

# Helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem i Oslo

Fra plan til drift

V/ Karla Robles Larsen  
Bydel Østensjø  
4. Samling Vestfold



# Tilbakeblikk

## Høsten 2016- Høsten 2017

- ✓ Planlegging, forankring.
- ✓ Etablerte forbedringsteam.
- ✓ Identifisering av forbedringsområder.
- ✓ Fokus på orden «i eget hus»

## Vinter og vår 2018

- ✓ Jobbet med egne forbedringsområder
- ✓ Identifiserte forbedringsområder på tvers- «Osloivå»
- ✓ Kåres pasientforløp

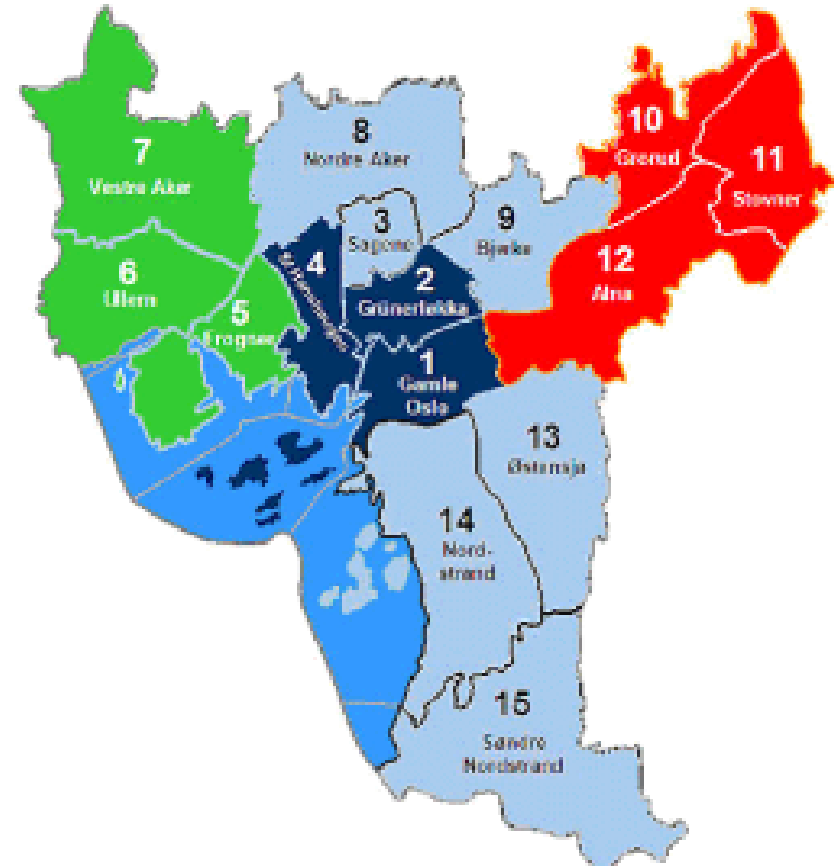
## Høsten 2018-vinter 2019

- ✓ Konkretisering av tiltak for å tette igjen hullene i pasientforløpet.
- ✓ Utvikling og felles samkjøring av sjekklister/ prosedyrer.
- ✓ Avslutning høsten 2019

Deltakende enheter: Bydel Nordstrand, Søndre

Nordstrand og Østensjø, kommunal akutt døgnetenhet (KAD), forsterket rehabilitering

Aker (FRA), Ryen helsehus medisinsk- og ortopedisk klinikk ved OUS har deltatt.



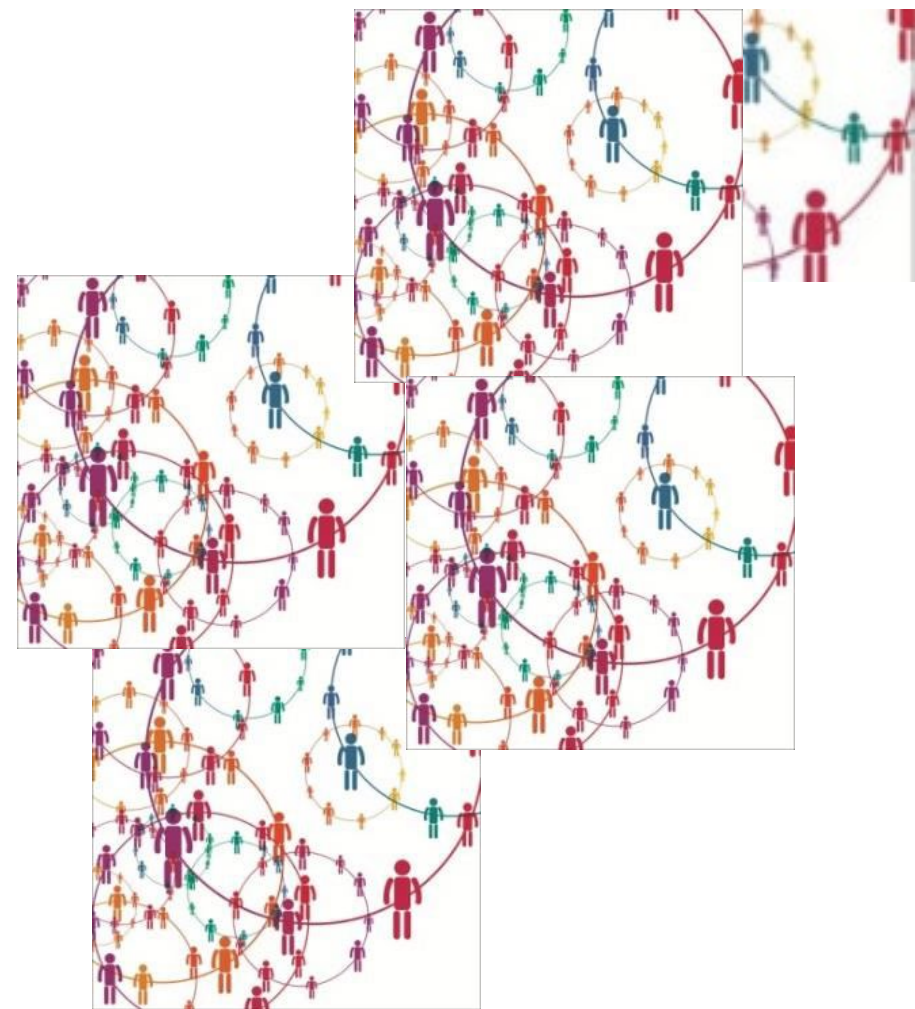
# Medisinsk samhandling i Oslo

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

▶ (Akershuskommuner som sogner til AHUS)



Oslo



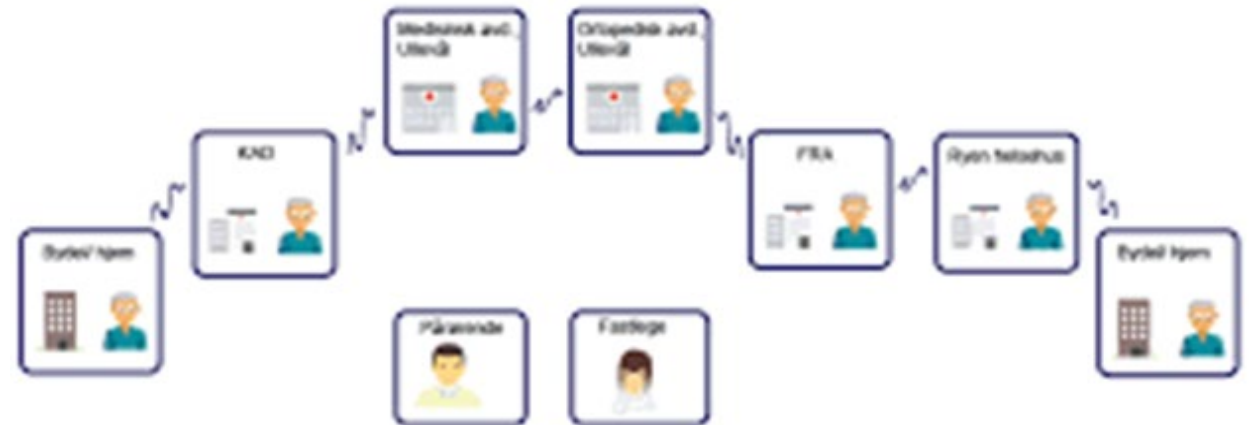
# Kåres pasientforløp



Tusen takk for det gode arbeidet dere gjør med å sørge for utfordringene / overgangene!  
 Jeg synes ikke så de tingene jeg trenger for å fortsette å leve trygt og forsiklere gjensidig ut av for dere som jobber i systemet. Men hvis vi snakker sammen nderveis, er jeg sikker på at vi får så mange gode samarbeidsting sammen. Sånn som barnen!

Håkon Kåre

## Forløpet til Kåre

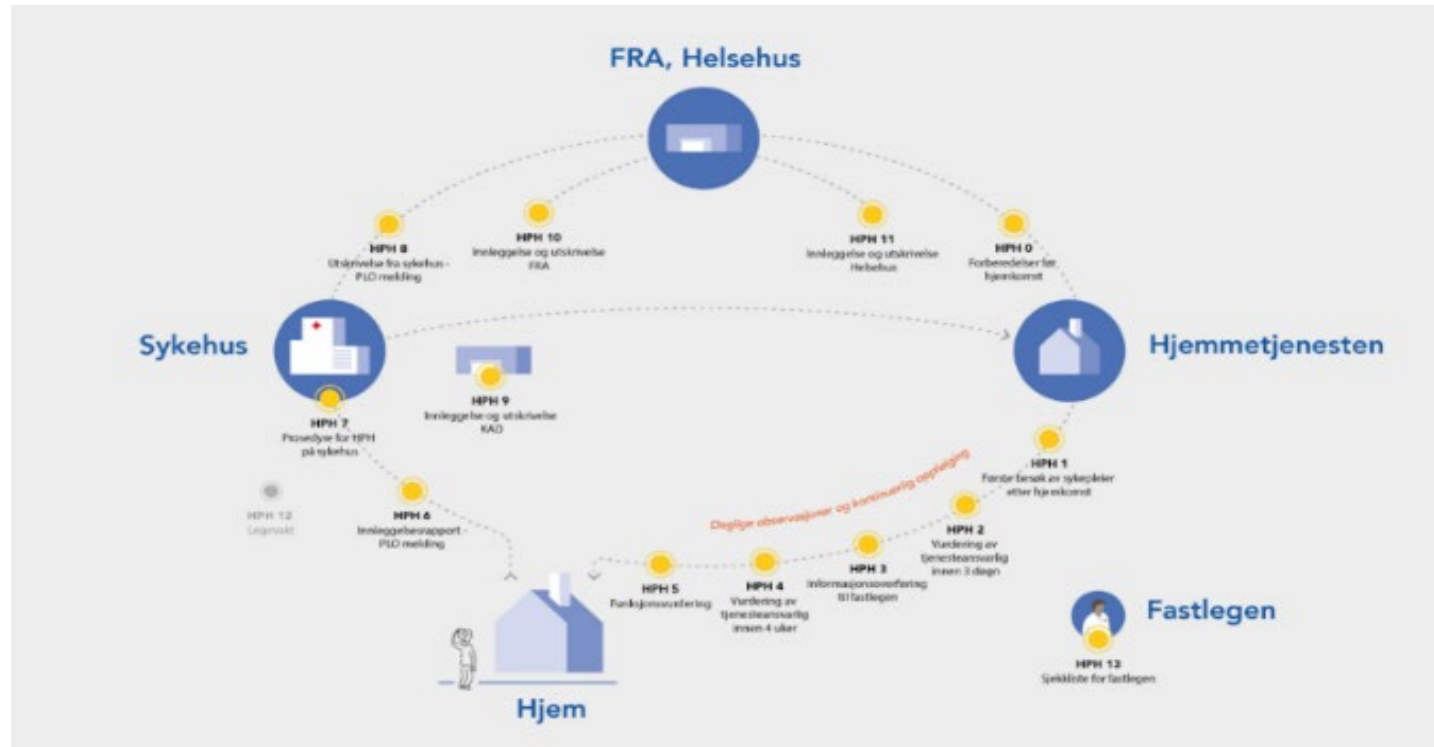
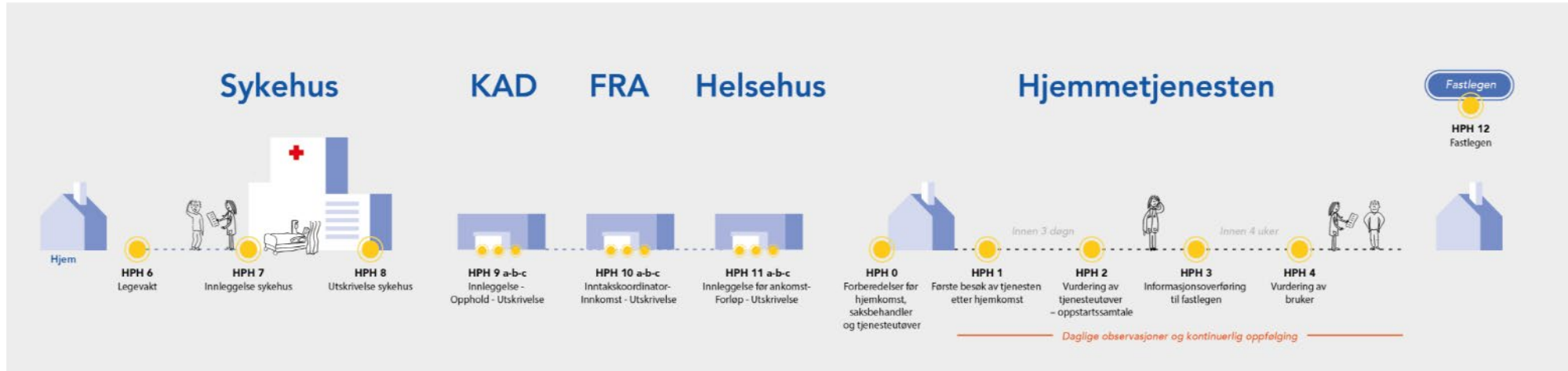


# Samarbeid på tvers av kommune og sykehus





# Oslomodellen for helhetlig pasientforløp



Hvordan lykkes med  
implementering?



Oslo

# 1. Tilpasning og integrering i fagsystemet

- ▶ Enhetlig måte å dokumentere pasientforløpet på
- ▶ Utarbeidet manual i fagsystemet (Geric)
- ▶ Tiltaksplaner- som hovedarbeidsverktøy
- ▶ Innhold i sjekklister som fritekst- tilgjengelig på tjenestelefoner
- ▶ I 2023- Integrasjon av sjekklister i ELISE- Elektronisk informasjonsdeling mellom samhandlende enheter





## 2. Forenkle og samstemme

- ▶ Ta utgangspunkt i eksisterende strukturer/arbeidsmodeller
- ▶ Esk: Innsatsområder fra Pasientsikkerhetsarbeidet.
- ▶ Implementert punkter fra sjekklister i BOB (Behovsstyrt bemanning)



I trygge hender 24/7

# 3. Kontinuerlig og systematisk forbedring

Ta i bruk modell for kvalitetsforbedring i alle deler av forbedringsarbeidet

### 5. Følge opp

- Implementere ny praksis
- Sikre videreføring
- Dele erfaringene med forbedringene

↻ Det vil ofte være nødvendig å gå tilbake til tidligere faser



### 1. Forberede

- Felles erkjennelse av behovet for forbedring
- Forankre og organisere forbedringsarbeidet
- Klargjøre kunnskapsgrunnlaget - forskning, erfaring og brukerkunnskap

### 2. Planlegge

- Kartlegge behov og dagens praksis
- Sette mål
- Velge måleverktøy
- Finne / utvikle forbedrings-tiltak

### 4. Evaluere

- Måle og reflektere over resultater
- Vurdere om forbedringen er tilstrekkelig og eventuelt justere

### 3. Utføre

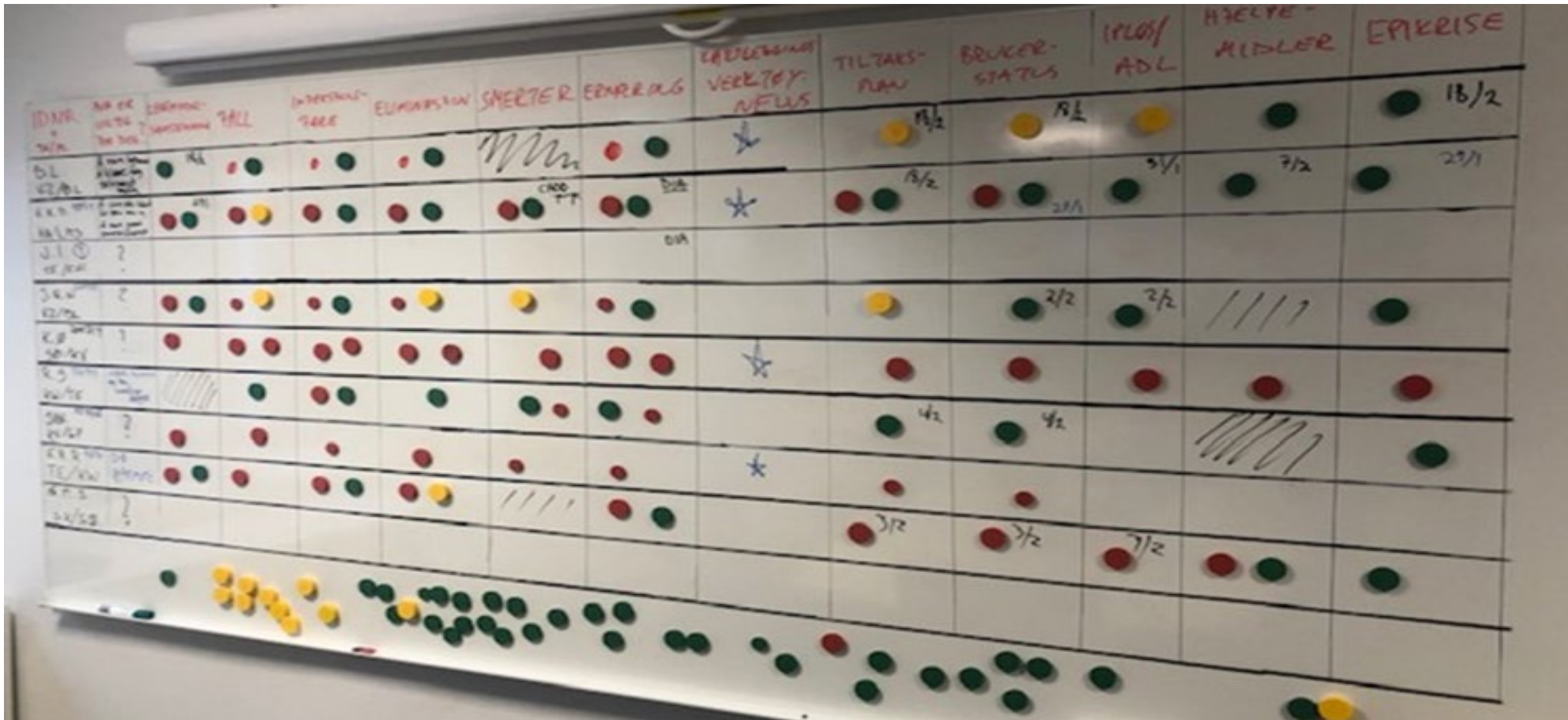
- Prøve ut og tilrettelegge ny praksis

kunnskapssenteret  
Nasjonalt kunnskapssenter for helsejennesten

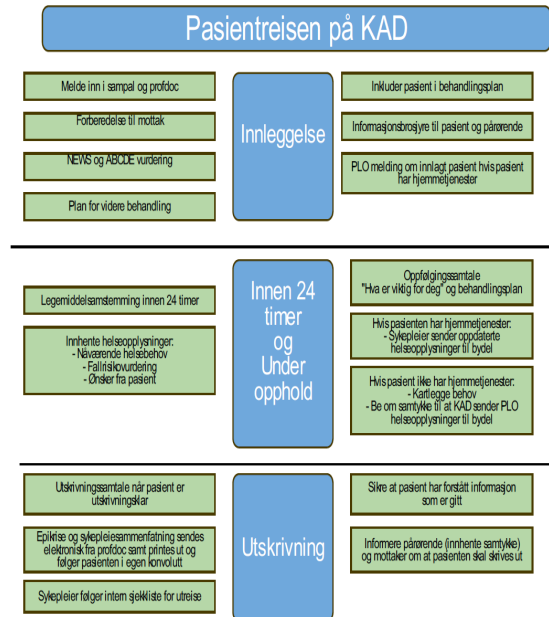
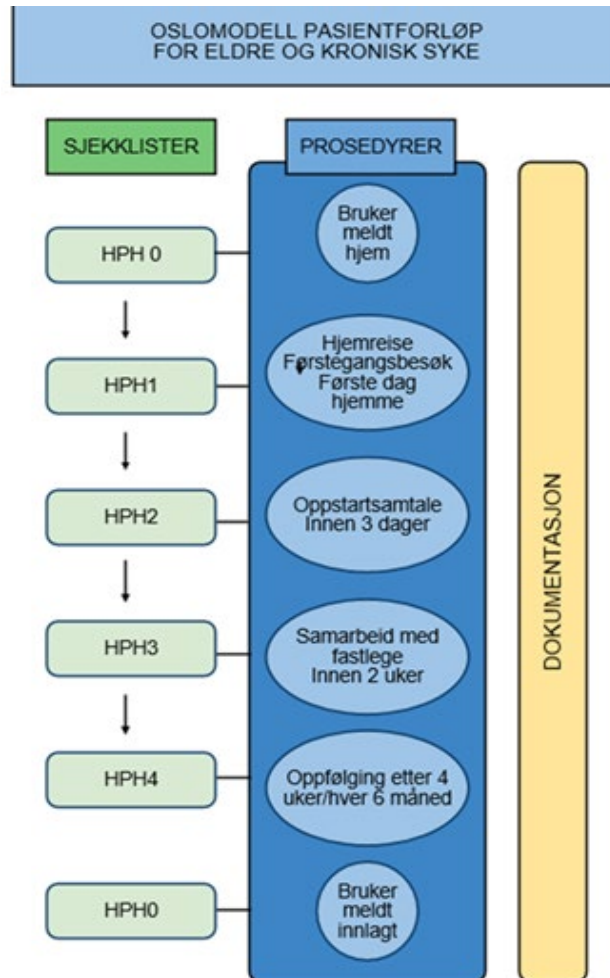


# 4. Risikotavler

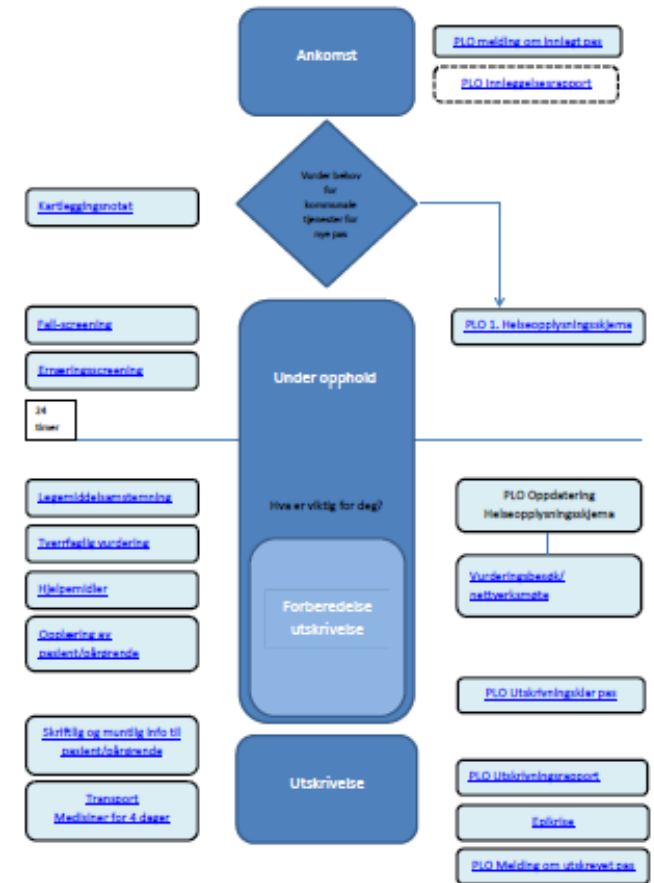
Som kvalitetsforbedringsverktøy og implementeringsverktøy



# 5. Implementering av sjekklister og prosedyrer i kommunens/sykehusets kvalitetssystem



Vedlegg 11 - Flytskjema OUS



# 6. Synligjøre fastlegens rolle i pasientforløpet

- ▶ Strukturert samarbeid/ Kontroll hos fastlege innen 2 uker etter utskrivelse
- ▶ Bruk av PLO melding ved endring av klinisk status eller legemidler
- ▶ Konferansetimer –som et supplement i samhandling
- ▶ Samarbeidsavtale mellom Bydel Østensjø og fastleger

HPH 3a	
Informasjonsoverføring fra hjemmetjenesten til fastlege - innen 2 uker etter hjemkomst	
Formål	
For å sikre helsemessig oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon	
Gerica Id og Initialer:	Dato:

Utferdvurdert	
Status fra hjemmetjenesten til fastlegen	
PLO-melding er sendt i forkant av kontrolltime	<input type="checkbox"/>
Bakgrunn og problemstilling	
Bruke brukerstatus i tiltaksplanene med oppsummering fra HPH 2, SAFE kartlegging og ADL	<input type="checkbox"/>
Fallrisiko og fysisk funksjonsvurdering	<input type="checkbox"/>
BMI/vekt (dato), vektutvikling siste 3 måneder	<input type="checkbox"/>
Kognitiv status	<input type="checkbox"/>
NEWS, BT, puls, temperatur	<input type="checkbox"/>
Informasjon om type helsehjelp brukeren har	
Antall besøk av hjemmetjenesten per dag	<input type="checkbox"/>
Andre kommunale tjenester	<input type="checkbox"/>
Innsatsleiar/ rehabilitering / hverdagsrehabilitering, dagsenter, Videre planlagt/tenkt oppfølging fra tjenesten	<input type="checkbox"/>
Verferdsteknologiske tiltak	<input type="checkbox"/>
Informasjon om kontaktperson i tjenesten	<input type="checkbox"/>
Dersom bruker ikke har multidose: Er multidose som medisinadministrasjon vurdert i samråd med fastlege?	<input type="checkbox"/>
Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica	

HPH 3b	
Informasjon innhentes fra fastlege etter kontroll	
Formål	
For å sikre helsemessig oppfølging av bruker etter opphold på sykehus eller helseinstitusjon	
Gerica Id og Initialer:	Dato:

Utferdvurdert	
Status fra fastlegen til hjemmetjenesten etter kontrolltime	
Hva er viktig for pasienten nå?	<input type="checkbox"/>
Hva er gjennomgått hos fastlegen?	<input type="checkbox"/>
Epikrise	<input type="checkbox"/>
Er det foretatt en legemiddelsamstemming?	<input type="checkbox"/>
Hvilke tiltak er gjort på legkontoret?	<input type="checkbox"/>
Undersøkelser, behandlinger, andre tjenester og henvisning videre	<input type="checkbox"/>
Oppdater diagnoseoversikt	<input type="checkbox"/>
Behandlingsplan og tiltak ved forverring	
Er det spesielle observasjoner hjemmetjenesten skal foreta/tiltak som skal følges opp?	<input type="checkbox"/>
Hvilke tiltak skal hjemmetjenesten og pasienten gjennomføre ved forverring?	<input type="checkbox"/>
Vurdere å gi behandlingsplan til pasienten	<input type="checkbox"/>
Er ny kontrolltime hos fastlege avtalt?	<input type="checkbox"/>
Er det behov for konferansetimer?	<input type="checkbox"/>
Oppdater tiltaksplanen	<input type="checkbox"/>
Følg gjeldende prosedyre for journalføring i Gerica og manual dokumentasjon gode pasientforløp i Gerica	



# 7. Systematisk kompetanseheving

- ▶ Klinisk observasjons og handlingskompetanse
- ▶ Hverdagsmestring og velferdsteknologi
- ▶ Samhandlingskompetanse
- ▶ Dokumentasjon og digitalisering
- ▶ Relasjonkompetanse- (BOB)
- ▶ Demens og personsentrert omsorg
- ▶ Lindrende behandling og palliasjon
- ▶ Ernæring , Fallforebyggende arbeid
- ▶ Legemiddelsamstemming og legemiddelgjennomgang





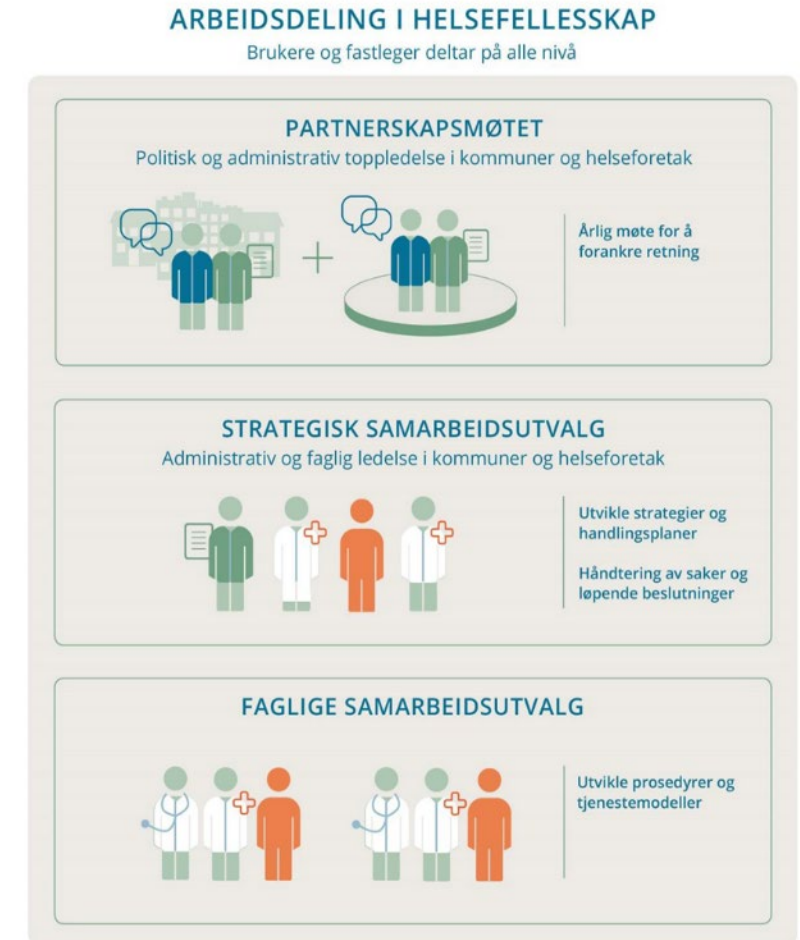
## 8. Lederengasjement og eierskap

Det som lederen gir oppmerksomhet får oppmerksomhet.



# 9. Samhandlingspunkter som sikrer tett samarbeid med sykehus

- » «Oslomodellen» inn i eksisterende samarbeidsstrukturer
- » Vurderingsbesøk på sykehus - avklaring av videre forløp
- » Potensiale i digitale verktøy som kan understøtte satsingen (inkludere fastleger)
- » Gjennomføring av digitale vurderingsbesøk i samarbeid med medisinsk klinikk
- » Støttet utskrivning med digital re -kontakt ved behov, særlig ved reinnleggelser/ svingdørspasienter
- » Antall UK -meldte i 2021= **1555**
- » Hittil i år= **1236**
- » Nye utskrivningsklare pasienter hittil i år: **750**
- » Overligger/betalingspliktige døgn i 2022= **222** døgn. Hittil i år = **171** døgn





# Hvilke gevinster har Gode pasientforløp gitt oss?

- Arena for samhandling
- Erfarings- og informasjonsutveksling
- Læring på tvers
- Mulighet for å dele de gode eksemplene
- Bedre innsikt og forståelse for hverandres tjenester
- Samarbeid på tvers av satsinger og prosjekter
- Styrket forbedringskompetanse- Forbedringskunnskap
- Et rammeverk- sammenheng og helhet
- Et solid fundament for videre samarbeid mellom sykehus og bydel





Lykke til med  
implementeringen  
og takk for meg! 😊

