



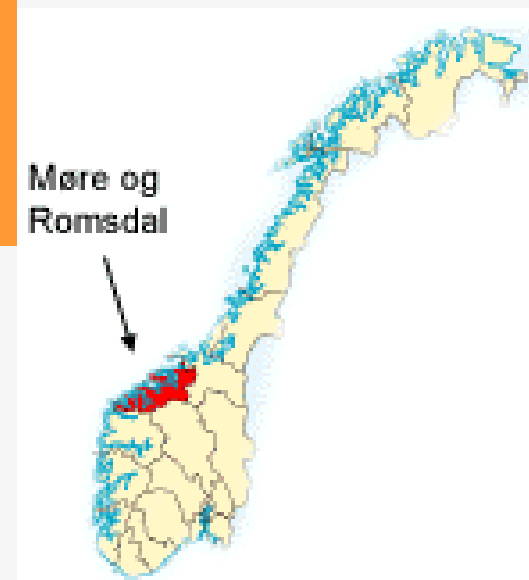
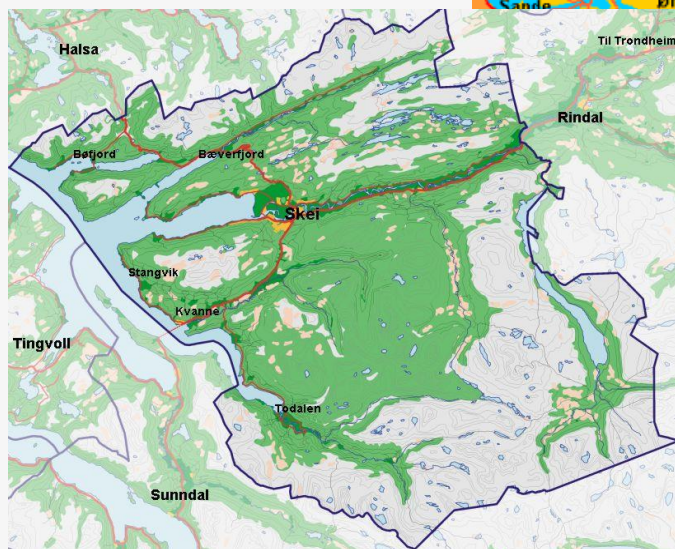
# Helhetlige pasientforløp – kva skal til for å lykkast?

v/Margrethe Svinvik – Einingsleiar i Heimetenesta, Surnadal kommune





# Surnadal kommune



# Surnadal kommune

Areal: 1365 km<sup>2</sup>

Plass til:

Oslo, Bærum,  
Asker, Gjedrum  
Skedsmo,  
Lørenskog,  
Rælingen,  
Oppegård,  
Nesodden,  
Frogn, Ås ++



Folketal: 5 984



# Avvik i eldreomsorgen

Tilsyn har avdekket manglende rutiner for ernæring samt utvikling av demens.

NYHETER

Publisert: 14.12.2010 15:19    Sist oppdatert: 14.09.2012 13:12

Rådmann Geir Vikan underretta formannskapet i Surnadal om at Surnadal kommune har hatt tilsyn på eldreomsorg og fått påpekt avvik.

Tilsynet har avdekket manglende rutiner på ernærings situasjon og demensutvikling hos heimebuende eldre, og på korleis dei tilsatte skal handtere slike saker.

Rådmannen har ingen grunn til å tru at de tilsatte ikkje gjer ein god jobb på desse områda, men me ønskjer at det jobbast for å få lukka avvika ved å få på plass slike rutiner snarast.

**• Avvik lukka  
1-juni 2011**





Mer enn 40 sjukepleiere hver dag har deltatt på nettverkssamling i Surnadal.

# Det starta i Surnadal

Har blitt landsomfattende

**NYHETER**

**Magne Lillegård**  
Mobil: 97101257

Publisert: 26.03.2014 14:51

Sist oppdatert: 26.03.2014 14:51

Helhetlig pasientforløp (HPH) er en metode for kvalitetssikring av helsetjenester ved hjelp av faste spørreskjemaer, og skal blant annet forhindre at pasienter blir sendt heim fra sykehus for tidlig.

Det var kommuneoverlege Anders Grimsmo som utarbeidet metoden, først med tanke på heimetjenestene.

5

ANNONSE

ANNONSEBILAG



**Slik fikk Johannes blodtrykk som en 18-åring**



**Kari er full av lovord for K2-vitamin**  
Har du hørt snakke om K2



## Meld. St. 26 (2014-2015)

### Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet



## 24 Tjenester til brukere med store og sammensatte behov

En liten andel av befolkningen har sammensatte og komplekse behov og er vesentlig hjelpetrenende. De har flere sykdommer samtidig, funksjonsnedsettelse og et stort tjenestebehov. Størstedelen av helse- og omsorgstjenestens ressurser brukes på disse gruppene. Over 100 mrd. kroner eller mer enn fire ferdeler av de økonomiske og personellmessige ressursene i disse tjenestene benyttes til hjemmetjenester, dagtildbud og sykehjem for om lag 5 pst. av befolkningen.

Som følge av en rekke reformer har ansvar og oppgaver blitt overført fra spesialisthelsetjenesten til kommunene. I tillegg kommer omstilling i spesialisthelsetjenesten med kortere liggetid, mer dagbehandling og poliklinisk behandling, en omstilling som også gjennomføres innen psykisk helsevern. Den kommunale helse- og omsorgstjenesten har dermed fått nye brukergrupper med mer faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov.

Brukere med sammensatte behov finnes i alle aldre og de har et bredt spekter av helseutfordringer. Det kan være personer med utviklings- og/eller funksjonshemming, personer med kognitiv svikt og demens, personer med alvorlig psykisk sykdom og/eller rusproblemer, personer med neurologiske sykdommer og skroplige eldre mennesker med flere samtidige sykdommer.

Personer under 67 år utgjør snart 40 pst. av de som mottar hjemmetjenester eller bor i sykehjem. De yngre brukerne mottar oftest tjenester i eget hjem eller omsorgsbolig, mens de med høy alder og store behov ofte bor i institusjon. Per 31. desember 2013 mottok 43 000 personer tjenester i form av korttids- eller langtidsopphold i sykehjem, og om lag 230 000 personer tjenester i form av hjemmesykepleie, praktisk bistand og andre tjenester i eget hjem eller i omsorgsbolig. I følge data fra Ipløs har om lag 25 pst. av disse brukerne omfattende bistandsbehov. Om lag to tredeler bor enten i sykehjem eller omsorgsbolig med heldekkende tjenestetilbud

gen. Dette kapitlet, samt kapittel 26, handler om disse brukergruppene.

### 24.1 Status og utfordringer

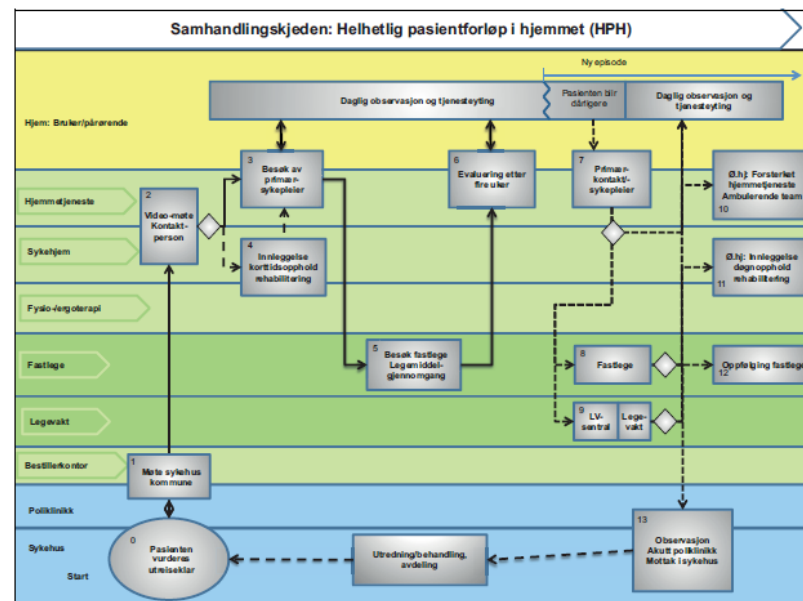
Noen av hovedutfordringene i tjenestene til brukere med store og sammensatte behov er knyttet til kompetanse, organisering av og innhold i tjenestene samt ledelse. Disse utfordringene henger tett sammen.

#### Kompetanse

Brukerne med store og faglig krevende og komplekse medisinske og psykososiale behov, krever både annen kompetanse og høyere og mer flerfaglig kompetanse enn det som før var nødvendig i kommunene. Behovet for kompetanse må ses i sammenheng med målet om en mer aktiv oppfølging av brukerne med de mest sammensatte behovene, med mer vekt på forebygging, rehabilitering og sosial og fysisk aktivitet, men også bedre lindrende behandling og annen mer komplisert medisinsk oppfølging. Mangelen på kompetanse henger både sammen med at de som jobber i tjenesten har for lav/feil kompetanse, men også med at kompetanse som finnes i kommunen ikke benyttes inn i tjenestene til disse brukerne.

#### Kompetanse i hjemmetjenestene

Helse- og omsorgsdepartementet har bl.a. gjennom Kompetanseløftet 2015 yt tilskudd for å øke andelen ansatte med helse- og sosialutdanning og redusere antallet uten relevant fagutdanning. Kompetansen er allikevel fortsatt for lav. Det er fortsatt mange uten helse- og sosialutdanning i hjemmetjenestene og i sykehjem. Sykepleier og forsker Pia C. Bing-Jonsson (2014) har utviklet et verktøy for å måle kompetansen til sykepleiere, helsefagarbeidere og utførelse som ineholder



Figur 24.1 Helhetlig pasientforløp i hjemmet

Figur 24.1 viser hovedelementene i en strukturert utskrivingsprosess som ligger fast for alle diagnoser og er lik i alle kommuner. For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

#### Utskriving av pasient

Pasientens meldes utskrivingsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte (1) eller elektronisk per video (2). Hjemmetjenester etableres, primær-sykepleier blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager (3), ev. først etter et intermedier-/korttidsopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (5). Det hele blir evaluert av primær-sykepleier ev. justert etter 4 uker (6). Det samme opplegget kan benyttes ved nye pasienter og årlige gjennomganger.

#### Pasienten blir dirligere

Tidligintervensjon avtalt med fastlegen blir vurdert (7). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (8) eller legevakt (9) kontaktes. Disse har flere alternativer: Øyeblikkelig hjelp hjemme/ambulerende team (10), kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud (11), ev. senere bare tett oppfølging av fastlegen (12). Ved behov for henvisning til akutt poliklinikk eller innleggelse i sykehus (13). Fastlege og legevakt kan benytte de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

Kilde: Anders Grimsmo

beider på en systematisk måte med pasientenes fastlege/ primærhelseteam og andre. For mange brukere vil også personell fra spesialisthelsetjenesten være viktige støttespillere. Det gjelder f.eks. brukere med behov for palliasjon.

Team for brukere med sammensatte behov i kommunene bør baseres på funksjon og behov, ikke diagnose. Etablering av oppfølgningsteam vil

#### Veiledere, beslutningsstøtte, kvalitetsindikatorer og faglige retningslinjer

På tross av problemet med manglende forskning på og få faglige retningslinjer utviklet for brukere med flere samtidige sykdommer, står man ikke uten kunnskap. Det finnes kunnskap som kan brukes til å utvikle faglige veiledere/retningslin-



## Framgangsmåte

- Rolleavklaringer
- Lederforankring
- Basiskompetanse







# Basis- kompetanse

Systematisk  
oppfølging



- ansvarsforståelse
- observasjonsevne
- kommunikasjonsevne
- vurderingsevne
- evne til å iverksette tiltak
- samhandlingskompetanse
- dokumentasjonsevne
- erfaringskompetanse og evne til erfaringsoverføring
- systemforståelse



# Suksesskriterier

## Tove Røsstad:

«implementeringsarbeid er vanskelig».

## Faktorer som er viktige for å lykkes:

- Samsvar med overordnede strategier og prioriteringer samt lederforankring er avgjørende.
- **Arbeidet må oppfattes som en god idé og gi praktisk nytte i arbeidshverdagen.**

## Fallgruver:

- Arbeidskrevende å få det standardiserte pasientforløpet til å bli en del av daglige arbeidsrutiner.
- For lite tid og ressurser til å få til praktisk tilrettelegging i hverdagen og tilstrekkelig veiledning av de ansatte.

*«HPH er i stadig utvikling ut fra tilbakemeldinger på hva som fungerer og hva som ikke fungerer i en helsetjeneste i endring.»*



Hjem:  
Bruker/pårørende

Ny episode

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-  
/ergoterapi

Fastlege

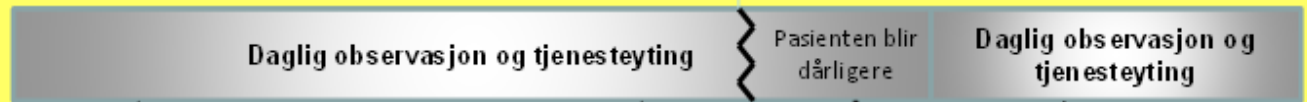
Legevakt

Kommunen

Poliklinikk

Sykehus

Start



Daglig observasjon og tjenesteyting

Pasienten blir dårligere

Daglig observasjon og tjenesteyting

Besøk av sykepleier etter 3 dager

Ny s samtale med primærkontakt etter 4 uker, 6 mnd, 1 år og deretter årlig

Primærkontakt/-sykepleier

Ø.hj: Forsterket hjemmetjeneste

Hjem til kommunen. Kommunalt tilbud

Innleggelse OBS-post kortidsopphold rehabilitering

Ø.hj: Innleggelse OBS post, kortidsopphold rehabilitering

Trening og opplæring

Besøk hos fastleger etter 2 uker

Fastlege

Oppfølging fastlege

Vurdering av Heimetjenesta

Pasienten vurderes utreisklar  
TELEFONSAMTALE  
MED SYKEHUSET

Utredning/behandling, avdeling

Observasjon Akutt poliklinikk Mottak i sykehus

# 1. VURDERINGSBESØK

Av sjukepleiar **innan 3 dagar** etter utskrivning frå sjukehus  
Brukast også ved nye pasientar som ein førstegangssamtale

## Kjem pasienten frå sjukehus, les igjennom:

Les gjennom e-meldingene frå sykehus  
Sjukepleiarsamanfatning  
Pasientinformasjonen  
Anna skriv frå sjukehuset

## Ved ny pasient, les igjennom:

Skjema "Henvendelse ang. pasient som  
ikkje kjem frå sjukehus"

## Ta med heim til pasienten:

"Søknadsskjema for pleie- og omsorgstenester"

Samtykkeskjema

Informasjonshefte om IplOSregistrering

Skjema: "Tilbod om gratis tannbehandling"

Vekt, viss ikkje pasienten har det sjølv.




Innhente informasjon, spørsmål:	Etterarbeid:
<b>Nettverk/sosiale aktiviteter:</b>	
Namn:	Fylles ut i brukarbildet. Gerica.
Fødsel- og personnr:	
Adresse:	
Gards./bruksnr. (ved manglande gateadresse):	
Postnr: Poststad:	
Telefonnummer:	Brukarbildet, "anmerking"
Sivilstand (gift, ugift, enke/-mann...):	Brukarbildet, "kontakter" Husk og merke hovudpårørande med gul trekant.
Næraste pårørande:	
Adresse:	
Postnr: Poststad: Telefonnummer:	
Mobil:	
Andre pårørande (namn, adr., tlf.)	
Fastlege:	Brukarbildet
Hjelp som blir gitt av pårørande, naboar, venner:	Brukarbildet, IPLOS s. 18 i rettleiar

<b>Bustaden:</b>	
Bur åleine: <input type="checkbox"/> Bur saman med:	Brukarbildet, IPLOS
Eig bustaden sjølv: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nei: Einebustad: <input type="checkbox"/> Leilegheit: <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad: <input type="checkbox"/> Kår: <input type="checkbox"/>	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk"
Beskriv bustaden: <b>Tenk førebygging:</b> tepper, dørstokkar, belysning, trapper, hindringar, brannsikkerheit o.a.	Skriv ei oppsummering av pasienten sin bustad i journal. Om det er behov for nye tiltak, få med dette i tiltaksplana.
<b>Aktuell situasjon:</b>	
Aktuell sjukdom/situasjon:	Skriv ei oppsummering av pasienten sin situasjon i journal. Viss det er behov for nye tiltak, lag ny tiltaksplan.  Ved kreftsjukdom, følg eigen prosedyre.
Tidlegare sjukdomar/diagnosar:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk": Blir ført under område "diagnosar" i Gerica  Ved behov for meir kjennskap til diagnosar, be om opplysingar frå fastlegen ved 2-vekersbesøket.
Medisin: Kan pasienten administrere medisin sjølv? Viss nei, følg prosedyrar for oppstart av multibase.  Er det forandring/oppstart på nye medisin? Viss ja, følg prosedyrar for det.  Ev. biverknader:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk": skriv ei oppsummering av pasienten sin situasjon.
<b>Kost/ernæring:</b>	
Matallegiar? Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk"
Diettar? Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	Skriv ei oppsummering av status når det gjeld kost/ernæring i journal. Ved mistanke om ernæringssvikt, sjå eigen prosedyre. Viss det er behov for spesielle tiltak, få dette med i
Behov for kostrettlegg: Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	

Innhente informasjon, spørsmål	Etterarbeid/vurderingar
<b>Helse:</b>	
<p>Korleis er helsa di no? Er det forandring frå før sjukehusopphaldet?</p> <p>Ressursar og behov:</p> <p>Er det behov for ny time med fastlegen?</p>	<p>Er pasienten alvorleg sjuk/palliativ/terminal fase, vurder bruk av sjekkliste: «Den palliative eller terminale pasienten» i tillegg.</p>
<p>Medikament (verknader, biverknader, rett administrering):</p> <p>Er det gjennomført legemiddelgjennomgang i løpet av dei siste 12 månedene? Viss nei, følg prosedyre for legemiddelgjennomgang.</p>	<p>Viss sjekklista er bruka før, skal den repeteres årleg.</p>
<p>Smerter. Tilstrekkelig smertelindring?</p>	
<p>Svikt i hukommelse/kognitiv og emosjonell funksjon?</p>	<p>Ved mistanke om demens, følg prosedyre: <u>"identifisering og oppfølging av pasientar med mistanke om demenssjukdom"</u></p>



<b>Er pasienten i stand til å ta ansvar/planlegge daglege gjeremål:</b>	Viss nei, følg prosedyre: <u>"Vurdering av samtykkekompetanse"</u>  Det skal skrives ei vurdering av samtykkekompetanse.
<b>Forvirringstilstand?</b>	 (Ctrl) ▾
<b>Svikt i hukommelse?</b>	Ved mistanke om demens, følg prosedyre: <u>"identifisering og oppfølging av pasientar med mistanke om demenssiukdom."</u>
<b>Angstliknande reaksjonar, nedstemt, irritert og mistenksam?</b>	Viss ja, følg prosedyre <u>"Pasientar med psykiske lidelser"</u>



<b>Oppfølging:</b>	
<p><b>2-vekerskontroll med fastlege. Skal vere ein dobbeltime.</b></p> <p>Er den bestilt? Ja: <input type="checkbox"/> Av kven:</p> <p>Nei: <input type="checkbox"/> Blir bestilt av:</p> <p>Skal nokon følgje pasienten? Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kven:</p>	<p>Skriv i svartboka tidspunkt for legetime, og ei påminning om at E-melding til fastlege blir sendt etter mal: <i>"til fastlege konsultasjonsdagen"</i>. Kopi av samtykkeskjemaet blir sendt fastlege med ein gong. Sjukepleiar som tar vurderingsbesøket har ansvar for at dette blir gjort.</p>
<p>Avtale <b>oppfølgingssamtale</b> om 4-6 veker Dato:</p>	<p>Skriv avtalen inn i svartboka</p>



Etter at vurderingssamtalen er gjennomført, fyll ut IPLOS på brukarbildet (husk reservasjon av diagnoseopplysningar) og ADL-opplysningar i Geric, og ev. anna som skal gjerast (sjå etterarbeid, høgre kolonne på skjemaet). **Oversjukepleiar skal ha beskjed når pasienten har behov for meir/mindre hjelp.**

**Makuler papiret etter at du er ferdig med samtalen og opplysningane er journalførte i Geric.**





# SUSTainable TAilored INtegrated care for older people in Europe

- Finansiert av EU gjennom Horizon 2020
- Ledet fra Vrije Universiteit, Amsterdam
- Deltakerland; Nederland, Norge, England, Irland, Østerrike, Spania, Estland, Belgia, Tyskland

## **Model projects of integrated care and potential fields for improvement.**

Findings from the baseline assessments - Norway



...nhetsleder Margrethe Svinvik for heimtjenesten i Surnadal får ros av Eliva Ambugo, Kathrine Vaage og Terje P. Hagen fra UIO FOTO: GEIR FORBREGD

# Er fremst i Europa

Surnadal kommune er best på heimebasert omsorg i Europa.

**NYHETER** Geir Forbregd Mobil: 48015724

Publisert: 04.02.2016 15:03 Sist oppdatert: 04.02.2016 15:03

24

Surnadal kommune er best på å innrette den heimebaserte omsorgen slik at eldre blir boende lengst mulig heime før de eventuelt må på institusjon.

Surnadal er den kommunen i Norge og Europa som har kommet lengst på dette feltet og er et godt eksempel andre kan lære av.

**Boozt.com**



...oppeviseren: Lars med arbeidskasett til plata over topper som kan ses fra Strengen. FOTO: GEIR FORBREGD

# Skryter av heimtjenesta

Lars Vang og Guri Saltnes er evig taknemlig for den sørvis de får av heimtjenesten.

**NYHETER**

Geir Forbregd Mobil: 48015724

Publisert: 18.10.2015 11:57

Sist oppdatert: 18.10.2015 11:57

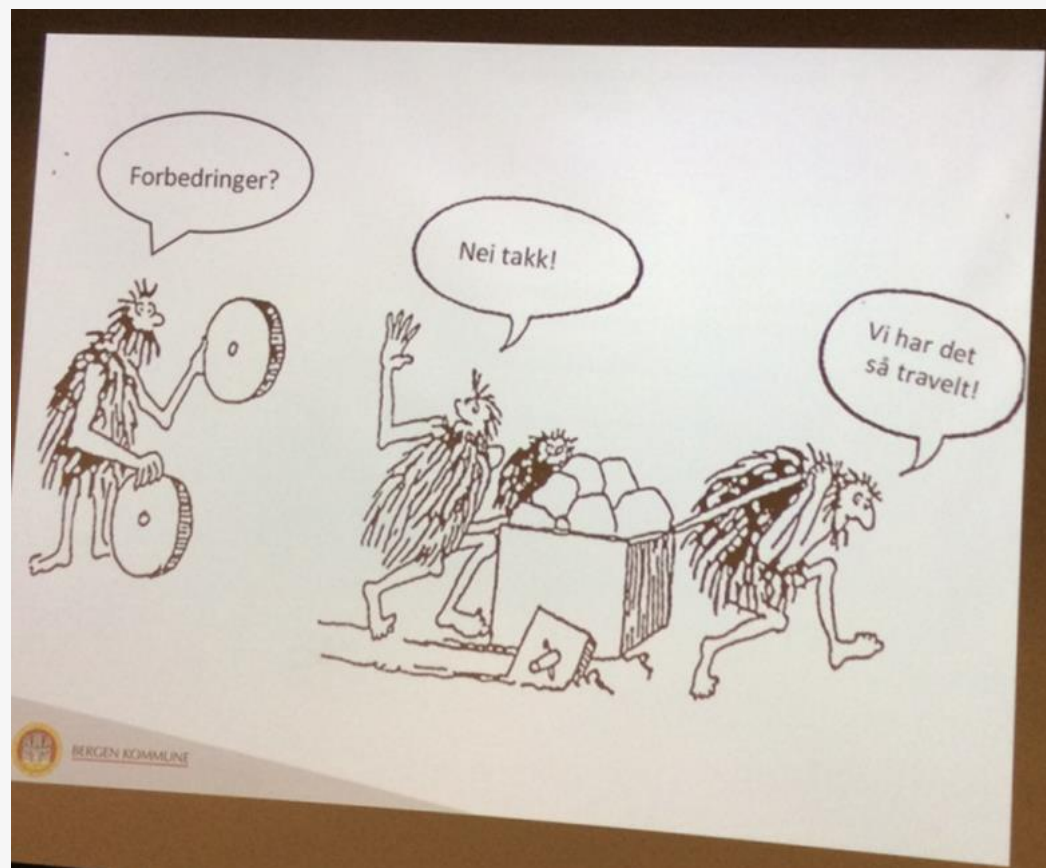
4

Lars er født i 1936. Inntil for et par år siden var han oppegående og kunne klare seg sjøl. Nå har kreftene svikta litt og han er avhengig av hjelp for å komme seg opp av og ned i senga. Derfor er både han og kona Guri glad for all den hjelp og støtte de får av heimtjenesten.



# Utfordringer

- samarbeid med leger –å få plan ved forverring, å komme tidlig inn i sykdomsforløp
- informasjon og opplæring
- mange skjema
- skape en kultur for skriftlig dokumentasjon og innhenting av informasjon via fagsystemet
- involvering av bruker og pårørende
- Å gjøre så godt en kan, er ikke «godt nok»





# Status

- HPH- skjelett, ryggmarg og nervesystem...
  - Sjekklistar er stadig under utvikling og forbedring –ei "dør" til rett tjenestetilbud
  - Fagprosedyrer
  - Velferdsteknologi – digitalisering
  - «Samhandling på siste vakt»
  - Legemiddelgjennomgang
- Hverdagsrehabilitering - hjemmerehabilitering - forebyggende hjemmebesøk

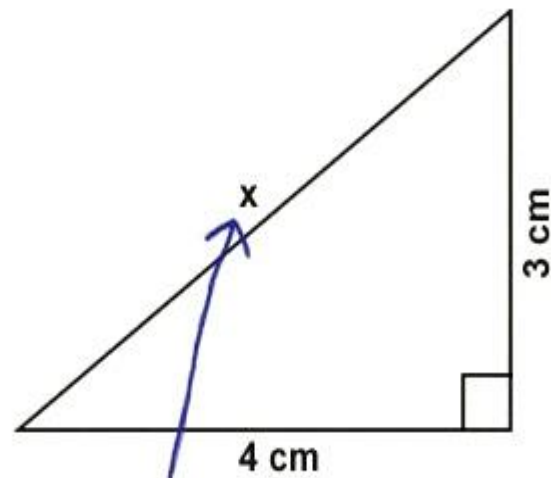




# Enkelt?

- Interne rutiner og system, nasjonale faglige retningslinjer, veiledere og rundskriv fra helsedirektoratet, kvalitetsforskriften, verdighetsgarantien og helselover – alt skal gjøres kjent og bli brukt!

Oppgave 4: Finn x.



DEN ER HER



adapted from Ocular Trauma #185 by Wade Clarke ©2005  
[http://www.livejournal.com/users/bloomer\\_au/](http://www.livejournal.com/users/bloomer_au/)  
Norwegian version by Alltid Moro



**Takk for meg! 😊**