavdeling for eldre helse og arbeid, 2019a). Samarbeid er et hovedområde i standarden. Helhetlige og koordinerte tjenester krever godt samarbeid på flere nivå. Oslo modellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke beskriver hvordan samarbeidet skal gjennomføres. Modellen er utviklet med tanke på å kunne tas i bruk i hele Oslo, inkludert sykehusene.

Oslo modellen inneholder sjekklister for helsepersonell som er tilpasset målgruppen eldre og kronisk syke. Behovsstyrt bemanning (BOB) er lagt til grunn, og «hva er viktig for deg?» er integrert i sjekklister.

Oslo modellen er testet ut på brukergruppen eldre og kronisk syke. Modellen er generisk og det antas at den kan egne seg som grunnforløp også i andre mer spesifikke pasientforløp. For pasientforløp for barn og pasienter med psykiske og/eller rusrelaterte lidelser, vurderes ikke den utarbeidede Oslo modellen som egnet. Det vil være andre instanser som er involvert i pasientforløpet, samt at det kan være andre temaer som bør belyses i en sjekklister. Pasientforløp for disse gruppene kan imidlertid bygges opp på tilsvarende måte, gjennom spesifikt arbeid på deres behov.

Til modellen har vi startet å utarbeide et prosesskart for hvert tjenestested, der relevante prosedyrer, rutiner og dokumentasjonsmanualer kan knyttes sammen i EQS. Det er utarbeidet prosedyre for pasientforløp for eldre og kronisk syke for hjemmetjenesten. Det er opprettet eget tiltak i Geric for pasientforløp i hjemmetjenesten, lagt inn hjelpetekster for sjekklister i Geric og det utarbeides nå Geric manual for

dokumentasjon. Tabellen for beskrivelse av prosessen i Geric, er i vedlegg 4. Det gjenstår noe arbeid på helsehus, KAD og FRA. Dette forventes ferdigstilt i løpet av høsten 2019.

For å sikre god oppfølging av bruker er det nødvendig at det settes av tilstrekkelig tid til å følge opp pasientforløpet.

## Samhandling og samarbeid

Ved å benytte læringsnettverket som arbeidsmetode, har fagpersoner fra ulike virksomheter i Oslo fått en felles arena for å kunne diskutere problemstillinger fra hvert sitt ståsted. Dette har bidratt til økt forståelse og samarbeid om utfordringer i pasientforløpet i overgangen mellom virksomhetene, og gjennom dette arbeidet har Oslo modell for pasientforløp for eldre og kronisk syke blitt utviklet.

Arbeidet med Oslo modell for pasientforløp for eldre og kronisk syke er presentert i leder- og fagnettverk, samarbeidsforum somatikk i Diakonhjemmet sektor, allmenlegeutvalg i de deltakende bydelene, på konferanser og for studenter på utdanningsinstitusjoner.

## Fagutvikling, forskning og forbedringsarbeid

Læringsnettverk som arbeidsmetode har i seg selv skapt en arena for kvalitetsutvikling. De deltakende virksomhetene har kartlagt egne tjenester og arbeidet med lokale forbedringsprosesser. Dette er nærmere beskrevet i vedlegg 1.

Det gjennomføres følgeforskning av en PhD stipendiat. Prosjektet eies og finansieres av OsloMet, som leverer PhD arbeidet våren 2021. Hovedmål er å utforske helsearbeiderens erfaringer og arbeidsmetoder under utvikling og implementering av pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter. Resultatene fra PhD arbeidet må innhentes fra de som får ansvar for å drifte og videreutvikle innholdet i Oslo modell for eldre og kronisk syke i Oslo kommune.

## Erfaringer og videre anbefalinger

Arbeid med gode pasientforløp innebærer kontinuerlig kvalitetsforbedring. Selv om det nå foreligger en testet og evaluert Osломodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke vil det være kontinuerlig behov for videreutvikling og forbedring. Vi vil i det følgende løfte frem noen sentrale erfaringer fra arbeidet i læringsnettverket og anbefale hva som bør følges opp, og prioriteres i tiden fremover.

### Ledelse, informasjon og tilrettelegging

Lederens rolle knyttet til systematisk kvalitetsforbedring er beskrevet i forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten (Lovdata, 2016). Imidlertid er erfaring fra læringsnettverket at forskriften er for lite kjent og ikke i tilstrekkelig grad implementert. Det anbefales og fortsatt ha kvalitetsforbedring, og leders ansvar for dette, i tildelingsbrev til virksomhetene.

Ansatte og ledere må være kjent med sjekklister, og hvordan de brukes. Vi har erfart at det er mange ledere og ansatte som skal nås med informasjon og opplæring. Turnus-tjeneste, ulike lokasjoner, ekstravakter mm. gjør dette arbeidet utfordrende. Det jobbes med parallelle, beslektede forbedringsområder i tjenestene slik som dokumentasjon, aksjon tiltaksplan, oppstartsamtaler osv. Det kan oppleves overveldende, og gjør det utfordrende å skille hva som hører til hva. Ansatte som ikke har vært involvert i å utarbeide sjekklister, opplever sjekklister som en ekstraoppgave som er omfattende og tar tid, spesielt da det ikke har blitt satt av tid på arbeidslisten til å gjennomføre sjekklister. Det er også mange kartleggingsverktøy å sette seg inn i. Selv om modellen ikke pålegger tjenestene å gjennomføre oppgaver som ikke er nedfelt i eksisterende avtaler og rutiner, kan endret måte å arbeide på oppleves som belastende, fremfor nyttig og spennende. Det må beregnes tid og ressurser for å sikre lokalt eierskap og etablering av nye

samhandlingsprosesser internt i virksomhetene og mellom virksomhetene.

I testperioden erfarte vi at det ikke var avsatt nok tid til å gjennomføre oppgavene på sjekklister. Tidspress i tjenesten medførte derfor at sjekklister ikke ble prioritert. Det er nå opprettet tiltak i Geric, for å kunne gjennomføre sjekklister. For å kunne arbeide systematisk med oppfølging av pasientens forløp er det nødvendig å sette av tilstrekkelig tid på arbeidslisten, samt sette av tid til opplæring i bruk av sjekklister og dokumentasjon. Dette er et lederansvar.

### Kompetanse i tjenestene

Tjenestene forteller om behov for økt klinisk observasjonskompetanse, handlingskompetanse og samhandlingskompetanse for å kunne lykkes med systematisk oppfølging av brukere i pasientforløpet. Det er også behov for opplæring i verktøyene som er anbefalt i sjekklister. Virksomhetene må legge til rette for systematisk vedlikehold og videreutvikling av kompetanse hos ansatte. Et forslag er å benytte metode for ferdighetstrening utviklet i bydel Nordstrand, der ferdighetstreningen har vært mulig å gjennomføre på arbeidsplassen, se vedlegg 14.

Basiskompetanse kan også styrkes gjennom deltakelse i opplæringstilbud fra etater og andre. Nylig igangsatt arbeid om utvikling av basiskompetanse for nyansatte i EHA sektor vil også kunne være et bidrag i dette i arbeidet.

### Overordnede prosedyrer

Gjennom læringsnettverket har problemstillinger rundt prosedyrer ofte kommet opp. Vi ser behov for, og anbefaler, en systematisk gjennomgang av prosedyrer herunder hvilke som nå eksisterer som overordnede prosedyrer i Oslo kommune, og hvilke temaer det bør opprettes overordnede prosedyrer på, fremfor bydelsvise prosedyrer.

Vi anbefaler at prosedyrer og prosesskart for Osломodell for pasientforløp for hjemmetjenesten godkjennes i EQS som overordnet prosedyrer i Oslo kommune. Det må først avklares hvem som skal eie og vedlikeholde både sjekklister og innhold i EQS.

Vi anbefaler eierskap på EHA nivå for virksomhetsovergrepene prosedyrer.

Vi anbefaler videre at tilrettelegginger som gjøres i Geric og innhold i EQS er tilgjengelig for alle bydeler og etater i EHA sektor. På overordnet nivå må det vurderes hvilke føringer som skal legges på implementering av Osломodellen og prosedyrene i tjenestene.

Vi har erfart at det er behov for en overordnet prosedyre for legemiddelsamstemming. Det forekommer ofte manglende systematisk legemiddelsamstemming og dermed svikt i legemiddelbehandling i overgangene i pasientforløpet. Det er behov for en felles prosedyre gjeldende for de involverte virksomhetene i pasientforløpet for eldre og kronisk syke der det fremkommer når og hvordan legemiddelsamstemming skal gjennomføres. Arbeidet med en slik prosedyre er påstartet i læringsnettverket, i samarbeid med kliniske farmasøyer i bydeler. Det er imidlertid behov for videre utvikling, med bredere involvering av fastlegene og kommunens øvrige leger (helsehus, KAD, legevakt m.m.). Dette har ikke vært mulig å fullføre innenfor satsningens rammer. Samarbeidsutvalget mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst har gitt mandat til en tverrfaglig, tverretattlig arbeidsgruppe, hvor leger er med, som skal lage anbefalinger om samarbeid for pasienter som får legemidler administrert i Multidose, for hovedstadsområdet. Det er et mål at anbefalingene ferdigstilles høsten 2019. Anbefalingene vil bygge på HDir sine «Faglige råd for Multidose», som ferdigstilles i september 2019. Vi tror anbefalingene kan danne grunnlag for å beskrive samarbeidet om legemiddelbehandling generelt. De har som overordnet mål å sikre at pasientene får trygg legemiddelbehandling, og tar opp i seg mange av prinsippene nevnt over. Se også vedlegg 2 for nærmere detaljer.

## Sjekkliste

Utvikling av sjekkliste er basert på testing i småskala i de deltakende virksomhetene med påfølgende justeringer. Det er grunn til å tro at det blir behov for ytterligere justeringer i forbindelse med implementering, spesielt når flere virksomheter inkluderes, herunder de tre øvrige sykehusene i Osloområdet. Vi anslår at

versjon 4 av sjekklistene, bør utvikles i løpet av 2020.

Det må besluttes hvem som skal ha sentralt eierskap til sjekklistene og Osломodellen, både faglig og digitalt. Dette er særdeles viktig for å kunne sikre at pasientforløpet følges opp likt i alle 15 bydeler, de fire helsehusene og i øvrige virksomheter over tid. Ved fremtidige endringer i organisasjonen, endringer i lovverk, føringer og rutiner o.l., må dette implementeres i sjekklistene. Risikoen dersom ikke eierskap er definert, er at sjekklistene etter en tid vil se ulike ut, og da vil prinsippet om standardisering av arbeidsmetoder vannes ut.

Slik koordinering kan foretas av SFF/USHT, gitt tilføring av ressurser, i samarbeid med PRO-seksjonen i HEL, da endringer i sjekklistene vil påvirke tilrettelegging i Geric og i Gericmanualer.

Ryen helsehus har som eneste helsehus deltatt i læringsnettverket. Sjekklistene som er utarbeidet og utprøvd har derfor ikke blitt samordnet med de øvrige helsehusene i Oslo. Før versjon 3 ferdigstilles, og er klar for implementering i alle fire helsehus, er det behov for koordinering. Avdeling kvalitet og utvikling i Sykehjemsetaten koordinerer dette arbeidet.

Vi har mottatt ønske om å utarbeide en veileder for hvordan oppgavene i sjekklistene skal gjennomføres. Vi anbefaler å kartlegge behov for dette før et eventuelt arbeid påstartes.

I utprøvsperioden ble det gjennomført målinger av om sjekklistene ble fulgt opp slik de var tiltenkt. Det viste seg å være svært utfordrende å gjennomføre pålitelige målinger, da disse måtte gjøres manuelt på tjenestestedet. Ved videre implementering vil det ideelle være å hente ut målinger direkte fra fagsystemene. Indikatoren som ble brukt i utprøvsperioden av sjekklistene, kan benyttes som et utgangspunkt. Fokus bør være på PLO meldingsutveksling og gjennomføring av samtaler og besøk som beskrevet i sjekklistene. PRO-seksjonen i Helseetaten må involveres i dette arbeidet for å legge til rette og sikre at resultater gjøres

tilgjengelig. Ledere må få forståelse for viktighet av måling, de må sikres opplæring, følge opp og bruke resultatene aktivt i forbedringsarbeid. Lokalt bør det i tillegg oppfordres til kvalitative målinger for brukerens opplevelse av pasientforløpet og kvalitet i dokumentasjon.

### Samhandling og samarbeidsavtaler

Vi har erfart at innholdet i samarbeidsavtalene mellom sykehus og kommunen ikke alltid er kjent for fagpersoner og følges derfor ikke opp i tilstrekkelig grad. Det bør vurderes på overordnet nivå mellom Helse Sør-Øst og Oslo kommune om det er behov for ytterligere konkretiseringer av samarbeidsavtalene.

Det foreligger i liten grad formelle avtaler som regulerer samhandling internt i kommunen, noe som kan medføre svikt i interne overganger. Vi anbefaler å formalisere oppgaver og tydeliggjøre ansvar mellom aktørene, knyttet til pasientflyt, logistikk, økonomiske rammer for kjøp og salg av plasser, samt tydeliggjøre kriterier for ulike pasient-

kategorier. Dette må forankres på EHA nivå.

Gjennom læringsnettverket har vi erfart at det er behov for å formalisere samarbeidet mellom bydelene og fastlegene. Vi anbefaler at hver bydel utarbeider samarbeidsrutine mellom hjemmetjenesten og fastlegene i bydelen, se eksempel fra samarbeidsrutine i Bydel Østensjø, vedlegg 13. Fastlegene må også involveres i sjekklister om informasjon mellom hjemmetjeneste og fastlege.

Helsepersonell fra ulike omsorgsnivåer har gjennom læringsnettverket møtt hverandre for å diskutere felles problemstillinger fra ulike ståsteder. Dette har gitt muligheter for tettere samarbeid mellom kommune og sykehus og bedre forståelse for hverandres hverdag. Det anbefales å videreføre arenaer der slik samhandling kan foregå. Mulige arenaer kan være læringsnettverk, kommunale nettverksmøter og møteplasser der sykehussektoren også er fast deltaker. Det er viktig å inkludere ansatte som arbeider direkte brukerrettet og brukere i slike fora.

## Anbefalinger

- 1. Det må avklares sentralt eierskap, vedlikehold og videreutvikling av Osломodellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke*
- 2. Ledere på alle nivå må prioritere tid til involvering, informasjon, kompetanseheving og oppfølging. Det må etableres systemer for vedlikehold av generell basiskompetanse i tjenestene.*
- 3. Fokus på kvalitetsforbedring og ledelse av forbedringsarbeid som leders ansvar i fremtiden må styrkes.*
- 4. Det må settes av tilstrekkelig tid på arbeidslistene for gjennomføring av sjekklister.*
- 5. Gericen må tilpasses ytterligere og det bør samkjøres med øvrig digitalisering som pågår.*
- 6. Det må legges til rette for samhandlingsarenaer, utvikling og innovasjon mellom sykehussektor og kommune/bydel der ansatte som arbeider tett på bruker og brukere deltar.*
- 7. Det må utarbeides samarbeidsrutiner internt i kommunen, inkludert med fastleger.*
- 8. Vurder å konkretisere samarbeidsavtalen mellom sykehus og kommunen (Helse Sør-Øst).*
- 9. Utarbeid overordnet prosedyre for legemiddelsamstemming i Oslo, involver også kliniske farmasøyter i kommunen. Må forankres og avklares i rett organ. Problemstilling om hvilke medisiner som skal følge med fra en helseinstitusjon til en annen, må avklares i rett organ.*
- 10. Måleindikatorer som ble benyttet i utprøvsperioden, kan være et utgangspunkt for valg av hva som kan følges opp i det videre arbeidet.*

## Anbefalinger knyttet til implementering og videreføring

Det foreligger nå en Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke som er klar for implementering. SFF/USHT har hatt koordineringsansvar for tre bydeler, et helsehus, KAD og FRA. Senteret har også vært bindeledd til KS/FHI og staben i OUS. Det er ikke gjort innsiktsarbeid i øvrige kommunale virksomheter eller sykehus. Vi har derfor ikke kjennskap til hvordan de stiller seg til en eventuell implementering. Basert på erfaringer og tilbakemeldinger fra deltakende kommunale virksomheter anbefaler vi en spredning til øvrige bydeler og helsehus. Det er grunn til å tro at arbeidet som helhet, med de siste justeringene i sjekklister, tilhørende tilrettelegging i Gericca og prosesskart i EQS, vil medføre økt kvalitet i tjenestene og bedre pasientsikkerheten. Digitaliseringsprosesser, forbedring av fagsystemene generelt, og det pågående arbeidet i Elise prosjektet, vil trolig kunne medføre en mer tidsbesparende dokumentasjonsprosess på sikt.

Vi mener det er en stor fordel om bydeler, helsehus og tilhørende lokalsykehus arbeider sammen for implementering av Oslomodellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke. Imidlertid er det mulig for kommunen å ta i bruk sjekklister i Gericca uavhengig av sykehusene. Enkelte bydeler har allerede tatt kontakt med SFF/USHT, og ønsker å begynne å bruke sjekklister. Det bør åpnes for dette for å unngå at det utformes lokale varianter av sjekklister. Det er viktig at bydelene får føringer om å benytte sjekklister slik de foreligger i versjon 3. Det bør presiseres overfor bydelene at de vil få mulighet til å komme med forslag til endringer til versjon 4, i 2020.

Når det gjelder implementering har Oslo kommune god erfaring med «fadderordning» for spredning etter modell fra VIS-prosjektet. En bydel som har innført en forbedring, er fadder for en annen som ønsker å innføre tilsvarende. Vi anbefaler denne ordningen for spredning til øvrige bydeler og helsehus i Oslo kommune.

I OUS sektor besluttet direktørmøtet 22. august 2019 at de deltakende virksomhetene skal gå fra utviklingsfase til implementeringsfase, samt at de øvrige bydelene i denne sykehussektoren inkluderes i arbeidet. Direktørmøtet vedtok at avdelingsleder ved stab fag, pasientsikkerhet og samhandling ved OUS skal utarbeide forslag til sammensetting av implementeringsgruppe og koordinere arbeidet.

Når det gjelder eventuell spredning til de øvrige sykehusene i Oslo, er det behov for å gjøre avklaringer på Helse Sør-Øst nivå. OUS vil her kunne være en pådriver.

Gitt beslutning om implementering i hele Oslo vil det være nødvendig med felles eierskap i EHA og Helse Sør-Øst, som må gi felles styringssignaler. Dette kan for eksempel gjøres gjennom kommunens tildelingsbrev og sykehusenes oppdragsdokument.

Vi anbefaler prosjektorganisering for å støtte og strukturere en implementering i denne størrelse. En styringsgruppe bør bestå av et utvalg virksomhetsledere fra kommunen og fra sykehusene.

Gitt beslutning om videre spredning og implementering mener vi det er behov for tett oppfølging av arbeidet fra EHA-nivå. Det er mange aktører involvert, vi mener derfor det er nødvendig å anse 2020 og 2021 som tidsramme for implementering av Oslomodellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke.

Det må også settes av tilstrekkelig ressurser sentralt i kommunen for å drifte og videreutvikle innholdet i Oslomodellen, koordinere arbeidsprosessene, støtte tjenestene og etablere og drifte samhandlingsarenaer for implementering. SFF/USHT kan påta seg en slik rolle. Det vil være nødvendig å videreføre samarbeidet med PRO-seksjonen i Helseetaten for å tilrettelegge i Gericca, samt være pådriver for at fremtidige digitale løsninger tas i bruk. Vi anbefaler også at det settes av ressurser til frikjøp fra en eller flere av bydelene som har deltatt i læringsnettverket, for erfarings-

overføring til øvrige bydeler. Særlig vil vi trekke frem bydel Nordstrand og deres arbeid med kompetanseheving og ferdighetstrening.

Det kan være aktuelt å benytte læringsnettverk som metode for videre implementering. KS og FHI vil kunne være gode resurser i dette arbeidet. Ettersom det nå foreligger en Oslomodell for eldre og kronisk syke er det ønskelig at denne legges til grunn i læringsnettverket. Vi anbefaler at et eventuelt fremtidig læringsnettverk i større grad vektlegger implementering. Oslo kommune har lang erfaring med læringsnettverk som metode i pasientsikkerhetsprogrammet, der man implementerer ferdige utarbeidede tiltakspakker, og arbeider med lokalt forbedringsarbeid i tilknytning til dette.

Forøvrig må det på tjenestestedene settes av tilstrekkelige resurser til kompetanseheving og opplæring i bruk av sjekklister, prosedyrer og kvalitetsforbedring. Videre må det legges til rette for at ansatte kan gjennomføre sjekklister i sin arbeidshverdag.

Det er flere aktører som ikke har deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, som kan være relevante i overgangene i pasientforløpet. Dette er blant annet legevakt, ambulansetjeneste, langtidshjem, poliklinikker, pasienttransport, NAV o.l. Disse bør innlemmes i en helhetlig Oslomodell i fremtiden.

### **For å sikre implementering og videreføring av arbeidet anbefaler vi:**

- 1. God forankringsprosess i Samarbeidsutvalget mellom Oslo kommune og Helse Sør-Øst med fokus på felles mål.*
- 2. EHA og Helse Sør-Øst gir føringer og styringssignaler knyttet til samhandling mellom spesialisthelsetjenesten og kommune.*
- 3. EHA gir føringer og styringer knyttet til de kommunale virksomhetene.*
- 4. Gjennomgående holdningsarbeid som del av implementeringen – «hva er viktig for deg?».*
- 5. Den enkelte bydel og etat legger til rette for og setter av tilstrekkelig tid hos ansatte til forankring, opplæring og gjennomføring av sjekklister.*

## Referanser

- Barne- og familieetaten. (2019). EQS - kvalitetssystem. Retrieved from <https://bfe.intranett.oslo.kommune.no/for-ansatte/arbeidsgrupper-og-prosjekter-i-bfe/eqs/>
- Byrådsavdeling for eldre helse og arbeid. (2019a). *Overordnet standard for tjenester i hjemmet*. Retrieved from Oslo kommune:
- Byrådsavdeling for eldre helse og arbeid. (2019b). Tildelingsbrev 2019 - Sykehjemsetaten. In (pp. 29). Oslo: Oslo kommune.
- Byrådsavdeling for eldre helse og sosiale tjenester. (2015). Oppdrag - Pasient/brukerforløp [Press release]
- Clay-Williams, R., & Colligan, L. (2015). Back to basics: checklists in aviation and healthcare. *BMJ Qual Saf*, 24(7), 428-431.
- De Vibe, M., Udness, E., & Vege, A. (2016). *Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke; en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015. Notat*. Retrieved from Oslo: Direktoratet for e-helse. (2019). *Nasjonal e-helsestrategi 2017-2022*. Oslo Retrieved from file:///C:/Users/sye161458/Downloads/Nasjonal%20e-helsestrategi%202017-2022%20oppdatert%202019.pdf.
- Folkehelseinstituttet. (2015a). Fastlegens rolle i pasientforløpet. Retrieved from <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/fastlegens-rolle-i-pasientforlop/>
- Folkehelseinstituttet. (2015b). Modell for kvalitetsforbedring. Retrieved from <https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/metoder-og-verktoy/modell-for-kvalitetsforbedring>
- Folkehelseinstituttet. (2019a). Hva er læringsnettverk? Retrieved from <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-et-laringsnettverk/>
- Folkehelseinstituttet. (2019b). Hva er viktig for deg? - En retningsendring. Retrieved from <https://www.fhi.no/kk/forbedringsarbeid/pasientforlop/hva-er-viktig-for-deg-en-retningsendring/>
- Grimsmo, A., Løhre, A., Røsstad, T., Gjerde, I., Heiberg, I., & Steinsbekk, A. (2016). Helhetlige pasientforløp–gjennomføring i primærhelsetjenesten. *Tidsskrift for omsorgsforskning*, 2(02), 78-87.
- Helse- og omsorgsdepartementet. *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2011). *Samhandlingsreformen - Lovpålagte samarbeidsavtaler mellom kommuner og regionale helseforetak/helseforetak. Nasjonal veileder*. regjeringen.no Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/samhandlingsreformen---lovpalagte-samarb/id661886/>.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2015). *Omsorg 2020 – regjeringens plan for omsorgsfeltet 2015 – 2020*. Retrieved from Oslo:
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2019). *Strategi for å øke helsekompetanse i befolkningen, 2019-2023*. Regjeringen Retrieved from <https://www.regjeringen.no/contentassets/97bb7d5c2dbf46be91c9df38a4c94183/strategi-helsekompetanse-uu.pdf>.
- Helsedirektoratet. (2012). *Bruk av pleie- og omsorgsmeldinger i pasientforløp: Veiviser for helsepersonell og saksbehandling*. (HISD 80806:2012). Retrieved from file:///C:/Users/sye161458/Downloads/HISD\_80806\_2012\_Veiviser-PLO-meldinger\_v2.1%20(1).pdf.
- Helsedirektoratet. (2017a). Helhetlige pasientforløp. Retrieved from <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/helhetlige-pasientforlop>

- Helsedirektoratet. (2017b). Pårørendeveileder.  
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parorendeveileder>
- Helsedirektoratet. (2019). I trygge hender, 24/7. Retrieved from  
<https://www.pasientsikkerhetsprogrammet.no/>
- Helseetaten. (2015). Behovsstyr bemanning (BOB). Retrieved from  
<https://hel.intranett.oslo.kommune.no/category.php?categoryID=81835>
- KS. (2017). Gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Retrieved from  
<https://www.ks.no/fagomrader/helse-og-omsorg/eldreomsorg/gode-pasientforlop/omsatsingen/gode-pasientforlop/>
- Lov om pasient- og brukerrettigheter, (1999).
- Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten, FOR-2016-10-28-1250 C.F.R. (2016).
- Forskrift om pasientjournal (pasientjournalforskriften), FOR-2019-03-01-168 C.F.R. (2019).
- Maher, L, G., D. Evans, A. (2010). Sustainability: Model and Guide. Retrieved from  
[https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805122935/http://www.nhs.uk/media/2757778/nhs\\_sustainability\\_model\\_-\\_february\\_2010\\_1\\_.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805122935/http://www.nhs.uk/media/2757778/nhs_sustainability_model_-_february_2010_1_.pdf)
- Norsk helsenett. (2019). Møtereferat SamUT, 13.03.2019. In.
- Nyen, B. (2009). Forbedringsarbeid og statistisk prosesskontroll (SPC). Versjon 2.0. In N. k. f. helsetjenesten (Ed.), (Vol. 2.0, pp. 41). Seksjon for kvalitetsutvikling: Kunnskapssenteret.
- Oslo universitetssykehus. (2018). "VEL HJEM" - Brukersentrerte tjenester for den multisyke pasienten. Retrieved from <https://oslo-universitetssykehus.no/Documents/Samhandling/Sluttrapport%20for%20Vel%20hjem%20brukesentrerte%20tjenester%20for%20den%20multisyke.pdf>
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Håland, E., Kristoffersen, L., & Grimsmo, A. (2015). Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. *BMC health services research*, 15(1), 86.
- Røsstad, T., Garåsen, H., Steinsbekk, A., Sletvold, O., & Grimsmo, A. (2013). Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. *BMC health services research*, 13(1), 121.
- Senter for fagutvikling og forskning utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo (Producer). (2018, 01.08.2019). Kåres uheldige pasientreise. [Video] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=e2Wg4jLERag>
- Utviklingscenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2019). Gode pasientforløp - Oslomodellen. Retrieved from <https://www.utviklingscenter.no/gode-pasientforloep-modell-for-oslo.486362.no.html>



# Vedlegg 1 - Forbedringsarbeid i praksis

## **Bydel Østensjø**

Målsetting: Vi skal jobbe systematisk for å bedre brukernes opplevelse av overføringer mellom omsorgsnivåer. Ansatte skal jobbe systematisk med sjekklister for å sikre at alle faglige aspekter er ivaretatt.

Ledere er fortløpende informert via ledermøter. For å nå ansatte, har vi stått med «stand» ved inngangspartiet hvor alle ansatte går inn/ut. Vi har deltatt på alle lags/teams ukentlige brukermøter, med visning av filmen «Kåres uheldige pasientreise» og informasjon om sjekklisene. Vi har hatt «åpen informasjonstime» på møterom midt i hjemmetjenestens lokaler, hvor ansatte var invitert inn for å stille spørsmål/ komme med tilbakemeldinger. Vi har delt ut nyhetsbrev med forklaring av bruk og informasjon om oppstart av utprøving. Vi har hengt opp plakater med påminning om «hvilken liste skal du bruke når» på strategiske steder. Vi har postet informasjon på Workplace.

Bydel Østensjø har hatt mottak av nye brukere, overføring mellom tjenestene i bydelen, dokumentasjon og roller og ansvarsavklaring «meg på jobb» som forbedringsområder underveis i læringsnettverksperioden. Forbedringsteamet skal bli etablert i fast drift som en ressursgruppe i hjemmetjenesten.

## **Bydel Søndre Nordstrand**

Målsetting: Bydel Søndre Nordstrand skal få økt systematisk informasjonsflyt i tjenesten gjennom bruk av sjekklister.

Bydelens satsningsområder har vært legemiddelhåndtering, oppstartsamtale og tilpassede digitale verktøy, og har spesielt hatt fokus på oppstartsamtalet. utfordringer med manglende informasjonsflyt og dokumentasjon rundt overganger har blitt dokumentert gjennomarbeidet i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, og brakt tilbake som forbedringspunkter i forbindelse med utarbeidelse av sjekklisene.

Sjekklisene har blitt prøvd ut på søknadskontoret og på avklaring og mestring. Det har blitt jobbet lenge med informasjon rundt oppstartsamtalet og selve pasientforløpet i bydelen, imidlertid er de ferdige sjekklisene nye for de enkelte ansatte som skal benytte dem.

## **Bydel Nordstrand**

I bydel Nordstrand er målet sømløse, trygge og sikre tjenester. Det er stor oppmerksomhet i bydelen om forbedringsarbeid, da bydel Nordstrand har en engasjert bydelsdirektør. Arbeidet er oppe i strategisk ledergruppe en gang i måneden.

## **Kommunal akutt døgnet**

Sentralt for arbeidet på KAD har vært «hva er viktig for deg?»-samtale, organisering av forbedringsteam, årsaker til reinnleggelse og informasjonsoverføring i overgangene.

KAD har endret sine rutiner for mottak av pasienter og de erfarer at mottaket av pasientene er forbedret.

KAD har jobbet mye med mottak og den første tiden etter innkomst. De har også jobbet mye med utskrivning, men ikke implementert dette enda. Gjennom læringsnettverket har de lært at de kan hente ut mer informasjon om brukere som blir innlagt fra Gerica enn de tidligere hadde kunnskap om. De har derfor startet internundervisning, etablert superbrukere, og inkludert opplæring i Gerica for nyansatte ved KAD. Med mer informasjon om bruker fra Gerica, har de begynte å skrive på Sampal-tavlen antall timer pasienten har hjemmesykepleie per uke. Dette gir dem en indikasjon på hvor pleietrengende personen tidligere har vært. Som eksempel hvis bruker har 20 timer hjemmesykepleie fra tidligere, kan det indikere at de bruker lenger tid på å komme seg etter en akutt hendelse, og har mer sannsynlig behov for plass på helsehus etter KAD, enn en person som kun har 2 timer hjemmesykepleie i uken fra tidligere. Personene vurderes selvsagt individuelt, men dette er informasjon de tidligere ikke benyttet til å vurdere pasientens situasjon.

Forbedringsteamet har jobbet særlig mye med rutiner og tiltak opp imot mottakssituasjonen. KAD forsøkte seg på et mottaksrom, men det fungerte dessverre ikke. Derimot har rutinene som forbedringsteamet jobbet med gjort at mottak på sengepost nå fungerer mye bedre! Avgjørende for at de har fått gjort viktige endringer i mottakssituasjonen er at forbedringsteamet var tverrfaglig, med tre leger. For pasienten som kommer til KAD innebærer det at de blir raskere tilsett og får riktig oppfølging. Et av forbedringsområdene de så var det å oppdage utvikling av sepsis før det var for sent hos den eldre pasienten. KAD meldte seg derfor på et ettårig læringsnettverk i pasientsikkerhetsprogrammet som heter «stopp sepsis».

### **Forsterket rehabilitering Aker**

FRA har lenge arbeidet spesifikt med forbedringsarbeid i praksis, og er en godt fungerende avdeling, med gode rutiner for kvalitet i pasientarbeidet.

Forbedringsområder som FRA har spesielt jobbet med er inntakskriterier og mottak av pasient gjennom etablering av ordning med mottakskoordinator og systematiske tverrfaglige møter. FRA har i forbindelse med sjekklister, også hatt spesielt fokus på utreisesamtale med pasient og legemiddelsamstemming, som begge er oppgaver legen skal utføre ved FRA. De erfarer at dette ikke alltid følges opp systematisk. Avdelingen må derfor arbeide videre med å sette dette i system og de skal ta dette opp i riktig fora for å løse utfordringene de opplever. Fra høsten skal de arbeide videre med å implementere NEWS. De har implementert et evalueringsskjema for pasientens opplevelse av oppholdet. Her får de nyttige tilbakemeldinger om pasientopplevd kvalitet ved oppholdet på FRA.

FRA opplever det som givende og lærerikt å ha deltatt i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. De peker spesielt på å ha lært mye om hverandres arbeidssteder som nyttig, og ikke minst om viktigheten av «hva er viktig for deg?» og «hva er et godt pasientforløp».

De opplever lederforankring som svært viktig, og ser i retrospekt at en person med beslutningsmyndighet, også burde vært leder av forbedringsarbeidet ved avdelingen, for bedre gjennomslagskraft av tiltakene.

### **Ryen helsehus**

I starten da læringsnettverket startet opp, var det stor variasjon i rutiner på de ulike avdelingene. Ryen helsehus flyttet over til nye lokaler på Økern, og avdelingene endret sammensetning. I samme prosess har alle lederne på helsehuset blitt erstattet. Nye ledere er orientert om arbeidet som er gjort gjennom orienteringse-poster, orientering på ledermøte, et kick-off arrangement for læringsnettverket og samtaler med kvalitetssjef.

Målsetting: Vi skal etablere og følge rutiner for en strukturert oppfølging av pasienters opphold på Ryen helsehus og legge til rette for en god overflytting til og fra oss.

Forbedringsteamet ble i utgangspunktet ledet av fagsykepleier og inneholdt representanter fra alle poster og yrkesgrupper. Det har vært store utskiftninger i teamet, også teamleder ble byttet ut. Teamet ledes i dag av fysioterapeut som har vært med nesten fra starten av satsingen.

Det ble intervjuet pasienter i starten av oppholdet og svarene ble benyttet til å styre innførte tiltak. Ryen helsehus har arbeidet med tavlemøter, sjekklister, oppstartsamtale og tverrfaglig statusnotat. De skal jobbe videre med risikokartlegging, dokumentasjon «hva er viktig for deg?»-samtalen og strukturert utskrivningssamtale.

Sikkerhetstavler var i bruk før flytting, men de var ulike fra avdeling til avdeling og det var mindre strukturert oppfølging av pasientenes risikoområder. I løpet av nettverkets tid har de strukturert og samkjørt tavlene på avdelingene. Pasientmottaket benytter seg av en sjekklister som gjennomgås før pasienten ankommer helsehuset, denne er godt integrert i daglig drift, men har fremdeles noen utfordringer.

Utreise sjekklister er testet på post 1, men denne har ikke blitt benyttet systematisk etter at forbedringsteamet ikke fulgte opp tett nok. Tavlemøter gjennomføres kontinuerlig og er nå godt forankret i daglig drift.

Ryen helsehus tester nå ut ny utskrivningssjekklister på konvolutt. Denne skal ha tilhørende gericamal og dokumenteres etter å ha blitt gjennomgått sammen med pasient. Ellers er det planlagt revurdering av tavlemøtene årlig for å sikre fokus mot områder de ønsker å følge bedre opp.

Sjekklister for utreise benyttes ikke, det antas å være fordi den konkurrerer med tidligere rutiner, som baserer seg på utreisekonvolutt. Denne skal de nå å erstatte, og gjøre dokumentasjonskravet enklere å følge. Tidligere har utreisekonvolutten blitt utfylt, for deretter å sendes med pasient. Innsjekklister dokumenteres om den brukes. Områdene fra tavlen dokumenteres i varierende grad.

## **OUS**

OUS har utarbeidet en egen prosedyre der sjekklister har layout som et flytskjema. I denne er det i tillegg til viktige samhandlingspunkter (sjekkpunkter) for pasientovergangen også tilført sjekkpunkter for pasientsikkerhet samt praktiske forhold. Alle prosedyrer utarbeidet i OUS legges ut i eHåndboka. Dette er et elektronisk program som også er tilgjengelig for ansatte via app på mobiltelefon. Foreløpige tilbakemeldinger fra ansatte er positive da det oppleves som gunstig at prosedyren (flytskjema) er tilgjengelig på mobiltelefoner. Selve flytskjema er utformet slik at det ved utskrift er mulig å lage denne som et lommekort. Forbedringsteamene i OUS mener at dette vil bidra til lettere implementering av prosedyren. Flytskjemaet er videre laget slik at alle punkter er klikkbare slik at ansatte får mulighet til å lese tilhørende prosedyrer som omtaler hvert sjekkpunkt. Sjekklister som er laget i fellesskap med Oslo kommune har identisk layout som kommunale sjekklister. Disse er vedlagt prosedyren og kan etter ønske, skrives ut og tas i bruk ved den enkelte avdelingen. I forbindelse med arbeidet i læringsnettverket har forbedringsteamet ved OUS tatt initiativ til å gjennomgå og forbedre allerede eksisterende prosedyrer som er linket til i flytskjemaet.

Det er visse krav som skal være oppfylt for at en prosedyre kan legges ut i eHåndboka, blandt annet gjelder dette et standardisert oppsett og innhold. Slike prosedyrer må være godkjent på avdelings-, klinikk- eller sykehusnivå. Det siste nivået, såkalt nivå 1, vil gjelde for hele sykehuset. Det er et mål å godkjenne prosedyren utarbeidet i læringsnettverket på nivå 1. Dette vil da forplikte alle kliniske avdelinger til å ta den i bruk.

## Vedlegg 2 – Erfaringer og endringer etter utprøving av sjekklister

### Dokumentasjon

**Erfaring:** Sjekklister bør være tilgjengelige i EQS, i tilknytning til et prosesskart (inspirert av OUS sitt flytskjema). Samt at det bør være en prosedyre for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke.

**Endring:** Prosedyre for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke er utarbeidet i EQS. Tilhørende prosesskart er også utarbeidet i EQS. Det anbefales at EHA godkjenner dette som overordnet prosedyre og prosesskart for Oslo kommune etter at dokumentene har vært på høringsrunde.

**Erfaring:** EQS bør være tilgjengelig på LMP telefoner som hjemmetjenesten benytter til dokumentasjon ute hos bruker.

**Endring:** Ingen endring gjennomført.

**Erfaring:** Sjekklister må være tilgjengelig elektronisk i Gericamanager/SamPal for at de skal bli brukt. Slik at det er mulig å dokumentere direkte i EPJ.

**Endring:** Det er utarbeidet nå en Gericamanager for hvordan dokumentere bruk av sjekklister og oppfølging av pasientforløpet. Det er også opprettet et tiltak for å kunne sette av tid til å gjennomføre sjekklister i Gericamanager, som heter «Oppfølging av helhetlige pasientforløp». Dette gjør at punktene fra sjekklister kommer ut på arbeidslisten/inn i LMP når de ansatte skal på hjemmebesøk, og det blir mulig å skrive direkte inn i LMP mens man er på hjemmebesøket. Det vil bli noe etterarbeid på kontoret. Når det gjelder SamPal er det opprettet kontakt med prosjektet som opplyser at det ikke er mulig å få inn sjekklister på nåværende tidspunkt i deres utprøvsperiode. Det er planlagt møter denne høsten for å følge opp dette.

**Erfaring:** Det har vært krevende å dokumentere sjekklister dersom en ansatt ikke har blitt ferdig med en sjekklister på ett besøk, og en annen må overta. Videre kan bruker bli slitne av for mange spørsmål på en gang, og er heller ikke alltid i fysisk form til å gjennomføre hele sjekklister.

Det har da oppstått usikkerhet om hvordan dokumentasjonen skal foregå og hvem som er ansvarlig.

**Endring:** Hvordan dette skal dokumenteres og hvordan man overfører gjenværende punkter til neste besøk, er beskrevet i Gericamanager for hjemmetjenesten.

**Erfaring:** Sjekklister må forkortes og være mer brukervennlige

**Endring:** Dette er gjennomført for hjemmetjenesten og FRA i samarbeid med fagutviklingspsykiere der.

**Erfaring:** Ansatte opplever at det er varierende kvalitet på informasjon som har blitt utvekslet i PLO-meldinger til tross for obligatorisk innhold.

**Anbefaling:** Deltakere fra læringsnettverket har utarbeidet et forslag til endring av obligatorisk innhold i PLO-meldinger. Dette har i første omgang ikke ført fram. Obligatorisk innhold i PLO-meldinger skal opp som tema på neste SamUt møte 18.09.19..

### Hjemmetjenesten

#### **Erfaringer:**

- HPH 0 må deles opp i to for å skille oppgavene til saksbehandler fra oppgavene til tjenesteutøver.
- Sjekklister HPH 3, informasjon til fastlegen må deles opp i en liste for hvilken informasjon som skal til fastlegen, og hvilken informasjon hjemmetjenesten skal motta fra fastlegen etter kontrolltime.
- Sjekklister må deles opp etter hvilken faggruppe som skal benytte hver enkelt sjekklister,
- Tilpasse sjekklister ut i fra den enkelte bydels organisering.

- Short Physical Performance Battery (SPPB) ble anbefalt som kartleggingsverktøy i hjemmetjenesten for å avdekke balanseutfordringer og risiko for å falle. Verktøyet ble imidlertid oppfattet som for komplisert og tidkrevende på nåværende tidspunkt.

**Endringer:** De ovenfor nevnte erfaringene er endret i versjon 3 av sjekklister, foruten tilpasning til den enkelte bydels organisering. Imidlertid har de tre deltakende bydelene blitt enige om utformingen av sjekklister slik de foreligger i versjon 3. HPH 0 er delt inn i HPH 0a - saksbehandler og HPH 0b - tjenesteutøver. HPH 3 er delt inn i HPH 3a – informasjon til fastlegen før hjemmebesøk og HPH 3b – informasjon fra fastlegen etter kontrolltime. SPPB ble tatt ut fra sjekklister som anbefalt kartleggingsverktøy, tre spørsmål som stilles til bruker angående fall og fallfare blir stående på sjekklister, med henvisning til å kontakte fysioterapeut dersom bruker svarer «ja» på ett av spørsmålene. SPPB anbefales at forsøkes innført igjen som kartleggingsverktøy, når tjenestene har blitt mer vant til å benytte sjekklister.

**Erfaring:** Sjekklister HPH 5 – akutt funksjonssvikt ble ikke tatt aktivt i bruk i utprøvsperioden da det i akutte tilfeller ikke er tid til å ta frem en sjekklister.

**Endring:** I stedet for å ha en sjekklister for dette, har vi valgt å henvise til å bruke verktøy som SAFE, som er benyttet i andre sjekklister, for å kunne vurdere endringer i funksjonssvikt, NEWS og ISBAR for å kommunisere til spesialisthelsetjenesten om brukers behov. (Dette er beskrevet i prosedyren i EQS). HPH 5 utgår derfor som egen sjekklister.

## KAD

**Erfaring:** Sjekklister har bidratt til å systematisere gjøremål på avdelingen, og har videre utviklet interne rutiner og prosedyrer der dette har manglet tidligere.

**Endring:** Fortsette med kontinuerlig forbedring av rutiner og prosedyrer.

**Erfaring:** Leder av forbedringsteamet utarbeidet en veileder for å bruke sjekklister og informerte i forkant på møter. Ved uttestingen opplevde de ansatte likevel at de hadde fått for lite informasjon. De hadde ikke tid til å prioritere sjekklister på dager der det var mange innleggelses og utskrivelser da de ikke helt forsto hensikten med listene. De var også få personer som skulle følge opp bruk av sjekklister i det daglige, da en person ble sykemeldet i utprøvsperioden. Andre opplevde imidlertid sjekklister som fordelaktig for å strukturere arbeidet og spesielt for de som var nyansatte ved avdelingen. Det ble mye å ha sjekklister på papir i tillegg til alle journalsystemene de har å forholde seg til på KAD

**Ønske:** De ansatte er positive til å ha sjekklister hvis dette er digitalt, f.eks. i SamPal, men med færre punkter. Dette er ikke imøtekommet på nåværende tidspunkt, men vi tar dette med i det videre arbeidet med tilpasninger på KAD. Det er også behov for en ytterligere behovskartlegging etter utprøvsperioden for å tilpasse prosesskart med sjekkpunkter til hverdagen på KAD og finne gode løsninger for hvordan dette også kan integreres i SamPal. Det er planlagt møter for videre arbeid.

**Erfaring:** De har målt om legemiddelsamstemming er gjennomført av lege ved hjelp av tavlen i SamPal, der de skal krysse av når oppgaven er gjennomført. De erfarte at legene praktiserte dette forskjellig, noen var veldig grundige, mens andre stolte på listen som fulgte med pasienten.

**Endring:** KAD følger opp forbedring av denne rutinen.

## FRA

**Erfaring:** FRA har en sjekklister for inntak, og inntakskordinator gjennomfører punktene på sjekklister daglig. De opplever det imidlertid som unødvendig å krysse av på listen, da alle oppgavene er godt innarbeidet. Sjekklister slik den foreligger nå er et godt verktøy for vikarierende i stillingen og eventuelt nyansatte.

**Endring:** FRA ønsker derfor at sjekklisten skal gjøres om til prosedyre for inntak ved avdelingen og ligge i EQS.

**Erfaring:** FRA har en sjekkliste for mottak i avdeling og for under opphold (HPH 10b). Denne ble laget som en tverrfaglig liste. De skriver ut sjekklisten og legger den ved pasientens papirjournal. Den inneholder også punkter som skal utføres over flere dager, slik at det tar lang tid å gjennomføre listen. Dette fungerte ikke. Deler av sjekklisten fungerte godt for sykepleier som mottar bruker i avdelingen.

**Endring:** Sjekklisten er revidert til versjon 3 og er nå en sjekkliste for kun sykepleier for innkomst av pasienter. Fysioterapeutene og ergoterapeutene utarbeider/har egne rutiner for innkomst og utskrivelse som de ønsker skal inn i EQS, fremfor å benytte sjekkliste.

**Erfaring:** Samtidig som utprøving av sjekklister ble startet opp, ble SamPal tatt i bruk på FRA. Dette førte til dobbeltregistrering av noen punkter og at sjekklisten konkurrerte med SamPal.

**Endring:** I versjon 3 er punkter som ble dobbelført, fjernet fra sjekklisten.

**Erfaring:** Utreisesjekklisten erstatter nå en annen sjekkliste de tidligere pleide å hefte på pasientens utreisekonvolutt. Sjekklisten er aktivt tatt i bruk.

**Endring:** Til versjon 3 er sjekklisten kortet ned. De ønsker at den skal foreligge elektronisk. Dette er ikke gjennomført enda. Dette også for at hjemmetjenesten kan kunne se hva som har blitt gjort ved utreise fra FRA i journalsystemet.

**Videre plan på FRA:** det er behov for å samle alle rutiner de allerede har på ett sted og gå igjennom systematiseringen av dette en gang til, dele etter faggruppe, muligens utarbeide et prosesskart og knytte til aktuelle rutiner, prosedyrer, sjekklister til dette. Samt se på ytterligere muligheter i SamPal. Det er planlagt møte for å videreføre arbeidet.

## Helsehus

**Erfaring:** Ved helsehuset ble inntakssjekklisten benyttet, og den ble i stor grad fulgt opp. Ett av punktene på sjekklisene var å undersøke om medisiner er tilgjengelig på lager for bruker som skal innlegges. En slik oversikt er ikke tilgjengelig for inntakskoordinator og kan dermed ikke sjekkes. Kan medføre risiko for pasientsikkerheten.

**Endring:** Ryen har satt i verk forbedringstiltak.

**Erfaring:** Ved helsehuset ble sjekklisten for «under opphold», HPH 11b, ikke testet ut, da de allerede hadde innført tavlemøter for sine risikoområder. Dette ble besluttet før utprøving av sjekklisten. Helsehuset har målt hvordan risikotavlen dokumenteres i journalsystemet og fått en oppnåelse på 62 %. De erfarer at det å benytte risikotavle, fører til dobbeltføring av informasjon, på tavle og i journalsystemet.

**Endring:** De jobber videre med å forbedre journalføringsrutinene. De ønsker seg elektronisk tavle.

**Erfaring:** Ved helsehuset hadde de fra tidligere en utreisekonvolutt som ble benyttet ved utreise. Ved innføring av sjekkliste for utreise, erfarte de at det ikke var mulig å benytte både konvolutt og sjekkliste.

**Endring:** De har derfor integrert sjekklisten i utreisekonvolutt og fortsetter og benytte utreisekonvolutt.

Ved helsehuset er det versjon 2 av sjekklisene 11a og utreisekonvolutt som nå benyttes og som går videre inn i arbeidet med å sammenstille rutinene ved de øvrige helsehusene i Oslo.

## Øvrige erfaringer fra utprøving av sjekklister

### Sjekklister som virkemiddel for å sikre god kvalitet og pasientsikkerhet i tjenestene

#### **Erfaringer:**

Ledere og ansatte trenger økt forståelse av hvor viktig det er å sikre brukermedvirkning, hverdagsmestring, oppdage tidlig forverring i helsetilstanden. Og dermed oppfattes bruk av sjekklister, som relevant. Det er behov for å styrke forståelsen av at sjekklister er et løft for pasientsikkerheten.

**Anbefaling:** Viktig å sikre lederforankring for å kunne innføre forbedringstiltak og sjekklister.

Person med beslutningsmyndighet bør ha ansvar for forbedringsarbeidet.

Sjekklister må bli en del av møtene som avholdes internt i tjenesten, slik at listene blir etterspurt, og blir en aktiv del av hverdagen.

### Fagsystemer, epikriser, meldingsutveksling

**Erfaring:** Utfordrende for ansatte å finne fram til dokumentasjon i Gerica. Gerica inneholder mange journaltyper med ulik nummerering, noe som kan føre til at det tolkes ulikt hvilken journaltype som skal benyttes til hvilket formål. Det er behov for enhetlige rutiner for hvilken type journal som benyttes for å dokumentere pasientforløpet.

**Endring:** PRO-seksjonen utarbeider nå en Gericamanual for dokumentasjon i hjemmetjenesten av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, som ferdigstilles innen 1.okt. I vedlegg 4 beskrives prosessen i Gerica for dokumentasjon.

**Anbefaling:** Det anbefales at PRO-seksjonen involveres i samarbeid med FRA og helsehus for hvordan liknende Gericamanual kan utarbeides der.

**Erfaring:** KAD har ikke tilgang til PLO, de sender beskjeder i fritekst fra profdoc til Oslo kommune/saksbehandling. Det er tekniske begrensninger ved KAD som gjør at de ikke kan motta elektronisk informasjon fra sykehuset. Dette kan føre til utfordringer ved innkomst på KAD og å få medisinsk og helsefaglig oversikt.

**Anbefaling:** Denne problemstillingen bør vurderes og avklares i rett organ.

**Erfaring:** FRA kan sende PLO meldinger. Muligheten blir først tilgjengelig når pasient er synlig i Gerica, den dagen tjenesten starter, noe som oppleves som tungvint i søkeprosessen for inntak til FRA.

**Endring:** PRO-seksjonen og FRA jobber nå med å endre rutinen for dette slik at de skal få tilgang til pasienten i det sykehuset søker om opphold på FRA. Da vil FRA kunne ha dialog med sykehuset før pasienten kommer, på lik linje som saksbehandlere har i dag.

**Erfaring:** Ved utskrivelse fra sykehus får pasienten som oftest med seg foreløpig epikrise i papirformat. For at epikrise skal kunne sendes elektronisk og være gyldig, må overlege på sykehuset ha kontrast signert i tråd med sykehusets retningslinjer. Papir kan komme på avveie og føre til at neste ledd ikke får nødvendig informasjon. Det er ønskelig at samedagsepikrise skal følge med elektronisk.

**Anbefaling:** OUS har ansvar for å løfte denne problemstillingen videre.

**Erfaring:** Informasjonsoverføring i konvolutt benyttes i stor grad i overganger mellom spesialisthelsetjeneste og primærhelsetjeneste og internt i primærhelsetjenesten. Manglende felles journalsystem skaper utfordringer i kommunikasjonen i overgangene i pasientforløpet.

**Anbefaling:** Elektronisk kommunikasjon er å foretrekke for pasientsikkerheten der det er mulig. Dette henger blant annet sammen med punktet over.

## Legemidler

**Erfaring:** Når hjemmetjenesten og helsehus mottar bruker som har vært på helseinstitusjon, og bruker har fått nye legemidler, har hjemmetjenesten behov for at alle legemidler følger med bruker for tre virkedager. Årsaker til at de kan ha behov for legemidler som også tidligere har vært i bruk, kan være at bruker ble lagt inn samtidig med at multidoserull var brukt opp hjemme, legemidlene har blitt tatt med til sykehus og hjemmetjenesten finner det ikke igjen og liknende. Dette gjelder spesielt fra sykehus til helsehus/hjem og fra helsehus til hjem.

**Anbefaling:** Status er at sykehuset mener det er nok å sende med nye medisiner for tre dager, da de forventer at hjemmesykepleien har oversikt, og har på lager, medisiner som bruker tidligere har hatt. Det foreslås at dette spørsmålet drøftes ytterligere i samarbeidsutvalget og dette knyttes også opp mot multidoseprosjektet.



## Vedlegg 3 – Kvalitetsmålinger

Statistisk prosess kontroll (SPC) er en metode som kan benyttes i kvalitetsforbedringsarbeid. For å kunne vite om kvalitetsforbedringsarbeid har ført til forbedringer, må man sette mål for arbeidet og også kunne måle om dette målet er nådd. SPC er en gren innen statistikk som er godt egnet til å kunne gjennomføre målinger i små utvalg. SPC presenterer data i grafiske tidsserier, noe som gjør det godt egnet til å følge med på hvordan utviklingen i kvalitet i tjenesten forandrer seg over tid (Nyen, 2009).

Indikatorene må være definert tydelig for at de skal være målbare (Nyen, 2009). Tilhørende hver indikator opplistet i boksene, er det i extranet en beskrivelse. Indikatorene ble målt gjennom bruk av sjekklister. Alle indikatorene representerer punkter som er en del av sjekklister som er utarbeidet. Dette innebærer at det ikke skal måtte være nødvendig for måleansvarlig å måtte gå inn i journaler til brukere de ikke har et tjenstlig forhold til for å kontrollere om indikatoren har blitt gjennomført. Indikatoren «bruk av sjekklister» er en indikator for om sjekklister er benyttet eller ikke på en aktuell bruker.

Indikatorene som ble valgt, ble valgt i samarbeid med måleansvarlige. Hensikten var at indikatorene skulle gjenspeile hvilke punkter den enkelte tjeneste anså som spesielt viktig å følge opp, samt punkter som er viktig å følge opp i overgangen fra en tjeneste til en annen tjeneste.

### Indikatorer - hjemmetjenesten

- *Sjekklister er benyttet*
- *Følger medisiner med for 3 virkedager når pasient kommer hjem*
- *Legemiddelgjennomgang er gjennomført til første besøk etter hjemkomst*
- *Behovsstyrt bemanning (BOB) er benyttet i hht rutine i oppstartssamtale*
- *SAFE er gjennomført ved oppstartssamtale*
- *Ernæringsstatus er kartlagt ved oppstartssamtale*
- *PLO sendt til fastlege*
- *«Hva er viktig for deg?» samtale gjennomført ved oppfølging etter*

### Indikatorer– KAD

- *Sjekklister er benyttet*
- *«Hva er viktig for deg?» samtale gjennomført innen 24t*
- *Legemiddelsamstemming gjennomført innen 24t*
- *Melding om utskrivningsklar er sendt*
- *Elektronisk sykepleiesammenfatning sendt ved utreise*
- *Utskrivningssamtale utført før utreise*

### Indikatorer– FRA

- *Sjekklister er benyttet*
- *Legemiddelsamstemming utført ved innkomst*
- *NEWS er gjennomført og dokumentert*
- *Ureisesamtale er gjennomført*
- *«Hva er viktig for deg?» samtale gjennomført innen tre døgn*
- *Medisiner for tre virkedager følger med pasient ved utreise*

### Indikatorer – Ryen helsehus

- *Oppfølging av tavleområdene*
- *Sjekklister utreise benyttet*
- *Sjekklister innkomst benyttet*

## Vedlegg 4 – Tabell til Gericamanual

### Dokumentasjon av Gode pasientforløp i Gerica

Bruk tiltaket: «Oppfølging av Helhetlig Pasientforløp i Hjemmet», nr: x.15.2.3

Situasjon	Aktivitet	Type Gerica-journal	Ansvarlig
<b>FOR SAKSBEHANDLERE</b>			
Når bruker vurderes for hjemreise	Når bruker vurderes for hjemreise Opprettes saksjournal (121-journal)  Tiltak nr x.15.2.3  Hente opp hjelpetekst til HPH0a  Dersom annen saksbehandler tar over vurderingen, brukes funksjonen «legg til tekst»	121-journal	
<b>FOR TJENESTEUTØVERE</b>			
Forberedelse før hjemreise	Det opprettes en 170-journal  Hjelpetekst til HPH0b, hentes opp og brukes som mal for forberedelsene, og dokumentasjonen av disse  Dersom listen ikke ferdigstilles av en ansatt, henter neste ansatt opp 170-journalen og bruke funksjonene «legg til tekst» for å fortsette å jobbe med listen	170-journal	
Planlegging av besøk hos bruker	Den enkelte HPH-listen som skal gjennomføres legges inn som oppdrag i en arbeidslistejournal  Tiltak nr x.15.2.3  Standard hjelpetekst som tilhører HPH-listen hentes opp og legges ved oppdraget  Det legges inn estimert tid for oppdraget	7-journal	
Under besøk hos bruker	Ansatt/sykepleier gjennomfører oppdraget, og dokumenterer på LMP i en helsehjelpjournal i tillegg til aktuelle laboratoriejournaler	101-journal  8-journal	
Etterarbeid inne på kontoret	Tekst i helsehjelpjournalen kopieres inn i en kartleggingsjournal	101-journal 170-journal	

Situasjon	Aktivitet	Type Gerica-journal	Ansvarlig
Der ansatt ikke fikk gjennomført hele HPH-listen på besøket:	<p>Det opprettes en ny arbeidslistejournal med punkter som ikke er gjennomførte/uavklarte fra HPH-listen.</p> <p><i>Tips: Legg inn standard hjelpetekst tilhørende aktuell HPH-liste og fjern det du har gjennomført</i></p> <p>Oppdraget/journalen settes til påfølgende besøk/neste mulige besøk.</p> <p>Husk estimert tid</p>	7-journal	
Neste besøk hos bruker med fortsettelse av hph-listen som oppdrag	Ansatte som har oppdraget med å fortsette på HPH-listen gjennomfører oppdraget, og dokumenterer på LMP i en helsehjelpjournal	101-journal	
Etterarbeid inne på kontoret	Ansatte henter frem kartleggingsjournalen fra forrige besøk, bruker <b>«Legg til tekst»-funksjonen</b> , og kopierer inn dokumentasjonen fra helsehjelpjournalen (101-journal).	170-journal 101-journal	
Planlegging av besøk hos bruker	<p>Den ansatte oppretter nytt oppdrag for de neste HPH-listene i arbeidslistejournal</p> <p>Tiltak nr x.15.2.3</p> <p>Standard hjelpetekst som tilhører den enkelte HPH-listen hentes opp og legges ved oppdraget.</p> <p>Det legges inn estimert tid for oppdraget</p>	7-journal	

## Vedlegg 5 – PLO meldinger

### 9.1 Innleggelsesrapport

<b>I hvilke situasjoner skal/kan meldingen sendes</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fra kommunale pleie- og omsorgstjenester når pasienter legges inn i sykehus, øyeblikkelig hjelp døgntilbud og andre relevante døgntilbud.</li><li>• Som svar på Melding om innlagt pasient.</li></ul> <p>Innleggelsesrapport skal sendes så snart som mulig, og senest innen et døgn etter mottatt Melding om innlagt pasient.</p>
<b>Sendes til</b>	Sykehus Øyeblikkelig hjelp døgntilbud Andre relevante døgntilbud
<b>Obligatorisk innhold</b>	<p><b>Merk: <u>Kun relevante opplysninger</u> skal sendes med</b></p> <p><b>Aktuell situasjon/innleggelsesårsak</b></p> <p><b>Tjenester som pasienten mottar og hyppighet</b></p> <p><b>Kritisk informasjon/ cave/smitte/behandlingsavklaring</b></p> <p><b>Legemiddelopplysninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Behov for hjelp til administrasjon av legemidler</li><li>• Medisiner gitt i dag</li></ul> <p><b>Relevante diagnoser</b></p> <p><b>Helseopplysninger</b></p> <ol style="list-style-type: none"><li>1. <b>Hva er viktig for pasienten/ønsker og mål</b></li><li>2. <b>Kommunikasjon/sanser/hørsel/språk</b></li><li>3. <b>Kunnskap/utvikling/psykisk/mental status/ selvmordsrisiko/ voldsrisiko</b></li><li>4. <b>Respirasjon/sirkulasjon</b></li><li>5. <b>Ernæring/væske/elektrolyttbalanse/vekt/høyde/BMI</b></li><li>6. <b>Eliminasjon/inkontinens/kateter/stomi</b></li><li>7. <b>Hud/vev/sår/risiko for trykksår</b></li><li>8. <b>Aktivitet/funksjonsstatus /risiko for fall</b></li><li>9. <b>Smerte/søvn/hvile/velvære</b></li><li>10. <b>Seksualitet/Identitet/reproduksjon</b></li><li>11. <b>Sosialt/boforhold/hjemmesituasjon/nettverk /pårørende/barn som pårørende</b></li><li>12. <b>Åndelig/kulturelt/livstil/Rus og avhengighetsproblematikk</b></li><li>13. <b>Annet/ legedelegerte oppgaver/tverrfaglige fagrapporter/samarbeidsmøter/behov for koordinerte tjenester</b></li></ol> <p><b>Oppdatert Ipløs-kartlegging med normaltilstand</b></p> <p><b>Praktiske opplysninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Informasjon gitt til pasient og pårørende</li><li>• Hjelpemidler/Behandlingshjelpemidler/utstyr</li><li>• Behov for opplæring</li></ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Planer/oppfølging/kontrolltimer</li> <li>• Praktiske tilleggsopplysninger</li> </ul> <p><b>Nærmeste pårørende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktinformasjon</li> <li>• Er de informert om innleggelse</li> <li>• Barn under 18 år</li> </ul> <p><b>Navn og telefonnummer til enhet</b></p>
<b>Frivillig innhold</b>	
<b>Samtykke</b> (formulering bør sees på av Hdir)	Samtykke kan presumeres forutsatt at pasienten og/eller pårørende har fått informasjon om at denne type melding sendes, og at pasienten gis anledning til å motsette seg dette. Pasienten skal også informeres om mulige konsekvenser av å motsette seg slik av informasjon.
<b>Oppfølging/respons</b>	Meldingen vil normalt bli tatt til orientering. Følges opp iht. samarbeidsavtale.
<b>Akseptabel tidsfrist for respons</b>	Iht. lokal samarbeidsavtale
<b>Hvordan skal respons adresseres</b>	Ev. forespørsel og avvik adresseres til avsender.
<b>Andre forhold</b>	Avvik følges opp iht. lokal samarbeidsavtale.

## 10.1. Helseopplysninger

<b>I hvilke situasjoner skal meldingen sendes</b>	<p>Meldingen skal sendes for å varsle kommunen om at en pasient er vurdert å ha behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter utskrivning og dette ikke er varslet tidligere. Meldingen må kunne sendes flere ganger i løpet av pasientens opphold i sykehuset. Statusverdien til meldingen angir om dette er første varsel eller påfølgende varsler med oppdaterte opplysninger.</p> <p><b>Type innhold</b></p> <p><input type="checkbox"/> Varsel om innlagt pasient</p> <p><input type="checkbox"/> Oppdaterte opplysninger</p> <p><b>Helseopplysninger (24 timers varsel)</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meldingsstatus = ny</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldingen sendes innen 24 timer etter innleggelse når pasienten har kommunale tjenester, eller vurderes å ha behov for kommunale tjenester ved utskrivelse.</li> <li>• Meldingen skal sendes innen 24 timer hvis det i løpet av oppholdet viser seg at pasienten har behov for kommunale helse- og omsorgstjenester.</li> </ul> <p><b>Helseopplysninger oppdatering</b></p> <p><input type="checkbox"/> Meldingsstatus = Oppdatert, redigert og erstatter tidligere mottatt melding.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldingen sendes med oppdaterte opplysninger underveis i oppholdet, som svar på forespørsler fra kommunen eller med utfyllende opplysninger uten at forventet utskrivningstidspunkt eller</li> </ul>
---	--

	<p>hjelpebehov er endret. Dette sikrer at kommunen til enhver tid har oppdaterte opplysninger fra sykehuset.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meldingen skal sendes med oppdaterte opplysninger samtidig som pasient meldes utskrivningsklar.</li> </ul> <p>Det er <b>alltid</b> siste melding som er den gjeldende. Det må framgå hvilke endringer som er gjort i ny melding.</p>
<b>Sendes til</b>	Saksbehandlertjenesten i kommunen
<b>Obligatorisk innhold</b>	<p><b>I alle meldingene:</b></p> <p><b>Pasientens status</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleggesårsak/ medisinsk diagnose</li> <li>• Aktuelle problemstillinger</li> </ul> <p><b>Antatt forløp</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Forventet behandling og forløp</li> <li>• Forventet funksjonsnivå</li> </ul> <p><b>Forventet utskrivningstidspunkt</b></p> <p><b>Helseopplysninger oppdatering:</b> Fyll inn det som er relevant og nødvendig.</p> <p><b>Kritisk informasjon/ cave/smitte/behandlingsavklaring</b></p> <p><b>Helseopplysninger</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Hva er viktig for pasienten/pasientens ønsker og mål</b></li> <li>2. <b>Kommunikasjon/sanser/hørsel/språk</b></li> <li>3. <b>Kunnskap/utvikling/psykisk/mental status/ selvmordsrisiko/voldsrisiko</b></li> <li>4. <b>Respirasjon/sirkulasjon</b></li> <li>5. <b>Ernæring/væske/elektrolyttbalanse/vekt/høyde/BMI</b></li> <li>6. <b>Eliminasjon/kateter</b></li> <li>7. <b>Hud/vev/sår/risiko for trykksår</b></li> <li>8. <b>Aktivitet/funksjonsstatus /risiko for fall</b></li> <li>9. <b>Smerte/søvn/hvile/velvære</b></li> <li>10. <b>Seksualitet/Identitet/reproduksjon</b></li> <li>11. <b>Sosialt/boforhold/hjemmesituasjon/nettverk /pårørende/barn som pårørende/</b></li> <li>12. <b>Åndelig/kulturelt/livstil/Rus og avhengighetsproblematikk</b></li> <li>13. <b>Annet/ legedelegerte oppgaver/tverrfaglige fagrapporter/samarbeidsmøter/behov for koordinerte tjenester</b></li> <li>14. <b>Behov for bistand til å administrere medisiner</b></li> </ol> <p><b>Praktiske opplysninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon gitt til pasient og pårørende</li> <li>• Hjelpemidler/Behandlingshjelpemidler/utstyr</li> <li>• Planlegge utskrivning/behov for opplæring</li> <li>• Praktiske tilleggsopplysninger</li> </ul> <p><b>Navn og telefonnummer til enhet</b></p>
<b>Samtykke</b>	Samtykke kan presumeres forutsatt at pasienten og/eller pårørende har fått informasjon om at denne type melding sendes, og at pasienten gis anledning

	til å motsette seg dette. Pasienten skal også informeres om mulige konsekvenser av å motsette seg slik utlevering av informasjon.
<b>Oppfølging/respons</b>	Følges opp iht. lokal samarbeidsavtale.
<b>Akseptabel tidsfrist for respons</b>	Helseopplysninger og innleggelsesrapport skal sendes innen 24 timer.
<b>Hvordan skal respons adresseres</b>	Adresseres til avsenderen
<b>Andre forhold</b>	<a href="#">Forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter</a>

## 10.2 Utskrivningsrapport

<b>I hvilke situasjoner skal meldingen sendes</b>	Sendes utskrivningsdagen for pasienter som skal følges opp av kommunens pleie- og omsorgstjeneste.
<b>Sendes til</b>	Oppfølgende tjeneste Utskrift leveres til pasient.
<b>Obligatorisk innhold</b>	<p><b>Merk: Kun relevante opplysninger skal sendes med</b></p> <p><b>Pasientens status</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Innleggelsesårsak</li> <li>• Relevante diagnoser</li> <li>• Aktuell problemstilling</li> </ul> <p><b>Kritisk informasjon/cave/smitte/behandlingsavklaring</b></p> <p><b>Legemiddelopplysninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for hjelp til administrasjon av legemidler</li> <li>• Medisiner gitt i dag</li> <li>• Legemidler som er sendt med pasienten /resept er formidlet til apotek</li> </ul> <p><b>Helseopplysninger</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. <b>Hva er viktig for pasienten</b>/ønsker og mål</li> <li>2. <b>Kommunikasjon</b>/sanser/hørsel/språk</li> <li>3. <b>Kunnskap</b>/utvikling/psykisk/mental status/ selvmordsrisiko/ voldsrisiko</li> <li>4. <b>Respirasjon/sirkulasjon</b></li> <li>5. <b>Ernæring</b>/væske/elektrolyttbalanse/vekt/høyde/BMI</li> <li>6. <b>Eliminasjon</b>/inkontinens/kateter/stomi</li> <li>7. <b>Hud</b>/vev/sår/risiko for trykksår</li> <li>8. <b>Aktivitet</b>/funksjonsstatus /risiko for fall</li> <li>9. <b>Smerte</b>/søvn/hvile/velvære</li> <li>10. <b>Seksualitet</b>/Identitet/reproduksjon</li> <li>11. <b>Sosialt</b>/boforhold/hjemmesituasjon/nettverk /pårørende/barn som pårørende</li> <li>12. <b>Åndelig</b>/kulturelt/livstil/Rus og avhengighetsproblematikk</li> <li>13. <b>Annet</b>/ legedelegerte oppgaver/tverrfaglige fagrapporter/samarbeidsmøter/behov for koordinerte tjenester</li> </ol> <p><b>Praktiske opplysninger</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Informasjon gitt til pasient og pårørende</li> <li>• Hjelpemidler/Behandlingshjelpemidler/utstyr</li> <li>• Behov for opplæring</li> <li>• Planer/oppfølging/kontrolltimer</li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Praktiske tilleggsopplysninger</li> </ul> <p><b>Nærmeste pårørende</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kontaktinformasjon</li> <li>• Er de informert om utskrivelse</li> <li>• Barn under 18 år</li> </ul> <p><b>Navn og telefonnummer til enhet/avdeling</b></p>
<b>Frivillig innhold</b>	
<b>Samtykke</b> (formulering bør sees på av Hdir)	Samtykke kan presumeres forutsatt at pasienten og/eller pårørende har fått informasjon om at denne type melding sendes, og at pasienten gis anledning til å motsette seg dette. Pasienten skal også informeres om mulige konsekvenser av å motsette seg slik utlevering av informasjon.
<b>Oppfølging/respons</b>	Meldingen vil normalt bli tatt til orientering. Følges opp iht. lokal samarbeidsavtale.
<b>Akseptabel tidsfrist for respons</b>	Iht. lokal samarbeidsavtale
<b>Hvordan skal respons adresseres</b>	Evt. forespørsel og avvik adresseres til avsender.
<b>Andre forhold</b>	Avvik følges opp iht. samarbeidsavtale.

**Prosedyre helhetlige pasientforløp i hjemmet - Tjenester i hjemmet**

Dokumentadministrator: Ingrid Meaas

Gyldig fra: Godkjenningsdato

Revisjon: 1.0

Godkjent av: Ikke godkjent

Revisjonsfrist: 1 år etter godkjenning

ID: 26932

Dette dokumentet har en arbeidsgruppe. [Vis kommentarer](#)

## Formål

Prosedyren skal sikre helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH), herunder god og lik gjennomføring av mottak, oppstartssamtale, kontakt med fastlegen og oppfølging av bruker som overføres fra annen helseinstitusjon. Prosedyren er spesielt tilrettelagt for eldre og kronisk syke. Videre er formålet at sjekklister fungerer som huskeliste for mangfoldet av oppgaver som er relevante for pasientgruppen.

## Omfang/Virkeområde

Ansatte med ansvar for tjenester i hjemmet for eldre og kronisk syke.

## Ansvar

Avdelingsleder har ansvar for at prosedyren følges. Ansatte i avdelingen har ansvar for gjennomføring av prosedyren i praksis.

## Aktivitet/Beskrivelse

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH) består av et sett med sjekklister som skal sikre at oppgavene gjennomføres med fokus på «hva er viktig for deg?», gjøres til rett tid, at brukers helse og livssituasjon blir vurdert samt at tiltaksplanen alltid er oppdatert.

- HPH 0a - Forberedelser før hjemkomst fra sykehus og andre helseinstitusjon- saksbehandling: Sjekklisten skal sikre trygt mottak av brukere, informasjonsoverføring mellom omsorgsnivåer og sikre ivaretagelse av "hva er viktig for deg?" for brukere som skrives ut fra helseinstitusjon.
- HPH 0b - Forberedelser før hjemkomst fra sykehus og andre helseinstitusjon – Tjenestutøver: Sjekklisten skal sikre trygt mottak av brukere som skrives ut fra sykehus, KAD, helsehus eller andre helseinstitusjoner. Den skal også sikre informasjonsoverføring, slik at tjenesteansvarlig i hjemmetjenesten kan følge brukerens fysiske og kognitive funksjonsevne, hva som er viktig for brukeren og oppdatere medisinstatus.
- HPH 1: Første besøk tjenesten: Formålet er å trygge brukeren i overgangen til hjemmet. Skaffe oversikt over brukers situasjon ved hjemkomst, med særlig fokus på oppfølging av medisiner, vitalia og praktiske forhold som må avklares
- HPH 2: Vurdering av tjenestutøver innen 3 døgn – Oppstartssamtale: Formålet med sjekklisten er å sikre en helhetlig vurdering av bruker og avklare tjenestebehovet til bruker. «Hva er viktig for deg?»- samtalen skal være utgangspunkt for den strukturerte vurderingen.
- HPH 3a: Informasjonsoverføring fra hjemmetjenesten til fastlege - innen 2 uker etter hjemkomst: For å sikre helhetlig medisinsk oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon
- HPH 3b: Informasjonsoverføring fra fastlege til hjemmetjenesten etter kontroll: For å sikre helhetlig medisinsk oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon
- HPH 4: Vurdering av bruker innen 4 uker og deretter hver 6 måned: Sikre en helhetlig vurdering av bruker og avklare tjenestebehovet til bruker. «Hva er viktig for deg?» samtalen skal være utgangspunkt for den strukturerte vurderingen
- Innleggelse: ved innleggelse sendes det informasjon til institusjon der bruker er innlagt ved å følge mal i gerica: OK\_PLO\_sykepleieinformasjon\_til\_innleggelse
- Akutte situasjoner: Benytt NEWS og ISBAR
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand: Benytt SAFE

## Kompetanse

Sjekklisten er ikke uttømmende og tjenesteutøver må benytte sin faglige kompetanse til å vurdere om det er nødvendig å foreta ytterligere undersøkelser om andre tiltak er aktuelle for den enkelte bruker for å ivareta pasientsikkerheten.

Tjenesteutøver må vurdere hvilke tiltak som skal settes i verk på bakgrunn av informasjonen som innhentes i sjekklistene.

Det må sikres at sykepleiefaglige oppgaver gjennomføres av sykepleier.

## Hjemmel

- LOV-2011-06-24-30 Helse- og omsorgstjenesteloven
- LOV-1999-07-02-64 Helsepersonelloven – hlspl.
- LOV-1999-07-02-63 Pasient- og brukerrettighetsloven – pasrl.
- FOR-2003-06-27-792 Forskr kvalitets i pleie- og omsorgstjenestene
- FOR-2010-11-12-1426 Verdighetsgarantiforskriften

## Referanser

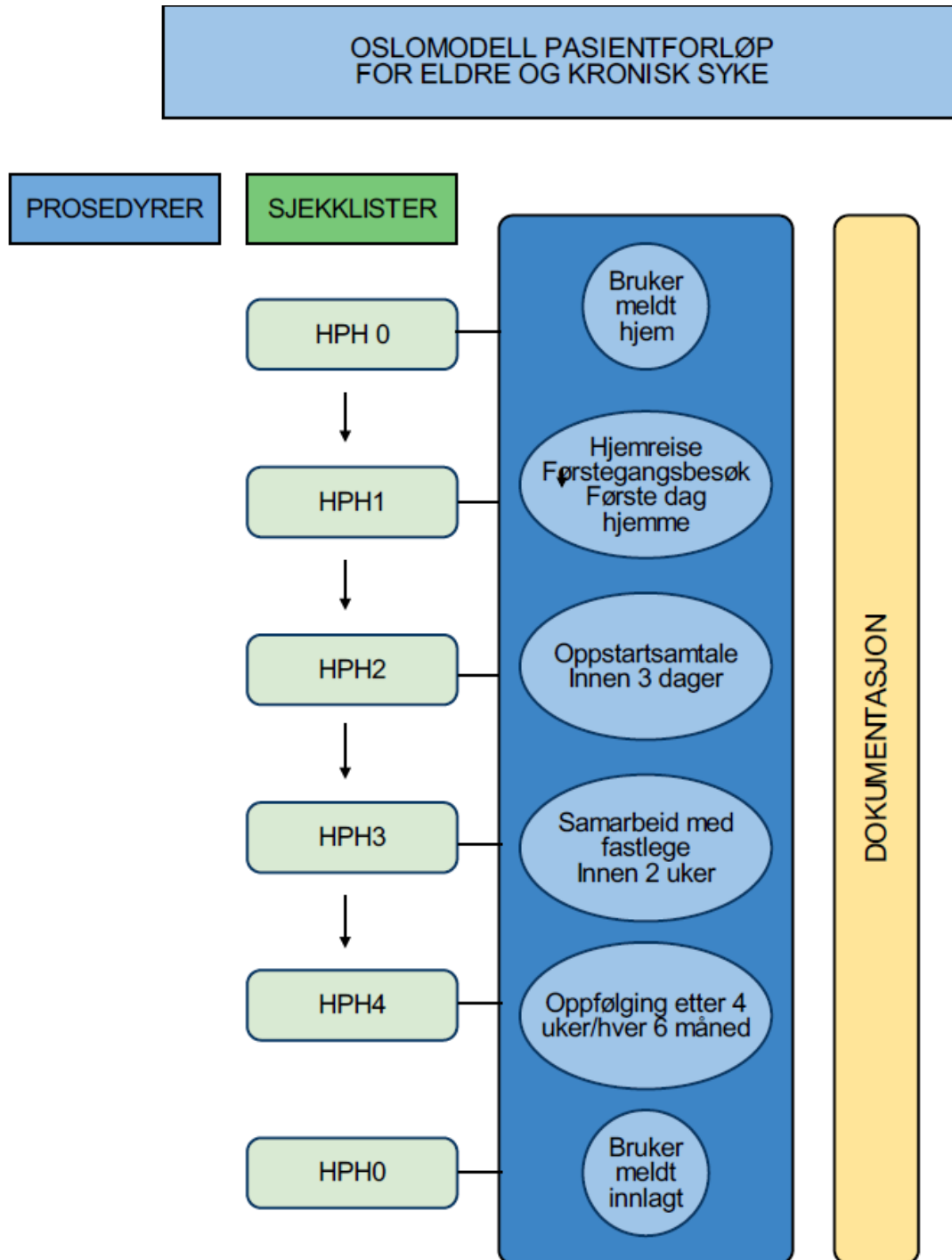
Folkehelseinstituttet (FHI)

Kommunenens sentralforbund (KS)

## Utstyr

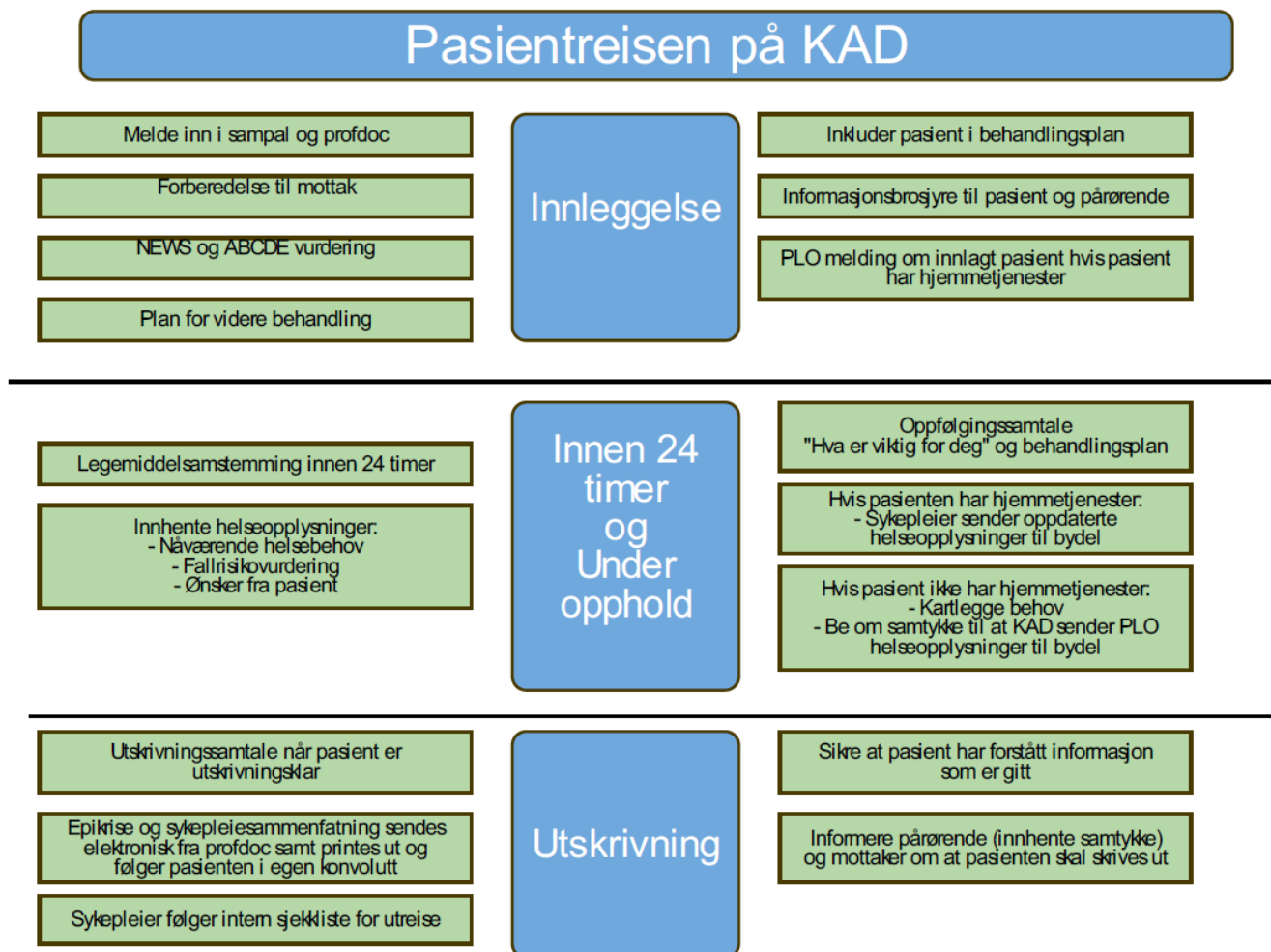
# Vedlegg 7 – EQS Prosesskart – Hjemmetjenesten

Prosesskartet er ikke per september 2019 ferdigbehandlet i EQS.



## Vedlegg 8 – EQS Prosesskart – KAD

Prosesskartet er ikke per september 2019 ferdigbehandlet i EQS.



## Vedlegg 9 – Anbefalte verktøy

- Person spesifikk funksjonsskala (PSFS)/ «hva er viktig for deg» skjema
- Short Physical Performance Battery (SPPB)
- National Early Warning Score (NEWS)
- Subakutt/Akutt funksjonssvikt hos Eldre (SAFE)
- Sikker muntlig kommunikasjon, Identifisering, situasjon, bakgrunn, tilstand, råd (ISBAR)
- Numeric rating score (NRS)/Visual analog skala (VAS), kartlegge smerte
- Geriatrisk depresejonsskala (GDS)
- Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)

HPH 0a	
Forberedelser før hjemkomst fra sykehus og andre helseinstitusjon- saksbehandling	
Formål	
Sjekklisten skal sikre trygt mottak av brukere, informasjonsoverføring mellom omsorgsnivåer og sikre ivaretagelse av "hva er viktig for deg?" for brukere som skrives ut fra helseinstitusjon.	
<b>Gerica id og initialer:</b>	<b>Planlagt hjemkomstdato:</b>

	Utført/vurdert		Utført/vurdert
<b>Generelle avklaringer</b>		Er det skrevet resepter? <i>Må avklares med sykehus</i>	
Ved melding om utskrivningsklar pasient fra sykehus, svar på denne		Følger nye medisiner med for 3 dager?	
Er det behov for vurderingsbesøk på sykehus?		<b>Utskrivning</b>	
Ved orientering om edrning i helseinstitusjon fra KAD, svar på denne		Er bruker inneforstått om utskrivelsen?	
Sørg for å delta på helsehusets oppstartssamtale		Er pårørende (hvis pasienten har samtykket) og mottaker av pasient informert om utskrivningen?	
Riktig omsorgsnivå vurderes		Hva er viktig for brukeren når han kommer hjem?	
Praktiske forhold (mat, nøkler, oppvarming av bolig)		<b>Hjelpemidler</b>	
Er det behov for <b>rehabilitering</b> i hjemmet		Er det behov for nye hjelpemidler?	
Har bruker kjent <i>kognitiv svikt/demensdiagnose</i> , eller bør vurderes for dette? Tiltakspakke		Er nye hjelpemidler bestilt?	
Er ernæringsstatus avklart, be sykehuset sende rapport		Er det behov for velferdsteknologiske hjelpemidler?	
Følg med på at nødvendig informasjon kommer inn		<b>Medisinskteknisk utstyr/behandlingshjelpemidler</b>	
Er behov for individuell plan (IP) - langvarig og koordinerte tjenester vurdert?		Har bruker behov for nytt medisinsk teknisk utstyr eller nye behandlingshjelpemidler, og er dette bestilt?	
Er smitterisiko avklart?		Utstyr/bandasjemateriell: Følger dette med for de første dagene etter hjemkomst?	
Informasjon om Cave er innhentet og registrert i Gerica		<b>Kompetanse</b>	
<b>Medisiner</b>		Er det behov for opplæring av personalet i prosedyrer?	
Avklar om bruker har behov for hjelp til å administrere medikamenter		Er det sendt OL-beskedjournal om hjemreise til tjenesten?	
Er endringer i brukers legemiddelliste/multidose meldt til apoteket? Multidose må sikres at er lik som ordinerte medisiner		<b>Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og Gerica manual dokumentasjon gode pasientforløp</b>	

## HPH 0b

## Forberedelser før hjemkomst fra sykehus og andre helseinstitusjon - Tjenestutøver

## Formål

Sjekklisten skal sikre trygt mottak av brukere som skrives ut fra sykehus, KAD, helsehus eller andre

**Gerica id og initialer:**

**Dato:**

## Utført/vurdert

Oppdateringer i Gerica	
Ved PLO-melding om innlagt, kjent, pasient skal innleggeslserapport sendes i løpet av 24 t	
Dato og klokkeslett for første besøk (HPH 1) er lagt inn i Gerica etter prosedyre. Tiltak X.15.2.3 Oppfølging av helhetlige pasientforløp i	
Dato og klokkeslett for oppstartssamtale (HPH 2) er lagt inn i Gerica etter prosedyre. Tiltak X.15.2.3. Oppfølging av helhetlige pasientforløp i hjemmet Vurderingsbesøk med	
Bestill kontrolltime hos fastlege innen 2 uker etter hjemkomst	
Tjenesteansvarlig/ primærkontakt/evt koordinator (ved IP-plan) er oppnevnt	
Hovedpårørende er lagt inn Gerica	
Brukers helse- og livssituasjon er dokumentert som uavklart.	
Sjekk at oppdraget/besøkene lagt inn i arbeidslisten	
Oppheve midlertidig stopp i Gerica hvis bruker er kjent	
Tiltaksplan er oppdatert før arbeidslisten genereres	
Er medisiner gitt utreisedagen?	
<p><b>Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica</b></p>	



## HPH 1

## Første besøk tjenesten

## Formål

Formålet er å trygge brukeren i overgangen til hjemmet. Skaffe oversikt over brukers situasjon ved hjemkomst, med særlig fokus på oppfølging av medisiner, vitalia og praktiske forhold som må avklares

Gerica id og initialer:

Dato:

Utført/vurdert	Utført/vurdert
<b>På kontoret</b>	
Les nødvendig dokumentasjon før besøket	
Ta med utfylt brukerperm til første besøk, og gå igjennom denne sammen med bruker	
Innhent informasjon som pasient har med i papirform etter innleggelse	
<b>Helsetilstand med vitalia</b>	
Foreta en NEWS kartlegging	
Sammenlikn denne med NEWS skår fra helseinstitusjon. Ved forverring må tiltak iverksettes	
<b>Kartlegg eventuelle smerter</b>	
NRS/VAS kartleggings skjema	
<b>Ernæring</b>	
Spesialkost/diett, behov for konsistentilpasning er avklart	
Behov for næringsdrikke eller andre ernæringstilskudd er avklart	
<b>Medisiner</b>	
Har du av ulike årsaker ikke mulighet til å gjennomgå alle punkter om medisiner nå; gi beskjed til ansvarlig sykepleier om at dette må følges opp	
Medikamentansvaret mellom bruker og hjemmetjenesten er avklart	
Sjekk at medisiner er sendt med hjem fra sykehus etter avtale	
Legemiddelsamstemming er foretatt og dokumentert ihht signert medisinliste	
Det er sjekket at riktige resepter foreligger	
<b>Trykkløst</b>	
Ved legging av medisiner i dosett, gjøres dette etter ny signert medisinliste	
<b>Hvis bruker har multidose fra før:</b>	
· Er endringer meldt apoteket på multidosebrukere?	
· Er multidose igangsatt?	
Rydd i brukers medisiner og vurder om det er behov for å kassere medisiner.	
Eventuelle nye medisiner bestilles etter besøket	
<b>Praktiske forhold i hjemmet</b>	
Ta med utfylt nøkkelkvideringsskjema ut, nøkkel mottas	
Er boligen tilstrekkelig oppvarmet?	
Har bruker mat og drikke i kjøleskapet	
Har bruker de nødvendige hjelpemidler tilgjengelig for de første dagene hjemme?	
Er eventuelt medisinskteknisk utstyr på plass hos bruker?	
<b>Trygghetsalarm</b>	
Hvis bruker har trygghetsalarm: det er sjekket at bruker har den på og kan bruke den	
<b>Gerica</b>	
Oppdater tiltaksplan	
<b>Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica</b>	

## HPH 2

### Vurdering av tjenesteutøver innen 3 døgn - Oppstartsamtale

#### Formål

Formålet med sjekklisten er å sikre en helhetlig vurdering av bruker og avklare tjenestebehovet til bruker. «Hva er viktig for deg?» samtalen skal være utgangspunkt for den strukturerte vurderingen.

Gerica id og initialer:

Dato:

Utført/vurdert	Utført/vurdert
<b>Forberedelse før besøk</b>	
PLO melding og dokumentasjon i Gerica er lest (husk å lese kartleggingsjournal (170-journal) fra HPH 0 og HPH 1)	<input type="checkbox"/>
Diagnoser er innhentet fra fastlege/sykehus og lagt inn i diagnosejournal (journal-5) i Gerica	<input type="checkbox"/>
TA og PK har fordelt oppgaver/avklart samarbeid	<input type="checkbox"/>
Forsikre deg om at bruker og pårørende er informert om hvem som er TA og PK	<input type="checkbox"/>
<b>Klinisk vurdering</b>	
Gjennomfør ny NEWS. Sammenlikn med NEWS skår fra HPH 1 og helseintitusjon. Ved forverring må tiltak iverksettes	<input type="checkbox"/>
Gjennomfør SAFE kartlegging	<input type="checkbox"/>
<b>Hva er viktig for deg?</b>	
Gjennomfør "Hva er viktig for deg?" samtale	<input type="checkbox"/>
Det må gjøres en forventningsavklaring	<input type="checkbox"/>
<b>Forebygging og behandling av underernæring</b>	
Gjennomfør ernæringskartlegging etter prosedyre	<input type="checkbox"/>
Kartlegg tannhelsestatus	<input type="checkbox"/>
Gi muntlig informasjon om krav på fritt tannhelsetilbud	<input type="checkbox"/>
<b>Medisiner</b>	
Sørg for at medisiner er beskrevet HPH 0 og HPH1. Hvis ikke må disse punktene gjennomføres nå.	<input type="checkbox"/>
Vurder behov for legemiddelgjennomgang	<input type="checkbox"/>
Multidose: Sørg for at legemiddelsamstemming ivaretas ved hver multidoseimport frem til	<input type="checkbox"/>
Vurder behov for elektronisk medisindispenser	<input type="checkbox"/>
<b>Fysisk funksjonsvurdering og risikovurdering for fall</b>	
Hvis JA på ett av de nedenstående spørsmålene henvis fysioterapeut:	<input type="checkbox"/>
1. Er du redd for å falle? Evt: er du ofte svimmel?	<input type="checkbox"/>
2. Har du falt i løpet av de siste tre måneder? Evt: Har du måttet ta deg for? Opplever du at du er ustø?	<input type="checkbox"/>
3. Ser og hører du godt?	<input type="checkbox"/>
<b>Behov for rehabilitering</b>	
Hvis ja - henvis til riktig instans etter lokale prosedyrer	<input type="checkbox"/>
<b>Vurder psykisk helse og rus</b>	
Ved mistanke om depresjon, kan kartleggingskjemaet GDS brukes	<input type="checkbox"/>
Ved mistanke om andre psykiske lidelser henvis til riktig instans	<input type="checkbox"/>
Ved mistanke om overforbruk av alkohol, kan AUDIT-C benyttes (nettbasert)	<input type="checkbox"/>
<b>Kognitiv vurdering</b>	
Ved behov for kognitiv utredning kontakt demensteam evt følg lokal prosedyre	<input type="checkbox"/>
<b>Hjelpemidler</b>	
Vurder om hjelpemidler/velferdsteknologi fungerer eller må endres	<input type="checkbox"/>
Vurder om medisinsktekniske hjelpemidler/behandlingshjelpemidler fungerer.	<input type="checkbox"/>

	Utført/vurdert
Ny medisinliste er sendt til apotek og bestill eventuelle nye medisiner	<input type="checkbox"/>
<b>Brannvern</b>	
Er brannsjekk utført og brannskjema utfyllt	<input type="checkbox"/>
Avklare om bruker trenger hjelp ved evakuering eller strømstans	<input type="checkbox"/>
<b>Øvrig informasjon til bruker</b>	
Gi informasjon etter bydelens rutiner	<input type="checkbox"/>
Er det behov for lavterskeltilbud eller frivillige?	<input type="checkbox"/>

	Utført/vurdert
<b>Videre oppfølging i hjemmetjenesten</b>	
Behandlingsavklaring - Ved behov, har det blitt laget plan for oppfølging ved forverring	<input type="checkbox"/>
Er IPLOS /ADL oppdatert	<input type="checkbox"/>
Helse og livssituasjon oppdatert i hht BOB	<input type="checkbox"/>
Oppdater tiltaksplan	<input type="checkbox"/>
Send skriftlig rapport til fastlegen (som forberedelse før kontroll-time). Bruk brukerstatusfeltet og sjekkliste HPH 3. Bruk PLO-melding "helseopplysninger til lege"	<input type="checkbox"/>
Opprett nytt besøk for HPH 4 oppfølgingssamtale etter gjeldende rutine	<input type="checkbox"/>
Kontroller at det er bestilt time hos fastlege innen 2 uker etter hjemkomst via PLO-melding/telefon	<input type="checkbox"/>

**Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica**

**Skriv oppsummeringen i brukerstatusfeltet i tiltaksplanen**

## HPH 3a

# Informasjonsoverføring fra hjemmetjenesten til fastlege - innen 2 uker etter hjemkomst

## Formål

For å sikre helhetlig medisinsk oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon

**Gerica id og initialer:**

**Dato:**

Utført/vurdert

### Status fra hjemmetjenesten til fastlegen

PLO-melding er sendt i forkant av kontrolltime

### Bakgrunn og problemstilling

Bruke brukerstatus i tiltaksplanene med oppsummering fra HPH 2, SAFE kartlegging og ADL

Fallrisiko og fysisk funksjonsvurdering

BMI/vekt (dato), vektutvikling siste 3 måneder

Kognitiv status

NEWS. BT, puls, temperatur

### Informasjon om type helsehjelp brukeren har

Antall besøk av hjemmetjenesten per dag

Andre kommunale tjenester

Innsatsteam/ rehabilitering / hverdagsrehabilitering, dagsenter,

Videre panlagt/tenkt oppfølging fra tjenesten

Velferdsteknologiske tiltak

Informasjon om kontaktperson i tjenesten

Dersom bruker ikke har multidose: Er multidose som medisinadministrasjon vurdert i samråd med fastlege?

**Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica**

## HPH 3b

## Informasjon innhetes fra fastlege etter kontroll

**Formål**

For å sikre helhetlig medisinsk oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon

**Gerica id og initialer:**

**Dato:**

Utført/vurdert

**Status fra fastlegen til hjemmetjenesten etter kontrolltime**

Hva er viktig for pasienten nå?	
Hva er gjennomgått hos fastlegen?	
Epikrise	
Er det foretatt en legemiddelsamstemming?	
Hvilke tiltak er gjort på legekantoret?	
Undersøkelser, behandlinger, andre tjenester og henvisning videre	
Oppdater diagnoseoversikt	

**Behandlingsplan og tiltak ved forverring**

Er det spesielle observasjoner hjemmetjenesten skal foreta/tiltak som skal følges opp?	
Hvilke tiltak skal hjemmetjenesten og pasienten gjennomføre ved forverring?	
Vurdere å gi behandlingsplan til pasienten	
Er ny kontrolltime hos fastlege avtalt?	
Er det behov for konferansetime?	
Oppdater tiltaksplanen	

**Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica**

## HPH 4

### Vurdering av bruker innen 4 uker og deretter hver 6 måned

#### Formål

Formålet med sjekklisten er å sikre en helhetlig vurdering av bruker og avklare tjenestebehovet til bruker. «Hva er viktig for deg?» samtalen skal være utgangspunkt for den strukturerte vurderingen

Gerica id og initialer:

Dato:

Utført/vurdert	Utført/vurdert
<p><b>Forberedelse før besøk</b></p> <p>PLO-melding fra fastlegen etter kontrolltime er mottatt</p> <p>Relevant informasjon er lest (vedtak, epikriser, tidligere diagnoser, tiltaksplan, e-link)</p> <p>Har bruker vært innlagt på sykehus eller annen helseinstitusjon siden forrige kartlegging?</p>	<p><b>Forebygging og behandling av underernæring</b></p> <p>Vurdering av risiko for underernæring er gjennomført</p> <p>Det er gjennomført vurdering av vektutvikling siste 3-6 måneder</p>
<p><b>Tiltak etter kontrolltime hos fastlege</b></p> <p>Kontroller at sykepleietiltak som skal følges opp etter siste kontrolltime hos fastlege er registrert i tiltaksplanen</p> <p>Kontroller at diagnoser er oppdatert i Gerica, hvis ikke be om oppdatering fra fastlege</p> <p>Det er laget en plan for videre kontakt med fastlege</p>	<p><b>Medisiner</b></p> <p>Har det vært noen medisinendring siste halvår?</p> <p>Vurdere behov for legemiddelgjennomgang</p> <p>Er medisinliste oppdatert?</p> <p>Er det oppført indikasjon for alle medisinene?</p> <p>Vurder behov for multidose</p> <p>Vurder behov for elektronisk medisindispenser</p> <p>Samstemmer legemidlene oppført i Gerica med fastlegens opplysninger?</p>
<p><b>Klinisk vurdering</b></p> <p>Foreta ny SAFE kartlegging og vurder endringer ut i fra forrige SAFE kartlegging</p> <p>Helse og livssituasjon oppdatert i hht BOB</p> <p>Ny IPLOS og ADL er vurdert og dokumentert</p>	<p><b>Fysisk funksjonsvurdering og risikovurdering for fall</b></p> <p>Hvis JA på ett av de nedenstående spørsmålene henvis fysioterapeut:</p> <p>1. Er du redd for å falle? Evt: er du ofte svimmel?</p> <p>2. Har du falt i løpet av de siste tre måneder? Evt: Har du måttet ta deg for? Opplever du at du er ustø?</p> <p>3. Ser og hører du godt?</p>
<p><b>Hva er viktig for deg?</b></p> <p>Gjennomfør "Hva er viktig for deg?" samtale</p> <p>I hvilken grad har bruker oppnådd målene sine?</p> <p>Har brukers mål endret seg siden sist?</p> <p>Iverksette tiltak ut fra brukers mål</p> <p>Det må gjøres en forventningsavklaring</p>	

Utført/vurdert	Utført/vurdert
<b>Behov for rehabilitering</b>	
Hvis ja - henvis til riktig instans etter lokale prosedyrer	
Vurder behov for Individuell Plan (IP) - langvarig og koordinerte tjenester.	
<b>Kognitiv vurdering</b>	
Har brukers behov for kognitiv utredning vurdering endret seg siden forrige kartlegging?	
Ved behov for kognitiv utredning kontakt demensteam	
<b>Hjelpemidler</b>	
Vurdere om hjelpemidler/velferdsteknologi fungerer eller må endres	
Vurdere om medisinske tekniske hjelpemidler/behandlingshjelpemidler fungerer eller må endres	
<b>Videre oppfølging i (og evt utenfor) hjemmetjenesten</b>	
Oppdater brukers kontakter om det har vært endringer	
Har bruker behov for lavterskeltilbud eller frivillige?	
Gå igjennom informasjon om bydelens tilbud på nytt	
Utfør en helhetlig revurdering av brukers vedtak og sørg for riktige tiltak ut i fra dagens status	
Oppsummer tiltakene sammen med bruker. Sjekk at brukeren har forstått informasjonen om videre behandlingsoppfølging og tjenestetilbud	
Opprett nytt vurderingsbesøk om 6 måneder er i Gericca etter gjeldende rutine	
Oppdater tiltaksplanen	
<b>Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gericca og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gericca</b>	
<b>Skriv oppsummeringen i brukerstatusfeltet i tiltaksplanen</b>	

## HPH 9a

### Innleggelse på KAD

#### Formål

Sikre trygg inntakst for pasienter på KAD

#### Hvem bruker sjekklisen

Sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider, lege, postsekretær på KAD

#### INNLEGGELSESKRITERIER FOR EKSTERNE INSTANSER

Se PDF – «Hvem passer for KAD»

#### Dokumentasjon

Dokumenteres i Profdoc (pasientjournalssystem) og SamPAL (elektronisk pasientlogistikksystem)

**Pasient:**

INNLEGGELSE PÅ KAD	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
Konfereringslege <b>melder pasient inn i Profdoc og SamPAL</b>			
Sykepleier <b>starter forberedelser til mottak når pasienten er meldt.</b> <i>Se "kortversjon Gerica-manual for KAD" samt rutine for mottak av pasienten på KAD</i>			
<b>Sykepleier tar imot pasienten på post</b>			
ABCDE-vurdering og NEWS gjennomføres <i>Se NEWS2-rutine samt rutine for mottak av pasienten på KAD</i>			
<b>Lege tilser/tar imot pasienten på post</b>			
ABCDE-vurdering og NEWS gjennomføres <i>Se NEWS2-rutine samt rutine for mottak av pasienten på KAD</i>			
Pasientansvarlig lege og sykepleier iverksetter tiltak og legger plan for videre behandling <i>Se rutine for mottak av pasienten på KAD</i>			
<b>Pasienten</b>			
Pasienten inkluderes i plan for oppholdet og hvilke tiltak som iverksettes <i>Teach back - metoden</i>			
Informasjonsbrosjyre til pasient og pårørende deles ut			
<b>Dersom pasienten mottar hjemmetjenester</b> skal det sendes en elektronisk PLO-forespørsel fra Profdoc til Oslo kommune/Saksbehandling om innlagt pasient <i>Se brukermanualer: Profdoc Vision</i>			
<b>Dokumenteres fortløpende i pasientjournalssystemet Profdoc</b>			



## HPH 9b

### Innen 24 timer og under opphold på KAD

#### Formål

Sikre trygt opphold for pasienter på KAD

#### Hvem bruker sjekklisten

Sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider, lege, postsekretær på KAD

#### Dokumentasjon

Dokumenteres i Profdoc (pasientjournalssystem) og SamPAL (elektronisk pasientlogistikksystem)

#### Pasient:

INNEN 24 TIMER OG UNDER OPPHOLD	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
Ved manglende opplysninger om pasienten innhentes fra fastlege, sykehus, hjemmetjeneste osv.			
<b>Legemiddelsamstemming skal utføres innen 24 timer</b> <i>Se rutine for legemiddelsamstemming på KAD</i>			
<b>Oppfølgingssamtale</b>			
Informasjon om plan for opphold og utreise			
"Hva er viktig for deg?" samtale			
<b>Dersom pasienten mottar hjemmetjenester:</b>			
Sykepleier sender oppdaterte helseopplysninger til bydel med beskrivelse av nåværende helsebehov, fallrisikovurdering, og ønsker fra pasient			
Eventuelt kan man be om et vurderingsbesøk fra bydel			
<b>Dersom pasienten ikke mottar hjemmetjenester:</b>			
Det kartlegges om pasienten er i behov av dette nå			
Det bes om samtykke til at KAD sender helseopplysninger til (aktuell instans) bydel			
<b>Når utskrivelsesdato er klar</b>			
Sykepleier sender melding til bydel om utskrivningsklar pasient når utskrivelsesdato er klar			
<b>Dokumenteres fortløpende i pasientjournalssystemet Profdoc</b>			

## HPH 9c

### Utskrivning fra KAD

#### Formål

Sikre trygg utskrivning av pasienter på KAD

#### Hvem bruker sjekklisten

Sykepleier, hjelpepleier, helsefagarbeider, lege, postsekretær på KAD

#### Dokumentasjon

Dokumenteres i Profdoc (pasientjournalssystem) og SamPAL (elektronisk pasientlogistikksystem)

#### Pasient:

UTSKRIVNING FRA KAD	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
<b>Lege og/eller sykepleier gjennomfører en utskrivningssamtale</b> med pasienten når det er besluttet at pasienten er utskrivningsklar <i>Se rutine for strukturert utskrivningssamtale</i>			
<b>Sikre at pasient har forstått informasjonen som er gitt</b> (Teach Back - metoden).			
<b>Pårørende</b> (hvis pasienten har samtykket) <b>og mottaker av pasient er informert om utskrivning</b>			
<b>Epikrise og sykepleiesammenfatning sendes elektronisk</b> fra profdoc <b>samt printes ut</b> og følger pasienten i egen konvolutt <i>Se rutine for elektronisk epikrise til fastlegene</i> <i>Siste NEWS2-verdi registreres i sykepleiesammenfatning</i>			
<b>Sykepleier følger intern sjekkliste for utreise</b> <i>Se utreisesjekkliste</i>			
<b>Dokumenteres fortløpende i pasientjournalssystemet Profdoc</b>			

## HPH 10a

### Inntakskordinator - Forsterket rehabilitering Aker

#### Formål

Sikre god inntøst for pasienten på Forsterket Rehabilitering Aker

#### Hvem bruker sjekklisten

Inntakskordinator

#### Dokumentasjon

Dokumenteres i Geric/legges i journalmappe

**Fødsesnummer :**

**Planlagt Inntøsttdato:**

Henvising	
Er henvisningskjema registrert i avdelingens statistikkssystem?	
Er henvisende instans kontaktet for å bekrefte plass (se PDF kriterier)	
Ved godkjent opphold	
Er det gitt informasjon til henvisende instans om at bydel må fatte vedtak om opphold på FRA?	
Er Informasjon om pasienten tilgjengelig i Geric i:	
reservasjonsoversikt?	
Er informasjon om pasienten overført til korttidskalenderen i Geric?	
Er det laget journalmappe med:	
signeringsark for faste medisiner og eventuelle medisiner, brukerkort og navneetiketter	
Er sjekkliste HPH 10b vedlagt journal	
Er informasjon om pasienten lagt i SamPAL med bl.a.	
- Aktuell diagnose	
Hvilket rom pasienten skal til, bydelstilhørighet, henvisende instans, inntøsttdato, utdato, hjelpemidler, tidligere diagnoser, evt smitte	
- Ansvarlig pleiepersonell (primærkontakter)	
Dagen pasienten kommer:	
Er journalmappe lagt i hyllen for «Nye pasienter»?	

## HPH 10b

## Innkomst - Forsterket rehabilitering Aker

## Formål

Sikre god innkomst for pasient på Forsterket Rehabilitering Aker

## Dokumentasjon

Dokumenteres i Gerica/legges i journalmappe

Fødselsnummer:

Innkomstdato:

Rom:

INNKOMST FORSTERKET REHABILITERING AKER	
Er muntlig rapport <u>fra innleggende instans mottatt</u>	<input type="checkbox"/>
- Vitalia/NEWS	<input type="checkbox"/>
- CRP (stigende eller fallende)	<input type="checkbox"/>
- Hb (stigende eller fallende)	<input type="checkbox"/>
Smittestatus:	
Er det smitte hos pasient? Hvis ja, hvilken?	<input type="checkbox"/>
Medisiner:	
Er medisiner som pasienten bruker gått igjennom?	<input type="checkbox"/>
Har henvisende instans fått beskjed om å sende med manglende medisiner for tre virkedager, evt hvilke?	<input type="checkbox"/>
Manglende medisiner er satt opp på bestillingsliste på medisinrom	<input type="checkbox"/>
Hjelpemidler:	
Er pasienten i behov av:	<input type="checkbox"/>
- Behandlingshjelpemidler	<input type="checkbox"/>
- Forflytningshjelpemidler	<input type="checkbox"/>
- Annet	<input type="checkbox"/>
Hva sendes eventuelt med pasienten?	<input type="checkbox"/>
Kost:	
Er spesialkost avklart? Evt hvilken?	<input type="checkbox"/>
Er kosten meldt til kjøkkenpersonale?	<input type="checkbox"/>
Skriftlig dokumentasjon (sjekk at utskrivende enhet sender med):	
- Legeepikrise med legemiddelliste	<input type="checkbox"/>
- Sykepleiesammenfatning	<input type="checkbox"/>
- Fysioterapirapport	<input type="checkbox"/>

- Ergoterapirapport	<input type="checkbox"/>
- Andre rapporter(f.eks fra logoped, sosionom, KEF)	<input type="checkbox"/>
Transport:	
Tidspunkt for avreise	<input type="checkbox"/>
Type transport bestilt	<input type="checkbox"/>
Opplysning:	
Navn og telefonnummer på den som har gitt rapport	<input type="checkbox"/>
Innkomst: Forberedelse til mottak av pasient	
- Er rommet klargjort?	<input type="checkbox"/>
- Er forflytningshjelpemiddel satt på rommet?	<input type="checkbox"/>
- Hvem tar imot pasienten?	<input type="checkbox"/>
Ankomst, når pasienten har kommet i avdeling:	
Følger skriftlig (eventuelt elektronisk) informasjon med pasient	<input type="checkbox"/>
- Legeepikrise med legemiddelliste	<input type="checkbox"/>
- Sykepleiesammenfatning	<input type="checkbox"/>
- Fysioterapirapport	<input type="checkbox"/>
- Ergoterapirapport	<input type="checkbox"/>
- Andre rapporter (f.eks logoped,sosionom,KEF)	<input type="checkbox"/>
Er dokumentasjonen lagt i hyllen til legen	<input type="checkbox"/>
Er kopi av medisinliste fra epikrise (inntil original medisinliste foreligger) signert/sark	<input type="checkbox"/>
Er medisindosett med navnetikett klargjort?	<input type="checkbox"/>
Er medisindosering gjennomført etter signert legemiddelliste?	<input type="checkbox"/>

<b>HPH 10c</b>	
<b>Utskrivning - Forsterket rehabilitering Aker</b>	
<b>Formål</b>	
Sikre god utskrivning for pasient på Forsterket Rehabilitering Aker	
<b>Fødselsnummer:</b>	<b>Utredsedato/hvor reiser pasienten:</b>

<b>UTSKRIVNING FRA FORSTERKET REHABILITERING AKER</b>	
<b>Minimum en uke før pasientens utreise:</b>	
Pasient er informert om utredsedato	<input type="checkbox"/>
Pårørende er informert om utredsedato	<input type="checkbox"/>
Bydel har fått oppdatert informasjon i Gerica, 106-journal eller 120-journal, om hjelpebehov, hjelpemidler og utredsedato for pasienten	<input type="checkbox"/>
<b>Er utreisesamtale med pasient gjennomført og dokumentert i Gerica med:</b>	
Sykepleier	<input type="checkbox"/>
med fokus på «Hva-er-viktig-for-deg»	<input type="checkbox"/>
<b>Vurdering av om hjemmet er klart for hjemkomst:</b>	
Det er avklart hvem som møter pasienten i	<input type="checkbox"/>
Det er sjekket at pasienten har nøkkel til hjemmet eller at noen andre har nøkkel til hjemmet? Eventuelt hvem?	<input type="checkbox"/>
Det er avklart at pasienten har mat og drikke i hjemmet? Hvis ikke, hvem har ansvar for dette?	<input type="checkbox"/>
<b>Skriftlig dokumentasjon:</b>	
Legeepikrise er skrevet i Gerica og sendt med	<input type="checkbox"/>
Signert legemiddelliste er oppdatert i Gerica og sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Sykepleiesammenfatning er skrevet i Gerica(106-journal) og sendt med pasient (om pasient skal ha tjeneste fra bydel)	<input type="checkbox"/>

Marevanskjema er oppdatert og sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Blodsukkerskjema er oppdatert og sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Sårprosedyre er oppdatert i Gerica og sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Ernæringsplan er oppdatert i Gerica og sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Skriftlig informasjon om planlagte kontrolltimer/innkallinger er sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
<b>Medisiner:</b>	
Medisiner for tre virkedager er sendt med (utover helg)	<input type="checkbox"/>
Medisinposene er gjennomgått med pasienten og forsvarlig lukket.	<input type="checkbox"/>
Resepter er sendt med pasient	<input type="checkbox"/>
Pasienten har fått med eventuelle private	<input type="checkbox"/>
<b>Annet:</b>	
Pasienten har fått informasjon om å bestille time hos fastlege, eventuelt hjelp til dette (gjelder for pasient uten tjeneste i bydel)	<input type="checkbox"/>
Private hjelpemidler er sendt med pasienten	<input type="checkbox"/>
<b>Avslutning av opphold:</b>	
Er Barthel ADL-indeks utført og oppdatert i Gerica	<input type="checkbox"/>
Er 164-journal FRA-Logistikk utreise skrevet	<input type="checkbox"/>
Er tiltaksplan avsluttet i Gerica av sykepleier	<input type="checkbox"/>

**Sjekklisten kan scannes og legges i journal 200 3**  
**Oppdater tiltaksplan og følg vanlige journalføringsrutiner i Gerica for å dokumentere helsehjelp 3**

Er legemiddelsamstemming gjennomført, ved behov?	<input type="checkbox"/>	
Er tiltaksplan opprettet i Gerica?	<input type="checkbox"/>	
Gjeldende prosedyrer for innkomst av pasient i SamPAL er fulgt og lagt i Gerica, herunder:	<input type="checkbox"/>	=
Påse at alle personalia og opplysninger om pasienten er lagt inn (bl.a navn, fødselsnr, aktuell situasjon, bydelstilhørighet, fastlege, henvisende instans).	<input type="checkbox"/>	
<b>Første dag:</b>		
- Vitalia er tatt	<input type="checkbox"/>	
- NEWS er tatt	<input type="checkbox"/>	
- Vekt er tatt	<input type="checkbox"/>	=
- Barthel ADL-indeks er tatt	<input type="checkbox"/>	
- Sykepleieinnkomst er tatt	<input type="checkbox"/>	
<b>Screening:</b>		
Er det tatt ernæringscreening av pasient?	<input type="checkbox"/>	=
Er det tatt trykksårscreening av pasient? -om risiko er avdekket, opprett tiltak i Gerica (prosedyre i EQS)	<input type="checkbox"/>	
Er pasient i behov av trykkavlastende madrass?	<input type="checkbox"/>	
"Hva er viktig for deg?" samtale gjennomført innen 3 døgn	<input type="checkbox"/>	
<b>Informasjon:</b>		
Har pasient fått velkomtsbrosjyre med informasjon om primærkontakter og foreløpig utreisedato?	<input type="checkbox"/>	
<b>Fallvurdering</b>		
Vurder fallrisiko, om risiko er avdekket, opprett tiltak i Gerica	<input type="checkbox"/>	
<b>Sjekklisten kan scannes og legges i journal 200</b>		
<b>Oppdater tiltaksplan og følg vanlige journalføringsrutiner i Gerica for å dokumentere helsehjelp</b>		

<b>HPH 11a</b>	
<b>Innleggelse – før ankomst - Helsehus</b>	
<b>Formål</b>	
Sikre god overflytting til helsehus	
<b>Hvem bruker sjekklisten</b>	
Mottakskoordinator gjennomgår første del av listen før pasienten ankommer. Tjenesteansvarlig, eller annen person som kjenner til forløpet, fyller ut sjekklisten	
<b>Dokumentasjon</b>	
«Før ankomst» Dokumenteres med hjelpetekst under tiltaket samhandling med samarbeidspartnere i journalmal i Gerica. Resterende punkter dokumenteres i tiltaksplan under beskrevne koder.	
<b>Gerica id:</b>	<b>Innkomstdato:</b>
	<b>Planlagt utreisedato:</b>

FØR ANKOMST	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
<b>Mottatt fra sykehus</b>			
Elektronisk legeepikrise/opplysninger med medisinliste er mottatt			
Elektronisk utskrivningsrapport er mottatt			
Er det skrevet sykepleiesammenfatning med informasjon om pasientens nåværende status og normalstatus?			
<b>Medisiner:</b>			
Legemiddelliste er opplest og det er avklart at vi har medikamentene. Ved mangel eller tvil er avsender bedt sende medikamenter med pasienten			
<b>Tverrfaglige sammenfatninger:</b>			
Tverr-/ flerfaglige sammenfatninger fra forrige instans er etterspurt (spl sammenfatning er i PLO-melding)			
<b>Vitalia:</b>			
Vitalia /NEWS er mottatt fra utskrivende instans.			
<b>Smittestatus:</b>			
Type smitte er avklart			
Konsekvenser for pasientrom er avklart			
<b>Medisinskteknisk utstyr:</b>			
Det er avklart om pasient er avhengig av behandlingshjelpemidler? Eks.: Oksygenkonsentrator, ernæringspumpe, forstøverapparat? Disse sendes med da helsehus ikke har slike			
<b>Annet:</b>			
Er, eller har, pasient vært i behov av fastvakt?			
Behov for spesialkost er avklart			

FØR ANKOMST	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
<b>Tidspunkt for avreise fra innleggende instans og type transport:</b>			
Pasienten er informert om dette			
Navn og telefonnummer på den som gir innleggesrapport			
<b>Dokumenteres med journalmal Tplan_Helsehus_ PILOT</b>			



## HPH 11c

### Utskrivning - Helsehus

#### Formål

Sikre god overflytting fra helsehus

#### Hvem bruker sjekklisten

Mottakskoordinator gjennomgår første del av listen før pasienten ankommer.  
Tjenesteansvarlig, eller annen person som kjenner til forløpet, fyller ut sjekklisten

#### Dokumentasjon

I tiltaksplan under beskrevne koder

**Gerica id:**

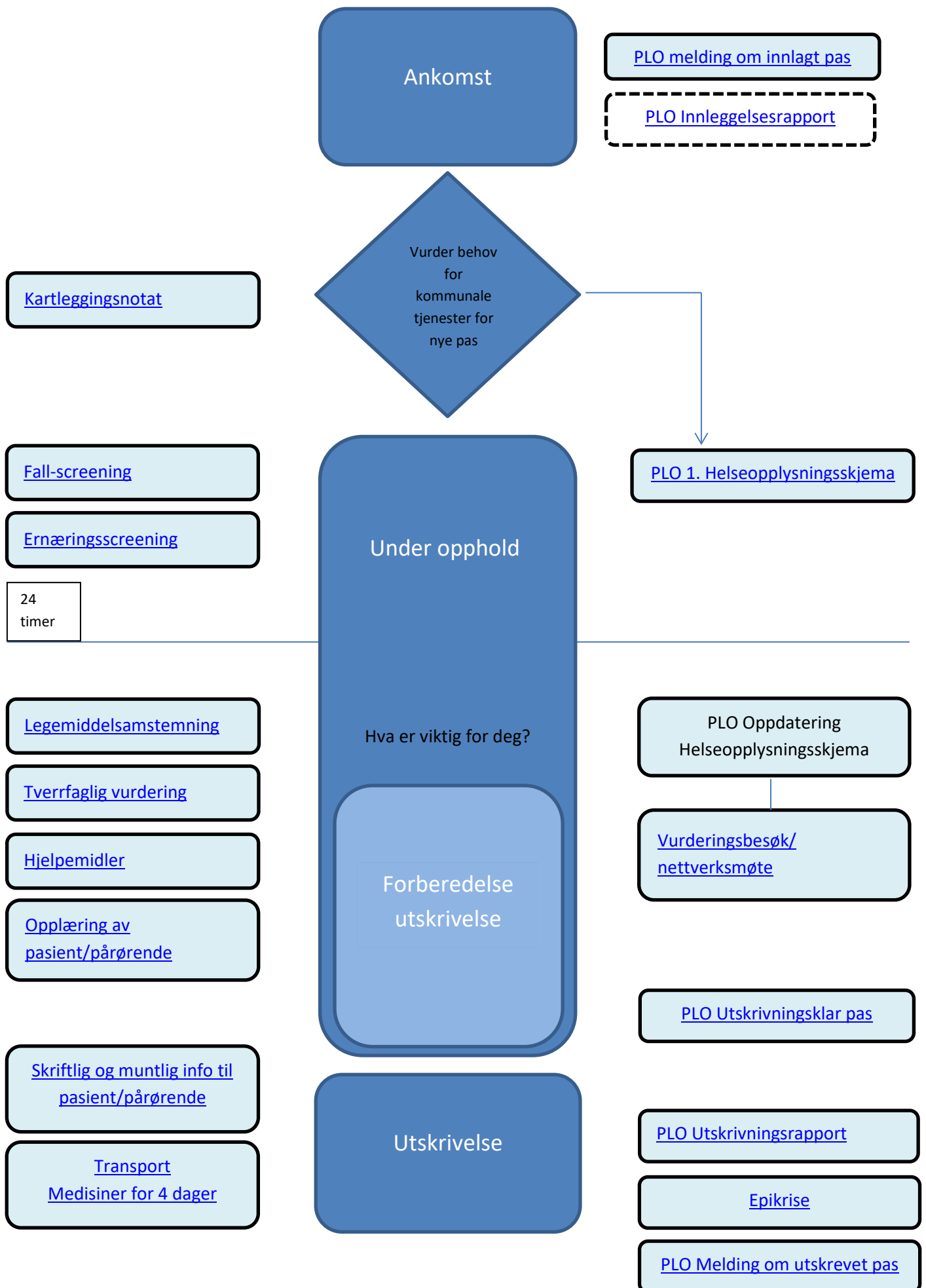
**Innkomstdato:**

**Planlagt utreisedato:**

UTSKRIVNING	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
<b>Praktisk:</b>			
«Hva er viktig for deg?» samtale er gjennomført, evt hvilke mål har pasient oppnådd mens han/hun har vært på helsehus?			
Pasient og pårørende er informert om utskrivelsen			
Transportmiddel og tidspunkt for henting er avklart og bestilt			
Det er avtalt om pasienten skal tas i mot i hjemmet og av hvem			
Matsituasjonen i pasientens hjem er avklart før hjemreise			
Det er avklart at pasient har penger til betaling av transport			
Det er avklart at pasient har nøkler til bolig			
<b>Behandlingshjelpemidler:</b>			
Behandlingshjelpemidler som skal returneres til sykehuset er merket og plassert til henting			
Beh. Hjelpemidler pasient skulle ha med seg, sendes med pasient			
Pasient har fått med nødvendig forbruksmateriell			
<b>Private hjelpemidler:</b>			
Pasientens private hjelpemidler følger pasienten hjem			
<b>Notater</b>			
Utreisenotat er skrevet			
Lege utreisenotat er sendt – mal kommer			
106 statusnotat er skrevet			
IPLOS/ADL er oppdatert			
<b>Medisiner</b>			
Medisiner til minst 3 virkedager er pakket med pasient			

UTSKRIVNING	Ja	Ikke aktuelt	Kommentar
Kopi av signert medisinliste sendt med pasient			
Send elektronisk meding om medisiner og forløp til fastlege			
<b>Sjekklisten kan scannes og legges i journal 200</b>			
<b>Dokumenteres i Gericca og informasjon viderefremidles til neste ledd</b>			

# Vedlegg 11 - Flytskjema OUS



# Vedlegg 12 – Innspill rapport fra fastlegene i læringsnettverket

## Rapport læringsnettverket for gode pasientforløp.

Innspill fra Bente Thorsen og Ellen Anita Fagerberg, OUS

Under er innspill til formuleringer til enkelte kapitler i rapporten. Innspillene gis med forbehold om at vi ikke har sett det samlede rapportutkastet.

### Fastlegene.

To fastleger fra bydel Østensjø har deltatt i læringsnettverket. Det har ikke vært fastleger med fra de øvrige to bydelene, og fastlegene i disse har ikke vært involvert i utvikling av rutiner eller sjekklister. At fastlegene i så liten grad kom med, har ført til at læringsnettverket ikke har bidratt til å involvere fastleger i et likeverdig samarbeid og utvikling av felles sjekklister slik metoden legger opp til.

Bydel Østensjø bygget i læringsnettverket videre på samarbeidet som var etablert i prosjekt «Vel hjem». En samarbeidsrutine mellom fastleger og hjemmetjeneste var laget i bydelen på et tidligere tidspunkt. Den ble revidert i "Vel hjem-prosjektet», og er godkjent av ALU i bydelen. Rutinen har også blitt presentert i Læringsnettverket og, vises til i Oslomodellen for gode pasientforløp.

Arbeidet i læringsnettverket i Oslo bygger på sjekklister utarbeidet i Sandefjord kommune, som stammer fra et samarbeid med allmennlegeforeningen, SKIL, KS og FHI (Folkehelseinstituttet 2015).

HPH 3 er utarbeidet for hjemmesykepleiens informasjonsoverføring med fastlegen etter at bruker har kommet hjem. Det er anbefalt at kontrolltime hos fastlege skal gjennomføres innen to uker etter hjemkomst fra sykehus eller annen helseinstitusjon. Fra og med versjon 3 deles sjekklisten inn i del a – informasjon fra hjemmetjenesten til fastlegen og del b – informasjon fra fastlegen til hjemmetjenesten. Det presiseres her at del b av listen representerer punkter hjemmetjenesten ønsker å motta mer systematisk informasjon om, fra fastlegen. Fastlegene har ikke deltatt i utvikling av disse sjekklisterne, og de har ikke vært behandlet i allmennlegeutvalgene.

Det anbefales framover at hver bydel utarbeider samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten og fastlegene i bydelen etter modell av rutinen i bydel Østensjø, og at fastlegene involveres i ferdigstilling av sjekklisterne nevnt over. Det vil kreve bevisst satsing, også økonomisk, fra bydelene å få dette til.

### Legemidler

Fastlegen har et forskriftsfestet ansvar som medisinsk koordinator for pasientene på listen, herunder hjemmeboende pasienter. Trygg legemiddelbehandling forutsetter systematisk oppfølging av pasientenes kliniske helsetilstand hos fastlegen. Det har vært et ønske i læringsnettverket å tydeliggjøre dette, blant annet ved å sikre at pasienten får medisinsk oppfølging hos fastlege etter alle overganger fra institusjon til hjemmet i sjekklisterne. Fastlegene skal sørge for legemiddelgjennomgang ved behov, og minst en gang årlig. Oppdatert legemiddelliste må sendes til hjemmetjeneste og eventuelt multidoseapotek ved alle endringer i legemiddelbehandlingen. Arbeid med oppdatering og samstemming av legemiddellister må alltid involvere fastlegen, og sjekklisterne må beskrive hvordan samarbeidet skal være.

Forskning har vist at det forekommer mange feil i legemiddellister, i overgangene i pasientforløpet, men også hos hjemmeboende pasienter; kopifeil, skrivefeil, dobbelt oppføring, mangel på oppdatert liste (siste versjon). Andre feilkilder er dobbelt forskrivninger (f. eks multidose+E-resept) og forsinkelse i oppdatering av multidose ved endret legemiddelbehandling. Enkelte av de svake leddene vil styrkes ved innføring av elektroniske system (Multidose i E-resept, Pasientens legemiddelliste, elektronisk samstemming av legemiddellister), men uavhengig av dette trenger vi bedre samhandlingsrutiner på dette området i Oslo.

Arbeidet med en slik prosedyre er påstartet i læringsnettverket, men det er behov for videre utvikling, med bredere involvering av fastlegene og kommunens øvrige leger (helsehus, KAD, legevakt) enn det organiseringen av læringsnettverket har gitt rom for.

Samarbeidsutvalget har gitt mandat til en tverrfaglig, tverretattlig arbeidsgruppe, hvor leger er med, som skal lage anbefalinger om samarbeid for pasienter som får legemidler administrert i Multidose, for hovedstadsområdet. Det er et mål at anbefalingene ferdigstilles høsten 2019. Anbefalingene vil bygge på HDir sine «*Faglige råd for Multidose*», som ferdigstilles i september 2019. Vi tror anbefalingene kan danne grunnlag for å beskrive samarbeidet om legemiddelbehandling generelt. De har som overordnet mål å sikre at pasientene får trygg legemiddelbehandling, og tar opp i seg mange av prinsippene nevnt over.

#### Legenes deltakelse i læringsnettverket

I tillegg til to fastleger, har det deltatt leger fra KAD, helsehus, medisinsk klinikk og ortopedisk klinikk i læringsnettverket. Læringsnettverket ga, som metode, ikke rom for at legene kunne sette seg sammen og lage sjekklister for det medisinsk faglige samarbeidet i de felles samlingene. Denne muligheten ble særlig etterspurt i samlingene fra fastleger og kommunale leger. Ut over de felles samlingene har det ikke vært rom for å få til felles arbeidsmøter for legene, på linje med møtene de øvrige deltakerne har hatt. Dette har resultert i at den medisinske dimensjonen er for svakt ivaretatt i samhandlingsrutiner og sjekklister som er laget i læringsnettverket (Oslo modellen).

Det er behov for å finne en arena hvor fastlegene og øvrige kommunale leger kan beskrive samarbeidet seg imellom i helhetlige pasientforløp. En mulighet i denne sammenhengen kan være å utvikle anbefalinger om dette samarbeidet i regi av Møteplass Oslo. Kommunens leger i arbeidsforum for Møteplass Oslo bør i så fall ha ansvar for gjennomføringen.

I OUS har man gjennom læringsnettverket utviklet prosedyren «Helhetlige pasientforløp for eldre og kronisk syke». Sykehuslegenes rolle inngår i denne prosedyren. Prosedyren er godkjent av ledelsen i medisinsk og ortopedisk klinikk og er under utprøving i disse to klinikkene.

# Vedlegg 13 – Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydel Østensjø



Bydel Østensjø

PROSEDYRE

Bydel Østensjø / 02 Helse, sosial, pleie- og omsorg / Hjemmetjenester /

## Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i Bydel Østensjø

**ID:**116788 **Forfatter:** Hivand, Ragnhild Elisabeth Halonen **Godkjent av:** MO, Hjemmetjenesten felles, leder (Hval, Gunn Elisabeth) **Status:** publisert **Opprettet:** 25.3.2015 **Endret:** 13.9.2018 **Revidert:** 13.9.2018 **Neste revisjon:** 13.9.2019 (MO, Hjemmetjenesten felles, leder (Hval, Gunn Elisabeth)) **Endringsnivå:** Revisjon **Utgaver:** 6 **Visningsnivå:** \*Alle **Losen-lenke:** 132x116788 Skjul metadata

### Formål

- Sikre et godt faglig samarbeid mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydelen
- Sikre god oppfølging av brukere av hjemmetjenester
- Forebygge funksjonssvikt
- Sikre gode pasientforløp i bydelen med fokus på "Hva er viktig for deg?"

### Omfang/Virkeområde

Prosedyren er anbefalte samarbeidsrutiner mellom hjemmetjenesten og fastlegene i Bydel Østensjø

### Ansvar

- **Avdelingsdirektør Mestring og Omsorg**
  - har ansvar for formidling og implementering av prosedyren i hjemmetjenesten
  - mottar og videreformidler eventuelle innspill til forbedring/endring av prosedyren
  - mottar og videreformidler ev avvik knyttet til prosedyren
- **Bydelsoverlege** har ansvar for formidling til fastlegene og innspill fra disse til forbedring/endring av prosedyren
- **Leder hjemmetjenesten** har ansvar for å bidra i utviklingen av samarbeidet
- **Ansatte i hjemmetjenesten og fastleger** har felles ansvar for å etterstrebe et godt samarbeid i tråd med anbefalingene i prosedyren

# Aktivitet/beskrivelse

OMRÅDE	BESKRIVELSE	ANSVAR
Kommunikasjonslinjer	<p><b>Kommunikasjonen skal fortrinnsvis foregå via PLO-meldinger (Pleie og Omsorgsmeldinger)</b></p> <p><i>1. Henvendelser som haster eller som er for kompliserte eller for sensible til å bli beskrevet i en PLO- melding:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• skal formidles pr telefon eller ved direkte kontakt</li> <li>• Ved behov kan hjemmetjenesten eller fastlegen be om konferansetime/hjemmebesøk</li> </ul> <p><i>2. Dersom henvendelsen kan vente eller egner seg for elektronisk kommunikasjon:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for å samhandle meldes via PLO. Meldingen må inneholde hva man ønsker å få avklart. Ønsker man direkte kontakt bør man oppgi forslag til tidspunkt - der man er tilgjengelig. Gjensidig responstid på PLO-meldinger er 3 døgn.</li> <li>• Er ikke fastlegen tilgjengelig når hjemmetjenesten tar kontakt, avklares det tidspunkt for når fastlegen ringer tilbake. Dette dokumenteres i Gericia.</li> </ul> <p><i>3. Kommunikasjon etter konsultasjon:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Via PLO-melding: meld fra om eventuelle funn og/eller medisinendringer. Meld fra om vurdert behov for oppfølging, varighet og ev behov for tilbakemelding.</li> <li>• <i>For fastlegene: Det anbefales å bruke "overføring av medisinske opplysninger". Journalnotat og oppdatert liste over faste medisiner kommer da direkte inn i PLO-meldingen (obs: IKKE behovsmedisiner!). Husk å sette inn om det er avtalt ny time med pasienten.</i></li> </ul> <p><i>4. Generell kommunikasjon:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ved ferieavvikling: <ul style="list-style-type: none"> <li>○ Hjemmetjenesten får ferieoversikt med hvilke lege/legekontorer som vikarierer for hverandre under ferieavviklingen</li> <li>○ Ring til legesenteret/vikarierende lege dersom fastlege har ferie</li> </ul> </li> </ul>	<p>Fastlegene / Hjemmetjenesten</p> <p>Fastlegene / hjemmetjenesten</p> <p>Fastlegene</p> <p>Bydelsoverlege / Seksjonssjef hjemmetjenesten</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Det utveksles oppdaterte adresselister (geografisk fordeling av hjemmetjenesten) og telefonlister med nummer til sentralbord og vakttelefoner (se "utstyr og referanser")</li> <li>• Tlf til hjemmetjenestens vakttelefon finnes også på bydelens internettsider</li> <li>• Det utveksles oppdaterte telefonlister med direkte nummer til fastlege og/eller eget nummer for hjemmesykepleien</li> </ul>	
Deltagelse på legetimer og ved hjemmebesøk (konferansetimer)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Behov for konferansetime avtales pr telefon</li> <li>• Dersom det er behov for at hjemmetjenesten er tilstede når fastlege kommer på hjemmebesøk bør dette avtales senest kl. 12 samme dag og besøket må fortrinnsvis utføres i tidsrommet 1330 -1700.</li> </ul>	Fastlegene / Hjemmetjenesten
Informasjon om tildelte tjenester og endrende behov	<p>Opplysninger om tjenester:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• sendes når pasienten har fått nye kommunale tjenester</li> <li>• fastlegene får tilsendt lister over alle sine pasient/brukere tilsendt to ganger i året</li> <li>• fastlegene får tilsendt liste over hvem som er tjenesteansvarlig i hjemmetjenesten per pasient/bruker tilsendt to ganger i året</li> <li>• behov for andre tjenester meldes pr PLO-melding</li> </ul>	Hjemmetjenesten Geric-konsulent i bydelen Hjemmetjenesten Fastlegene
Spesielt for pasienter med sårbehandling	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fastlege er medisinsk ansvarlig for sårbehandling</li> <li>• Pasienter som har behov for sårbehandling og som kan komme seg til fastlegen ivaretas v/fastlegekontoret</li> <li>• Pasienter som av medisinske årsaker ikke kan komme seg til fastlegekontoret ivaretas av hjemmetjenesten</li> </ul>	Fastlegene Hjemmetjenesten

## Bilder og illustrasjoner

o bilder tilknyttet



## Vedlegg Kompetanse

Konferansetime:

- Der det er behov for at hjemmetjenesten er tilstede sammen med fastlegen på pasientbesøk / time / legemiddelgjennomgang
- Bør avtales pr telefon

## Hjemmel Utstyr og referanser

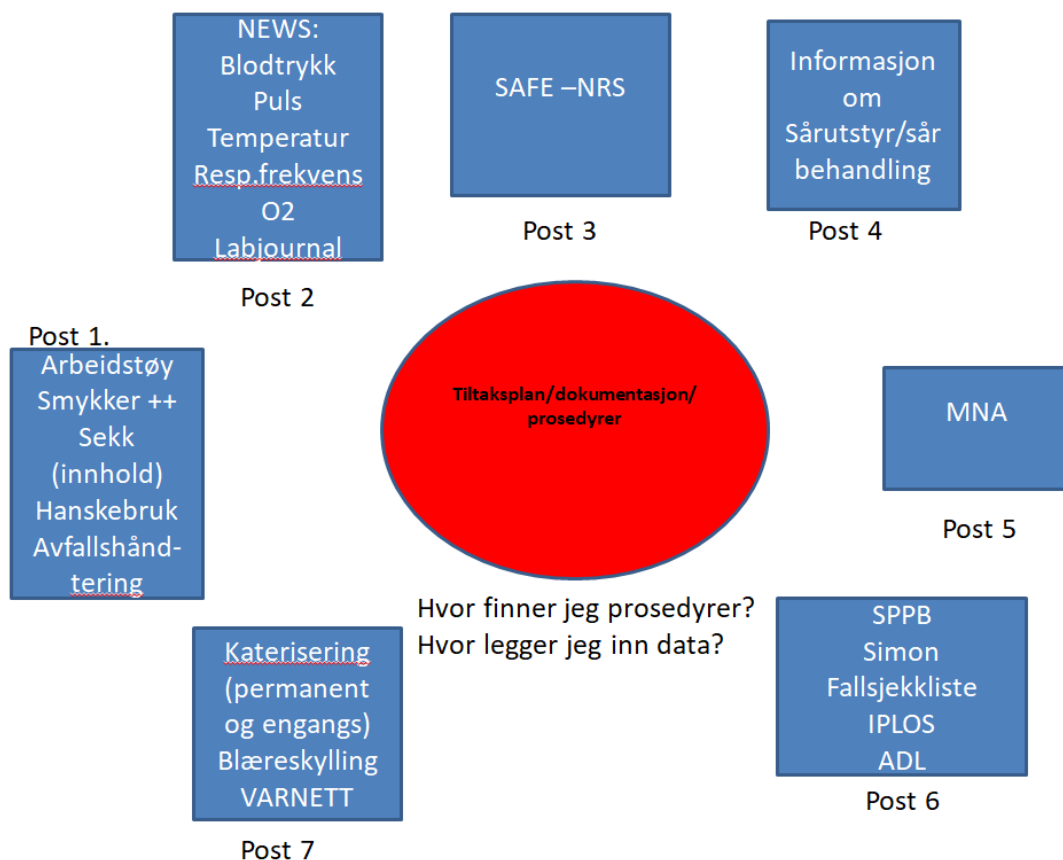
Hjemmetjenestens telefonnummer

## Avvik - kontrollspørsmål

Hvis du svarer nei på et av spørsmålene må du sende avvik.

- Har legen svart på PLO-meldingen innen 3 døgn?
- Har hjemmetjenesten fått oversikt over fastlegenes ferielister m/vikarer?
- Mottar fastlegen oversikt over sine pasienter 2 ganger pr år?
- Mottar fastlegen oversikt over hvem som er tjenesteansvarlig i hjemmetjenesten for pasientene 2 ganger pr år?

## Vedlegg 14 – Ferdighetstrening bydel Nordstrand



### Fordeling av poster

**Post 1:** Hygiene. Gjennomgang av arbeidstøy, smykker, håndhygiene og bruk av lyskassa lånt fra FHI, hanskebruk, quiz og hva er innholdet i sekken?

**Post 2:** BT, P, Temp, Resp.frekvens, O2. Score NEWS. Utfyller NEWS score ved hjelp av case. Informasjon om hvordan det dokumenteres i Gerica

**Post 3:** SAFE kartlegging. Fylle ut skjema ferdig ved hjelp av case. Informasjon om hvordan det dokumenteres i Gerica, samt hvordan finne 1 postjournal i Gerica. Dette for å kunne vurdere endringer fra tidligere kartlegging.

**Post 4:** Informasjon om sårstell (TIME kartlegging) og sårutstyr som finnes på lageret. Viktigheten av å holde seg oppdatert, drøfter utstyr som skal ikke brukes, og hvordan skal man bruke det man har.

**Post 5:** MNA kartlegging – og dokumentasjon knyttet til Gerica. Det ble laget case.

**Post 6:** SPPB -4 meters gangtest. Simon. IPLOS-ADL. Fallrisikoskjema

**Post 7:** Kateterisering, blæreskylling og prosedyrer knyttet til VARNETT.

### Slik foregikk det

- Velkommen fra fagansvarlig med en introduksjon om hva dagen skulle innebære. Introduksjonen ble knyttet til pasientforløp og basiskompetanse del 2. Det ble informert om bydelens ønske om like rutiner og lik dokumentasjon i alle seksjoner som skal medvirke til kvalitetssikring av tjenesten. Samtidig ble det løftet opp hvordan systematisering av arbeidsoppgaver sikrer overganger i et pasientforløp. Nettsiden hvor ansatte kan printe ut sjekklister og hente ut manualer ble presentert.
- Ferdighetstreningsdag begynte kl. 11 og avsluttet kl. 15. Det var en ren praktisk undervisning hvor alle deltagerne praktiserte aktiv gjennom alle postene.
- Hver fagsykepleier hadde ansvar for en post. Ernæringsfysiologen hadde et eget innlegg med en orientering om ernæringstilbudet i kommunen. Dette innebar også de ansattes rolle i det systematiske arbeidet med kartlegging og oppfølging av underernærte pasienter og pasienter med risiko for underernæring. Ernæringsfysiolog hadde ansvar for en egen post hvor MNA ble gjennomgått.
- Ansatte ble delt inndelt i grupper på bakgrunn av faglig kompetanse. Dette ble anbefalt de ansatte fordi vi ønsket å tilrettelegge kurset på bakgrunn av ulike fagkvalifikasjoner. Dette innebar at noe poster ble endret på bakgrunn av fagkompetansen hos de ansatte. Eksempel på endring av poster var: Fysio/Ergo gikk ikke gjennom prosedyrer kateterisering, blæreskylling og sår. Hjelpepleier utførte engangskateterisering og blæreskylling knyttet til Varnett sine anbefalinger. Sykepleiere gjennomgikk prosedyre for innleggelse av permanent kateter. I tillegg ble det gitt opplæring i hvordan legge prosedyrer inn i Geric fra Varnett. Det ble også gitt en gjennomgang av EQS/ prosedyrer. Saksbehandler gikk gjennom det samme som fysio/ergo. Saksbehandlerne fikk i tillegg en orientering om sjekklister i pasientforløp programmet.