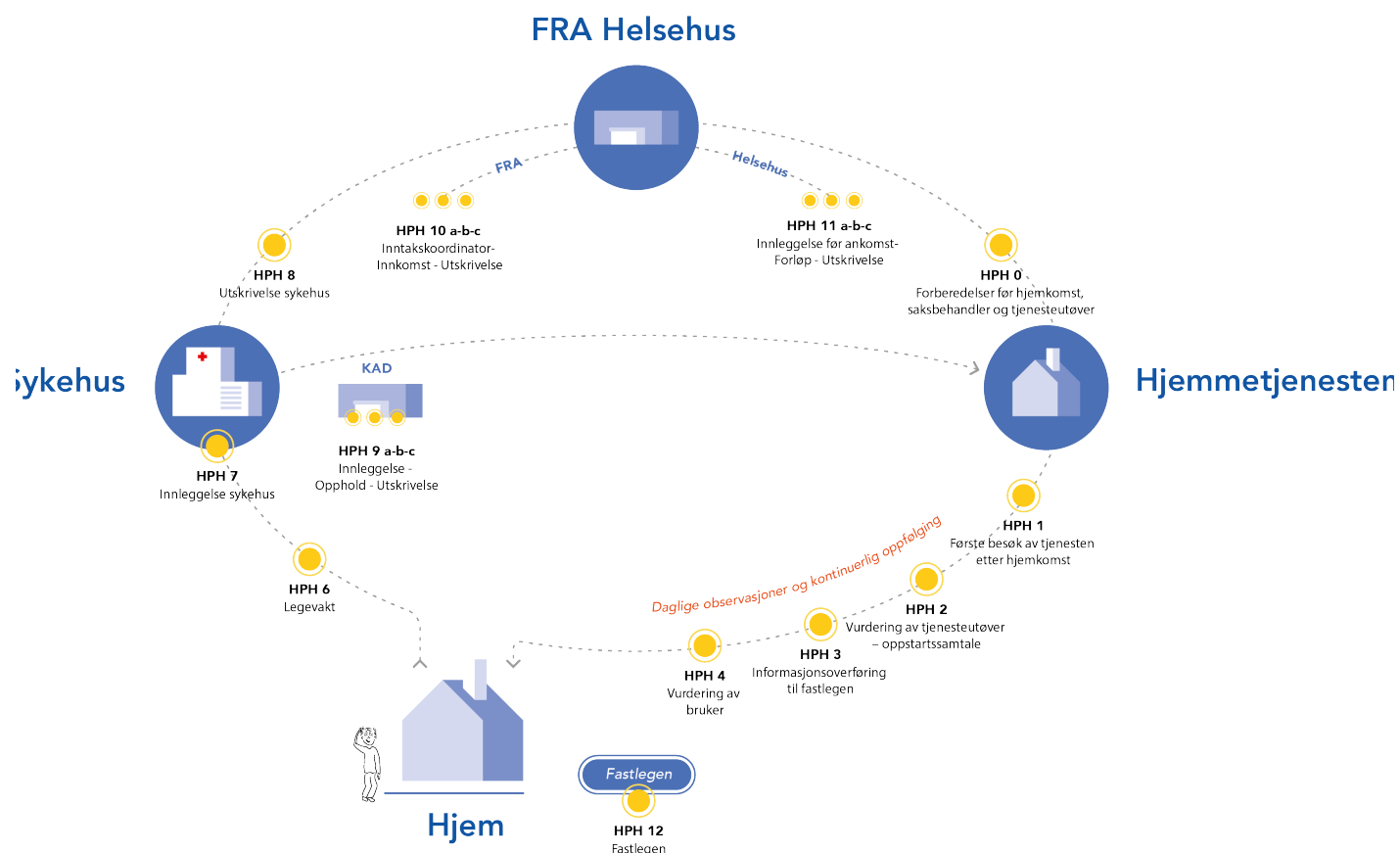




Oslo



# Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke

Sluttrapport  
Høsten 2019

# Innhold

|                                                                                           |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| Innhold .....                                                                             | 2  |
| Sammendrag .....                                                                          | 3  |
| Bakgrunn .....                                                                            | 4  |
| Gjennomføring av læringsnettverk .....                                                    | 7  |
| Kvalitetsforbedring.....                                                                  | 8  |
| Brukermedvirkning.....                                                                    | 11 |
| Samarbeid og samhandling .....                                                            | 12 |
| Dokumentasjon og informasjonsutveksling ..                                                | 13 |
| Geric.....                                                                                | 13 |
| Pleie- og omsorgsmeldinger (PLO) .....                                                    | 13 |
| Behovsstyrt bemanning (BOB) .....                                                         | 14 |
| Extend Quality System (EQS).....                                                          | 14 |
| Sjekkliste .....                                                                          | 15 |
| Hva er sjekkliste? .....                                                                  | 15 |
| Utarbeidelse av sjekkliste .....                                                          | 17 |
| Fra versjon 1 til 3 .....                                                                 | 17 |
| Fastlegens plass i sjekklister .....                                                      | 17 |
| Resultater fra arbeidet i læringsnettverket...19                                          |    |
| Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke .....                              | 19 |
| Erfaringer og videre anbefalinger.....20                                                  |    |
| Ledelse, informasjon og tilrettelegging.....20                                            |    |
| Overordnede prosedyrer.....20                                                             |    |
| Sjekkliste .....                                                                          | 21 |
| Samhandling og samarbeidsavtaler .....                                                    | 21 |
| Anbefalinger knyttet til implementering og videreføring .....                             | 23 |
| Referanser .....                                                                          | 25 |
| Vedlegg 1 - Forbedringsarbeid i praksis .....                                             | 27 |
| Vedlegg 2 – Erfaringer og endringer etter utprøving av sjekkliste .....                   | 30 |
| Vedlegg 3 – Kvalitetsmålinger .....                                                       | 35 |
| Vedlegg 4 – Tabell til Gericamanual .....                                                 | 36 |
| Vedlegg 5 – PLO meldinger .....                                                           | 38 |
| Vedlegg 6- Prosedyre Oslomodell pasientforløp, hjemmetjenesten .....                      | 44 |
| Vedlegg 7 – EQS Prosesskart – Hjemmetjenesten .....                                       | 46 |
| Vedlegg 8 – EQS Prosesskart – KAD .....                                                   | 47 |
| Vedlegg 9 – Anbefalte verktøy.....                                                        | 48 |
| Vedlegg 10 - Sjekkliste .....                                                             | 49 |
| Vedlegg 11 – Flytskjema OUS .....                                                         | 69 |
| Vedlegg 12 – Innspill rapport fra fastlegene i læringsnettverket .....                    | 70 |
| Vedlegg 13 – Samarbeidsrutiner mellom fastleger og hjemmetjenesten i bydel Østensjø ..... | 72 |
| Vedlegg 14 – Invitasjon til rådsrådet.....                                                | 76 |
| Vedlegg 15 – Ferdighetstrening bydel Nordstrand.....                                      | 77 |

## 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 oppleve rå 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 døgnerhet (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).

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 Østensjø, Nordstrand og Søndre Nordstrand, Ryen helsehus, kommunal akutt døgnerhet (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

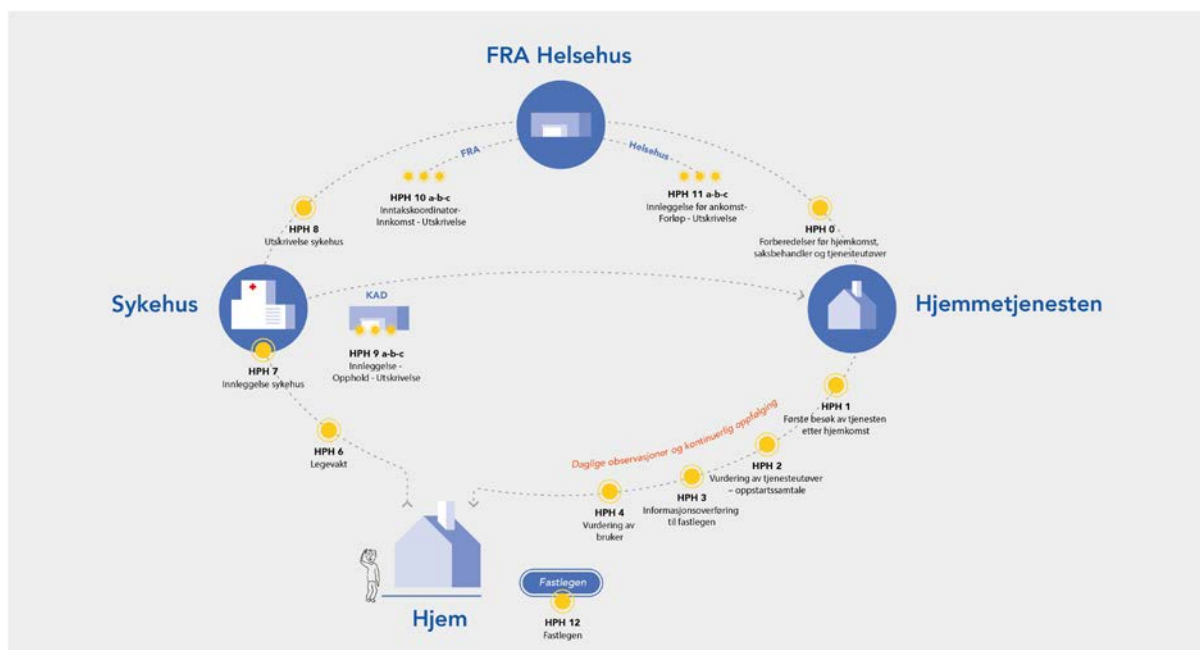
koordinatoransvar, og koordinator ved SFF/USHT og OUS, samt KS/FHI har samarbeidet om fremdrift i læringsnettverket.

*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)*

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 (Grimsmo et al., 2016; Røstad, Garåsen, Steinsbekk, Sletvold, & Grimsmo, 2013).



Figur 1 – Oslomodellen for pasientforløp

Tilsammen utgjør de deltakende virksomhetene et avgrenset geografisk område i Oslo, som har samhandlingsansvar om de samme brukerne. Figur 1 viser Oslomodellen som er utarbeidet i læringsnettverket med gule milepæls punkter der det er utarbeidet sjekklister og nye rutiner.

#### 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)

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). 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 og: «...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 illustrert i Oslo. I oppdraget fra daværende Byrådsavdeling for eldre og sosiale tjenester (2015) ble det presisert at det er 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, 2019).

## 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. Videre arrangerte Oslo kommune en pre-samling for ledere og sentrale fagpersoner i juni 2017, ledersamling for ledere på overordnet nivå i oktober 2018, erfaringssamling for ledere av forbedringsteam og sentrale fagpersoner i juni 2019 og en tilsvarende samling i september 2019. Videre er det planlagt en evalueringssamling i regi av KS/FHI av høsten 2019.

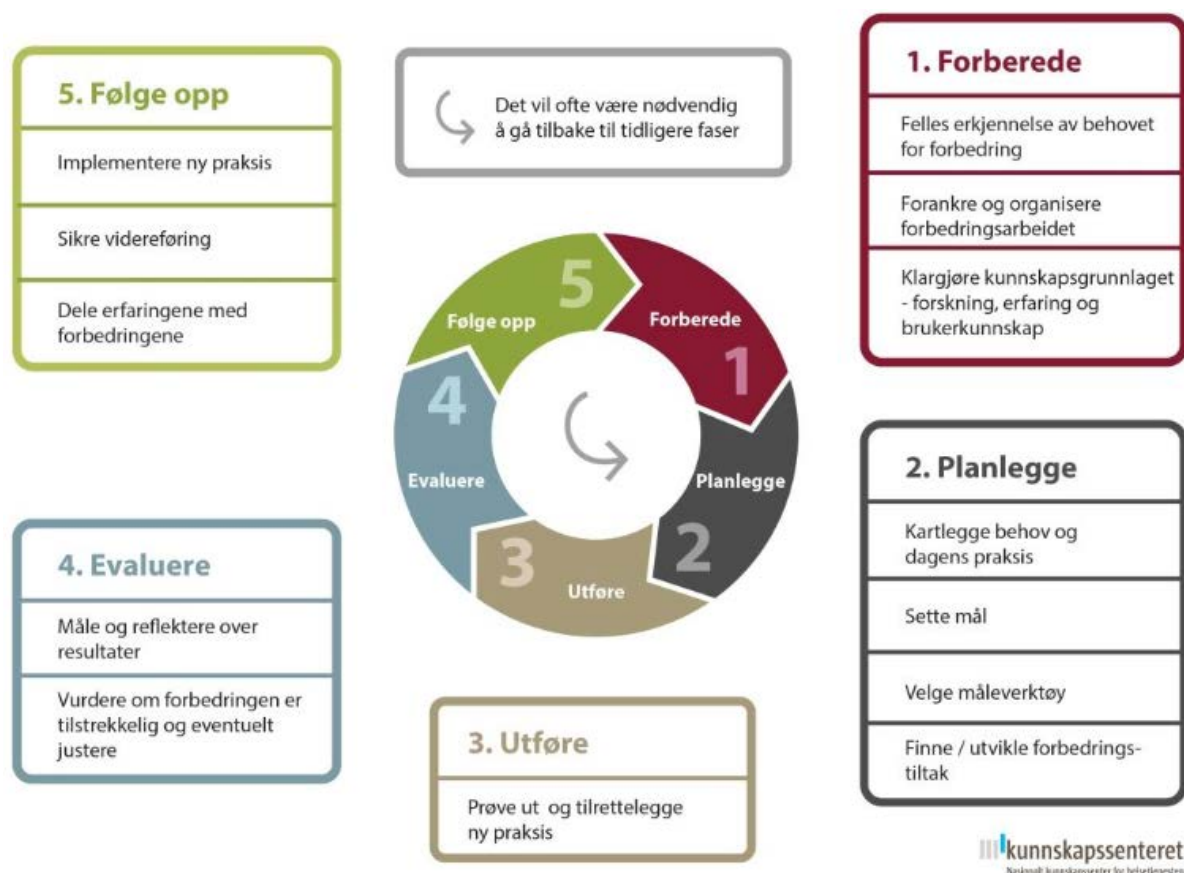
Virksomhetene som har deltatt i læringsnettverket i Oslo dannet tverrfaglige forbedringsteam, som har arbeidet med forbedringsområder knyttet til gode

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.

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 kontinuerlig gjennom hele prosessen. Nye mennesker kommer til i ulike stillinger, f.eks. i lederposisjoner, og flere avdelinger fra en virksomhet skulle involveres i arbeidet underveis (Folkehelseinstituttet, 2015b). Nettopp 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).

Fase 2 er planlegging. Da kartlegges dagens praksis, mål settes og det planlegges hvilke tiltak som skal gjennomføres (Folkehelseinstituttet, 2015b).

I læringsnettverket i Oslo, fikk alle forbedringsteamene før første samling en forberedelsespakke de skulle gjennomføre. Der intervjuet de fem brukere for å kartlegge brukerens opplevelser med tjenestene og finne sine forbedringsområder. Dette var nyttig for å finne ut 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 de felles utfordringene for et godt

pasientforløp for eldre og kronisk syke. Derfor ble arbeidet med Kåres pasientforløp igangsatt våren 2018. Kåres pasientreise illustrer et problemfokustert pasientforløp og viser atskillige arbeidsprosesser 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). Dette var virksomt for å tydeliggjøre utfordringene som tjenesten i Oslo sto overfor som helhet. Som følge av dette arbeidet, endret fokuset i læringsnettverket seg fra fokus 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 sjekklistene i henhold til erfaringer fra utprøvsperioden. Dette er nærmere beskrevet i kapittel resultater fra arbeid i læringsnettverk og i vedlegg 2 erfaringer fra utprøving av sjekklister.

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). Dette har vi erfart i læringsnettverket i Oslo. 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. 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).

Denne metoden har vært benyttet i læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Oslo, i de kommunale virksomhetene. 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.

Erfaringene viste at det var utfordrende å samle inn data manuelt ved å få ansatte til å krysse av på en liste i tillegg til å benytte sjekklister. Måleperioden burde vært betydelig lenger for å kunne trekke ut data som kan si noe om forbedring.

Indikatorene kan være et utgangspunkt for valg av hva som kan følges opp i det videre arbeidet. I dette arbeidet må PRO-seksjonen i Helseetaten involveres aktivt. Se vedlegg 3 for beskrivelse av indikatorene 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. Imidlertid var det utfordrende å få tak i brukere til å delta aktivt 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 egentlige 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 person spesifikk funksjons skala (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 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 ledernetttverk 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 sjekklister på ett besøk. Tiltaksplan, kartleggingsnotat og IPLOS/ADL o.l. er imidlertid fortsatt etterarbeid på kontoret. Gericamanualen er nå klar til å prøves ut i hjemmetjenesten til 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 innleggelsesrapport 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 minimumsinnhold 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) i mars 2019. Det var behov for ytterligere forankring og involvering av Helse Sør-Øst (Norsk helsenett, 2019). Neste møte i SamUt er 18.9.19 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 sjekklistene fra læringsnettverk for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke, har punktene i sjekklister 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 ansatte i Oslo kommune. 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 deltakende 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 Oslomodellen for pasientforløp. Fra startsidene i EQS finnes allerede snarvei for «Bruker, pasientforløp-samhandling». Vi ser for oss et underliggende nivå eller fanevalg for «Oslomodell for pasientforløp». 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.

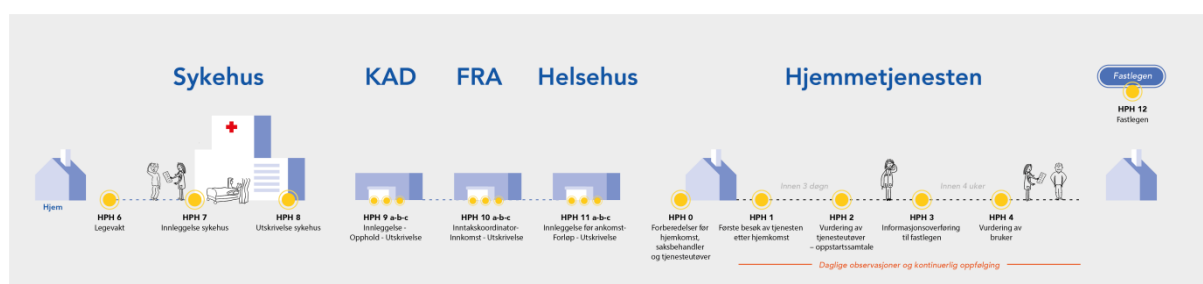
# Sjekklister

## 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, er på figur 5 markert som gule punkter. 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.



Figur 5 – Lineær Oslomodell for pasientforløp

### **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 sjekklistene 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 sjekklistene ikke nødvendigvis er uttømmende for alle mulige situasjoner, da sjekklistene 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 sjekklistene (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 sjekklistene.

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 sjekklistene 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 sjekklistene 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 oppstartsamtaen tre dager senere. SFF/USHT koordinerte arbeidet med å utforme og redigere de kommunale sjekklistene.

## Fra versjon 1 til 3

Første versjon av sjekklistene 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 sjekklistene, versjon 2, ble publisert i april 2019 på [www.utviklingssenter.no](http://www.utviklingssenter.no) (Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester, 2019). Etter utprøvingsperioden frem til sommeren, ble det innhentet erfaringer fra forbedringsteamene og ansatte som hadde benyttet sjekklistene. Erfaringene resulterte i versjon 3 av sjekklistene, som nå er ferdig. Vi mener at sjekklistene utarbeidet for hjemmetjenesten nå er klare til å kunne spres til ande bydeler. Dette er beskrevet nærmere i kapittel erfaringer og videre anbefalinger, og i vedlegg 2. Rent praktisk vil sjekklistene 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 sjekklistene være å finne på utviklingssenterets hjemmeside.

## Fastlegens plass i sjekklistene

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 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. Legene som har deltatt i læringsnettverket har kommet med innspill til sjekklisten. Sjekklisten har ikke vært behandlet i allmennlegeutvalgene.

Læringsnettverket har ikke lyktes 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

Det foreligger nå en Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke. Overordnet standard for tjenester i hjemmet ligger til grunn, og Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke er en spesifikk standard under denne. Oslomodellen for pasientforløp for eldre og kronisk syke er utviklet med tanke på å kunne tas i bruk hele Oslo, inkludert sykehusene.

Oslomodellen inneholder sjekklister for helsepersonell som er tilpasset målgruppen eldre og kronisk syke. Til modellen er det påstartet arbeid med prosesskart for hvert tjenestetilbud, der relevante prosedyrer, rutiner og dokumentasjonsmanualer kan knyttes sammen i EQS. Det er utarbeidet prosedyre for pasientforløp for eldre og kronisk syke for hjemmetjenesten. Sjekklister kan være relevante også for andre brukergrupper. Det påpekes at Oslomodellen ikke er testet ut på andre brukergrupper. Imidlertid er Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke 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 Oslomodellen som egnet. Imidlertid kan pasientforløp for disse gruppene bygges opp på samme måte som eldre og kronisk syke, gjennom spesifikt arbeid på deres behov.

Behovsstyrt bemanning (BOB) er lagt til grunn, og «hva er viktig for deg?» er integrert i sjekklister.

Det er opprettet eget tiltak i Gerica for pasientforløp i hjemmetjenesten, lagt inn hjelpetekster for sjekklister i Gerica og det utarbeides nå Gericamanual for dokumentasjon. Tabellen for beskrivelse av prosessen i Gerica, er i vedlegg 4

Det gjenstår noe arbeid på helsehus, KAD og FRA. Dette ferdigstilles 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 Oslomodell for pasientforløp for eldre og kronisk syke blitt utviklet.

Arbeidet med Oslomodell 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. Vi vil også nevne presentasjonen som ble holdt våren 2019 i «rådslag» mellom Lovisenberg diakonale sykehus, Diakonhjemmet sykehus og deres sektorbydel og etater. Her deltok virksomhetslederne, og formålet med rådslaget var å få innspill til hva som er et godt lokalsykehus i storbyen, se vedlegg 14.

## 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 ved OsloMet. Hovedmål er å utforske helsearbeiderens erfaringer og arbeidsmetoder under utvikling og implementering av pasientforløp for eldre og kronisk syke pasienter.

## Erfaringer og videre anbefalinger

Arbeid med gode pasientforløp innebærer kontinuerlig kvalitetsforbedring. Selv om det nå foreligger en testet og evaluert Oslomodell 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 sjekklistene, 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 sjekklistene, opplever sjekklistene som en ekstraoppgave som er omfattende og tar tid, spesielt da det ikke har blitt satt av tid på arbeidslisten til å gjennomføre sjekklisten. 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 sjekklistene. Tidspress i tjenesten medførte derfor at sjekklistene ikke ble prioritert. Det er nå opprettet tiltak i Geric, for å kunne gjennomføre sjekklistene. 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 sjekklistene. 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 15.

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 prosedyre og prosesskart for Oslomodell for pasientforløp for hjemmetjenesten i EQS godkjennes som overordnet prosedyre 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 Gerica og innhold i EQS er tilgjengelig for alle bydeler og etater i Oslo kommune. På overordnet nivå må det vurderes hvilke føringer som skal legges på implementering av Oslomodellen 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 legemiddelhåndtering 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 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 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 10 for mer detaljer.

### Sjekklistor

Utvikling av sjekklistor 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 endringer i forbindelse med implementering, spesielt når flere virksomheter inkluderes, herunder de tre øvrige sykehusene i Osloområdet. Vi anslår at versjon 4 av sjekklistene, bør utarbeides i løpet av 2020.

Det må besluttes hvem som skal ha sentralt eierskap til sjekklistene og Oslomodellen, 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 Gerica og i Gericamanualer.

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 mot slutten av arbeidet 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 implementeringsfasen må det gjennomføres målinger over et lengre tidsrom. Da det er utfordrende å gjennomføre manuelle målinger i praksis, anbefales det å opprette indikatorer i Gerica, med fokus på PLO-meldingsutveksling. Indikatorene som ble benyttet i utprøvningsperioden av sjekklistene, kan benyttes som et utgangspunkt. PRO-seksjonen må involveres i dette arbeidet. Lokalt bør det 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 pasientkategorier. Dette arbeidet 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, etter modell av samarbeidsrutinen i Bydel Østensjø, se vedlegg 13. Fastlegene må også involveres i sjekklister som omhandler 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 Oslomodellen 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 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 formelle samarbeidsavtaler 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. Måleindikatorene som ble benyttet i utprøvsingsperioden, 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 Gerica og prosesskart i EQS, vil medføre økt kvalitet i tjenestene. 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 Gerica 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. 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 vil det være 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. Det må gis felles styringssignaler, for eksempel 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 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 Gerica, 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.

*til forankring, opplæring og gjennomføring av sjekklister.*

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 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*

## 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. (2019). Tildelingsbrev 2019 - Sykehjemsetaten. In (pp. 29). Oslo: Oslo kommune.
- Byrådsavdeling for eldre 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., Røstad, 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---lovpaalagte-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](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/me/dia/2757778/nhs\\_sustainability\\_model\\_-\\_february\\_2010\\_1\\_.pdf](https://webarchive.nationalarchives.gov.uk/20160805122935/http://www.nhs.uk/me/dia/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: Kunnskapscenteret.
- 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 utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester Oslo (Producer). (2018, 01.08.2019). Kåres uheldige pasientreise. [Video] Retrieved from <https://www.youtube.com/watch?v=e2Wg4jLERag>
- Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester. (2019). Gode pasientforløp - Oslomodellen. Retrieved from <https://www.utviklingssenter.no/gode-pasientforloep-modell-for-oslo.486362.no.html>