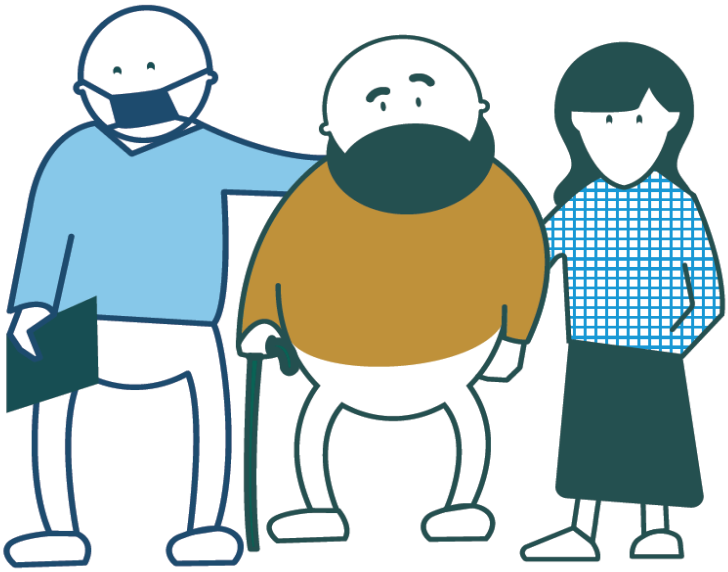
HELSE VEST

Forprosjekt

# Vel heim

Forprosjektrapport, versjon 1.0



## Versjonshistorikk

| Versjonsnr | Dato | Merknad |
|---|---|---|
| 0.1 | 12.05.2020 | Kapittel 1, 2, 3, 9 oppdatert |
| 0.2 | 28.05.2020 | Kapittel 4, 6, 7 oppdatert |
| 0.3 | 02.06.2020 | Kapittel 10, 11 oppdatert |
| 0.4 | 12.06.2020 | Kapittel 10, 11 oppdatert |
| 0.5 | 16.06.2020 | Kapittel 3, 6, 11, 12 oppdatert |
| 0.6 | 22.06.2020 | Kapittel 4, 5, 8, 11, 13 oppsummering og leser rettleiing |
| 0.7 | 26.06.2020 | Kapittel 1,3, 4, 9, 11, 12, 13 og Oppsummering er oppdatert. |
| 0.8 | 01.07.2020 | Kapittel: 1, 4.2, 5, 11.4 oppdatert. Lagt til vedlegg. |
| 0.9 | 13.08.2020 | Endra etter innspel frå FOM, TH og utvida programleiing. |
| 1.0 | 27.08.2020 | Godkjent av programstyret Alle Møter |

## Oppsummering og anbefalingar

Forprosjektet har kommet frem til en strategi og flere tiltak som kan løse utfordringer med utskriving og samhandling for pasienter og medarbeidere i Helse Vest. Disse tiltakene har blitt prioritert av arbeidsgruppen, og det er laget en oversikt over tiltak som arbeidsgruppen mener skal prioriteres og enkle å få til. Vi har lagt tiltakene ut i et veikart for å si noe om tidshorisonten for gjennomføring av disse.

Arbeidsgruppen har beskrevet utfordringer knyttet til dagens utskrivingsprosesser basert på eksisterende kunnskapsgrunnlag og dialog med kommunene. Det er gjort kartlegginger i helseforetak og kommuner, og journalgjennomganger i helseforetakene. I workshop har vi sammen kommet frem til hvilke utfordringer vi har med utskriving og samhandling. Utfordringsbildet er også blitt visualisert som et pasientforløp. Vi har beskrevet nullalternativet og laget en behovsanalyse.

I workshop har vi beskrevet fremtidsbildet med bakgrunn i Nasjonal helse- og sykehusplan og Helse 2035. Gapet mellom nå-situasjonen og fremtidsbildet er beskrevet og illustrert.

Vi har identifisert mange kvalitative nytteeffekter i tiltakene, og noen økonomiske gevinster. Kostnader i form av nødvendige investeringer er ikke beskrevet i denne rapporten.

Forprosjektet foreslår følgende strategi for videre arbeid:

Legge til rette for organisasjonsutvikling og organisatoriske tilpassinger. Internt i Helse Vest og mellom spesialist og primærhelsetjeneste, sammen med pasienten og pårørende. Skal vi få til gode pasientforløp må vi jobbe sammen, ikke hver for oss.

Sette i verk tiltak som sikrer at «tidlig intervensjon» får et større fokus i pasientbehandlingen.

Sette i verk tiltak mot de prioriterte gruppene i «Nasjonal helse- og sjukehusplan», som kan gi innhold til og støtte opp under aktiviteter i helsefellesskapene.

Videreutvikle eksisterende ikt-løsninger/tiltak til å bli gode verktøy i samhandlingen både rundt og med pasienter og pårørende.

<u>Vi har valgt å dele tiltakene i fire kategoriar:</u>

A. Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt
B. Forslag til interne satsingsområder i Helse Vest
C. Generelle tiltak som bidrar til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetjenesten
D. Forslag til samhandlingsprosjekt for de fire prioriterte grupper i Nasjonal helse og sykehusplan.

Gjennom arbeidet med prioritering av tiltak har vi valgt å kategorisere etter hva som er «prioritert», og hva som er «lavt hengende frukter». Det er fire tiltak som er vurdert til å både være «prioritert» og «lavt hengende».

Ut i fra en samlet vurdering har gruppen valgt å prioritere tiltak i gruppe B og C, se prioriterte tiltak i kapittel 12.

## Leserettleiing

Denne rapporten er omfattande av fleire grunnar:

- Mandatet er omfattande og peika på fleire perspektiv som skal belysast.
- Det er gjort eit omfattande kartleggingsarbeid og oppsummeringane er ein del av rapporten.
- Det er mange pågåande nasjonale og regionale prosjekt, både innan spesialist og primærhelsetenesta som vil ha påverknad på området. Desse er kort summert opp.
- Vi ser behovet for å utdjupe dei tiltaka vi foreslår opp mot mandatet og på ein slik måte at dei peikar retning for vidare arbeid.

Dokumentet er delt inn i følgjande struktur:

- Kapittel 1-3 Bakgrunn, mandat, organisering og gjennomføring.
- Kapittel 4-6: Analysar, utfordringsbildet og pågåande nasjonale/regionale prosjekt
- Kapittel 7-9 Framtidsbildet, gap-analyse og nullalternativet
- Kapittel 10-13 Tiltak, prioriteringar og veikart

For å forstå utgangspunktet for rapporten vert det anbefalt å lese kapittel 1 Innleiing og 2 Organisering.

Oppsummering av funn og anbefalingar finn du i kapittel **10 Strategi for tiltak**, kapittel **11 Anbefalte tiltak med potensielle gevinstar** og kapittel **12 Prioriterte tiltak**

Dagens situasjon og utfordringsbildet er beskrive i kapittel 4 Analyse og kartlegging, 5 Utfordringsbildet og 6 Prosjekt med påverknad på utskriving og samhandling.

I tillegg er det lagt ved vedlegg som dannar grunnlag for oppsummering av kartleggingar, dokumenterer dagens pasientforløp og arbeidsmetodikk undervegs i prosjektet

## Innhald


*1 Innleiing ---- 4*

1.1 Mål, mandat og scope ---- 5

*2 Organisering ---- 7*

*3 Gjennomføring ---- 9*

3.1 Forankring ---- 9

3.2 Arbeid i prosjektgruppa ---- 9

3.3 Oppsummering workshop ---- 10

*4 Analyser og kartlegging ---- 12*

4.1 Behovsanalyse ---- 12

4.2 Kartlegging av initiativ i foretakene i Helse Vest ---- 14

4.3 Kommunene i Helse Vest ---- 19

4.4 Kvalitetskontroll/ Journalundersøkelse ---- 22

4.5 Analyse reinnleggelser ---- 30

4.6 Erfaringer Nasjonalt og internasjonalt ---- 35

*5 Utfordringsbildet i Vel Heim ---- 40*

5.1 På vei inn i sykehus ---- 41

5.2 Behandling i sykehus ---- 42

5.3 Utskriving ---- 44

5.4 Reisen ut av sykehuset ---- 46

*6 Prosjekt med påverknad på utskriving og samhandling ---- 48*

6.1 Nasjonale prosjekt ---- 49

6.2 Regionale prosjekt i Helse Vest ---- 52

6.3 Andre nasjonale og lokale forhold som påverkar ---- 54

*7 Framtidsbildet ---- 57*

*8 Gap analyse ---- 61*

*9 Nullalternativet ---- 65*

*10 Strategi for tiltak ---- 67*

*11 Anbefalte tiltak med potensielle gevinstar ---- 68*

11.1 Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt ---- 69

11.2 Forslag til interne innsatsområder i Helse Vest ---- 77

**11.3 Generelle tiltak som vil bidra til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetenesta ---------- 85**

**11.4 Forslag til samhandlingsprosjekt for dei fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse og sjukehusplan ---------- 91**

***12 Prioriterte tiltak ---------- 104***

**12.1 Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt ---------- 104**

**12.2 Forslag til interne innsatsområder i Helse Vest ---------- 107**

**12.3 Generelle tiltak som vil bidra til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetenesta ---------- 110**

**12.4 Forslag til samhandlingsprosjekt for dei fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse og sjukehusplan ---------- 114**

**12.5 Tilbakemeldingar ---------- 117**

***13 Veikart ---------- 119***

# 1 Innleiing

Mange pasientar og pårørande opplever at dei ikkje vert ivaretekne på ein tilfredstillande måte ved utskriving etter behandling. Det er fleire både lokale og nasjonale undersøkingar som stadfestar dette. Folkehelseinstituttet sin brukarundersøking «PasOpp»[1] viser at utskriving og samhandling er mellom dei parameter som scorar dårlegast sett frå eit pasientståstad. Samhandlingsreforma frå 2009 handla i stor grad om økonomiske og juridiske verkemiddel, og i mindre grad om samhandling rundt den enkelte pasient. Riksrevisjonen sin rapport om «Helseforetakenes praksis for utskriving av pasienter til kommunehelsetjenesten»[2] peika også på forbetringspotensiale.

Pasientane som vert skrivne ut, vil i all hovudsak fortsatt vere i eit utrednings- eller behandlingsløp, eller vere ferdigbehandla. Pasienten sjølv har uansett behov for god og tilgjengeleg informasjon. For mange vil også god samhandling med kommunehelseteneste og pårørande vere vesentleg.

Det nasjonale pasientsikkerheitsprogrammet har arbeid med «Trygg utskriving»[3] som eit av dei områda dei set fokus på.

Det pågår mange både lokale og regionale initiativ internt i Helse Vest for å forbetre utskrivingsprosessen. I tillegg skjer det mykje i kommunane i regionen.

Helsetenestene våre er i stor grad bygd opp ut frå den organiseringa vi har i dag gjennom primærhelseteneste som eit kommunalt ansvar og spesialisthelseteneste som eit statlig ansvar. Denne todelinga har ført til for tette skott og for lite samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Og tenestene har utvikla seg i ulik takt og med ulikt fokus. I tillegg vert innbyggarane meir og meir digitale, og gjennom dei endringar som skjer i samfunnet elles, er det ein forventning om at helsetenestene også skal leverast på andre måtar og meir «saumlause» enn før.

Visjonen i Helse Vest for all pasientbehandling og difor også utskrivingsprosess, er at pasientane får hjelp som gjev betre *helse, meistring og livskvalitet* når dei kjem i kontakt med våre behandlingssystem. Denne rapporten er eit forslag til korleis vi kan komme nærare denne visjonen gjennom tiltak når vi planlegger for og gjennomfører utskriving av pasientar.

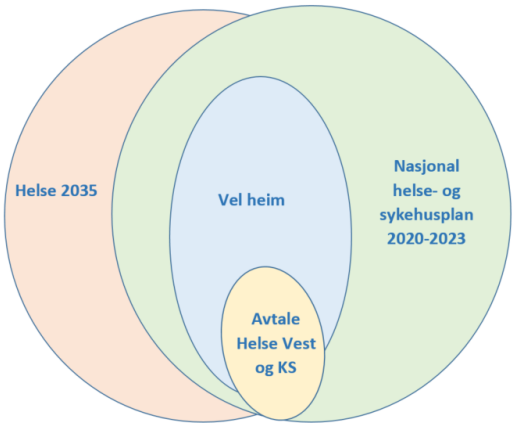
---

[1] https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp

[2] https://www.riksrevisjonen.no/rapporter-mappe/no-2017-2018/undersokelse-av-helseforetakenes-praksis-for-utskrivning-av-pasienter-til-kommunehelsetjenesten

[3] https://pasientsikkerhetsprogrammet.no/om-oss/innsatsomrader/trygg-utskrivning

Helse Vest vedtok «Helse2035»[4] i 2017. Strategien er tydeleg på utfordringa knytt til at vi har avgrensa ressursar - både økonomiske og menneskelege - samtidig som behovet for behandling i befolkninga og behandlingsmoglegheitene veks. Tydelege prioriteringar mellom behov, moglegheiter og tilgjengelege ressursar må til for å sikre ei berekraftig utvikling.




Hausten 2019 kom «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023»[5]. Den gjev retning og rammer for utvikling av spesialisthelsetenesta og samarbeidet med den kommunale helse og omsorgstenesta i planperioden. Målet er å realisere pasienten si helseteneste på ein bærekraftig måte.

Hausten 2019 vart også intensjonsavtalen mellom Helseregion Vest og KS i dei tre dåverande fylka i vest  oppdatert. Ambisjonane er å bli best i landet på samhandling. Intensjonen med avtalen er å styrke samarbeidet mellom partane og gjere regionen som heilheit betre i stand til å understøtte nasjonale mål og føringar.

Samhandling mellom HF og kommune er godt etablert i Helse Vest.  Det er jamlege  møter i samhandlingsfora, og er utarbeidet gode avtalar som regulerer samhandlinga.  Desse vert reviderte med jamne mellomrom.

## 1.1 Mål, mandat og scope

Målet med forprosjektet er å:

- Samle kunnskap om utfordringer knyttet til utskriving av pasienter
- Identifisere tiltak med hensikt å forbedre prosesser knyttet til utskriving av pasienter

<u>Nytteeffektar / gevinstar</u>

Forprosjektet skal gjennomføre kost/nyttevurderingar, og skal arbeide med vurderingar av muligheitsrommet eit hovudprosjekt vil kunne påverke. Det vil være mange kvalitative nytteeffektar. I tillegg har Riksrevisjonen[i6]og Sintef [7] rapportert eit stort potensiale for redusert omfang av reinnleggingar og unødvendige innleggingar.

---

[4] https://helse-vest.no/om-oss/mal-og-strategiar/helse2035

[5] https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/

[6] https://www.riksrevisjonen.no/globalassets/rapporter/no-2017-2018/selskapskontrollen2016.pdf

[7] https://thl.fi/documents/189940/2732416/7+NORWEGIAN+POLICY+BRIEF.pdf/c96d5251-8cb2-4ea6-9947-bb95fb937f6f

Vel heim er et **forprosjekt** og har som hovudformål å samle kunnskap og identifisere tiltak. Val av eventuelle konsept/modellar med tilhøyrande innføring vil være oppgåver som ligg til hovudprosjektet. Forprosjektet skal likevel anbefale og påpeike viktige føresetningar som kjem fram i arbeidet.

## Leveranse

Forprosjektdirektivet for prosjektet er det definert følgjande leveranse i prosjektet

*«Forprosjektets sluttleveranser er:*

- *Beskrivelse av utfordringer knyttet til dagens utskrivingsprosesser basert på eksisterende kunnskapsgrunnlag og dialog med kommunene*
- *Beskrivelse av gap mellom nå-situasjonen og fremtidsbildet, både i spesialisthelsetjenesten og i kommunene*
- *Forslag til strategi og tiltak for å forbedre prosesser, rutiner og systemstøtte*
- *Et veikart som beskriver rekkefølgen på identifiserte tiltak, samt forslag til et eller flere prosjekter for å iverksette disse tiltakene*
- *Identifiserte potensielle økonomiske gevinster, kvalitative nytteeffekter og kostnader i form av nødvendige investeringer»*

## Avgrensing

Mandatet i Vel Heim er stort og omfattande, vi har gått bredt ut og sett på fleire aspektar ved helsetenesta enn bare utskriving frå sjukehus. For å belyse utfordringar med samhandling har vi sett på heile pasientforløpet frå innlegging til utskriving, men også «tidlig innsats» og oppfølginga etter innleggelse. For å avgrense prosjektet har vi valt å prioritere nokre tiltak i tillegg til å markere dei som gruppa ser på som lavthengande (enkle å implementere / sette i verk) .

# 2 Organisering

Forprosjektet Vel heim er organisert i programmet Alle møter. Det betyr at prosjekteigar er programeigar Alle møter: Hilde Christiansen, og styringsgruppa for forprosjektet Vel heim er programstyret for Alle møter

## Prosjektgruppa

| Namn | Rolle | Organisasjon | |
|---|---|---|---|
| Marte Lode | Regional prosjektleiar | Helse Stavanger HF | |
| Gro Røine | Regional delprosjektleder | Helse Fonna HF | |
| Kari Støfringsdal | Virksomhetsarkitekt | Helse Vest IKT | |
| Gunn Vigdis Myklatun | Prosjektdeltakar | Helse Vest IKT | Konsulent ikt Samhandling |
| Inghild Espeland Mowatt | Prosjektdeltakar | Helse Førde | Seksjonsleder Medisinsk sengepost |
| Grethe Lill Hjartnes | Prosjektdeltakar | Helse Bergen | Seksjonsleder for samhandling Haukeland |
| Anne Kvalheim | Prosjektdeltakar | Helse Bergen | Seksjon samhandling Haukeland |
| Elena Sandgathe | Prosjektdeltakar | Haraldsplass | Seksjon samhandling Haraldsplass |
| Linda Andersson | Prosjektdeltakar | Helse Fonna | Samhandlingskoordinator |
| Kaja Rein Brevig | Prosjektdeltakar | Helse Stavanger | Samhandlingskoordinator |
| Ingeborg Bruget Mangersnes | Prosjektdeltakar | Helse Stavanger | Sykepleier infeksjons-medisinsk sengepost |
| Hege Nordhus | Prosjektdeltakar | Stord kommune | Innsatsteam |
| Anne Grethe Lyngdal / Elisabeth Hjelmeseth | Prosjektdeltakar | Stavanger kommune / Klepp kommune | Fagkonsulent/sykepleier |
| Elin Therese Sørbotten | Prosjektdeltakar | Sunnfjord kommune | Samhandlingskoordinator kommunane i S&Fj |
| Eva Tillerli Sirevåg | Prosjektdeltakar | Os/Bjørnafjorden kommune | Avd. for forvaltning og koordinering |
| Janne Iren Drevsjø | Prosjektdeltakar | Samnanger kommune | Einingsleiar Samnangerheimen |
| Oddrun Strand Rangnes | Brukarrepresentant | Helse Vest | Representant, Regionalt brukerutvalg |
| Marie Skontorp | Konserntillitsvald | Helse Vest | Konserntillitsvald og lege |

I tillegg har vi hatt med oss Olav Thorsen som er leder for PKO (Praksiskonsulentordningen) i Helse Stavanger i siste delen av prosjektet.

Det har vist seg utfordrande å få med representant frå psykiatri i helseføretaka i Helse Vest. Dette er meldt som ein risiko gjennom heile prosjektet. Vi har delvis kompensert med at ein representant frå psykiatrien i Helse Førde har kome med skriftlege innspel som grunnlag for utfordringsbildet.

## Referansegruppe

| Namn | Organisasjon | Stilling |
|---|---|---|
| Kari Ugland t.o.m feb. 2020.<br>Sølvi Heimestøl f.o.m mars 20. | Helse Fonna | Samhandlingssjef |
| Sissel Hauge | Helse Stavanger | Samhandlingssjef |
| Randi-Luise Møgster | Helse Bergen | Viseadministrerande direktør |
| Tone Holvik | Helse Førde | Samhandlingssjef |
| Bente Gunnarshaug | Stavanger kommune | Spesialrådgjevar helse- og velferdsetaten |
| Frode Teige | Karmøy kommune | Virksomheitsleder for hjemmetjenesten midt. |
| Norunn Stavø | Kinn kommune | Kommunalsjef |

# 3 Gjennomføring

## 3.1 Forankring

Det er etablert ei regional referansegruppe som er samansett av representantar frå primærhelsetenesta og ansvarlege for samhandling i føretaka.

I tillegg er det etablert kontakt med:

- KS e-komp
- Koordinerande eining i helseføretaka
- Praksiskonsulentar i føretaka
- Smart care cluster
- Samhandlingsbarometeret
- Regionalt brukarutval (helse vest)
- Samhandlingsutvalg  mellom HF og kommune
- SUS 2023 – organisasjonsutvikling
- med fleire

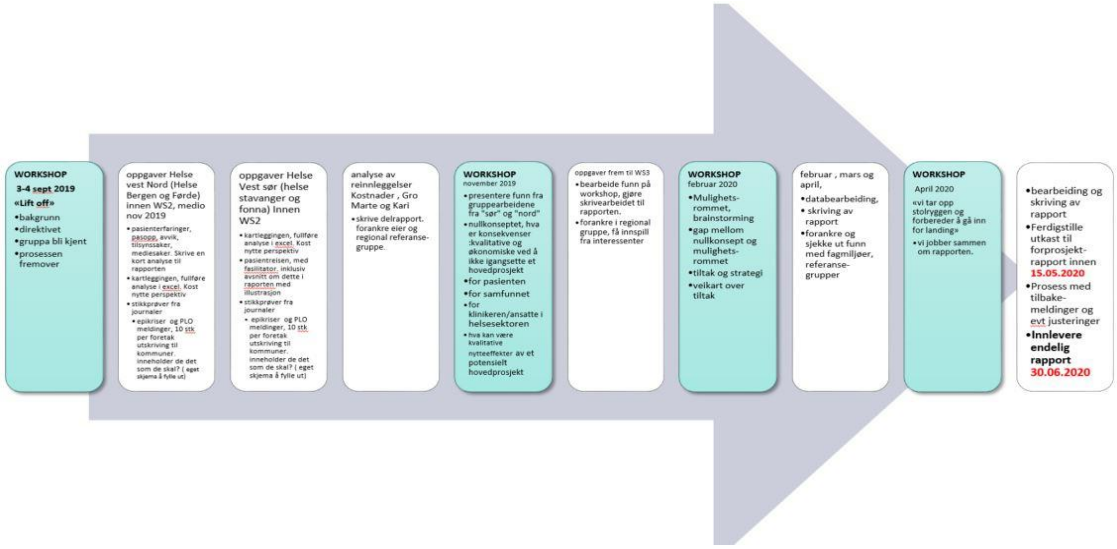
Prosjektet har vore til stades på samlingar/møter for å presentere prosjektet som ein del av forankringsarbeidet.

## 3.2 Arbeid i prosjektgruppa

Det var planlagt fire samlingar for heile prosjektgruppa. Samlingane har gått over to dagar.

Mellom samlingane har prosjektdeltakarane utført kartleggingar i eigne organisasjonar. Nokre oppgåver har vore felles for alle, medan vi i andre samanhengar fordelte oppgåvene ulikt mellom delane av helseregionen.

For få til ein effektiv prosess på å kartlegge dagens pasientreise samt forslag til framtidige pasientreiser, har vi brukt eit eksternt selskap som har spesialkompetanse på tenestedesign til å hjelpe oss med metodane og gjennomføring av ein av samlingane.



## 3.3 Oppsummering workshop

Workshop 1: september 19 (Vedlegg 1)

- Den første samlinga handla om å bli kjend med prosjektdirektivet, deltakarne i prosjektgruppa og prosessen framover.
- Det var mellom anna fokusert på samarbeidet mellom spesialist og primærhelsetenestene, viktigheita av å ha respekt for kvarandre sine områder og behovet for å «framsnakke» kvarandre.
- Brukte tid på å forstå hverandres hverdag.

Etter denne samlinga fekk alle prosjektdeltakarane i oppdrag å kartlegge større eller mindre tiltak/prosjekt i eigen organisasjon som hadde fokus på betre prosessar i samband med utskriving og overføring til kommunehelsetenesta. Helseforetaka skulle i tillegg foreta stikkprøvar frå journalar, for å sjekke kvaliteten i samhandlinga.

Helse Førde og Helse Bergen skulle hente ut pasienterfaringar, avvikssaker, mediaoppslag mm og skrive ein kort oppsummering av funn.

Helse Fonna og Helse Stavanger fekk i oppdrag å jobbe med pasientreisa ut frå dagens situasjon.

Workshop 2: november 19 (Vedlegg 2)

- På den andre samlinga var fokuset å presentere dei funna som var gjort i arbeidet fram til dette tidspunktet.
- Vi jobba vidare med pasientreisa i lag og utdjupa den med fleire detaljar
- Vi såg på konsekvensane ved ikkje å vidareføre ei koordinering av tiltak i eit hovudprosjekt.

Etter denne samlinga fekk prosjektdeltakarane i oppdrag å jobbe vidare med kartleggingsarbeidet med stikkprøvar frå journalar. I tillegg skulle dei gjennom intervju/samtalar med klinikarar kome med innspel til behov og framtidsbilde sett frå dei tilsette sin ståstad.

Workshop 3: februar 20 (Vedlegg 3)

I slutten av november 19 kom Nasjonal helse – og sjukehusplan 2020-2023. Vi valde å bruke pasientgrupper og moment frå denne som grunnlag for den framtidige pasientreisa. Og vi brukte tenestedesign som metodikk for å kome fram til ulike delprosjekt

- Vi brukte tid på å bli kjent med dei fire pasientgruppene.
- Vi utarbeide draumereisa for kvar av pasientgruppene.
- Med bakgrunn i ein av overgangane i dagens pasientreise og med pasientfokuset og opplevingane for pasienten frå draumereisa, bygde vi ei ny pasientreise for kvar av pasientgruppene.
- Kvar gruppe kom opp med eit forslag til eit delprosjekt.

Etter denne samlinga er det arbeid vidare med å skrive ut tiltak som kan gå inn som delprosjekt i ei framtidig vidareføring av Vel heim.  Tiltak som omhandlar både primærhelsetenesta og Helse Vest, må forankrast og avgjerast på dei regionale samarbeidsarenaene.

Workshop 4: skulle ha vore i slutten av april

På grunn av pandemien vart denne utsett og gjort om til eit heildagsmøte i Bergen (Vedlegg 4) i midten av juni. På møtet gjekk arbeidsgruppa gjennom tiltaka og prioriterte desse.  Deltakarar som ikkje kunne stille fysisk var med på video, og prioriteringane vart gjennomgått og stadfesta av arbeidsgruppa på eit video-møte i etterkant.

## Andre aktivitetar

Parallelt med arbeidet i fellessamlingane, har vi hatt samarbeidsmøter med dei regionale IKT – prosjekta i Helse Vest som pågår og som også vil ha betyding for området.

Deltakarar i prosjektet har vore på hospitering (Vedlegg 5) utanfor regionen, og vi har besøkt/hatt kontakt med kommunar frå vår region som er med i dei nasjonale prosjekta som går på primærhelseteam, oppfølgingsteam, velferdsteknologi og medisinsk avstandsoppfølging.

I tillegg er det henta inn mykje kunnskap frå erfaringar og forsking både i Noreg, men også frå andre land.

# 4 Analyser og kartlegging

## 4.1 Behovsanalyse

I arbeidet med prosjektet har det vært viktig å få fram behovene til klinikere og pasient/pårørende/innbygger. Dette har blitt gjort dels gjennom å bruke rapporten fra Helse Førde som har intervjua pasienter med store og sammensatte behov og delvis at deltakerne i arbeidsgruppen fra helseforetak og kommuner har intervjuet/spurt klinikere i sine organisasjoner.

### Innbyggere/pasienter

Helse Førde og Høgskolen i Sogn og Fjordane sammen med utvalgte kommuner i regionen har tidligere gått sammen om prosjektet «Pasientar med store og samansette behov». I regi av dette prosjektet har de gjennomført en del intervjuer av pasienter. Det er utarbeidet en rapport i regi av dette prosjektet, som blant annet summerer opp intervjuene, gjennomgang av samhandlingsavvik i 2017 og en diskusjon rundt funnene.

I oppsummeringen i rapporten er det pekt på følgende:

- «For informantane er møtet med helsevesenet eit møte med personar. Relasjonar og tryggleik er tema som gjeld uansett på kva nivå i helsetenesta informanten får hjelp. Både positive og negative opplevingar kjem av måten ein blir møtt av helsepersonell på.
- Erfaringane frå sjukehuset er ofte positive, men fleire rapporterer om kaotiske eller uoversiktlege utskrivingssituasjonar. Informantane har ofte lite medverknad ved utskriving, får lite informasjon, og få har ein plan for oppfølging.
- Erfaringane frå kommunale korttidsopphald viser at informantane ser på dette som nyttig og nødvendig. Fleire kan fortelle om manglande oppfølging av rutinar, t.d. rundt sårstell. Slike rutineavvik har i følgje informantane ført til re-innleggingar på sjukehus.

**Figur 1:** Figuren er henta frå rapporten "sluttrapport for prosjekt med store og samansett behov Sogn og Fjordane»

- Heimetenesta ser ut til å vere eit kontaktpunkt mot resten av helsevesenet og representerer ein trygghet i kvardagen. Behovet for medverknad er stort når det gjeld heimetenesta, og heimetenesta er i mange tilfelle flinke til å tilpasse seg den enkelte sitt behov.
- Når det gjeld fastlegen er dei fleste informantane fornøgd med fastlegen sin når dei har ein fast fastlege. Det er problematisk dersom dei ufrivillig må bytte fastlege.»

I rapporten ligg det sitat frå intervjua med innbyggarane.[8]

## Medarbeider

**Medarbeidarar i spesialist og kommune:**

Prosjektmedarbeidarane i Vel heim har gjennomført intervju/gruppesamtalar eller bedt om tilbakemeldingar på e-post frå klinikarar i sine helseføretak og kommunar. Temaet har vore utfordringsbildet sett frå klinikaren og forslag til tiltak for å løyse utfordringane.

Det har mellom anna kome fram følgjande behov:

- Ein betre standard for kva som skal skrivast i meldingane.
- Merking av viktig informasjon i meldingane ( multidose).
- Tydlegare kriterier for når ein pasient kan meldast utskrivingsklar.
- Standardisering av fristar og rettar – uavhengig av ulike føretak og avdelingar.
- Starte utskrivingsdialog med kommunen tidlegare på dagen.
- Forenkling for pasientar med få liggedøgn og utskrivingsforløp som er tilpassa kvar pasienten skal (heim eller på sjukeheim).
- Hospitering.
- Kvardagsrehabilitering/meistring. Meir aktivt bruk av frisklivssentralane som eit tiltak for å førebygge reinnleggingar for personar under 60 år.
- Fleire rullerande opphald i kommunale tilbod for å hindre reinnleggingar (førebygge angst og utryggheit).
- Meir brukarmedverknad i forhold til system. Brukar sitt ønske samsvarar ikkje med det som er realistisk å få hjelp til. Koordinering av tenester blir betre om me får «arenaer» der personen det gjeld og deira vurderingar av kva som er viktig, får større fokus i den daglege drifta.
- Meir realistisk tenestebilde/Redusere forventningar om tenestar kommunen ikkje kan gje. Ikkje love noko på vegne av kommunen som vi ikkje kan levere. Gode forventningsavklaringar.
- Betre rutinar rundt medisinering ved overgangar til kommune. I ein del tilfelle har ikkje lokalt apotek dei medisinane som pasienten skal ha etter sjukehusopphaldet.
- Det utadvendte sjukehuset. Kompetanse ut – utan direkte kompetanseoverføring.
- Meir målretta epikrise som vert sendt til både fastlege og kommune samtidig.
- Dei som har «skoen på» og står ved sengekanten eller på poliklinikk/tenester i kommunane må få tydlegare ansvar for å ta del i utviklinga av tenestene og tilrettelegging for dette må vera eitt mål.
- Storforbrukaren kan ha eit fagleg grunnlag og bør ha ei eiga «løype» inn og ut av sjukehuset
- Kommunen må i større og på ulike nivå leggja til rette for å vera ein samhandlingsaktør som lettar drifta av sjukehusa. «Frå seng til stol» og utadvendte sjukehus vil krevja tilpassingar i kommunane.

---

[8] https://samhandling-sfj.no/fag-og-forsking/samhandlingsprosjekt/pasientar-med-store-og-samansette-behov/

- Funksjonskartlegging og informasjon kring dette som grunnlag for etablering av understøttande tiltak vert eit eige kompetanseområde, men bør liggja til den einskilde å kunna ivareta.
- Planlegge i team (lege/pleiepersonell) for betre flyt.
- Utskrivingssamtale med lege som standard.
- Organisere legevisitt på anna måte: nokon går til dei sjuke/først dei «akutte», og nokon går til dei som skal utskrivast.
- Planlegge tentativ utreisedato første dagen etter innlegging.
- Pasient, pårørende, helseinstitusjon/hjemmesykepleie må være velinformerte og trygge ved utskrivning. Dette gjelder alt fra videre plan om videre behandling, oppfølging, medisinering etc.
- Auke samhandling kan gje betre forståing mellom sjukehus og kommune om kva kommunen har av tilbod. Kommunane er ulike i storleik, ressursar og tilbod. Kan vere vanskeleg for sjukehuset som skal ha oversikt og forstå alle kommunar. Kan føre til reduksjon av re-innleggingar
- Behovet for «En innbygger – en journal»

Fullstendige rapportar etter intervjua ligg med som vedlegg 6

## 4.2 Kartlegging av initiativ i foretakene i Helse Vest

Et av oppdragene til forprosjektet har vært å skaffe til veie bedre oversikt over lokale og regionale inititativ som har som mål å forbedre prosesser og rutiner knyttet til utskriving. Kartleggingen er ment å gi innsikt i nåsituasjon, samt pågående og planlagte endringer i sykehusene, men også kommunale endringsinititativ som påvirker utskriving. Hensikten er deretter å bredde regionalt de beste og mest virksomme initiativene. Forprosjektet har fått i oppdrag å vurdere nødvendige tiltak for å gjennomføre slike initiativ i et hovedprosjekt ( side 3 direktivet)

### Metode

Prosjektsidene til helseforetakene ble gjennomsøkt og alle relevante prosjekter listet skjematisk i et excelark . Prosjektdeltagerne i det enkelte foretak fikk deretter i oppdrag fra høsten 2019 å plusse på og fylle ut skjemaene med sin lokale kjennskap og undersøke internt i sine foretak om annen aktivitet på området «forbedre utskriving». De skulle deretter evaluere tiltaket/prosjektet til å ha *stor effekt*, *noe effekt, lite eller ingen effekt* eller *negativ nytte* ved å velge i en nedtrekksliste i excel. Kriteriene var som følger:

1. Stor effekt: tiltaket har ført til måloppnåelse og dokumentert effekt og endret praksis som har forbedret kvaliteten for ( listen er ikke uttømmende)
    a. Pasient
    b. ansatte
    c. ledelse
    d. innbygger
    e. redusert sløsing av : tid, penger, forbruk av materiell
    f. ført til bedre etterlevelse av inngåtte avtaler mellom foretak og kommuner
2. Noe effekt, ikke fått full måloppnåelse , men ser noen endringer i praksis og høster gevinster

3. lite eller ingen resultater eller nytte. Prosjektet har allikevel ført til en klargjøring av problemområdet, og vært en arena for samarbeid, økt gjensidig forståelse og økt prosjektkompetanse blant deltagerne. Dette kan danne utgangspunkt for kunnskap om hva som ikke nytter, men har ikke ført til varige forbedringer.
4. Negativ nytte. Sløsing med tid og penger. Inititativet har gitt økt frustrasjon og endringstrøtthet blant ansatte. Inititativet har tatt mye ledertid som kunne vært brukt til noe annet. Ingen målbar varig nytteeffekt.

Mange av inititativene kunne ikke plasseres i overnevnte kategorier, det ble derfor føyd til ytterligere tre kategorier i etterkant på bakgrunn av kommentarfeltet i undersøkelsen.

5. ikke evaluert
6. pågående prosjekt, for tidlig for evaluering
7. annet

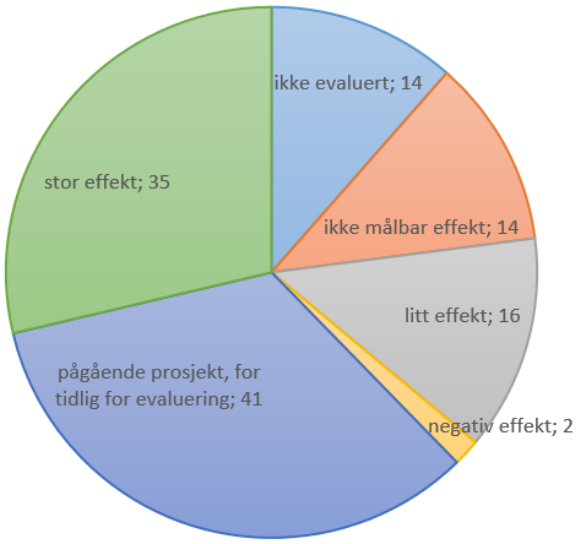
I tillegg ble det gjennomført gruppeprosesser på workshop 1 og 2 om kartleggingen for å legge til rette for felles kunnskapsoppsummering, deling av innsikt og inspirere til innovasjon på tvers av foretaksgrenser og nivå.

Metoden har sine svakheter. Prosjektdeltagerne har hatt vansker med klassifisere prosjektene etter nytteeffekt. Manglende data og ulik forståelse av oppgaven betyr at det blir en subjektiv vurdering som må legges til grunn når prosjektene skal fremheves som virksomme og gode. Det kan være prosjekter og innovative tiltak iverksatt på avdelinger som har «gått under radaren». For eksempel vil kontinuerlig forbedringsmetodikk (som forbedringstavler), der mange ulike tiltak testes, evalueres og endres/ forkastes fortløpende ofte ikke dokumenteres, forankres og/eller gjøres kjent i organisasjonen på samme måte som tradisjonelle prosjekter. Ulike avdelinger kan iverksette endringer som de mener er gode og som de velger å fortsett med , men det mangler målinger som viser dokumentert effekt som kan overbevise andre om å ta nyvinningen i bruk eller ideen blir ikke gjort kjent for andre. Effektene kan være der men kartleggingen har kanskje ikke nådd frem eller avdekket effektene, eller informasjonen fra informantene er ikke god nok til å kunne si noe om effekt.

## Gjennomføring og funn

Et minimumskrav i en utredningsprosess av offentlige prosjekter ( DIFI) er å beskrive et nullalternativ, Hva skjer om vi ikke igangsetter et prosjekt? For å kunne sammenligne hvor mye ressurser nåværende forbedringsinnsats krever kontra en regional satsing på Vel Heim ønsket derfor prosjektet å gi et estimat på den arbeidsmengden de ulike prosjektene krevde, I form av prosjektets størrelse; hvor mange avdelinger/ enheter og ansatte har vært involvert og tidsbruken iform av varighet, (3-6 mndr, 6-12 mndr ,12-18mndr, 18-24 mndr eller mer enn 2 år ).

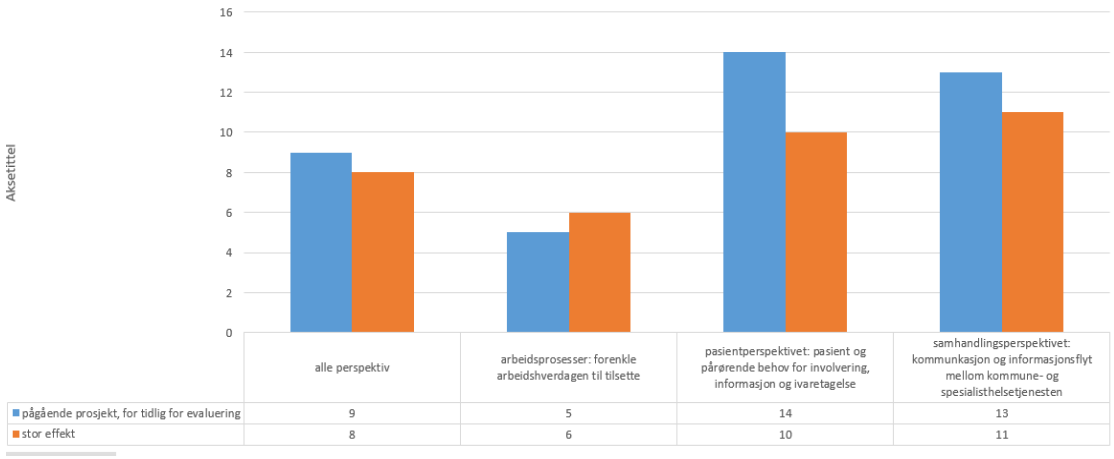
**Figur 2:** fordelingen av 121 inititativ




Flere av rubrikkene ble ufullstendig utfyllt fordi nødvendig dokumentasjon manglet, prosjektene var ikke evaluert og effekter ikke målt. Forprosjektet har derfor ikke kunnet gjøre en samlet beregning av hva initiativene koster av tid og ressurser. Deltagerne i arbeidsgruppa erfarte at mye igangsettes uten å kunne vise til varig effekt. Det er også eksempler på at avdelinger og foretak starter med forholdsvis like prosjekter, uavhengig av hverandre. For eksempel ulike inititativ for å forbedre epikrisemal eller utarbeiding av sjekklister for innhold i PLO osv.

Totalt ble det identifisert **121 initiativ** (Vedlegg 7) i foretakene. Forprosjektet vil presiserer at kartleggingen ikke er en fullstending oversikt over all aktivitet. Deler av kartleggingen ble gjennomført høsten 2019, mens andre foretak har kartlagt aktiviteten våren 2020. Kunnskapsgrunnlaget har endret seg underveis, og dermed også undersøkelsens fokus og metodikk. Med bakgrunn i at hensikten først og fremst har vært å finne prosjekter med stor nytteverdi eller inititativ som er pågående er det derfor de 76 prosjektene i disse to kategoriene som forprosjektet «Vel heim» ønsker å vise til i videre prosess i et eventuelt hovedprosjekt. Som illustrert i figur 3 har 24 av prosjektene fokus på tiltak som forbedrer pasientinvolvering, informasjon eller ivaretagelse av pasient. 24 av inititativene er rettet til å bedre samhandling og informasjonsflyt mellom nivåene. 11 av inititativene søker primært å forbedre arbeidsprosessene mens 17 har en bredere innretning som søker å ivareta flere perspektiv. For eksempel både kvaliteten på informasjon til pasient og logistikken i tilknytning til dette. En annen del av utfordringsbildet var manglende spredning og bredding av de gode tiltakene og ideene og innovasjonene. Vel heim vil derfor uavhengig av oppstart av et hovedprosjekt, på bakgrunn av utfordringene med å skaffe oversikt over den høye prosjekt- og forbedringsaktiviteten i foretakene løfte frem behovet for et regionalt prosjektregister som klinikere og forbedringsagenter i foretakene kan benytte seg av. Dette kan bidra til gjensidig inspirasjon, og

stimulere til kontakt  og læring på tvers av avdelings og foretaksgrenser og føre til bredding av gode inititativ.




**Figur 3:** Pågående initiativ eller inititativ med god/stor nytte ,(76) fordelt ut ifra perspektivene pasient/ arbeidsprosess/ samhandling

## Helse Fonna

Kartleggingen av gjennomførte/pågående/planlagte initiativ i Helse Fonna viser at det blir gjort mye godt forbedringsarbeid. Det pågår flere initiativ med samme fokus noe som man også kan se i de andre foretakene i Helse Vest.
Mange av de kartlagte initiativene har ikke arbeidet etter noen systematisk forbedringsmodell, slik som f.eks. PDSA (Plan-Do-Study-Act) noe som har gitt utfordringer for gjennomføringsprosess og implementering. I helseforetaket ser det ut til å være en utfordring med at det igangsettes mange gode initiativ som ikke blir implementert i daglig drift.

Per i dag finnes det ikke noe register eller prosjekt-/forbedringsteam som gir oversikt over alle de mindre initiativene som blir igangsatt. Det har derfor vært vanskelig å finne ut av hvem som kan kontaktes og gi svar på de ulike målepunktene ved kartleggingen. I flere av de innmeldte initiativene har det heller ikke vært mulig å dra noen konklusjoner.
Det er grunn til å tro at foretaket hadde spart både tid og ressurser med et samlet register og/eller prosjekt-/forbedringsteam med oversikt over prosjekt, initiativ og endringsarbeid mm.
Med et prosjekt/forbedringsteam hadde fagfolk og ledere også fått støtte og hjelp til å lede og holde fokus på endringen som er ønsket for å forbedre pasientbehandlingen og arbeidshverdagen.

Helse Fonna er stolt over at samhandlingsforløpene for «barn og unges helsetjeneste», utarbeidet i samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten, kommunene og brukere, er et av få eksempler som trekkes frem som eksempel på hvordan samarbeid i helsefellesskapene kan fungere. Helse Vest har besluttet å implementere samhandlingsforløpene for «barn og unges helsetjeneste» i alle foretaksområdene i regionen

## Haraldplass Diakonale Sykehus

Haraldsplass Diakonale Sykehus har gjennom byggingen av det nye sykehuset og innføring av IMATIS mange prosjekt som er knyttet til å se på arbeidsflyt og arbeidsprosesser. IMATIS gir en gevinst for logistikken i avdelingen, der det på sikt kan kobles på flere funksjoner for å gi en enda bedre oversikt over belegg, tidspunkt for visitt og planlegging av utreise.

Innføring av samhandlingssykepleierne kan gi en gevinst for spesielt nyansatte sykepleiere, der opplæring blir mer spisset og mindre tilfeldig. Månedlige møter med samhandlingssykepleierne og samhandlingsavdeling der ulike problemstillinger fra avdelingene tas opp, gir en gevinst ved at problemstillinger i hverdagen kommer opp i lyset. Dette et initiativ har Haraldsplass hatt i mange år, som de er veldig fornøyd med og som de jobber videre med å utvikle. Dette initiativet har ikke dokumentert nytteeffekt men de ser likevel at det gir en gevinst for personalet i avdelingene.

Haraldsplass gjennomfører to ganger per år et fastlegeseminar, der det inviteres fastleger til en kveld med faglig relevante tema, som er utarbeidet sammen med PKOene, samhandlingsavdeling og legene på sykehuset. Fastlegeseminaret inviterer inn til dialog, de gode diskusjonene mellom fastlegene og sykehuset og pleier relasjonene for enda bedre samhandling. Dette tiltaket har en stor gevinst for pasientene, legene og for samarbeidet.

## Helse Stavanger

Det er mange initiativ med gode intensjoner som har pågått, og pågår på SUS. Engasjerte ansatte som har pasienten i fokus. Samhandling og gode overganger mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten er fokus i mange av prosjektene. Det ser dog ut til at implementering av ferdigstilte prosjekter er den største utfordringen. Det brukes mye tid og krefter på gode ideer, men når det skal settes ut i drift, går luften ut av ballongen.

Vi fant også at prosjekter som fordrer godt samarbeid fra kommunene ikke ser ut til å være tilstrekkelig forankret i disse, slik at prosjektenes mål ikke samsvarer med kommunens mål/rutiner. Et eksempel er prosjektet «Ut før 13», hvor kommunene i stor grad ikke er klare til å ta imot pasientene så tidlig som kl 13.

Det var noe utfordrende for lederne av de ulike prosjektene å vurdere nytten og effekten av sine prosjekt. Mange av prosjektene ble satt i gang på noen avdelinger og kunne ha stor effekt der de ble utført, men ble ikke implementert videre på SUS og hadde derfor ingen effekt på andre avdelinger.

Noen prosjekter har hatt god effekt, og er godt implementert som f.eks NAST og Overføring fra akuttmottak til KAD senger, i tillegg knyttes det store forventninger til det pågående pumpeprosjektet. Tavlemøter er også et prosjekt som etter vår erfaring fungerer svært godt.

I flere av initiativene klarte vi dessverre ikke å fått tak i personer eller dokumentasjon som gjør at en kunne evaluere prosjektet/initiativene.

## 4.3 Kommunene i Helse Vest

I Helse Vest er det nå etter kommunesammenslåingene per 01.01.20 totalt 66 (ned fra 86) kommuner der 1 117 984[9] innbyggere bor. Aktiviteten i kommunene er stor med mange prosjekt og listen i vedlegg 8 er ikke uttømmende, men viser noe av aktivitetene som er vurdert til å ha god nytte. Nesten alle kommunene i Helse Vest satser på velferdsteknologi. Det varierer hvor langt de 66 kommunene har kommet, noen satser offensivt på høyteknologiske løsninger og responssenter mens andre er i startgropa fortsatt.

### Hverdagsrehabilitering og velferdsteknologi

Hverdagsrehabilitering er en sentral del av kommunenes satsing for å bidra til at funksjonshemmede, multisyke og pleietrengende kan bo hjemme og være så selvhjulpne som mulig. De ulike kommunene løser dette forskjellig. I Klepp kommune drøftes pasientene som mottar hverdagsrehabilitering og deres behov på rehabiliteringsmøter ukentlig.

**Figur 4:** Hentet fra Stord kommunes nettside med informasjon om Innsatsteam

Helse Stavanger regionen legger mye ressurser i å bygge kompetanse innen velferdsteknologi og demens. I Stavanger kommune har de jobbet tett med et prosjekt for klinisk observasjonskompetanse [10] som har vært veldig bra og gir en god overføring av pasienter med tanke på observasjoner og rett informasjon til lege og sykehus. Det har også blitt satset på tavlemøter med ulike tilnærminger. I Klepp kommune brukes tavlene aktivt som en sjekkliste for faremomenter ved utskrivelse fra sykehus/korttidsopphold, eller ved andre forhold som funksjonssvikt hos pasient. Klepp kommune har også et distrikt som gir tjenester til hjemmeboende med demens, og tror dette er rett vei å gå for å unngå unødvendige innleggelser. Flere kommuner i Helse Stavanger regionen deltok i læringsnettverket om gode pasientforløp sammen med sykehuset . Det ble da utarbeidet sjekklister og disse er i bruk i ulike varianter i kommunene, det har skjedd en lokal tilpasning etterhvert.

### Ulike team i kommunene

Prosjektdeltagerne fra kommunene har særlig løftet frem de gode erfaringene med blant annet *kartleggingsteam.* Tilbudet ble opprettet som en respons på tidvis mangelfull funksjonsvurdering før

---

[9] Statistisk sentralbyrå, utgangen første kvartal 2020 https://www.ssb.no/statbank/table/01222/tableViewLayout2/

[10] https://www.nsf.no/vis-artikkel/4738548/12560/Spennende-program-for-klinisk-observasjonskompetanse-i-kommunene

utskriving fra helseforetaket. Kommunen opplever et behov for en bredere kartlegging i hjemmet for å sikre god og riktig tildelig av tjenester. I tidligere Os kommune (nå Bjørnafjorden) har kartlegginsteamet oppnådd gode resultater for pasientene, som gjenvinner helsen, trenger mindre hjelp og når sine mål. Men teaminnsatsen har også økonomiske innsparinger å vise til som resultat. Kartleggingsteamet følger opp pasient etter utskrivelse fra sykehus. Gjennom kartlegging av pasientens funksjon og ressurser lager de en plan for videre tjenester. De har også en viktig rolle i å trygge både pasient og pårørende i overgangen tilbake til egen bolig. Fokuset er å sette bruker i stand til å klare seg best mulig i hjemmet. Kartleggingsteamet samarbeider tett med Hverdagsrehabiliteringsteamet. Kartleggingsteamets intervensjon har ofte ført til et redusert behov for hjemmesykepleie, noe som er kostnadsbesparende.

Særlig i de tilfellene kommunen gjennom kartleggingsteamets innsats vurderer det som forsvarlig og hensiktsmessig å ta pasienten hjem i stedet for på korttidsopphold, ser kommunen en god økonomisk gevinst. Det frigjør også korttidsplasser til de pasientene som har et større behov.

Bergen kommune har også et kartleggingsteam, ved oppstart forsøkte de å gjennomføre kartleggingen på alle pasienter, men dette er nå endret til å ha fokus på brukere med rehabiliterings behov. Et kartlegging/vurderingsteam i Askøy kommune har også gode erfaringer med team og ser det som en god og lønnsom måte og drifte på. De går inn på sykehus i større grad en Bjørnafjorden, og har derfor mer erfaring med samarbeidet.

Stord kommune i Helse Fonna foretaksområde har tilsvarende gode erfaringer med sitt *innsatsteam*[11]. Teamet tildeles på bakgrunn av henvisninger rettet til tildelingskontoret i kommunen. Henvendelsene kan komme fra Stord Sykehus, fra hjemmebaserte tjenester, rehabiliteringsavdelingen eller en fastlege. Teamet oppsøker blant annet pasienten mens han fortsatt er på sykehuset, og sørger for at hjemmet er tilrettelagt i tillegg til å koordinerer den kommunale innsatsen for å fremme pasientens helse og egenomsorg. Å gå fysisk inn på sykehuset oppleves av teamansatte som svært nyttig og de ser at dette har hatt god effekt på dialogen og samarbeidet mellom nivåene, ikke minst kan den kommunalt ansatte informere og trygge pasienten på tilbudet de skal få hjemme etter utskriving, og derved fjerne utfordringen med at de sykehusansatte lover tjenester fra kommunen som kommunen ikke kan gi. Siden oppstarten 01.05.2016 har nå 469 pasienter fått denne tjenesten. Stord ser nå på om de kan utvikle tjenesten ved å se til kartleggingsteamet i Bjørnafjord kommune.

Kommunene har ulik satsing på for eksempel kreftkoordinatorer og forebyggende hjemmebesøk. Og noen av kommunene deltar i store nasjonale prosjekt innen telemedisinsk oppfølging med avstandsoppfølging samt Primærhelseteam og Oppfølgingsteam. ( Stad, Suldal, Kinn, Hå kommune. Se kap 6)

## Samhandlingsarenaer

Hvis helsetjenestene skal være helsefremmende, sammenhengende , helhetlige og bærekraftige i møte med det utfordringsbildet som vil treffe oss de nærmeste årene må alle involverte trekke i samme retning. Fagfolkene har behov for å kommunisere åpent og finne kloke løsninger i tett

[11] https://www.stord.kommune.no/innsatsteam.428232.10002213t174d9.tct.html

samarbeid med hverandre og sammen med pasienter og pårørende på tvers av faggrenser og nivå. Dialogen og samarbeidet vil fungere dårligere dersom partene mangler tillit til hverandres gode intensjoner og ikke har tilstrekkelig med kunnskap, forståelse eller innsikt i den andres behov og perspektiv. De ansatte må se hverandre som likeverdige bidragsytere og anerkjenne den gjensidige avhengigheten de har til godt utført arbeid på begge sider av vekslingsfeltet om helheten skal kjennes som god for pasienten.

Hvert foretak og tilhørende kommuner har inngått samarbeidsavtaler som blant annet skal konkretisere oppgave og ansvarsfordeling og etablere gode samarbeidsrutiner på sentrale områder. Det er opprettet mange andre ulike arenaer og møteplasser der klinikere i primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten treffes. Disse møteplassene er organisert ulikt mellom foretaksområdene, men er sentrale i arbeidet med å bygge en samlende kultur, og et fellesskap i gavnet ikke bare i navnet.

I alle helseforetaks områdene i Helse Vest har det de siste ti år vært arrangert en årlig *Møteplass* der koordinerende enheter (KE) i kommuner og sykehus har samarbeidet om planlegging og gjennomføring av Møteplassen (konferansen).

I Helse Førde har de årlige konferanser mellom spesialist og kommunehelsetjenesten. Hvert år holdes en samhandlingskonferanse, som har målgruppa overordnet strategisk ledelse hos begge parter. Her tar de sikte på å starte strategiarbeidet om hva som skal prioriteres. Annet hvert år holdes en erfaringskonferanse. Dette er en konferanse der fagfolk møter fagfolk på tvers av kommune og spesialisthelsetjenesten. Kartleggingsskjema blir sendt ut på forhånd og det blir arbeidet gruppevis med forbedringsområder som er meldt inn. Både kommunane og Helse Førde evaluerer arbeidet med disse konferansane som veldig gode, og opplever at de sikrer samarbeid og samhandling på alle nivå. I tillegg har kommunene i opptaksområdet til Helse Førde, ein felles interkommunal samhandlingskoordinator. Denne stillingen sørger for koordinering og involvering av kommunane ved behov. Målsettingen er å styrke samhandlingen og forenkle samarbeidet mellom nivåene. Den samme ordningen trer i verk i Helse Fonna medio juni 2020.

I tillegg er det opprettet samarbeid med utdanningsinstitusjonene for å sikre forskning og utvikling som støtter opp om behovene i både kommuner og sykehus. I Helse Fonna regionen samarbeider kommunene og foretaket om en felles fag, forskning og utviklingsenhet for samhandling, FOUSAM ( forskning og utviklingsenheten for samhandling)[12] som er en felles forsknings- og utviklingsenhet mellom Helse Fonna helseforetak, og 16 kommuner. Enheten bidrar blant annet som kunnskapsleverandør og tilrettelegger for gode møteplasser og fagnettverk.

I Helse Stavanger har de ansatt en samhandlingslege fra 2015 som skal bidra til bedre samarbeid på tvers i primærhelsetjenesten , på tvers i spesialisthelsetjeneste og særlig mellom nivåene. Alle foretakene har ansatt praksiskonsulenter( heretter PKO[13]) i varierende stillingsbrøker , formålet med

[12] http://fousam.no/om-fousam/

[13] https://helse-stavanger.no/fag-og-forskning/samhandling/verktoy-for-samhandling/praksiskonsulentordningen

ordningen er å bidra til økt samhandling og koordinering mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

### Konklusjon

De kommunale prosjektdeltagerne løfter frem betydningen av at et prosjekt som skal forbedre utskriving må ha fokus på at kommunene er ulike og at tiltakene vil trenge lokal tilpasning og forankring. Av denne grunn ønsker ikke deltagerne å plukke ut enkeltprosjekt som fasit. De gode eksemplene kan allikevel gi gjensidig inspirasjon.

Det er også en del av både utfordringsbilde og mulighetsrom at kommunene i  I Helse Vest regionen har gått fra 86 til 66 kommuner samt fått nye Vestland fylke. Sammenslåingene innebærer store endringsprosesser som vil prege kommunene sitt arbeid gjennom hele 2020 og enda en tid fremover. Allikevel ser prosjektdeltagere at endringsprosesser for å sikre like tjenester i de nyopprettede og sammenslåtte kommunene fører til at gode initiativ spres til flere enheter. For eksempel innføres hverdagsrehabilitering flere steder.

Viktige tiltak som fremheves fra kommunal side er utstrakt bruk av digitale løsninger når vi samarbeider. Vi må bli gode på videokonferanser om vi skal jobbe i team på tvers av store avstander. Det fremheves også at det er viktig at ved regionalisering og innføring av nasjonale maler må det tas hensyn til kontekst og behov i den enkelte kommune.

## 4.4 Kvalitetskontroll/ Journalundersøkelse

Journalundersøkelsen (Vedlegg 9) er gjennomført med hjemmel i  Helsepersonelloven § 26 første ledd *"Den som yter helsehjelp, kan gi opplysninger til virksomhetens ledelse når dette er nødvendig for å kunne gi helsehjelp, eller for internkontroll og kvalitetssikring av tjenesten. Opplysningene skal så langt det er mulig, gis uten individualiserende kjennetegn."*
Formålet med undersøkelsen har vært å internkontrollere/kvalitetssikre utskrivingsaktiviteten for å komme med forbedringstiltak som på sikt kan sikre «trygg utskriving». Hypotesen er at mangler i utskrivingsdokumentasjonen kan ha en sammenheng med at pasienten blir reinnlagt.

Etiske og juridiske vurderinger: Undersøkelsen ble på forhånd gjennomgått av jurist og godkjent av AD i foretakene. Dataene ble behandlet i henhold til lovgivning for personopplysninger.
Det ble tatt utgangspunkt i §9 forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter[14] og utarbeidet en sjekkliste til gjennomgangen av utskrivingsdokumentene. De lokale prosjektdeltagerne i foretakene utførte  kvalitetssjekken, og loggførte årsaken til oppslaget i journalen som internkontroll/kvalitetssikring av tjenesten med hensyn til rutiner for utskriving og samhandling med kommunehelsetjenesten.

Uttrekket ble utført av analyse/ressursavdelingen i det enkelte foretak, og bestod av NPR-nummer på alle reinnlagte utskrivningsklare pasienter i tidsrommet 1. juni til 1. juli 2019. Ut fra dette utvalget ble 10 journaler tilfeldig valgt per foretak. 10  i Helse Fonna( hver tiende av ca 110 journaler )  og 10 i

[14] *https://lovdata.no/forskrift/2011-11-18-1115*

Helse Stavanger ( hver 15ende av totalt ca 160). Med andre ord 20 journaler samlet (Helse Bergen og Helse Førde hadde ikke mulighet).

Svakheter: Utvalget er lite, dette kan gi skjevhet i datamaterialet. Dette er en kvalitetskontroll og funnene kan ikke generaliseres eller antas å være representative for utskrivingsinformasjon i sin helhet. De tre journalgranskerne er alle erfarne sykepleiere, men har ulik forforståelse og vil med sannsynlighet tolke en del at informasjonen de finner i journalene ulikt. Vi har gjennom drøftinger i utarbeidelse av denne sammenfatningen, systematisk etterspurt hvordan den enkelte har tolket oppgaven for å sikre mest mulig lik forståelse av kriteriene og lik poengutdeling fra de tre, men resultatene kan ikke sammenstilles på tvers av foretakene.

## Generelle funn

Reinnleggelse: Journalgranskerne var enige om at det så ut til at alle reinnleggelsene i dette utvalget var nødvendige. 6 av de 20 av pasientene var innlagt som åpen retur, dette innebærer oftest at en lege i primærhelsetjenesten ikke har vært involvert ved innleggelse og at innleggelsesskriv derfor mangler.

12 av de 20 pasientene var registrert som døde på tidspunktet der granskerne gikk inn i journalen ca 6-7 mndr senere enn den tiden dokumentene ble skrevet. Mange av disse hadde kreft og var svært syke og journalgranskerne vurderte det slik at det var rimelig at disse pasientene var i stort behov av spesialisthelsetjenester.

Langt de fleste av pasientene kom fra eget hjem ikke institusjoner, og 18 av de 20 pasientene hadde tjenester fra kommunen før innleggelse.

## Kvalitetskontroll av epikrisen opp mot krav i forskrift om utskrivningsklare pasienter

Vi har listet opp undersøkelsen av de 20 journalene etter kravene i i §9 forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter.

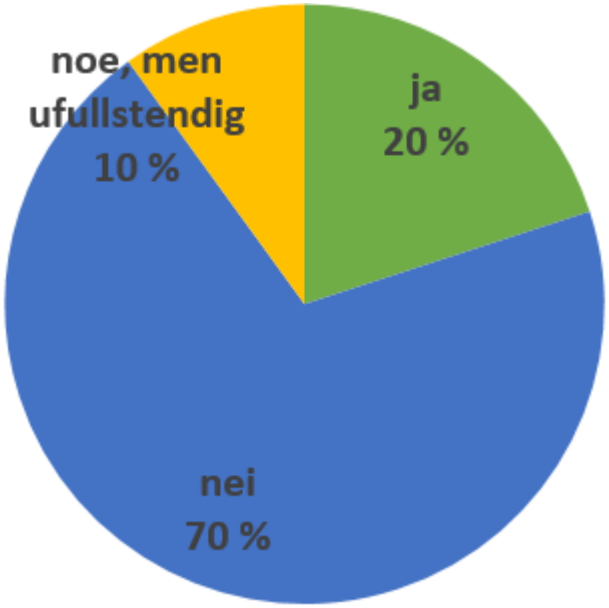
<u>Er problemstillingen ved innleggelse slik disse var formulert av innleggende lege avklart?</u>
Journalgranskerne tolket denne oppgaven forskjellig seg imellom, og undersøkte derfor ulike dokument for å besvare dette spørsmålet. I det ene foretaket så de på om epikrisen svarte ut problemstillingen som stod beskrevet i *legens Innkomstnotat* som skrives i akuttmottaket, mens ved det andre foretaket tok granskeren utgangspunkt i *henvisningen fra ekstern instans*. Ved manglende innleggelsesskriv kunne derfor ikke punktet «problemstilling ved innleggelse avklart» krysses av som utført. Det blir allikevel alltid journalført en innleggelsesårsak selv om henvisning mangler. Da vil innleggelsesdiagnose/ årsak til kontakt eller tentativ diagnose utarbeides på bakgrunn av informasjon fra samarbeidende enheter som AMK/ ambulanse og/eller samtale og undersøkelse av pasienten ved innkomst.
**Funn** i de tilfellene der det var tatt utgangspunkt i henvisning fra ekstern instans fant granskeren ut at det manglet henvisning fra primærhelsetjenesten i 7 av 10 tilfeller. Mens kontrollen av innkomstnotatene i det andre foretaket fant at problemstillingene som klinikerne ble gjort kjent med ved innleggelsen ble avklart i epikrisen i alle 10 journaler.

**Konklusjon:** Gjeldende praksis ivaretar kravet til avklaring av problemstilling ved innleggelse i de undersøkte journalene. I dette utvalget ble det i 7 av 10 kontrollerte journaler ikke funnet en ekstern henvisning.

Er øvrige problemstillinger som har fremkommet avklart?
**Funn** i 12 av 20 journaler ble øvrige problemstillinger identifisert som avklart. I 3 av journalene var avklaringen ufullstendig og i 5 av disse ble ingen øvrige problemstillinger funnet
**Konklusjon** Øvrige problemstillinger som oppdages under sykehusopphold blir i stor grad avklart i denne undersøkelsen.

Dersom enkelte spørsmål ikke er avklart er dette redegjort for?
**Funn:** I 14 av journalene konkluderte journalgranskerne med at dette ikke var aktuelt. De identifiserte ikke andre uavklarte problemstillinger som trengte redegjørelse . Seks av journalene hadde en redegjørelse av uavklarte spørsmål der tre av disse ble registrert som ufullstendig.
**Konklusjon :** journalgranskerne vurderer at gjeldende praksis ivaretar dette kravet i stor grad.

Foreligger et klart standpunkt til videre plan for oppfølging av pasienten?
Det var uklart for journalgranskerne nøyaktig hva og hvor mye som skal eller bør inkluderes i et klart standpunkt til videre plan for oppfølging fra spesialisthelsetjenesten i epikrisen. Utsagnene som granskerne identifiserte var kortfattet. Typiske eksempler på slike var: *videre oppfølging hos fastlege*. *Behov for kontroll av blodprøver innen x antall dager* ( for eksempel, infeksjonsparametre) eller *pasienten har kontrolltime på sykehuset*.



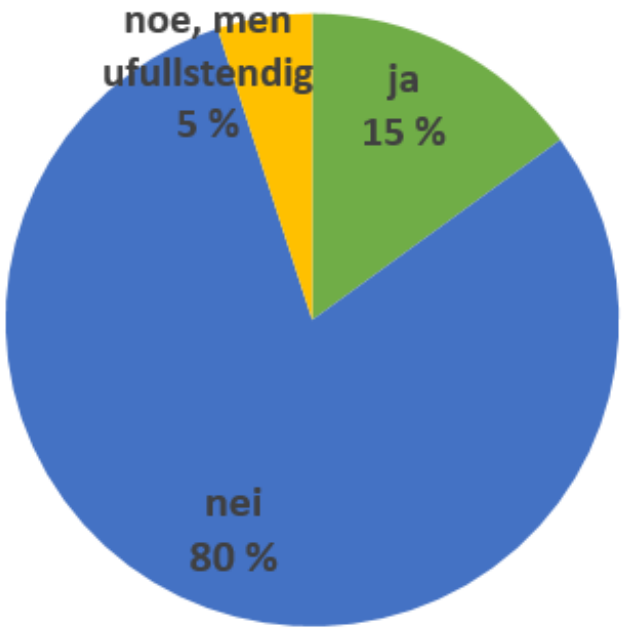

**Figur 5:** prosentfordeling av antall vurderinger av samlet funksjonsnivå før innleggelse

Er pasientens samlede funksjonsnivå forut for innleggelsen vurdert? (se figur 5)

**Funn** journalgranskerne identifiserte beskrivelser av pasientens habituelle funksjonsnivå i fire av innkomstjournalene. Denne Informasjonen bestod av en setning eller to om at pasienten for eksempel hadde offentlig hjelp eller ikke, samt info som for eksempel at pasienten var sengeliggende til vanlig. I 14 av de undersøkte journalene ble ingen beskrivelser av funksjonsnivået før innleggelse identifisert, 2 av de hadde noe, men en ufullstendig beskrivelse.

**Konklusjon**: beskrivelser som viser vurderinger av pasientens funksjonsnivå før innleggelsen forekom sjelden i de undersøkte journalene og hvis de forekom var beskrivelsen kortfattet.

Vurdering av forventet fremtidig funksjonsnivå ved utskriving (se figur 6)




**Figur 6:** prosentfordeling av antall vurderinger av forventet fremtidig funksjonsnivå ved utskriving

**Funn**: i 16 av journalene ble denne informasjonen ikke identifisert. Tre av journalene inneholdt beskrivelser av vurdert fremtidig nivå. Mens det ble funnet noe, men ufullstendig info i en av journalene.

**Konklusjon:** Det ble i liten grad identifisert beskrivelser i epikrisene som viste vurderinger av forventet fremtidig funksjonsnivå

## Oppsummering med forbedringsforslag på bakgrunn av funn i undersøkelsen knyttet til innhold i epikrisen

Samlet sett vurderte journalgranskerne dokumentene til å inneholde veldig mye bra og grundig dokumentasjon. Det var derimot et tankekors for gruppa at ut av de reinnlagte og utskrivingsklare pasientene i utvalget var 12 av 20 pasienter inne i sitt siste levehalvår. Journalgranskerne identifiserte i liten grad beskrivelser av en forventet utvikling av pasientens sykdommer og innvirkning dette ville ha på pasientens samlede funksjonsnivå. I dataene ble det ikke identifisert beskrivelser som tilsa behandlingsavgrensinger eller at døden var nært forestående og at pasienten var i behov for palliativ behandling. Gruppa tenker at slike avklaringer og planer kunne vært til hjelp for pasienter og pårørende og helsepersonell i kommunen ved episoder med nye forverringer. Om mangelen skyldes at vi som fagpersoner ikke klarer å identifisere at pasienten er i en slik fase eller skyldes andre årsaker er ikke sett på i denne undersøkelsen.

Journalundersøkelsen kan ikke avdekke om en bedre plan, mer tverrfaglig kartlegging, CGA (Comprehensiv Geriatric Assessment) eller et team ala PTSH ved UNN eller andre tiltak Vel Heim anbefaler kunne forhindret reinnleggelser, eller bidratt til bedre overlevelse. Dette var heller ikke tema for undersøkelsen, men journalgranskerne vurderte det slik at noen av pasientene kunne fått utført for eksempel blodoverføring eller blitt gitt antiobiotika eller fått mer intensiv palliasjon utenfor sykehus om det hadde vært tilrettelagt bedre for dette.

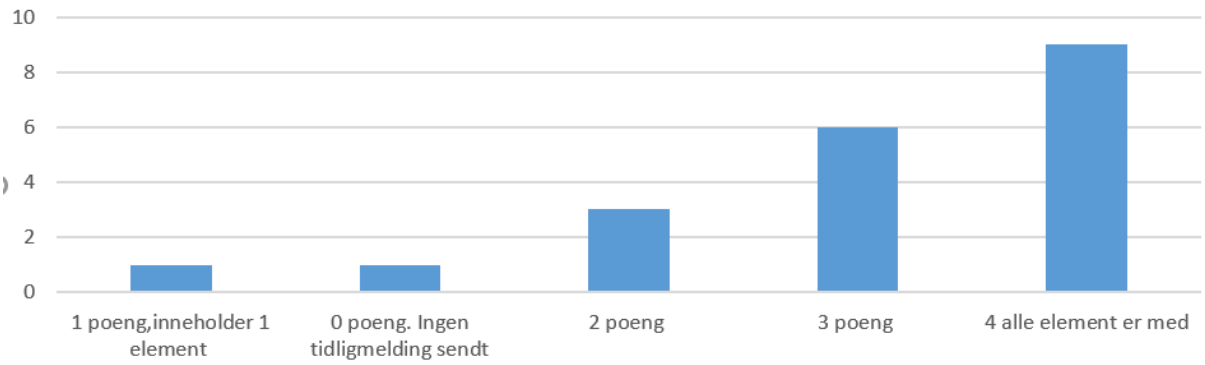
## PLO meldingsutveksling

## Tidligmelding (helseopplysning)

Meldingene ble undersøkt utifra kravene som er satt til innhold i forskrift om kommunal betaling for utskrivningsklare pasienter og om de ble sendt innen utløpet av gjeldende tidsfrist på 24 timer.

**Innhold:** Meldingene ble gitt poeng fra 1-4

PLO Tidligmelding skal ifølge avtalene inneholde:
1. overskriften«TIDLIGMELDING». (Meldingen heter « tidligmelding» som default. Alle meldingene har derfor fått ett poeng for dette.)
2.Pasientens status
3. Antatt forløp
4. Forventet utskrivningstidspunkt



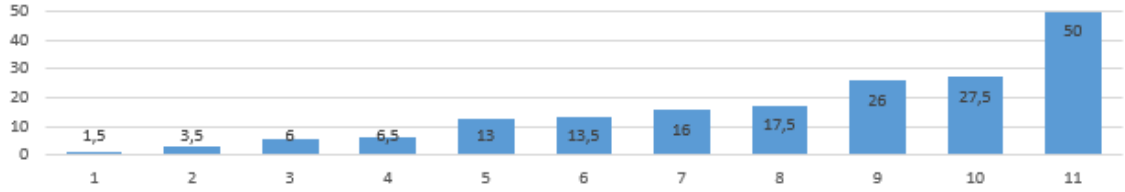

**Figur 7:** forekomst av tidligmeldinger og innhold i henhold til avtaler.

**Funn** 9 av 19 meldinger inneholdt alle elementene. Det er ikke skilt ut i undersøkelsen hvilke elementer som i tilfelle manglet, men ifølge foretaksdeltagerne som gjennomgikk dataene så det ut til at i den halvparten av tidligmeldingene som hadde manglende informasjon var *forventet utkrivingstidspunkt* mest vanlig og deretter *antatt forløp*. En av meldingene inneholder kun ett element.

**Sendt tidligmelding innen tidsfrist 24 timer?:** «*PLO–Tidligmelding» skal sendes innen 24 timer etter innleggelse, både på pasienter som allerede mottar kommunal hjelp, samt på pasienter som vil få behov for kommunale helse- og omsorgstjenester etter sykehusoppholdet. 24-timers fristen kan avvikes dersom første vurdering er at pasienten ikke trenger hjelp etter utskrivning, men dette endrer seg under oppholdet. I disse tilfellene skal fristen løpe fra det tidspunktet det blir klart at behov for kommunal hjelp foreligger*»[15]

[15] https://samhandling.helse-vest.no/2/epj-fagforum/Delte%20dokumenter/Regional%20rutine%20PLO%20Tidligmelding.pdf#search=plo%20tidligmelding

Det ble sendt tidligmelding innen fristen på 24 timer i 17 av 19 journaler. Ved ett tilfelle ble det ikke sendt tidligmelding. Ved de to tilfellene som overskred tidsfristen var pasienten ny for kommunen, eller hadde ikke kommunal hjelp. Meldingene er derfor i tråd med rutinen .




**Figur 8**: tid fra pasienten er innlagt til tidligmelding er sendt.

**Konklusjon tidligmelding :** Tidligmeldingene i undersøkelsen sendes i tråd med tidskravet i avtalen. 9 av 18 meldinger manglet informasjon, dette var i flest tilfeller *forventet utskrivingstidspunkt* og dernest *antatt forløp*.

## PLO innleggelsesrapport

Denne rapporten skal sendes fra kommunens pleie og omsorgstjeneste når de mottar melding om at pasienten er innlagt.

Vi så på følgende elementer:

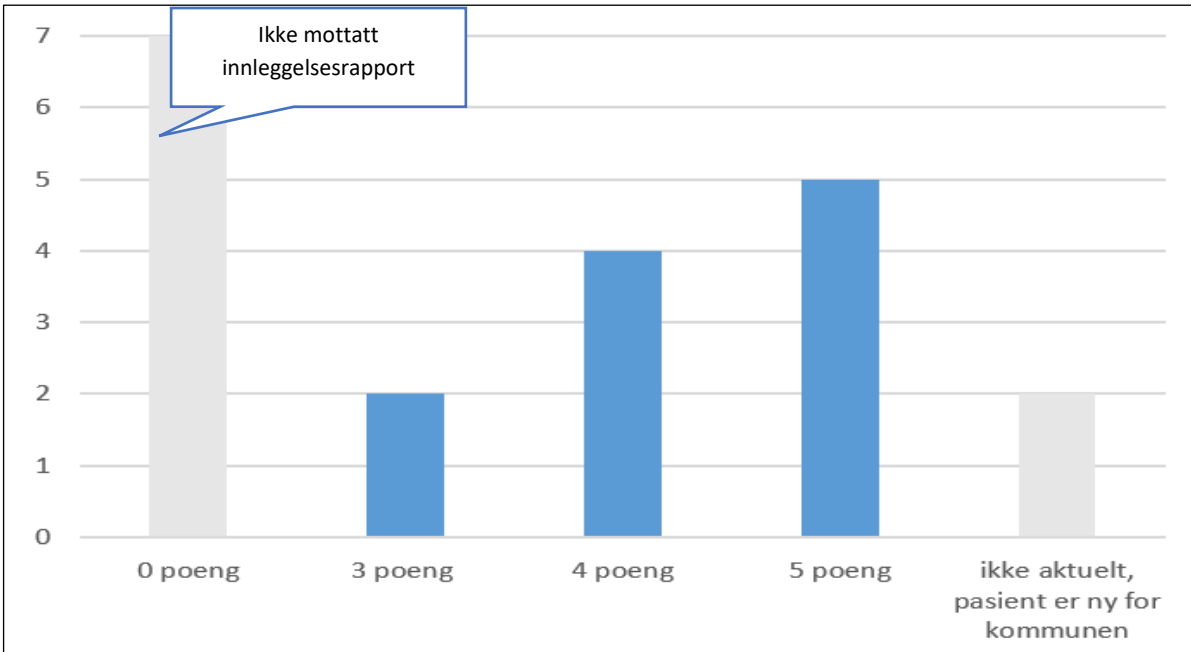
- Om meldingen ble sendt.
- Innholdet i meldingene.
- Hvor lang tid det tok fra pasienten ble innlagt til informasjonen ble tilgjengelig for klinikere i sykehuset.
- Om meldingen kom innenfor tidsfristen på 24 timer etter varsel om innlagt pasient ble sendt fra sykehuset.

## Innhold PLO innleggelsesrapport

Inholdet ble vurdert på en skala fra en til fem utifra kravene til innhold som er avtalt regionalt. Journalgranskerne skulle gi ett poeng for hvert av følgende punkt ( maks-score på 5 poeng)
• rapporten innheholder relevante opplysninger av betydning for omsorg og pleie av pasienten, som f.eks informasjon om sykdomsforløpet i forkant av innleggelse der kommunen er inne daglig hos pasient eller var involvert ved innleggelse.
• oppdatert legemiddelliste
• sykepleieopplysninger med funksjonsvurdering ( med ord ikke IPLOS tall)
• oversikt over hjelpemidler
• oppdatert individuell plan når aktuelt.

**Funn:** Utav de 20 journalene var 2 av pasientene nye for kommunen, å sende Innleggelsesrapport var derfor ikke aktuelt. Av de resterende 18 journalene så manglet innleggelsesrapport i 7 av de. 11 innleggelsesrapporter ble dermed registrert totalt.

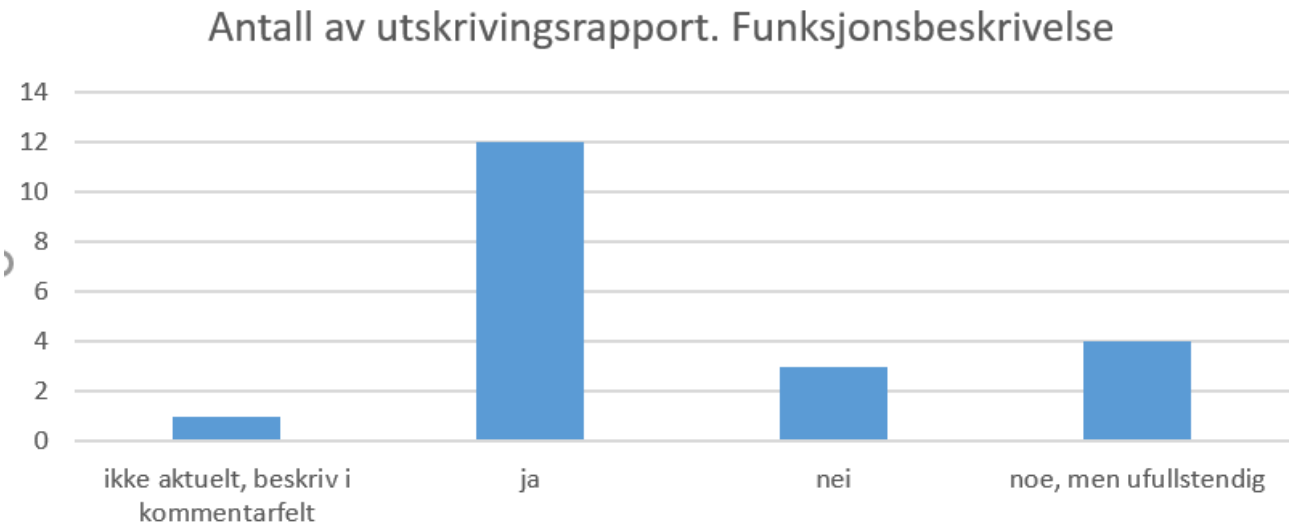
Av disse kom alle innen fristen på 24 timer etter meldingen om innlagt pasient er sendt fra sykehuset. Det var stor variasjon på hvor langt tid det gikk fra pasienten ankom sykehus til informasjonen fra hjemmesykepleien var tilgjengelig. Som vist i figur 9.




**Figur 9:** PLO- innleggelserapport Innhold

## PLO utskrivingsrapport

**Funn**: Som figur 10 viser hadde 12 av rapportene en funksjonsbeskrivelse. Journalgranskerne fant at i dette utvalget ble det sendt utskrivingsrapport på alle som var aktuelle. 12 hadde beskrivelser av funksjonsnivået som var fullstendige og i 7 av rapportene var innholdet utilstrekkelig eller fraværende.




**Figur 10**: funksjonsbeskrivelser i PLO-utskrivingsrapport

## Oppsummering med forbedringsforslag til PLO meldinger

Utført på bakgrunn av funn i undersøkelsen knyttet til innhold i PLO- tidligmelding, -Innleggelsesrapport og –utskrivingsrapport.

## Tidligmelding forbedringområder:

Vurderinger av pasientens ADL[16] frem i tid. Inne på sykehuset har klinikere et annet fokus på pasientens funksjon enn kommunen, og å avdekke hvor mye pasientene vil klare er det i liten grad tilrettelagt for. Pasientene er immobilisert og passivisert og utenfor sitt vante miljø. Sykdomsforløpet kan være fluktuerende og pasienten er, i tillegg til å være sykere enn vanlig, ofte mer forvirret enn de pleier. Realistiske vurderinger knyttet til hvordan antatt forløp vil være, og antatt utskrivingstidspunkt kan derfor i mange tilfeller ikke være mulig det første innleggelsesdøgnet. Primærhelsetjenesten er opptatt av å få denne informasjonen så tidlig som mulig for å planlegge sine tjenester. Vel heim bør se om det er tiltak som kan bidra til å forbedre prosessen med å forutse antatt forløp.

- Øke kunnskapen om spesialisten kan bli bedre til å forutsi pasientens antatte sykdoms/tilfriskningsforløp og estimere tidspunkt for utskriving. Implementere endringsforslag fra dette arbeidet.
- Sikre at det begrunnes i meldingen hvorfor informasjon om forventet utskrivings tidspunkt og antatt forløp ikke er tilgjengelig på aktuelt tidspunkt.

## PLO innleggelsesrapport forbedringsområde

Ut ifra funnene i undersøkelsen foreslår gruppa at Vel Heim ser på tre områder. Hvis disse forbedres kan PLO innleggelsesrapporten bli mer funksjonell og bidra til bedre pasientbehandling, mer presis diagnostikk, raskere avklaring av behandling og gi et bedre grunnlag for å planlegge for utskriving:

- Først og fremst må den skrives og sendes (manglet i 7 av 18 innleggelser)
- Kvaliteten på innholdet trenger å være i tråd med nasjonale retningslinjer.
- Rapporten bør være tilgjengelig og brukes når pasienten er i akuttmottak.

## PLO utskrivingsrapport forbedringsområde:

Funksjonsvurdering: Sykehusmedarbeidere har et annet fokus på pasientens funksjon enn hjemmesykepleien og bestillerkontor. Å avdekke hvor mye pasientene klarer er det i liten grad tilrettelagt for. Pasientene er immobilisert og passivisert og utenfor sitt vante miljø, mens de i tillegg er sykere enn de pleier å være. Vurderinger knyttet til hvordan pasienten vil fungere i eget hjem kan derfor være utfordrende å besvare. Mye avhenger av at innleggelsesrapporter og annen informasjon fra kommunen viser hvordan pasienten fungerer hjemme til vanlig. Hva er pasientens funksjonstap? Hva er prøvd ut før? Hva har vist seg å ikke fungere så godt. Hva virker?

[16] https://sml.snl.no/ADL

- Samhandling: arbeide med forbedret tilgang på innleggelsesrapporter som er i tråd med nasjonale standarder, slik at disse alltid er tilgjengelig ved innleggelse og alltid viser hvordan pasienten fungerer hjemme til vanlig.
- Øke kompetanse i spesialisthelsetjenesten på funksjonsvurderinger blant klinikere
- Forbedre tilgang på , fysio-ergoterapeut vurderinger
- Vurdere innføring av systematisk screening av pasienter til ulike utskrivingsforløp. Disse bør løses tverrfaglig og i team med kommunen.
- Behandlingsplaner i DIPS bør  brukes som grunnlag når utskrivingsrapporten skrives.

## 4.5 Analyse reinnleggelser

Reinnleggelse i sykehus kan vurderes til å være både en god og en dårlig indikator på kvalitet i helsetjenesten. Ved enkelte sykdommer som krever tett oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, f.eks. langt kommet kreft, kan det bli vurdert som god pasientbehandling at pasienten raskt blir re innlagt i sykehus. Ved for tidlig utskriving etter sykehusopphold, mangelfull behandling, mangelfull oppfølging etter utskriving eller dersom pasienten får postoperative sårinfeksjoner, vil reinnleggelser derimot bli vurdert som dårlig kvalitet i spesialisthelsetjenesten. Tolking av tallmaterialet må vurderes opp mot dette bakteppet.

I prosjektdirektivet står det at det er et stort potensiale for redusert omfang av reinnleggelser og unødvendige innleggelser. Helse Vest har utviklet et analyse- og kunnskapsgrunnlag som gir et godt utgangspunkt for å vurdere tiltak og potensiale. Det ble gjort beregninger som viste et betydelig potensial for økonomiske gevinster knyttet til redusert omfang reinnleggelser.

På bakgrunn av dette har vi sett på reinnleggelser, liggetid og utskrivningsklare pasienter i Helse Vest.

**Reinnleggelse:**
Pasienter som blir innlagt på nytt kort tid etter utskriving

**Definisjon:**
- Innleggelse skjer mellom 1 og 30 dager etter utskriving. Tid beregnes fra faktisk utskrivingsdato (ikke utskrivingsklar).
- Reinnleggelsen har hastegrad akutt.
- Forrige opphold var et døgnopphold.
- Reinnleggelsen genererer et nytt døgnopphold.

Definisjonen er basert på Helsedirektoratets definisjon*.

**Antall reinnleggelser:** antall pasienter som er reinnlagt i gjeldende periode.
**Andel reinnleggelser:** prosentandel reinnleggelser av totalt antall døgnopphold i perioden.
**Gj.snitt liggetid:** Gjennomsnittlig liggetid for alle døgnopphold med innleggelesdato i perioden.

**Utskrivingsklare pasienter (UKP):**
Pasienter som er vurdert klar for utskriving av lege, men som blir liggende på sykehuset i påvente av et kommunalt tilbud.

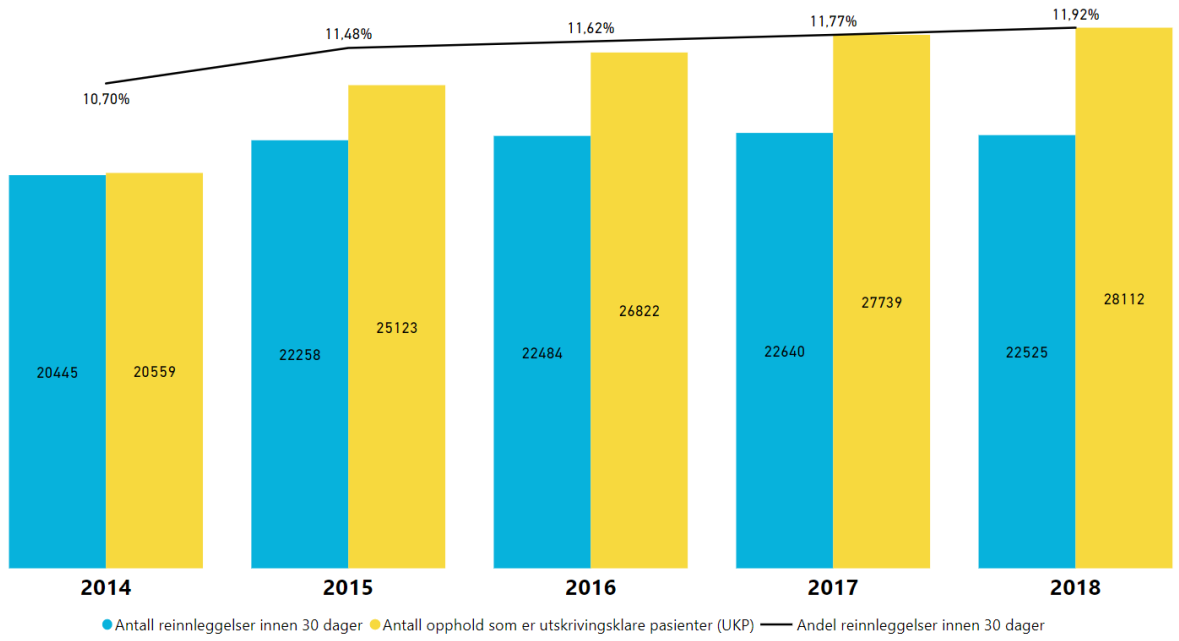
**Definisjon:**
- Pasienter som har et eller flere døgnskiller mellom vurdert utskrivingsklar og faktisk utskrivingsdato
- Pasienter som blir utskrevet samme dato som dato utskrivingsklar er ikke inkludert i utvalget

**Antall UKP:** antall utskrivingsklare pasienter som ble vurdert utskrivingsklare i gjeldende periode.

## Reinnleggelser i somatisk del av spesialisthelsetjenesten[17]

En del av utfordringsbildet i Vel Heim er andel reinnleggelser i Helse Vest. Andelen har økt fra 10,70% i 2014 til 11,92% i 2018. Vi ser samtidig at antall opphold som er utskrivningsklare pasienter øker.

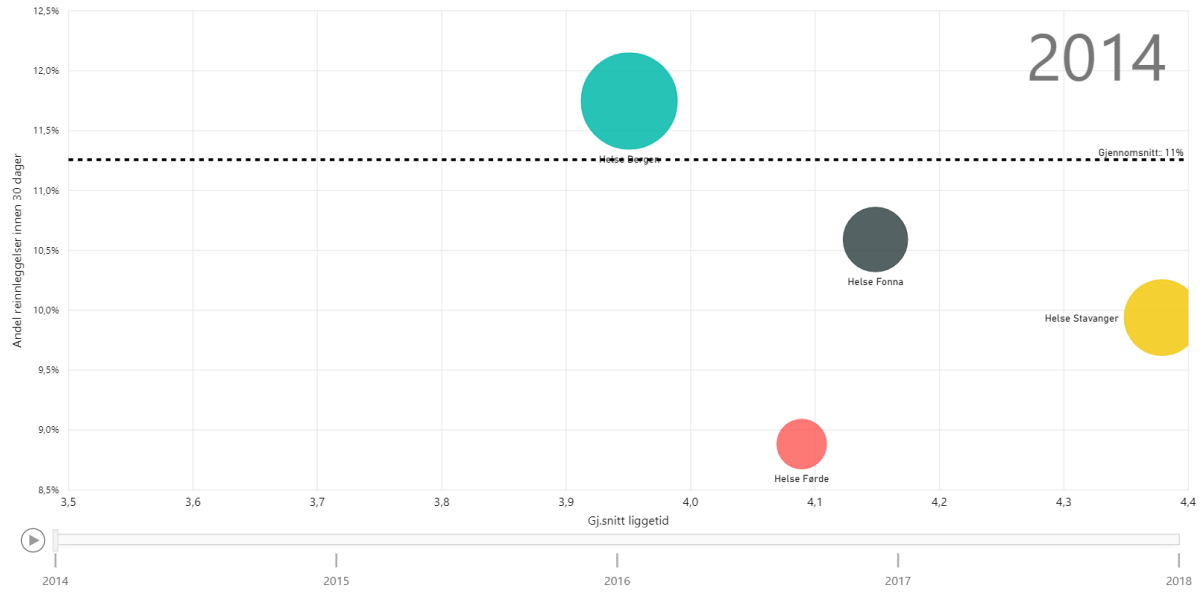
Her vises utviklingen i antall reinnleggelser og utskrivningsklare pasienter:

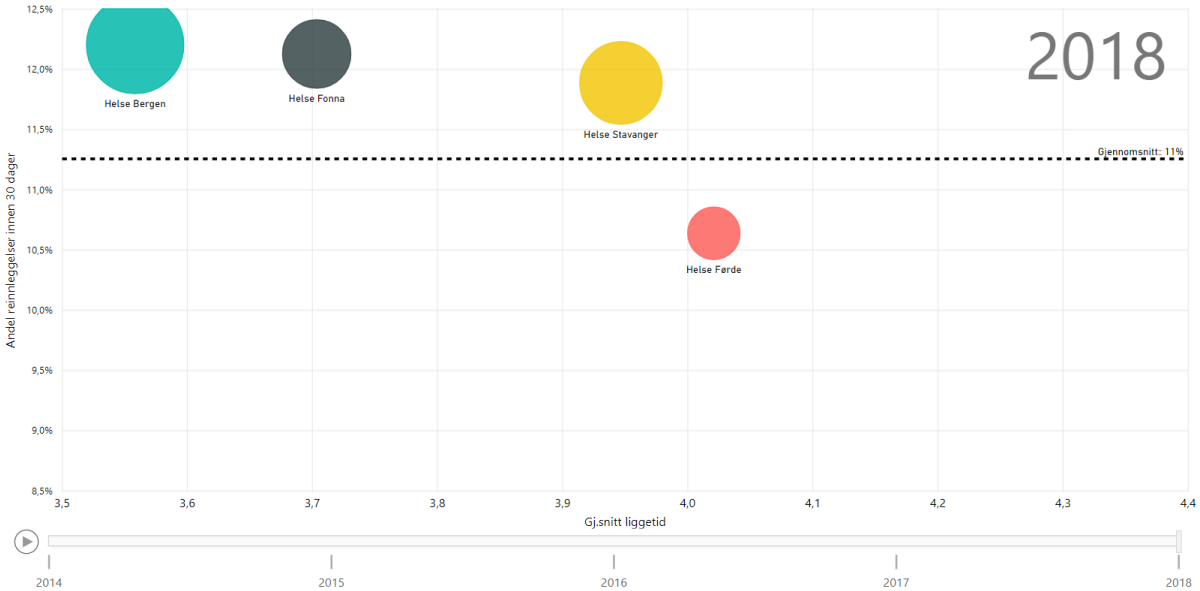



Vi har sett på utviklingen i andel reinnleggelser opp mot liggetid i helseforetakene. Her ser vi at liggetiden går ned, samtidig som andel re-innlagte går opp.

[17] https://rapportportal.helse-vest.no/reports/powerbi/lokale%20rapporter/helse%20vest%20rhf/alle%20m%C3%B8ter/reinnleggelser?rs:embed=true

Utviklingen fra 2014 til 2018: (Størrelsen på boblene indikerer størrelse på nedslagsfelt).

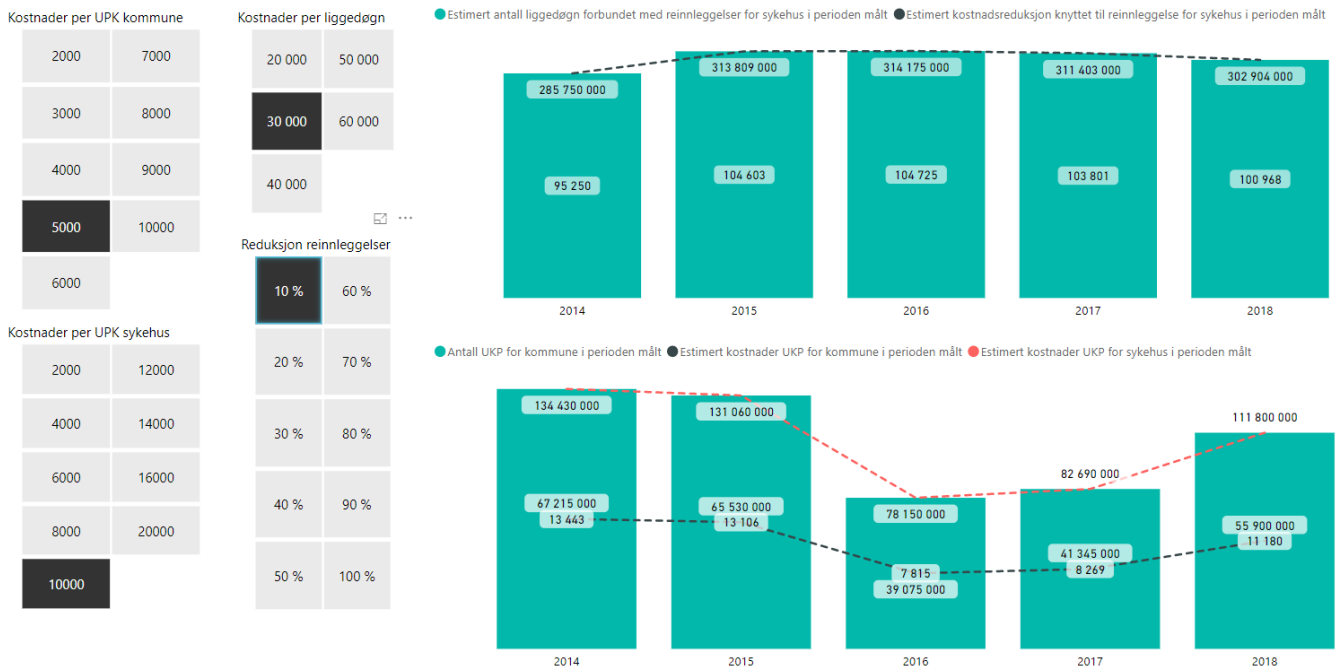



Hvor mye koster reinnleggelser og utskrivningsklare pasienter?

Verktøyet som vises under kan brukes til å simulere hva en reinnleggelse koster. For eksempel hvis vi bruker et tenkt estimat på kostnader der en UKP koster 5000kr for kommunen og 10 000kr for sykehuset, og et gjennomsnittlig liggedøgn koster 30 000kr. Dersom vi (med disse estimatene) klarer å redusere antall reinnleggelser i Helse Vest med 10% kan vi potensielt spare 302 904 000kr.

Dette vises i grafen under:

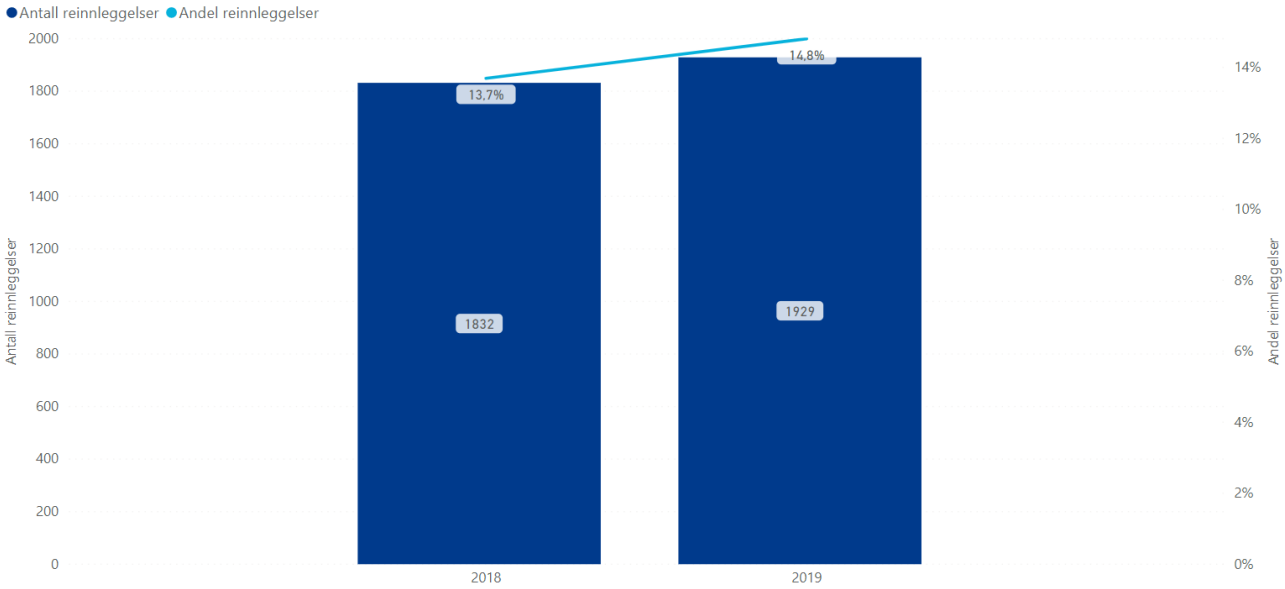



## Reinnleggelser i psykisk helsevern voksne (VOP) og tverrfaglig spesialisert rusbehandling (TSB)[18]

Når vi sammenlikner reinnleggelses tall i Helse Vest fra somatikk og psykisk helsevern, ser vi at det er større andel reinnleggelser i psykisk helsevern. I somatikk ligger gjennomsnittet på 11,92% i 2018, mens i psykisk helsevern ligger gjennomsnittet på 13,7% i 2018.

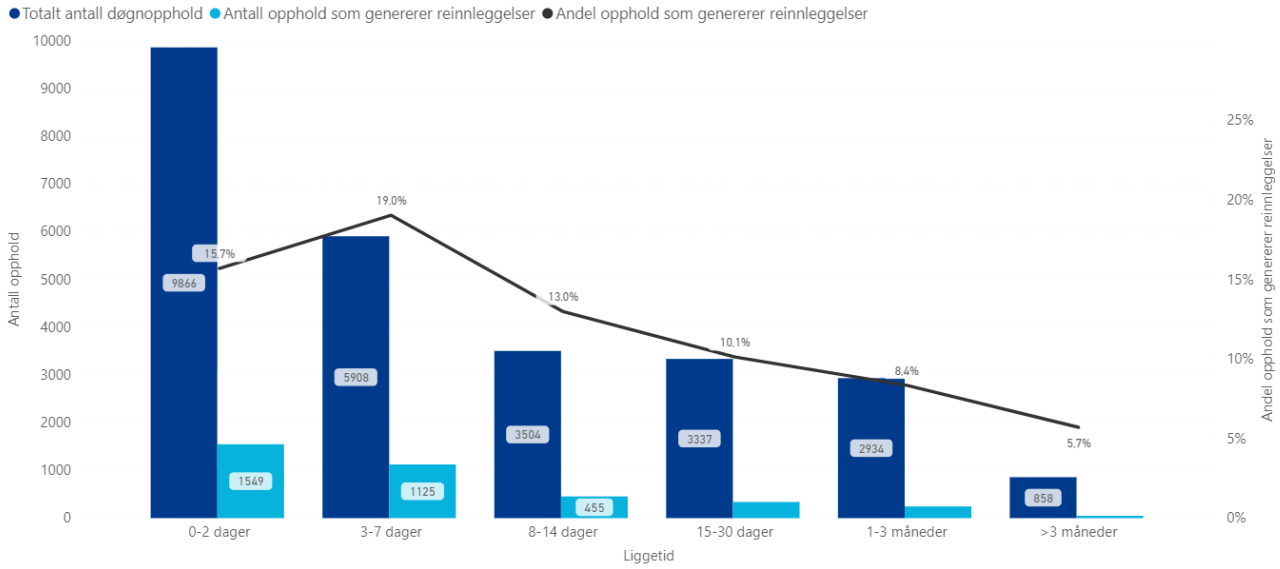
[18] https://rapportportal.helse-vest.no/reports/powerbi/Lokale%20rapporter/Helse%20Vest%20RHF/Tilgangsstyrte%20rapporter%20nasjonale%20NPR-data/Reinnleggelser%20psykisk%20helsevern?rs:embed=true

Her ser utvikling fra 2018 til 2019 i VOP og TSB

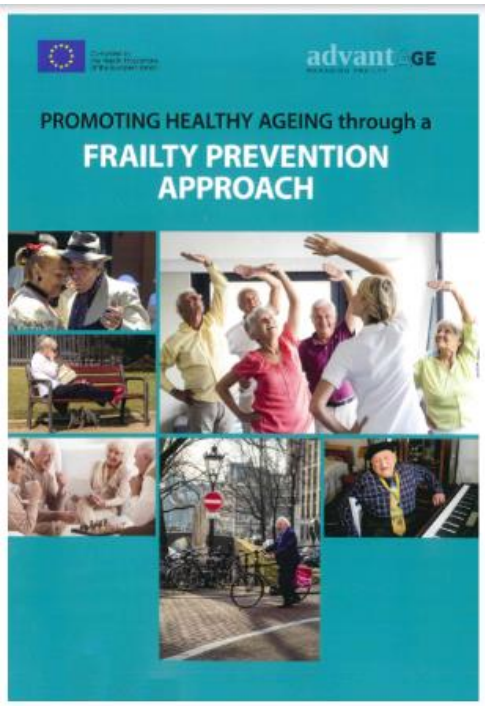



Vi har sett på tid fra utskriving til reinnleggelse i VOP og TSB i Helse Vest. Ut i fra denne grafen kan vi se at korte innleggelser gir større sannsynlighet for at pasienten re innlegges.

Denne viser liggetid ved forrige innleggelse og tid fra utskriving til reinnleggelse:



## 4.6 Erfaringer Nasjonalt og internasjonalt




Begrepet skrøpelige eldre er opprinnelig oversatt og hentet fra engelsk «frail». EU prosjektet advantAge [19] der Folkehelseinstituttet (FHI) deltar fra norsk side,
støtter seg til Verdens Helseorganisasjon sin definisjon: *"Frailty is a progressive age-related decline in physiological systems that results in decreased reserves of intrinsic capacity, which confers extreme vulnerability to stressors and increases the risk of a range of adverse health outcomes."* (WHO, 2015).

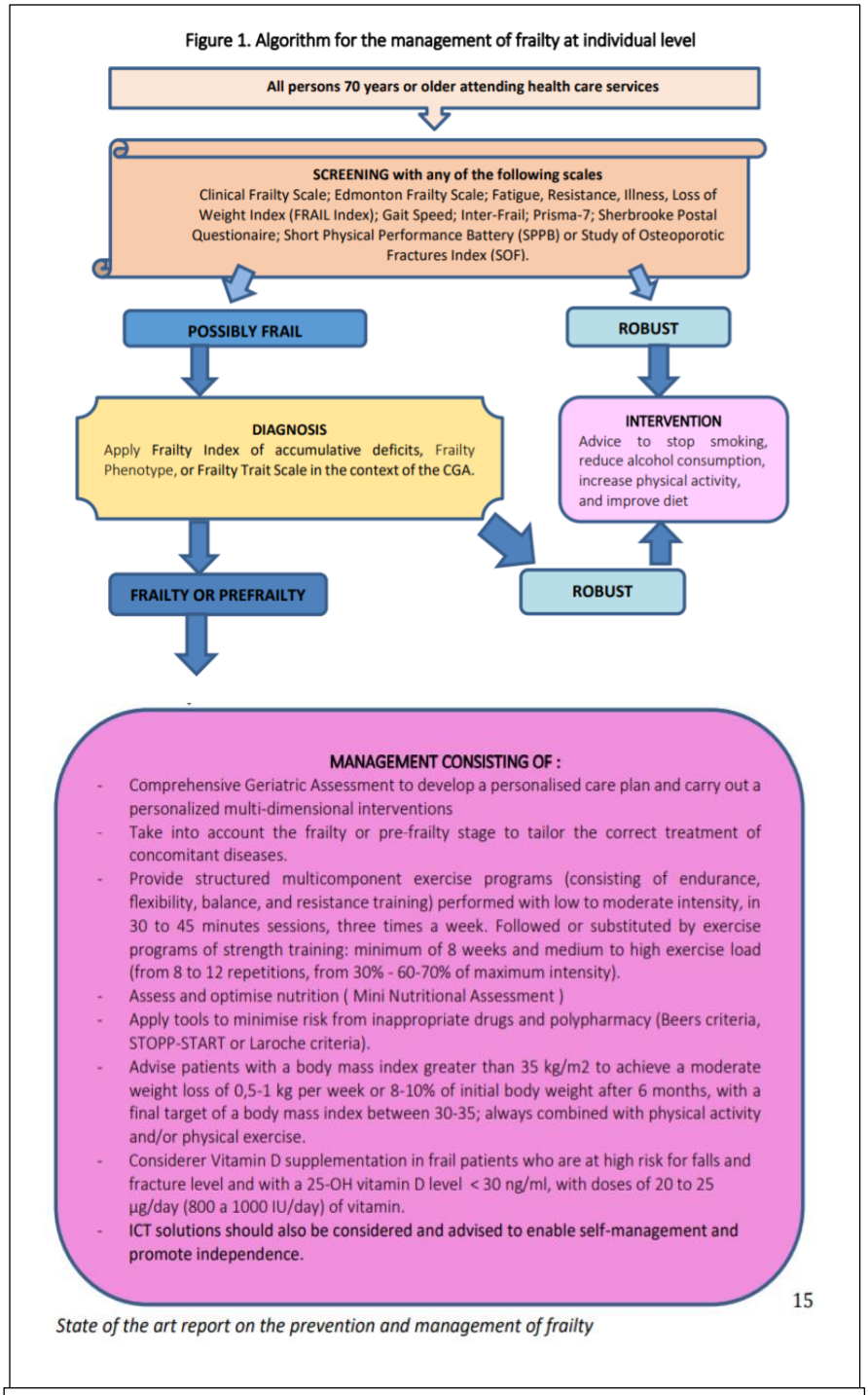
Prosjektet advantAge har målsettinger om å:

- Utvikle og fremme konsensus om hvordan forebygge Frailty/skrøpelighet i helse- og sosiale tjenester.
- Forbedre kunnskapen om lang-tids medisinske tilstander som rammer eldre pasienter, inkludert kroniske sykdommer i den hensikt å utvikle forbedrede strategier for:
  - Diagnostisering, behandling, omsorg- og pleie
  - i tillegg til å bidra med forskning
  - forbedret utdanning om skrøpelighet, funksjonshemming og multimorbiditet.
- Bidra til mer effektiv og bærekraftig respons på behovene til eldre, med særlig oppmerksomhet til kjønnsaspektet.
- Redusere byrden av -og ineffektiviteten i behandling, pleie- og omsorg av skrøpelige eldre
  - ved å gi støtte til egenomsorg
  - forbedre planlegging og koordinering av behandling, pleie- og omsorg.
  - Gjennom innovativ organisasjonsutvikling
  - ved å bedre samarbeidet mellom profesjonell og uformell støtte/omsorg.

### Tiltakene anbefalt av advantAge

Et hoved poeng for prosjektet er å sikre systematisk oppdagelse av skrøpelighet. Flere av landene har innført screening program for alle over 70 år som er i kontakt med helsetjenesten. Prosjektet viser til

[19] https://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf




**Figur 11:** Anbefalt algoritme fra advantage for å forebygge, og behandle skrøpelighet på individnivå.

anbefalte screeningverktøy og diagnoseverktøy[20].Pasienter som identifiseres som mulige skrøpelige et sted i helsetjenesten ( f.eks av hjemmesykepleien) henvises videre til lege, som eventuelt diagnostiserer pasienten som skrøpelig og henviser videre til CGA (Cemprehensive Geriatric Assessment) og teamforløp. Her utvikles så en individuelt tilpasset pleie- og behandlings-rehabiliteringsplan og intervensjoner på flere områder som er tilpasset skrøpelighetsnivå og de ulike sykdommene pasienten har.

## Forekomst av skrøpelige

Ulike screening verktøy graderer skrøpelighet langs en skala fra robust via sårbar til skrøpelig til alvorlig skrøpelig. En av de anbefalte verktøyene: clinical Frailty scale graderer skrøpelighet langs en skala fra 1 til 9. Der 1 innebærer at personen er robust, aktiv, energisk og motivert og er blant de mest spreke i aldersgruppen, mens skrøpelig er fra 5 til 8 på skalaen; 5=lett skrøpelig og vil si at personen er klart langsom og trenger hjelp til mer komplekse daglige aktiviteter (finanser, transport, vask og rengjøring, medikamenter) og vil ha økende problem med å handle eller gå utenfor huset alene, lage måltider og ordne i hjemmet. En person som skårer 9 på skalaen er regnet som terminalt levehalvår. [21]

[20] https://advantageja.eu/images/SoAR-AdvantageJA_Fulltext.pdf

[21] https://beta.legeforeningen.no/contentassets/21ef25cf569d44749573de21a8d6b043/clinical-frailty-scale-norsk_.pdf

Ifølge AdvantAge er forekomsten av skrøpelighet blant hjemmeboende eldre (65+ år) i Europa på ca. 15%, men er sterkt stigende med alder slik at omlag halvparten av de over 80 år kan karakteriseres som skrøpelige. Et viktig poeng i strategien er at skrøpelighet ikke er en nødvendig konsekvens av aldring, men tvert imot er *en tilstand som hvis det oppdages tidlig i stor grad kan forebygges og snus med de riktige virkemidlene.* Intervensjoner mot blant annet feil/overmedisinering, feil/underernæring og inaktivitet/immobilisering har vist mest effekt.

For Helse Vest sin del har tidligere beregninger vist at befolkningen over 70 år vil stige med over 100 000 frem mot 2040, og at den prosentvise veksten for aldersgruppa vil være nesten 6 ganger så stor som for de mellom 20-59 år [22].

## Skrøpelige eldre på sykehus

Pasientpopulasjonen skrøpelige eldre og multisyke er ofte innlagt på sykehus, blant annet viste en undersøkelse ved Helse Sør Øst at 5 % av pasientene krevde nær halvparten av ressursbruken i sykehusene, mens 1 % av pasientene stod for hele 22% av de samlede sykehustjenestene. Jan Frich, direktør for medisin og helsefag i Helse Sør-Øst RHF uttalte følgende *«– Dette er pasienter som typisk går inn og ut av sykehus og sendes mellom kommuner og sykehus og andre tjenesteytere. Studier og erfaring har vist at hvis vi kan gi bedre hjelp til disse pasientene, har det positiv effekt både for primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Erfaringer fra andre land tilsier færre innleggelser og færre kontakter med helsetjenesten, til det beste for pasientene»*[23] (Dagens medisin, sept 2018)

Erfaringene de har gjort i Tromsø er at etableringen av et team representerer en pukkelkostnad. Gevinstene tar tid å innhente og krever tålmodighet. Reduksjonen i innleggelser og reinnleggelser har ikke resultert i reduksjon i sengeplasser ifølge prosjektleder Dalbakk, men færre innleggelser gir mindre press på avdelingene som kan forbedre kvaliteten på behandlingen. PSTH (pasientsentrert helsetjenesteteam) prosjektet er som nevnt tidligere basert på henvisninger, og etter eget utsagn (Vel Heim var på hospitering) som regel involvert etter at pasienten er utskrevet. De er ikke delaktige i selve utskrivingsprosessen. De var opptatt av å ikke overta noen av oppgavene i avdelingene. Vel Heim tenker det er gevinster å hente på å flytte noen av oppgavene tilknyttet de kompliserte tilfellene som per i dag løses i avdelingene over til profesjonaliserte team.

## Utskrivingsprosess for eldre og skrøpelige i samhandling

Som vår egen kartlegging har vist legges det ned en betydelig innsats for å forbedre overganger for pasienter, og det gjøres mye godt arbeid på området, men tilbudet per i dag er sprikende og fører til

---

[22] https://prosjekt.helse-vest.no/hve/vel_heim/_layouts/15/WopiFrame.aspx?sourcedoc=/hve/vel_heim/Etablering/1.1%20Styrende%20dokumenter/Sak%20P15-18%20B%20Vedlegg%201%20Vel%20heim%20Prosjektkandidat.doc&action=default

[23] https://www.dagensmedisin.no/artikler/2018/08/09/en-prosent-av-pasientene-star-for-22-prosent-av-ressursbruken/

stor variasjon i kvalitet. I dag har de fleste somatiske avdelinger organisert utskrivingsprosessen som en aktivitet som skal gjennomføres av alle sykepleiere på post. Det tar tid å gjøre noe du gjør sjelden, eller om du er usikker, og det er fort gjort å glemme noe når det er stadige avbrytelser og mange andre tidkrevende og viktige oppgaver å løse i avdelingene. Dette gir økt risiko for mangelfull utskrivingsprosess. Hvis viktig informasjon glipper kan pasientens tilbud om kommunale tjenester utarbeides på feil grunnlag. Dette kan ha alvorlige konsekvenser for skrøpelige multisyke aleneboende, som er sårbare og avhengige av andres hjelp og kan blant annet føre til skade og reinnleggelser på sykehus. Studien «Reinnleggelser ved en hjertemedisinsk avdeling [24]», hadde en journalgjennomgang av 50 reinnlagte pasienter etter modell av Global Trigger Tool (GTT) og fant at «*Totalt hadde 29 pasienter minst én påvirkbar risikofaktor for reinnleggelse, hvorav mangelfull oppfølging etter utskrivelse og svikt i overlevering av informasjon til kommunehelsetjenesten var de vanligste. Mangelfull registrering og oppfølging av avvikende blodprøvesvar, nye symptomer like før utskrivelse og manglende informasjon i epikriser og til pasienter var andre risikofaktorer for reinnleggelse.*»

Manglende informasjon i meldingene trigger høy meldingsaktivitet mellom nivåene, fordi saksbehandler i kommunen trenger omfattende beskrivelser av funksjonsnivået til pasientene før de kan gjøre forsvarlige vedtak. I grensetilfeller der det må avklares om pasienten *må* ha sykehjemsplass eller *kan* fungere hjemme med omfattende hjelp, kan dialogen i PLO meldingene fremstå som en tautrekking og diskusjon mellom saksbehandler i kommunen og sykehusansatt der tilsynelatende ingen av de ønsker å ha ansvaret for pasienten. Dette kan svekke tilliten og påvirke samarbeidsklimaet mellom nivåene. PLO meldingene er tilgjengelige i pasientjournalen på helsenorge.no hvis kommunikasjonen pasienter og pårørende ser her er uryddig, mangelfull, uprofesjonell og lite omsorgsfull i formen kan tilliten til helsetjenestene svekkes og skade omdømmet til både foretak og kommuner. Dette kan ramme befolkningens trygghet for tilgang til nødvendige og kvalitativt gode helsetjenester.

Vel heim forslår derfor at organiseringen av utskrivingsarbeidet legger til rette for at medarbeiderne får tiden, arbeidsroen og møtearenaene de trenger for å fremme godt samarbeid og dialog. Samtidig må verktøyene som forenkler oppgavene og støtter delprosessene bli utviklet og gjort tilgjengelig. Ikke minst må utskrivingen tilpasses lokale forhold i de 66 ulike kommunene i regionen. Allikevel må variasjonen i organiseringen mellom enheter, foretak og kommuner begrenses slik at skrøpelige eldre multisyke pasienter med like problemstillinger mottar kvalitativt like tjenester uavhengig av bosted, noe som er et grunnleggende prinsipp i forvaltningen av kvalitativt gode helsetjenester. Dette taler derfor for regionalisering av prosesser, men med lokal tilpasning.

Mange av pasientene som er skrøpelige, multisyke og reinnlagte er inne i sitt siste leveår, Vel Heims egen journalundersøkelse viste at utav 20 randomiserte reinnlagte pasienter så var 12 døde ca. 7-8 måneder etter tidspunktet for reinnleggelse (på tidspunktet for journalgjennomgang)(se kap.4.4). Det ble kun i tre av epikrisene funnet informasjon som viser en vurdering av forventet fremtidig utvikling av funksjonsnivå. Ved Tromsø universitetssykehus, og deres prosjekt PSHT så ble 6

[24] https://tidsskriftet.no/2020/01/originalartikkel/reinnleggelser-ved-en-hjertemedisinsk-avdeling

måneders dødelighet redusert med 43% for pasientpopulasjonen som fikk deres tiltak .[25] I tillegg så de reduksjon i antall innleggelser samlet. Tiltakene i Tromsø går ut på geriatrisk vurdering i eget team som inkluderer kommuneansatte, der medikamentgjennomgang, tiltak mot fallrisiko, mobilisering og aktivitet og ernæringstiltak er sentrale innsatsområder. [26] Alt i tett dialog med pasienten som definerer hva han og hun synes er viktig. Med tanke på at gruppen utskrivningsklare og reinnlagte i vår journalgjennomgang fra juni 2019 hadde en dødelighet på 60% sju måneder etter utskriving, er det betimelig å spørre om det er i pasienter i dette utvalget som ville hatt bedre overlevelse om de hadde fått samme tilbud som i Tromsø. Systemet i Tromsø er basert på henvisninger. Prosjektet deres er nå gått inn som en del av vanlig drift og de ser nå på hvordan de kan utvide prosjektet til å gjelde alle stormottagere.

Ut ifra funnene fra egen journalundersøkelse er det grunnlag for å hevde at det er behov for et system som sørger for at klinikere i foretakene blir bedre til å identifisere pasienter som er skrøpelige, eller står i fare for å bli det, men som kan forbedre sin tilstand med CGA og intensiv hjemme rehabilitering og tett oppfølging av et team med et slikt fokus. Samtidig er det et behov for å identifisere pasienter med kort forventet levetid som ikke skal påføres unødige motiverende tiltak og kjenne seg presset til utmattende aktivitet mot slutten av livet. Disse to perspektivene krever etiske overveielser ved utskriving. Å finne ut hvilken av disse retningene pasienten er best tjent med må skje i tett dialog og samvalg mellom pasient og pårørende (når pasienten samtykker) og behandlende lege. Rapporten «Akutt syke eldre. Hva kjennetegner deres helsetilstand og behovet for helsehjelp?» [27] ( publisert februar 2019) utført ved Vestfold sykehus anbefaler tilsvarende.

## Innføre team?

Å sluse deler av samhandlingsprosessene over til noen ansatte som har ekstra kompetanse på feltet kan tenkes å både forbedre kvaliteten på kommunikasjonen med pasient og pårørende, sikre nødvendig kartlegging av pasientens funksjon og potensiale, forbedre og effektivisere informasjonsflyten i tillegg til å fremme og tilrettelegge for godt teamsamarbeid rundt pasientene i behov for dette. Samtidig er det sannsynlig at medarbeidere med spesialkompetanse og erfaring på kunnskapsområdet utskriving kan korte inn tiden de bruker per enkeltprosess. De kan også bidra til kvalitetsforbedringer av overganger og styrke samarbeidet mellom aktørene gjennom sin daglige kontakt med sine kommunale partnere. Ikke minst så vil de være godt rustet til å oppdage flaskehalsene i systemet og kjenne seg ansvarlige for å løse slike.

---

[25] https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-019-4397-2#Sec22

[26] https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteam-psht

[27] https://aldring-og-helse-media.s3.amazonaws.com/documents/Akutt_syke_eldre_som_kommer_til_sykehus_rapport_2019.pdf

# 5 Utfordringsbildet i Vel Heim

I Nasjonal helse og sykehusplan står det at helse- og omsorgstjenesten står overfor store utfordringer i årene som kommer. I Norge blir vi flere og eldre. I tillegg vil flere leve lengre med en eller flere kroniske sykdommer. SSB anslår at antall årsverk må øke med 35% frem mot 2035 dersom vi skal dekke fremskrevet behov for helse- og omsorgstjenester. For å tilpasse oss denne utviklingen må vi endre måten vi jobber på, samt ta i bruk ny teknologi.

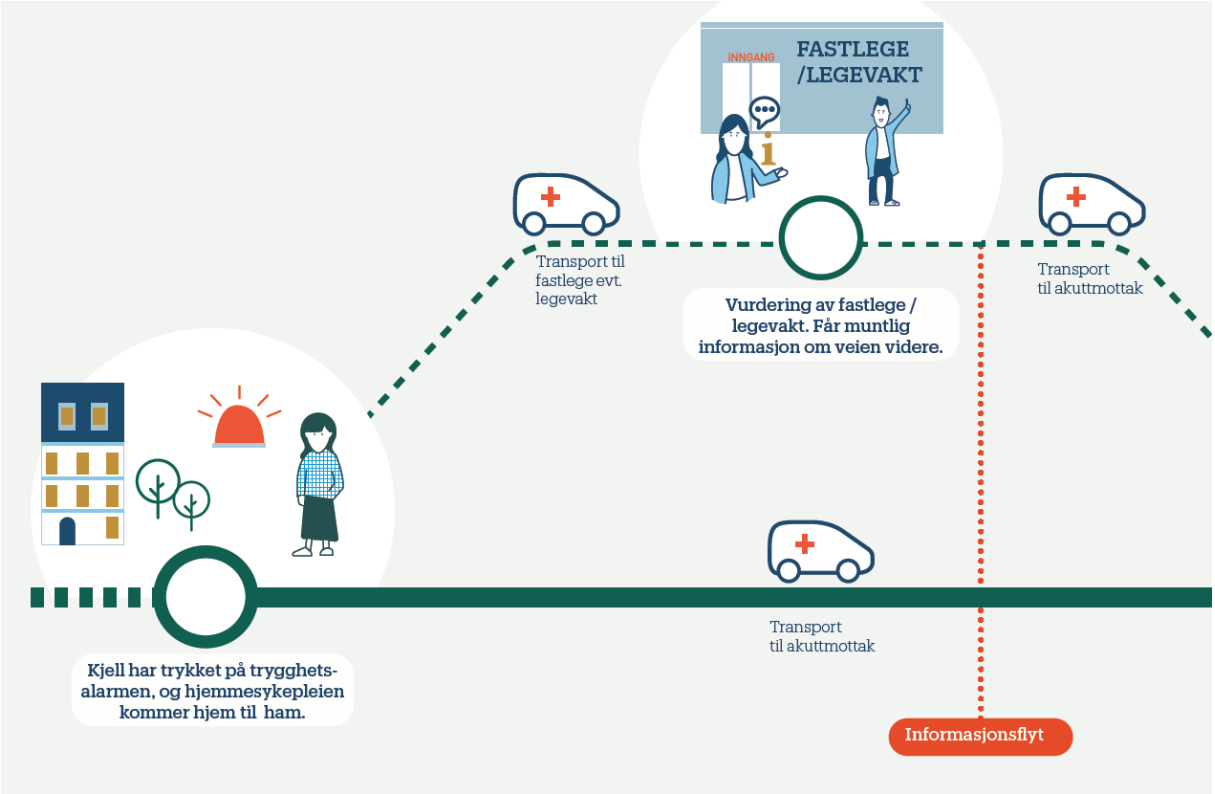
I 2019 ble 167 563 pasienter skrevet ut fra døgnopphold i spesialisthelsetjenesten i Vest.[28] Som tabellen (Statistisk Sentral Byrå) viser har det skjedd en nedgang i døgnopphold de siste 7 årene. Samtidig er tallet på polikliniske konsultasjoner på vei opp.

| | | | 2013 | 2014 | 2015 | 2016 | 2017 | 2018 | 2019 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| HELSEREGION VEST TOTALT | I alt | Utskrivninger | 205 394 | 210 823 | 173 804 | 173 106 | 172 782 | 169 294 | 167 563 |
| | | Polikliniske konsultasjoner | 1 449 126 | 1 574 609 | 1 749 066 | 1 768 398 | 1 878 828 | 2 403 714 | 2 455 384 |
| | Psykisk helsevern | Utskrivninger | 12 836 | 15 399 | 13 089 | 13 613 | 13 268 | 13 262 | 13 308 |
| | | Polikliniske konsultasjoner | 403 084 | 424 532 | 464 256 | 481 714 | 559 910 | 618 201 | 637 251 |
| | Somatikk | Utskrivninger | 190 238 | 192 762 | 160 060 | 158 847 | 158 829 | 155 250 | 153 382 |
| | | Polikliniske konsultasjoner | 974 726 | 1 072 390 | 1 170 328 | 1 189 598 | 1 215 460 | 1 616 580 | 1 649 170 |
| | Rusbehandling (TSB) | Utskrivninger | 2 320 | 2 662 | 655 | 646 | 685 | 782 | 873 |
| | | Polikliniske konsultasjoner | 71 316 | 77 687 | 114 482 | 97 086 | 103 458 | 168 933 | 168 963 |

Utfordringsbildet i Vel Heim er beskrevet av arbeidsgruppa i workshop hvor vi har jobbet spesifikt med temaet. Arbeidsgruppen har innhentet synspunkter fra klinikere i sine foretak og kommuner. Vi har også fått inn skriftlige innspill fra gruppen hvor de har beskrevet utfordringsbildet. Pasientforløpet i Vel Heim er visualisert, slik det er i dag, her beskriver vi utfordringsbildet slik det er beskrevet av arbeidsgruppen.

[28] https://www.ssb.no/statbank/table/06922/tableViewLayout1/

For å beskrive utfordringsbildet i Vel Heim bruker vi stegene i pasientforløpet slik det er i dag (vedlegg 10)




## 5.1 På vei inn i sykehus

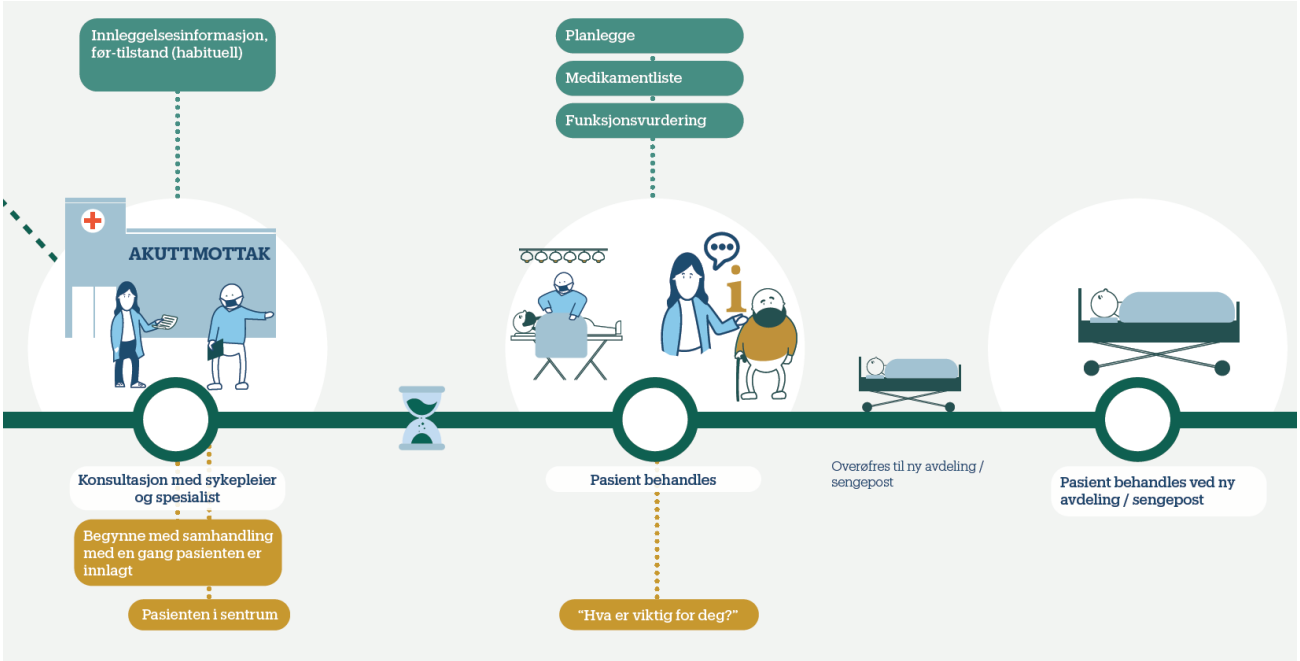
Som illustrert over ser vi for oss at pasienten kommer fra hjemmet (med eller uten kommunale tjenester). Pasienten blir transportert enten direkte til sykehus eller via legevakt/fastlege. Her treffer vi på de første utfordringene.

### Informasjonsflyt

Slik helse- og omsorgstjenestene er organisert i dag mangler vi IKT- systemer som understøtter god informasjonsdeling mellom kommuner og helseforetak. Vi har forskjellige journalsystemer som ikke snakker sammen. Når pasienten beveger seg mellom de forskjellige stegene i forløpet mister vi informasjon på veien. For eksempel kan det være slik at legevakten hverken har tilgang på fastlegens- eller sykehusets journal når pasienten kommer.

### Legemidler

Vi har også utfordringer med legemiddellister. I noen tilfeller kan det være slik at pasienten har en liste, sykehuset en, og fastlegen en, og ingen av disse stemmer med hverandre. Da må den aktuelle legen som tar imot pasienten bruke mye tid på «detektivarbeid» for å finne ut hva som egentlig stemmer. Dette utgjør en stor risiko for pasienten. I primærhelsetjenesten bruker man i stor grad multidose, tabletter og kapsler for hvert doseringstidspunkt som er maskinelt pakket i poser på en sammenhengende rull til den enkelte pasient. Denne ordningen har ikke legene i spesialisthelsetjenesten tilgang til, de kan ikke forordne eller endre legemidlene i multidosen.




## 5.2 Behandling i sykehus

Pasienten kommer til akuttmottak, her gjøres det kartlegging og utredning. Deretter flyttes pasienten til sengepost som fortsetter med utredning og behandling. Noen pasienter flyttes også mellom flere sengeposter.

### Planlegging av utskriving

Ideelt sett burde vi har startet planlegging av utskrivelse i det pasienten skrives inn i sykehus, men det forutsetter at vi har god informasjon om pasienten når han legges inn. Melding om innlagt pasient blir sendt når pasienten blir registrert innlagt og pasienten er ført over til aktuell sengepost. I enkelte tilfeller pasienten bli liggende i akuttmottak en stund før innleggelse blir bestemt. PLO-meldinger inn til spesialisthelsetjenesten blir sendt til PLO-tjeneste i aktuelt foretak og meldingen blir deretter rutet til den avdelingen pasienten er innlagt. Dersom meldingen blir sendt før pasienten er registrert innlagt vil den gå i udefinert arbeidsflyt. I Bergensområdet er det spesielt utfordrende da en ikke vet om pasienten blir innlagt på HUS eller HDS. Alt dette gjør at prosessen med å planlegge utskriving blir forsinket. Vi vet ikke nok om hvordan pasienten fungerte før innleggelsen, og får ikke gjort en god nok datasamling når pasienten kommer til sykehus.

### Rutiner for utskriving i sykehus

Vi mangler regionale rutiner for utskriving i Helse Vest. Det er stor variasjon i rutinene mellom foretakene og de enkelte sengepostene. Noen steder bruker man sjekklister, andre steder ikke. Sjekklistene varierer også mellom avdelingene, og er ofte tilpasset den enkelte avdelings drift.

### Pleie- og omsorgsmeldinger (teknisk løsning i DIPS)

Det er utarbeidet en nasjonal veileder for minimumsinnhold i PLO-meldingene Innleggelsesrapport, Helseopplysning og Utskrivingsrapport, men denne er ikke innarbeidet forleløpig. Det gir for stort rom for individuelle tolkninger av hva disse skal inneholde. Her er det stor variasjon i kvalitet på det som sendes til kommunen. Mottaker (kommunen) skal på bakgrunn av disse meldingene bestemme

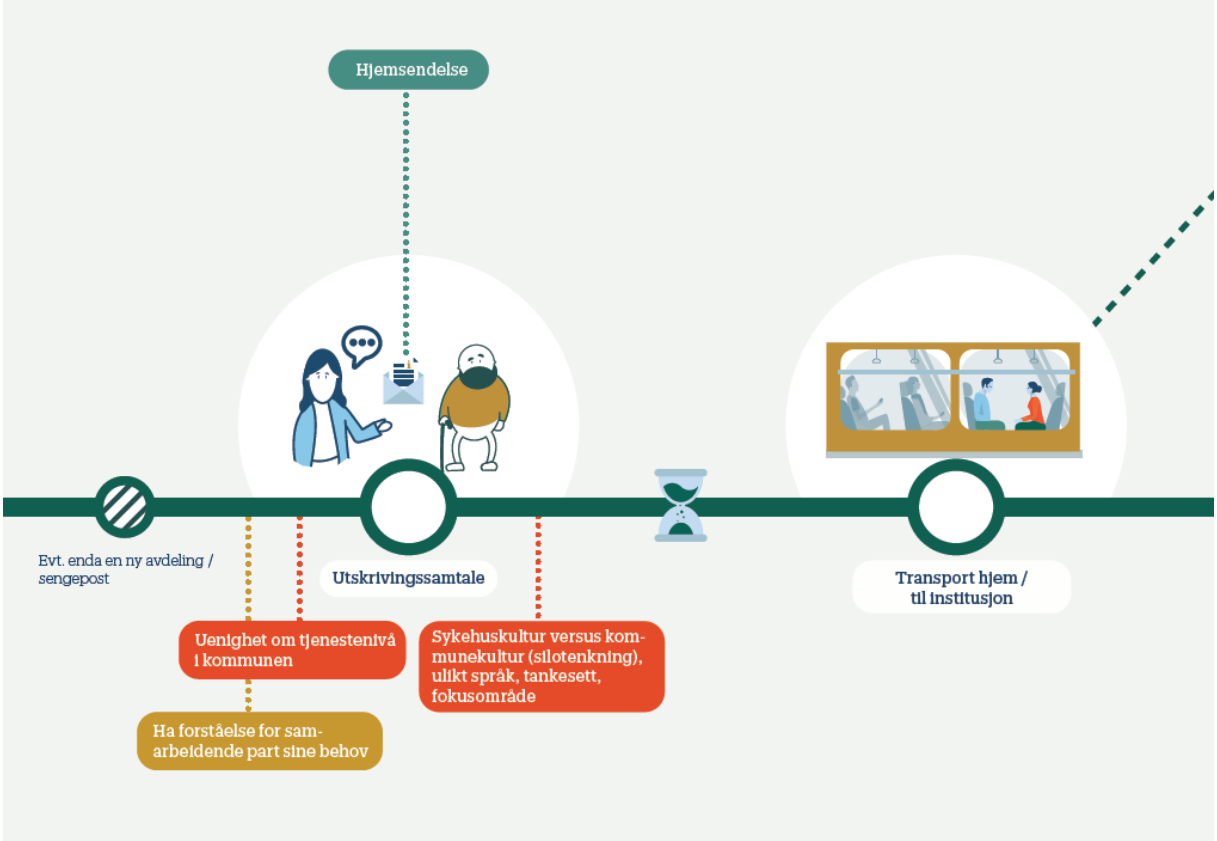
hvilket tilbud pasienten skal få i kommunen, og er i så måte prisgitt at disse meldingene inneholder en god kartlegging av pasienten. Her skal funksjonsnivået beskrives, men dokumentet legger ikke opp til det.

## Informasjon til pasient og pårørende

Det er stor variasjon i hvor mye, og hvilken type informasjon som blir gitt til pasienter og pårørende. Noen etterspør mer informasjon enn andre, og får også derfor mer informasjon. Noen avdelinger er flinke til å gi ut skriftlig informasjon sammen med muntlig, men her er man også prisgitt hvor man kommer, og hvilke rutiner som gjelder. Det er kulturforskjeller mellom avdelinger og foretak. (se kap. 4.2) Pasientene får ofte mange ulike beskjeder som ikke alltid samstemmer med hverandre, og de får stilt de samme spørsmålene om igjen. Pårørende blir ikke alltid tilstrekkelig involvert. Det er generelt for lite skriftlig og muntlig informasjon til pasienter og deres pårørende.

## Interne overflyttinger

Noen pasienter flyttes mellom forskjellige avdelinger inne i sykehuset, det kan være fordi sykdomsbildet endrer seg, men det kan også være fordi avdelingen ikke har plass til pasienten. For å unngå korridorpasienter flytter vi pasienten til en avdeling der det er bedre sengekapasitet. Det samme forekommer i kommunen, der pasientene også flyttes mellom avdelinger og institusjoner innad i kommunen.  Denne overgangen innebærer en risiko for pasienten. Vi ser at også innad på sykehuset glipper informasjon om pasienten når han flyttes. Det er også en risiko for at pasienten pådrar seg nye sykdommer eller skader ved flytting og venting.



## 5.3 Utskriving

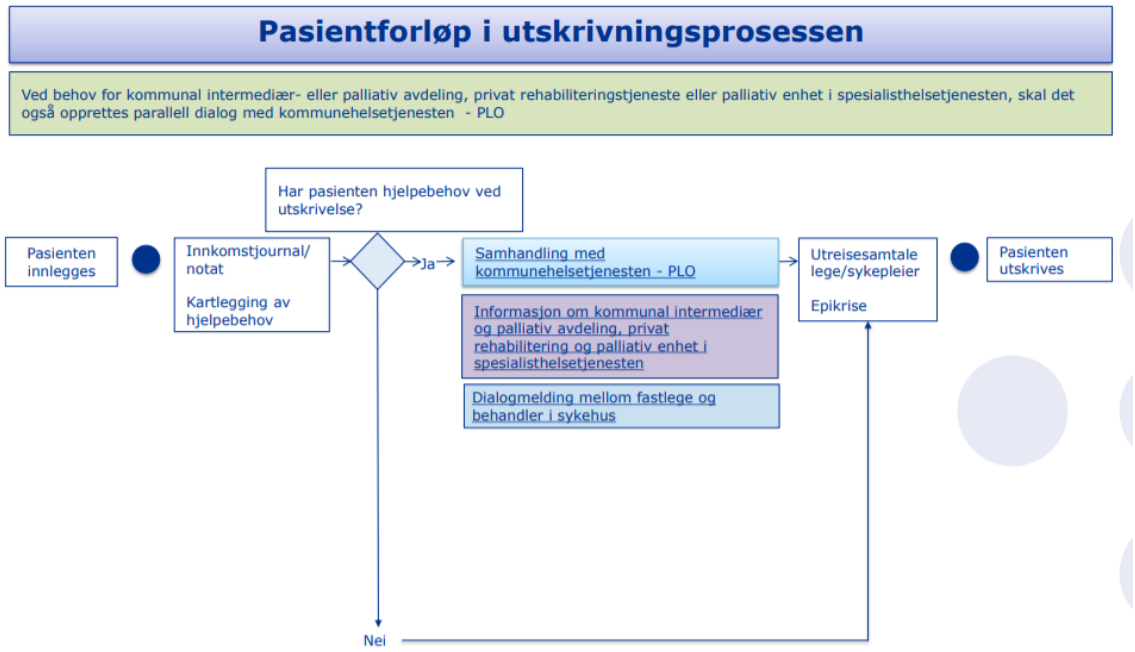
Pasienten er ferdig med behandling på sykehuset. Mange pasienter skrives ut fra sykehuset, til hjemmet, uten noen form for kommunal hjelp. Men en del skal ha oppfølging, enten poliklinisk eller hos fastlegen. Andre trenger hjelp fra hjemmesykepleie eller plass på en institusjon i kommunen.

For mange pasienter er utskriving fra sykehus forbundet med mye venting, de venter på å få informasjon, papirer og transport. Enkelte venter også lenge på å få tildelt en institusjonsplass i kommunen.

Samhandling rundt den enkelte pasient for å sikre en trygg utskriving, og god overgang til hjem/ sykehjem er organisert med utgangspunkt i PLO meldingsrutiner. Disse er utarbeidet for å sikre god informasjonsflyt og ansvarsoverføring ved overganger, i henhold til samarbeidsavtalene mellom foretak og tilsluttede kommuner.

Den praktiske samhandlingen om den enkelte pasient skjer i all hovedsak som en digital dialog via PLO meldinger mellom pasientansvarlig sykepleier på post og saksbehandleren på kommunenes bestillerkontor.

*Figur… Helse Bergen intranett: interaktivt skjema som viser deres pasientforløp i utskrivningsprosessen*




Typiske oppgaver som sykepleiere på post bør gjøre om utskrivingen skal tilfredsstille ovenstående krav er derfor:

- Drøfte og vurdere pasientens funksjonsnivå og egenomsorgsevne etter utskriving, og forventet utskrivningsdato med utskrivende lege. Samle informasjon som skal sendes til kommunen

- Kommunisere pasientens nåværende og forventede funksjonsnivå og forventet utskrivingstidspunkt til kommunens saksbehandler, innenfor gitte tidsfrister
- Fungere som bindeledd mellom kommune og pasient/pårørende mens de er på sykehuset.
- Dokumentere fortløpende
- Samle endringsinformasjon og skrive meldinger
- Vente på svar og følge opp dialog og forespørsler fra saksbehandler. Innhente informasjon fra kommune.
- Vurdere behovet for og evt gi opplæring til Pasient/pårørende og kommunens ansatte i bruk av ukjent utstyr, nye prosedyrer, nye medikamenter osv
- Vurdere og evt bestille og sørge for medisinskteknisk utstyr
- Informere kommunen om pasientens behov for å tilrettelegge hjemmet osv.
- Organisere hjemsendelse/ pasienttransport.
- Klargjøre og sende med nødvendig utstyr og medikamenter

## Epikrise

Epikrisen skal være en oppsummering av behandling som er gitt på sykehuset, pasientens funksjonsbeskrivelse, og en plan for videre behandling. Veldig ofte inneholder den mye informasjon om hva som har skjedd på sykehuset, hvilke vurderinger som er gjort og hvilken behandling som er gitt. Funksjonsvurderingen er ofte mangelfull (ref journalgjennomgang kap 4.4) og plan for videre behandling er ofte for kort oppsummert, noen ganger i en setning. Det bør være helt tydelig hva som sjal skje videre i forløpet, og hvem som har ansvar for hva. Enkelte ganger kan videre plan være: «kontroll på poliklinikk». Det hjelper ikke fastlegen eller kommunelegen når de skal planlegge videre behandling i kommunen eller i hjemmet (ref samhandlingsavvik- vedlegg 11). Epikrisen skal i utgangspunktet være ferdig når pasienten reiser fra sykehuset, men det er den ikke alltid, og den kommer ofte til fastlege eller kommunelege for sent i forløpet. Pasienten bør alltid få en kopi av epikrisen i hånden på vei ut av sykehuset.

## Utskrivningsrapport

Utskrivningsrapporten er en tverrfaglig oppsummering av forløpet og behandlingen i sykehuset. Den skal inneholde informasjon om behandling, pasientens funksjon, legemidler, plan for videre behandling og andre viktige opplysninger om pasienten. Innholdet i denne varierer en del, og den kan mangle viktig informasjon om pasienten, for eksempel fullstendig legemiddelliste. Problemet kan være at klinikere ikke kjenner til rutiner og avtaler om hva denne skal inneholde, og kan dermed ikke etterleve disse. Et annet problem er at det er for lite føringer i selve dokumentet om hva som skal stå der. Det er kommet nasjonale føringer for minimumsinnhold i disse meldingene, men de er ikke innarbeidet foreløpig.

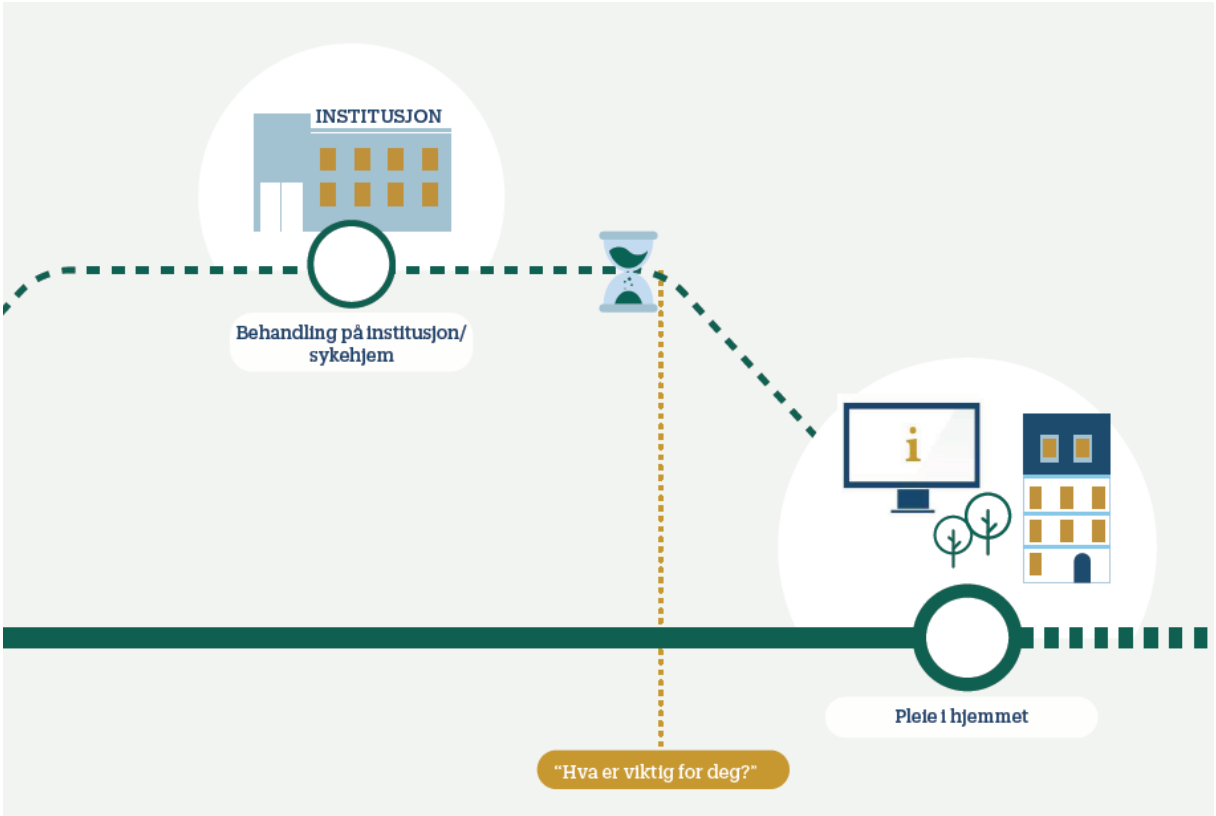
Det er ulik praksis i foretakene for hvordan man fyller ut rapporten, noen steder klipper og limer man fra andre dokumenter, for eksempel en epikrise som ikke er ferdig. Det er ikke alltid legen godkjenner dokumentet, og vi har ulike tanker om hva en funksjonsbeskrivelse skal inneholde. En stor utfordring er at sykehuset «bestiller» tjenester til pasienten fremfor å beskrive pasientens funksjon.

### Utskrivningssamtale

Alle pasienter skal ha en utskrivingssamtale før de reiser fra sykehus. Mange får utskrivingssamtale, men opplever ikke alltid at de har hatt denne samtalen. Det er også veldig varierende hva innholdet i denne samtalen er, og om pasienten blir inkludert i samtalen. Noen ganger kan det være mer som et informasjonsmøte der helsepersonell informerer pasienten først, og deretter spør «lurer du på noe». Det kan være vanskelig for pasientene å forstå all informasjonen som blir gitt, og da blir det også vanskelig å stille spørsmål.

### Polikliniske timer som ikke blir tildelt

Mange pasienter må vente lenge før de får tildelt en tidsfastsatt time. Det resulterer i unødvendig bekymring hos pasientene, og gjør at ventetiden oppleves som belastende. Det er økende etterspørsel av polikliniske timer, og endringsstruktur fra døgn til dag. Vi trenger å planlegge bedre og mer langsiktig i foretakene for å kunne bruke ressursene og kompetansen i klinikken på en bedre måte. Pasientene bør alltid få tildelt time til oppfølging før de reiser fra sykehuset.




## 5.4 Reisen ut av sykehuset

Pasienten er på vei ut av sykehuset. Her kan det oppstå konflikter mellom kommunen og sykehuset i forhold til hvilket tilbud pasienten skal motta i kommunen. Sykehuset har sendt opplysninger om pasienten, og beskrevet hvilket omsorgsnivå pasienten skal ha. Det blir ofte videreformidlet til pasienten som for eksempel «vi har søkt om sykehjemsplass til deg». Det er ikke slik at sykehuset

søker om sykehjemsplass, de søker om kommunale tjenester. Det er kommunen som tildeler tjenester ut fra opplysninger fra sykehuset.

## Koordinator

Pasientene er sårbare i alle overganger i forløpet. De har behov for informasjon, veiledning og trygging. Det er ofte mange involverte aktører i behandlingen, men ingen har et overordnet ansvar for pasienten. Den eksisterende ordningen med koordinator, kontaktlege og individuell plan kunne vært mer utbredt. I dag benyttes den av pasienter som har lovfestet rett til koordinator. Det er et potensiale for å bruke ordningen bedre og i større utstrekning.

## Samhandling om pasienten

Utfordringene med samhandling oppstår ofte når sykehusavdeling og kommune vurderer pasientens behov for hjelp ulikt. En typisk problemstilling er at sykehuset mener pasienten trenger sykehjemsplass/ heldøgns tilsyn og omsorg, særlig når pasienten har gjentatte reinnleggelser fra hjemmet, mens bestiller kontoret/ kommunen vurderer det slik at pasienten kan ivaretas hjemme. Å komme frem til en felles forståelse av hva pasienten trenger i slike grensetilfeller er krevende i meldingsform, og kan føre til konflikt og meningsbrytning der sykehusets ansatte opplever kommunen som «trenerende for utskriving» mens kommunen på sin side opplever det som sykehuset «skriver ut pasienter som ikke er utskrivningsklare». Et annet ankepunkt fra kommunene er manglende rolleforståelse blant sykehusansatte som forskutterer tjenester på vegne av kommunen.  Dialogen og tilliten blir skadelidende når de må argumentere mot pasienter og pårørende som hevder at «ja men legen lovte at mamma skulle komme på sykehjem». De lovpålagte samarbeidsavtalene er tydelige på at sykehuset skal beskrive pasientens funksjon, mens det er opp til kommunene å vurdere hvordan de vil praktisk innrette et forsvarlig tilbud.

Vi mangler et felles ansvar for helheten i pasientforløpene. Vi er enige om avtaler og prosedyrer for samhandling, men ikke nødvendigvis hvilke pasienter som trenger samhandling, eller hvilken kapasitet og kompetanse det må planlegges for. Dette forutsetter en felles virkelighetsforståelse, og kunnskap om hverandres hverdag, tilnærming, og utfordringer. Det er behov for at vi blir flinkere til å involvere hverandre, og planlegge sammen. Vi mangler gode arenaer for samhandling på klinikernivå. For eksempel er nettverksmøte mellom helseforetaket og kommunen for lite brukt. Dette er et godt verktøy for å planlegge forløpet til pasienten. Her deltar representanter fra spesialisthelsetjenesten og kommunen sammen med pasient og pårørende.

# 6 Prosjekt med påverknad på utskriving og samhandling

Det går mange både nasjonale og regionale prosjekt som avhengig av resultat, vil ha innverknad på utskriving og samhandling med primærhelsetenesta. Figuren under er meint å gje ein oversikt, og bygger på nasjonal e-helse portefølje pr. oktober 2019[29] samt pågåande regionale prosjekt i Helse Vest. Tiltaka som Vel heim ønskjer å sette i gang, er avhengig av at framdrift og leveransar både i nasjonale og regionale prosjekt.

[29] https://ehelse.no/styrer-og-utvalg/nuit-prioriteringsutvalget#M%C3%B8ter%20i%202019

## 6.1 Nasjonale prosjekt

### Digitale innbyggartenester i spesialisthelsetenesta (DIS)

DIS har som formål å utvikle nasjonale innbyggartenester for spesialisthelsetenesta på Helsenorge.no. Pilotering og innføring av utvikla tenester vert gjort av kvar enkelt region i eigne prosjekt uavhengig av DIS-prosjektet.

Planlagde leveransane i 2019/2020 er:

- Muligheiter for digital utfylling av skjema.
- Vidareformidling av dokument og skjema  til innbyggarar som ikkje er digitalt aktive på Helsenorge.
- Registrering, lagring og innsending av pasientens eigne data.
- Digital dialog med behandlande eining.
- Helsenorge tilbyr prøvesvar frå spesialisthelsetenesta.
- Helsenorge tilbyr videokonferanse med behandlande eining.

Leveransar er avhengig av tilgjengeleg finansiering.

### Pakkeforløp kreft heim

Pakkeforløp heim for kreftpasientar skal sikre forutsigbarheit for pasientar og kvalitet i utredning og behandling, både i spesialisthelsetenesta og i kommunal helse- og omsorgsteneste.

Pakkeforløpet skal ha eit spesielt fokus på psykososial oppfølging for både pasient, pårørande og etterlatne. Rehabilitering skal inn pakkeforløpet og skal innarbeidast der dette er ein naturleg del av behandlingsforløpet.

Prosjektet er i regi av Helsedirektoratet og i konseptfasen. Under forutsetning av godkjenning frå HOD og finansiering i 2020, legg ein opp til følgjande leveransar i 2020/21:

- Pakkeforløpet er utarbeid og implementeringsplan godkjent innan utgangen av 2020.
- Pakkeforløpet er gjort kjent/implementert i henhold til plan innan første halvår 2021.

### Kjernejournal dokumentdeling / innsyn i journal for helsepersonell på tvers

Målet med prosjektet for dokumentdeling er at helsepersonell med tilgang til nasjonal kjernejournal skal få oversikt over og lese pasientens sentrale journaldokument via kjernejournal. Prosjektet er i gjennomføringsfasen. Helse Sør-Øst vil bli første aktør som gjer sentrale dokument tilgjengeleg for klinikarar via kjernejournal. Utviklinga og utprøvinga i Helse Sør-Øst vil danne grunnlag for at løysinga også kan innførast i fleire helseforetak og for fleire brukarar av kjernejournal.

Leveransane i prosjektet for 2020:

- Avgrensa utprøving av trinn 1 frå OUS til valgde brukarar av Kjernejournal innan mai 2020.
- Tilpasse tenesta vidare støtte rundt løysinga til bredding. Bistå nye aktørar som ønskjer å knyte seg til som produsent i løpet av 2020.

## Pakkeforløp hjerneslag Fase 2 –rehabilitering

Dette er eit prosjekt som er i konseptfasen. Fokuset er på rehabiliteringsdelen av forløpet og arbeide vidare med forløp som omhandlar kommunal rehabilitering og overgang frå spesialisthelsetenesta til kommune.

Leveransar i prosjektet for 2020:

- Etablere system for måling og evaluering av pakkeforløp hjerneslag i løpet av des. 2019
- Starte innhenting av data for fase 2 (monitorering) i løpet av 2020

## Digitalisering av legemiddelområdet

Kontroll på legemiddelområde og få til løysingar slik at alle behandlarar har tilgang til ei oppdatert og felles medisinliste, som også inneheld kva medisinar som er gitt og som inkluderer multidose, er noko som heile helesektoren i Norge ser på som det viktigaste tiltaket. Dette skal realiserast gjennom pasienten si legemiddelliste knytt til kjernejournal. På kommunesida skal det i løpet av starten på 2020 testast tilgang til kjernejournal frå pleie og omsorgssystema. Ein av dei viktigaste komponentane i legemiddel-løpet er den nye sentrale forskrivingsmodulen (SFM). Innføring av multidose i e-resept inngår også som ein del av dette. Planen er å teste den nye forskrivingsmodulen med fastlegesystema på slutten av 2020/starten av 2021, og med pleie og omsorgssystema i kommunane i 2021. **Helse Bergen/Haraldsplass og Bergen kommune** skal pilotere pasientens legemiddelliste.

Planlagte leveransar:

- Prøve ut og innføre kjernejournal i kommunal pleie og omsorg. 2019-2024. (Er sett i drift i Arendal).
- Multidose i e-resept vert innført nasjonalt 2020-2024
- Utprøving av SFM (sentral forskrivingsmodul) til fastlegane Q4.2020-Q2.2021
- Prøve ut og innføre e-resept med SFM i kommunal pleie og omsorgsteneste i 2021-2024
- Prøve ut og innføre «pasientens legemiddelliste» i 2020-2025

Prosjektet er avhengig av finansiering og leveranse av utvikling i EPJ-system og apoteksystem.

## Digi-Ung/DigiHelsestasjon

Dette er prosjekt som skal tilrettelegge for digitale tenester for barn og ungdom. Digi-Ung som er det nasjonale prosjektet i regi av Helsedirektoratet, Bufdir og Direktoratet for e-helse, har som mål å lage/samordne digitale tenester på nett som dekke ulike behov.
Dei deler det inn i tre nivå:

- Nivå 1: generell informasjon og veiledning.
- Nivå 2: e-læring og anonym chat.
- Nivå 3: sikker dialog med lyd, video og tekst + timebestilling.

DigiHelsestasjon er kommunedelen av dette, der det vert lagt til rette for digital dialog (sikker dialog) på helsenorge.no inn mot helsestasjonstenestene. Løysinga skal piloterast i **Oslo, Stavanger, Haugesund og Bergen** i 2020**.** Løysinga er planlagt klar og overlevert til nasjonal innføring i løpet av første halvår 2021.

## Oppfølgingsteam

Dette er eit pilotprosjekt som er starta i 6 kommunar og med 67 fastlegar  i Norge. Målet er at ved bruk av oppfølgingsteam og eit risikokartleggingsverktøy, skal ein sikre at brukarar/pasientar med store samansette behov får betre oppfølging og reduserte behov for sjukehusinnleggingar og kommunale helse og omsorgstenester. To av kommunane som er med er i Helse Vest sitt område. Dei to er **Kinn og Suldal**. Kommunane har avsett ressursar og det er føljeforsking knytt til prosjektet. Pilotperioden er fram til 31. august 2021, og Sintef skal ha klar evalueringsrapport innan utgangen av 2021.
Det vil vere viktig for spesialisthelsetenesta å etablere kontakt med / følgje med på dette prosjektet for å hauste erfaringar og vere med på å vidareformidle gode tiltak.

## Nasjonal program for velferdsteknologi / Medisinsk avstandsoppfølging kommune

Medisinsk avstandsoppfølging er del av det nasjonale velferdsteknologi-programmet som går i kommunane. Det har vore køyrt ein pilot tidlegare på dette, men den er no utvida.  Målet her er sjå kva effekt medisinsk avstandsoppfølging har for personar med kroniske sjukdommar, og kva som fungerer knytt til organisering, teknologi mm. Pilotperioden går ut 2021. **Stad kommune** er med frå Helse Vest sitt område.

Leveransar i prosjektet:

- Beslutningsunderlag for nasjonal arkitektur og infrastruktur for medisinsk avstandsoppfølging – herunder eventuelle nasjonale komponentar innan okt. 2020
- Etablering av nasjonalt verferdsteknologisk knutepunkt innan utgangen av 2020.
- Evaluering av bruk av medisinsk avstandsoppfølging for personar med kroniske sjukdommar. (Effekt, organisering, teknologi) innan utgangen av 2021

## Primærhelseteam

Prosjektet er i regi av Helsedirektoratet. Det skal testast ein ny organiseringsmodell der ein etablerer eit  team i fastlegepraksisar som består av fastlege, sokneplеier og helsesekretærer. Teamet leias av ein fastlege. Målet med organiseringa er å tilby betre fastlegetenestar til pasientar som trenger det mest. Pilotprosjektet omfattar også utprøving av to nye finansieringsmodeller.

Målgruppa er alle pasientane til fastlegen, men med særleg fokus på pasientar med kroniske sjukdommar, psykiske helseproblem og rusavhengige, «skrøpelege eldre» og personar med utviklingshemning og funksjonsnedsetting.  Målet er å redusere behovet for omfattande helse- og omsorgstenester og betre samhandlinga innan kommunen sine helse og omsorgstenester og med spesialisthelsetenesta. Digital behandlingsplan er eit av tiltaka/avhengigheitene i dette prosjektet. Det skal også piloterast to ulike finansieringsmodellar.
Dei kommunane som er med i dette prosjektet frå vår region er **Stad, Kinn og Hå**.

Piloten går fram til 31.03.2023.

Det vil vere viktig for spesialisthelsetenesta å etablere kontakt med / følgje med på dette prosjektet for å hauste erfaringar og vere med på å vidareformidle resultat/tiltak.

## Digital behandlings- og eigenbehandlingsplan

Målet er å utvikle ein felles behandlings-/eigenbehandlingsplan som kan delast med pasient og helsepersonell på tvers av forvaltningsnivåa. Dette skal vere tilgjengeleg gjennom Kjernejournal og helsenorge. Prosjektet er viktig for mellom anna primærhelseteam og medisinsk avstandsoppfølging. Planen er å ha på plass ein prototype i 2021.

### Pakkeforløp psykisk helse og rus

Startskotet for innføringa gjekk 01.01.2019 nasjonalt. Prosjektet er i gjennomføringsfasen og ein utvidar med fleire tilstandar. Det som ligg i planen no er pakkeforløp gravide og rus, ADHD og spiseforstyrrelsar.  Desse skal innførast frå 2020 og framover. Dette krev koordinering både internt i sjukehusa, internt i kommunane, og mellom spesialist og primærhelsetenesta.

### AKSON

Prosjekt for felles kommunal EPJ-løysing  for alle kommunar utan om kommunane i Helse Midt sin region. Løysinga skal også ivareta ei heilskapleg samhandlingsløysing. Prosjektet er pr no i ein forprosjektfase og skal lever sentrale styringsdokument og beslutningsgrunnlag i løpet av Q1. 2020. Dette skal til ekstern kvalitetssikring som ein forventar levert i juni 2020.
Anbefalingane frå forprosjektet og den eksterne kvalitetssikringa gjev grunnlag for Stortinget si avgjerd. (tentativt desember 2020.)

## 6.2 Regionale prosjekt i Helse Vest

Vel heim vil vere avhengig av leveransar frå dei andre regionale prosjekta i Helse Vest. Samtidig kan Vel heim bidra med kunnskap om utskriving og behov knytt til samhandling inn i desse prosjekta.

### Digitalisering av helse i Vest

Det er inngått ein intensjonsavtale mellom Helse Vest RHF og KS Vest-Norge om å styrke samarbeidet mellom partane slik at regionen blir betre i stand til å understøtte nasjonale mål og føringar. Dette inneber at innbyggarane i regionen skal oppleve helsetenestene som heilskaplege og samanhengande.

Eit av dei prioriterte områda er:

*«Digitalisering av helsetjenestene i tråd med nasjonale strategier, føringer og løsninger Det bør gjennom annet halvår 2019 gjennomføres et avgrenset forprosjekt i den hensikt å utrede handlingsrom for ytterligere fellestiltak innen teknologiområdet mellom partene i Helse Vest sitt nedslagsfelt.»*

Det er sett ned eit forprosjekt med ei prosjektgruppe som har levert ein rapport med forslag til tiltak. Dei har delt arbeidet inn i to tiltaksområde:

- Tiltaksområde 1: Meir av det ein allereie gjer
    - Bredding av eksisterande meldingar til nye partar / områder.
    - Overgang til siste versjonar av meldingsstandarar / nye meldingsstandarar

- Tiltaksområde 2:  Nye samhandlingstiltak
    - Ei rekke tiltak som medfører elektronisk samhandling ut over meldingsutveksling på nye områder.

## KULE: Kurve og legemiddelprosjektet

Helse Vest brukar Meona som system for handtering av legemiddel. Legemiddel og endringar i legemiddel, er ein viktig del av den informasjonen som skal delast med fastlegane og eventuelt kommunane når pasienten er på veg tilbake til kommunen. Det er i dag ikkje god nok integrasjon mellom Dips og Meona slik at legemiddelinformasjon går saumlaust mellom desse to systema. Dei elektronisk meldingane som inneheld legemiddel, vert sendt til fastlegar og kommunar frå Dips. I dag må helsepersonell kopiere legemiddellista frå Meona inn i Dips før dei sender utskrivingsrapport eller epikrise til kommunen. Dette er ikkje ei optimal løysing. HELIKS-programmet ser på korleis ein skal løyse dette på kort og lang sikt i Helse Vest. Eit av områda ein jobbar med no er korleis ein skal legge til rette for den nye sentrale forskrivingsmodulen, og korleis ein skal realisere pasientens legemiddelliste. Det vert arbeid med tilrettelegging av ein mulig pilot på pasientens legemiddelliste der **Helse Bergen/Haraldsplass og Bergen kommune** er aktørar. Tidsperspektivet på innføring av pasientens legemiddelliste i heile helsesektoren, vil også ligge til grunn for vurderingane ein må gjere med omsyn til å setje i verk eventuelle midlertidige tiltak.

## ODA: Overgang til Dips Arena

I samband med at alle helseføretaka etter kvart skal ta i bruk DIPS Arena, vil det bety endringar i arbeidsflyten og rutinane på sjukehuset. Det vil også ha noko å seie for utfylling og sending av dei elektroniske meldingane til fastlege og kommune. DIPS Arena har betre funksjonalitet for gjenbruk av data, betre muligheiter for å lage tilpassa sjekklister, og betre muligheiter for å lage tilpassa brukarflate for den einskilde faggruppe.

## Digitale helsetjenester Helse Vest

Det er i gang eit forprosjekt i Helse Vest som skal sjå på kva områder, og korleis ein kan gjere seg nytte av medisinsk avstandsoppfølging. Det å kunne tilby «sjukehustenester» ute i heimane til innbyggarane, er eit av dei områda som er framheva som viktig «Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023» og i «Helse 2035 strategi for Helse Vest». Vi vil også ha god nytte av å bruke videokommunikasjon både i pasientbehandlinga og i samarbeidet mellom helsepersonell, i mykje større grad enn til no.

## Pasientflyt og ressursar

Prosjektet sitt formål er å:

- Understøtte effektiv pasientflyt, og bidra rett prioritering og bruk av sjukehusets ressursar.
- Gi muligheit til å ivareta den enkelte pasient med særlig fokus på pasientar med forløp på tvers av fag, avdelingar, og fagsystem.
- Legge til rette for tverrfaglig samarbeid.
- Gi støtte til helsetenestae sine arbeidsprosesser og informasjonsflyt, og bidra til økt kvalitet og effektivitet i tenesta.
- Forenkle kvardagen for medarbeidarar gjennom brukarvennlige løysingar, og bidra til å frigjøre tid for klinisk personell til pasientbehandlinga.

Leveransane i dette prosjektet vil vere med på å legge til rette for ein meir strukturert pasientflyt også på veg ut av sjukehuset.

### Vel planlagt

Det er i gang eit regionalt prosjekt «Vel planlagt» med oppstart februar 2019 og forventa slutt desember 2020. Prosjektet er ein oppfølgjar til «Optimal timetildeling» og «Avansert oppgåveplanlegging» og har følgjande leveranse:

- Avansert oppgåveplanlegging fullt innført
- Optimal timetildeling innført
- Utvida funksjonalitet for oppgåveplanlegging i GAT og DIPS

Det at pasientar som treng oppfølgingstime etter eit opphald eller poliklinisk behandling på sjukehus, får tildelt denne med ein gong, vil heve kvaliteten på tenestene til pasientane. Prosjektet vil bidra til føreseielegheit og større tryggleik for pasientane.

### Innsjekk og betaling

Formålet med prosjektet «Innsjekk og betaling» er å gi pasienten større fridom og muligheit til å være en ressurs i pasientforløpet gjennom bruk av sjølvbetente løysningar, samt gi sjukehuset muligheit for betre pasientoppfølging og ressursplanlegging.

- Sjølvbetent ankomstregistrering skal gi pasient/pårørande muligheit til å melde sin ankomst uten å måtte henvende seg i resepsjon. Ankomstregistrering skal, i tillegg til på egne sjølvbetenings-einingar i sjukehusa, kunne utføres via pasientens egen mobile eining/smarttelefon.
- Løysing for køhandtering og meldingsformidling skal gi sjukehuset betre oversikt og muligheit til å følge opp pasientar som er registrert inn til timeavtale. Løysinga vil også gi sjukehuset verktøy for betre nytting av ressursane.
- Sjølvbetent betaling skal kunne utføres utan at pasienten må henvende seg i resepsjon/skranke. Løysninga skal være framtidsretta og kunne tilby betaling via ulike kanalar f.eks. betaling på smarttelefonar – samt nye mobile betalingsløysingar som blir utbredt i Norge.

## 6.3 Andre nasjonale og lokale forhold som påverkar

Både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta har i kraft av lovkrav plikt til å sørge for at EPJ-systema verksemda brukar skal ta omsyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling.

I Lov om spesialisthelsetjeneste § 3-2 står det følgjande:

> *Helseinstitusjon som omfattes av denne loven, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene ved institusjonen er forsvarlige. Den skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.*

I Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m § 5-10 står det følgjande:

> *Kommunen og virksomhet som har avtale med kommunen om å yte helse- og omsorgstjenester, skal sørge for at journal- og informasjonssystemene i virksomheten er forsvarlige. De skal ta hensyn til behovet for effektiv elektronisk samhandling ved anskaffelse og videreutvikling av sine journal- og informasjonssystemer.*

I forlag til ny E-helselov ligg det inne ein lovfesta plikt til å gjere nasjonale e-helseløysingar tilgjengelege:

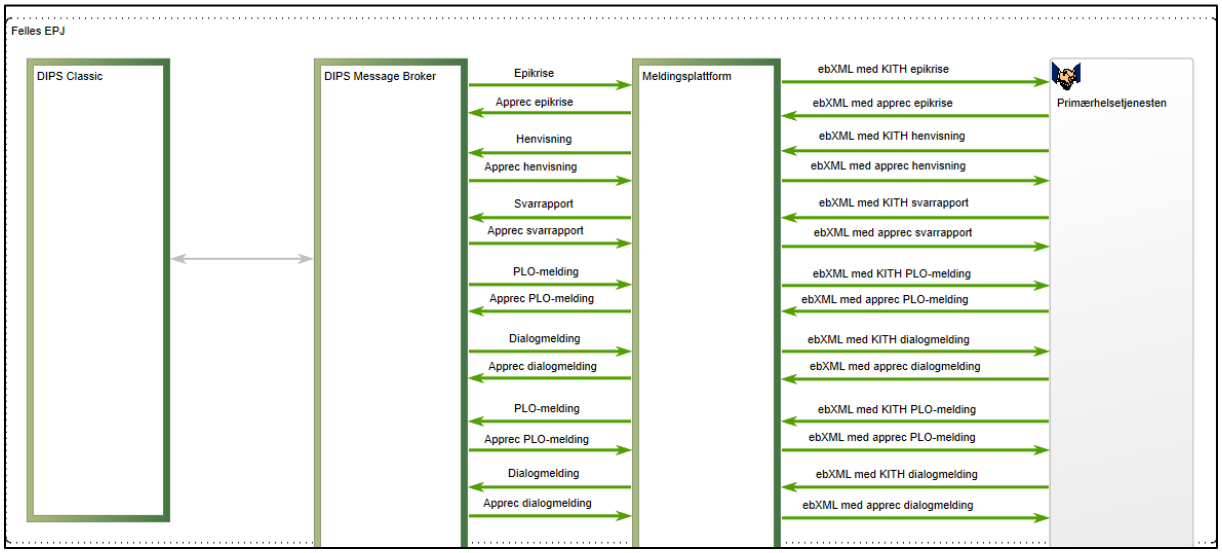
> *§ 6 Plikt til å gjøre nasjonale e-helseløsninger tilgjengelige i virksomheten Helseforetak, kommuner og fylkeskommuner skal gjøre de nasjonale ehelseløsningene som nevnt i § 5 tilgjengelige i virksomheten fra tidspunkt fastsatt i forskrift. Det samme gjelder private virksomheter som yter helse- og omsorgstjenester etter avtale med regionale helseforetak, helseforetak, kommuner eller fylkeskommuner og virksomheter som er godkjent med hjemmel i spesialisthelsetjenesteloven § 4-3.*

Dette vil bidra til at styrke innføring av e-helseløysingar i helsesektoren. Både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta får nye «knaggar» til å henge framtidig prioriteringar av utvikling saman med sine leverandørar. I tillegg vil forslag til endring i «Forskrift om IKT – standardar og nasjonale e-helseløysinger» bidra til at dagens samhandlingsløysing som i stor grad består av elektronisk meldingsutveksling, blir meir robust og at det vert tilrettelagt for nødvendig utveksling av informasjon på rett format i alle deler av sektoren.

Samtidig har både spesialisthelsetenesta og primærhelsetenesta behov for å utveksle pasientinformasjon med andre samarbeidspartar som ikkje har elektronisk pasientjournal. På dette området brukar spesialisthelsetenesta i dag til ein viss grad Digipost men mykje går på papir. Helse Vest er i ferd med å skaffa Digipost-modul til DIPS, men i kva grad samarbeidspartar kan ta i mot elektronisk post gjennom Digipost heilt inn i sine system er ikkje kartlagt.

Elektroniske meldingar ut til primærhelsetenesta som i dag den viktigaste måten å dele EPJ-opplysningar på, går i all hovudsak ut frå DIPS. Unnatak her er røntgensvar og labsvar som vert sendt direkte frå fagsystema for lab og røntgen

Figuren under viser meldingane som går frå DIPS:

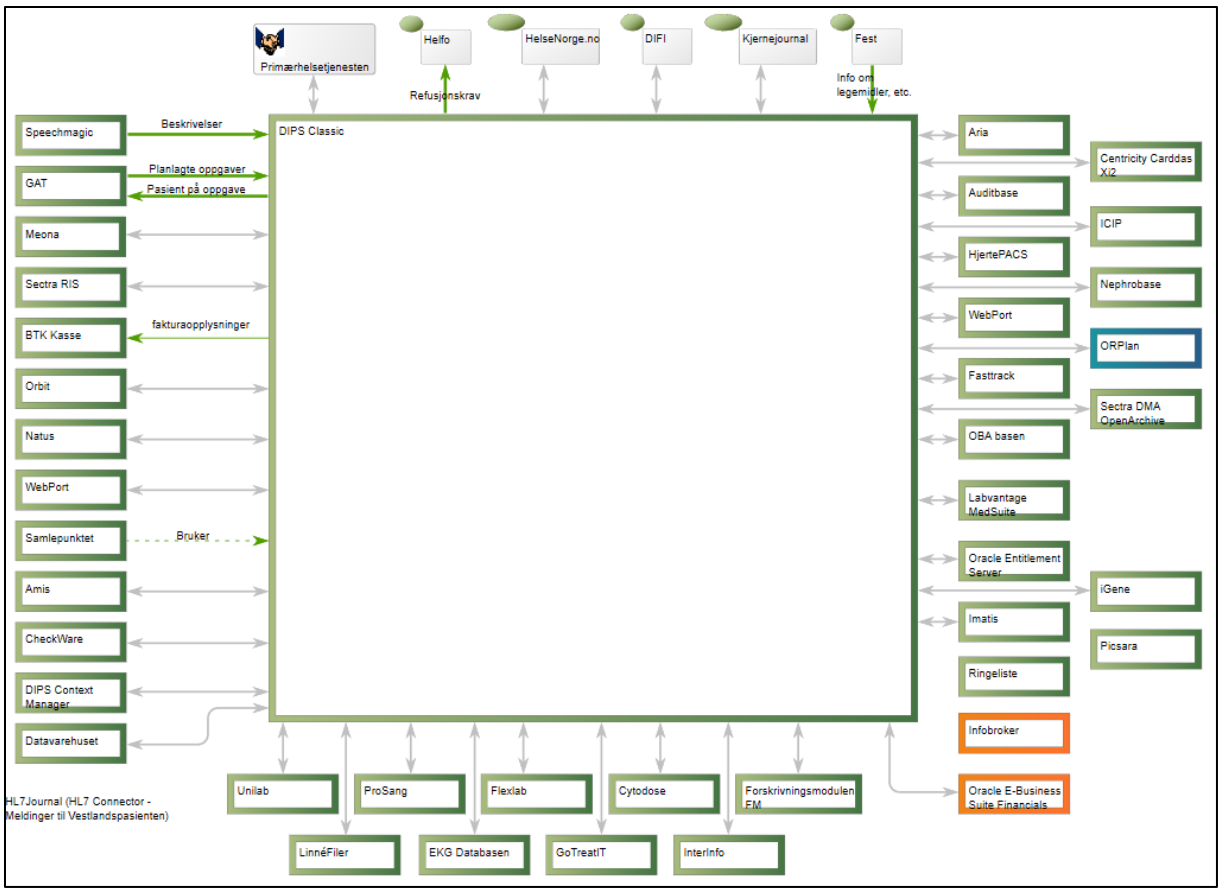



Dette betyr i praksis at pasientinformasjon som skal delast med primærhelsetenesta må tilgjengeleggjerast i DIPS eller manuelt kopierast inn frå andre system når helsearbeidaren produserer den elektroniske meldinga. Det stiller store krav til at medarbeidaren både har

kompetanse om korleis dette skal gjerast, kvar ein finn ulik pasientinformasjon, og ikkje minst hugsar å ta med viktig informasjon i ein travel arbeidskvardag.

Vi er også avhengige av at dei ulike avdelingane og helseføretak, i stor grad brukar systema likt og dokumenterer «lik informasjon» i same system. På dette området er det ein veg å gå.

Figuren under viser DIPS og informasjonsutveksling med andre system.



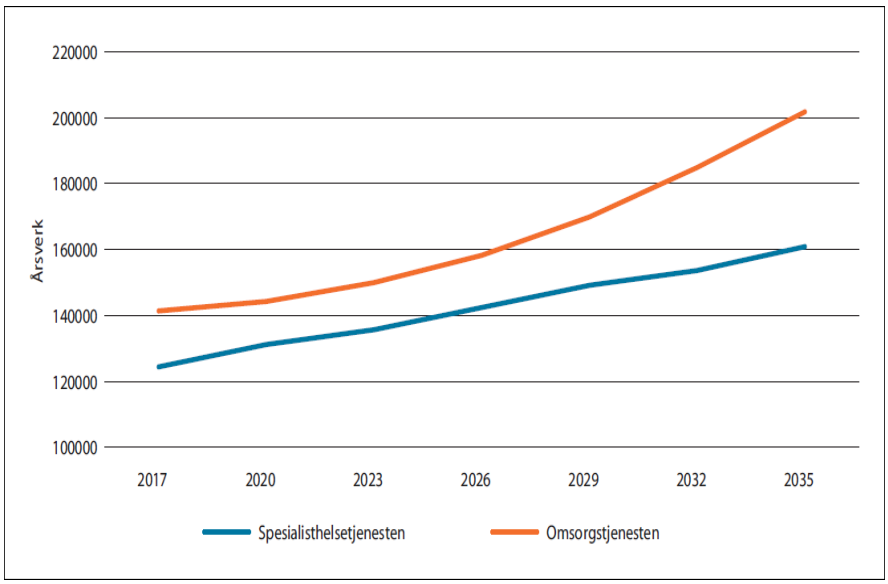

Det er ulik grad av automatisk overføring av informasjon mellom systema. Mellom anna er det pr. no, lite informasjon som vert utveksla mellom DIPS og Meona. I dag går det pasientinformasjon frå DIPS til Meona. Det vert no jobba med utgangspunkt i eit pasientforløp for å avdekke kvar det er overlappande funksjonalitet i dei to systema.  Det er peika på ein del områder, og DIPS og Meona er utfordra på å  kome med løysingforslag på integrasjonspunkta. I tillegg må det avgjeras  kva system som skal vere «master» for kva type informasjon. Arbeidet er i gang.

# 7 Framtidsbildet

I mandatet er det peika på den nasjonale målsettinga om å skape «pasientens helseteneste». Kvar enkelt pasient skal oppleve respekt og openheit, få delta i avgjerd om eigen behandling og korleis den skal gjennomførast. Det skal leggast til rette for god kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient, men også for heilskapleg og samanhengande tenester, både innafor og mellom tenestenivåa.

Tiltaka må auke kvaliteten på samhandling og informasjonshandtering ved utskriving. Pasient og pårørande skal oppleve pasientforløpet som heilskapleg og samanhengande uavhengig av tenestenivå, og på ein slik måte at unødvendige re-innleggingar blir redusert til eit minimum innan alle fagområder.

Både regionale og nasjonale planar for helsesektoren og i kommunane byggjer under målet om å skape betre og meir effektive helsetenester på tvers av behandlingsnivåa. Vi blir fleire og vi blir eldre, og vi må endre måten vi arbeider på for å tilpasse oss utviklinga.




Pasient og pårørande vert viktige bidragsytarar i dette arbeidet, ikkje berre for å bidra i utforming av tenestene, men også som ressursar i å ivareta eiga helse.

Det er behov for å auke helsekompetansen i befolkninga.

## Spesialisthelsetenesta – Helse 2035

Helse 2035 er det vist til at vi vil oppleve eit endra sjukdomsbilete. Fleire eldre aukar behovet for behandling av visse typar sjukdommar. Hjarte og karsjukdommar, demens og kreft rammar den eldre del av befolkninga, mens muskel og skjelettsjukdommar oftast rammar folk i yrkesaktiv alder. I tillegg vil vi sjå at lidingar knytte til rus, psykiske helse og livsstilssjukdommar aukar.

I dag går omlag 66 prosent av helsetenestene til 10% av pasientane. Det er denne gruppa som vil auke mest fram mot 2035. Vi må i større grad snu organiseringa av helsetenestene frå å vere retta mot den enkelte sjukdom til å totalsituasjonen for pasienten. Det betyr meir koordinering på tvers og at pasient og pårørande skal bidra aktivt.

**OVERORDNA MÅLSETJING**
Pasientar med fleire samtidige sjukdommar skal få eit heilskapleg og tverrfagleg teneste-tilbod, og eit samanhengande behandlings-forløp som er organisert med utgangspunkt i den enkelte pasienten sitt behov.

**OVERORDNA MÅLSETJING**
Pasientar skal oppleve helsetenesta som ei einskapleg eining som handterer informasjon, tenester og behandlingsforløp på ein heilskapleg måte.

For å få dette til må vi utvikle eit samanhengande nettverk mellom primær- og spesialisthelseteneste, mellom somatikk, psykiatri og rusbehandling, og mellom avdelingar og verksemder i spesialisthelsetenesta

Det er peika på at spesialisthelsetenestene og spesialist kompetansen må gjerast tilgjengeleg på fleire stader. Tenestene må leverast på andre måtar, fortrinnsvis utanfor sjukehusa.

**OVERORDNA MÅLSETJING**
Spesialisthelsetenester skal utførast heime hos pasientane når det er formålstenleg og ressurssparande.

Tiltaksområda som er skissert for å få til dette er:

- Spesialistkompetanse og teknologi utanfor sjukehusa
- Samarbeid mellom pasienten, kommunen, fastlegen og spesialisten
- Kommunikasjon og informasjonsdeling

## Kommune

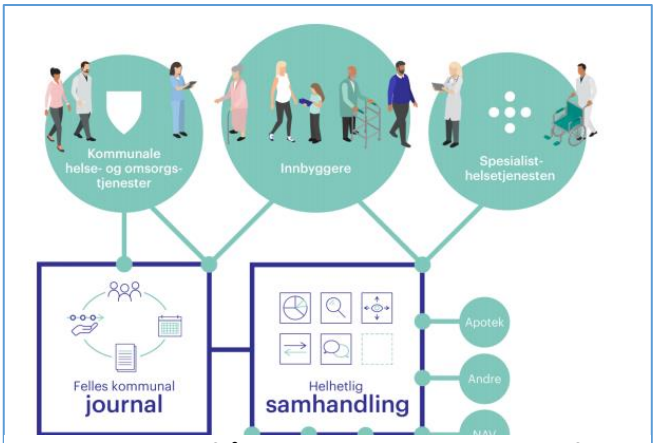
Det har vore ein nasjonal strategi over lang tid at innbyggarar som treng helse og omsorgstenester frå kommunane, i størst mulig grad skal få hjelp i heimen. Kommunesektoren utvidar derfor i liten grad talet på institusjonsplasser, men byggjer i staden opp kommunale bufellesskap og utvidar omfanget av helsehjelp og praktisk bistand i heim.

Det har også våre ei stor nasjonal satsing i kommunane i landet, for å gjere velferdsteknologi til ein integrert del av tenestetilbodet i kommunane. Mange kommunar er komne langt med å innføre sensorteknologi, digitalt tilsyn, og elektroniske medisindispensarar som erstatning for fysiske besøk.

I tillegg tek fastlegar og legevakter i bruk video som erstatning for fysisk frammøte i si pasientbehandling.

Det pågår også som vist over, pilotprosjekt der ein tilset sjukepleiarar i fastlegepraksis, for både å følgje opp dei mest sårbare pasientane, men også for å avhjelpe fastlegen med oppgåver som kan utførast av anna helsepersonell.
I tillegg er kommunane i gang med ei utviding av bruken av koordinator for dei pasientar/innbyggarar som kan ha ein nytte av dette.

Den nasjonale satsinga på Akson og ny samhandlingsløysing vil også bidra til betre tilgang på legemiddelopplysningar og anna viktig informasjon i eit pasientforløp. Dagens leverandørar pleie og omsorgssystem i kommunane har ikkje lagt til rette for den nasjonale forskrivingsmodulen, dei ventar på at ny forskrivingsmodul skal bli klar, slik at dei kan integrere denne i sine løysingar.



Figuren er henta frå Sentralt styringsdokument for AKSON (utgitt mars 2020)

I mellom tida vert det arbeid med å legge til rette for at kommunane kjem i gang med

helseID og får tilgang til Kjernejournal. Dei leverandørane av pleie og omsorgssystem, som ikkje allereie har på plass integrasjon mot Kjernejournal, har dette på utviklingsplanen sin for første halvår 2020.

Saka om desse prioriteringane var oppe på KommIT- rådet sitt møte den 27.03.2020. [30]

## Nasjonalt - Nasjonal helse- og sykehusplan

I Nasjonal helse og sykehusplan er det også lagt vekt på at pasient og pårørande sine behov skal vere førande for utvikinga av helse- og omsorgstenestene. Dei digitale løysingane skal vere tilpassa brukarane sine behov og innbyggarane sine forventningar. Pasientane skal vere aktive deltakarar i eiga helse og behandling.

I stortingsmeldinga er det sagt følgjande:

«Den kommunale helse- og omsorgtjenesten er grunnmuren i helsesystemet vårt. Disse tjenestenes kvalitet og yteevne har stor betydning for hvilke sykehusstruktur vi kan ha, og for det fremtidig kapasitetsbehovet i spesialisthelsetjenesten.»

For å få til ei samanhengande og meir bærekraftig helse- og omsorgsteneste, er det peika på behovet for eit tettare og eit meir likeverdig samarbeid mellom spesialist- og primærhelsetenesta. Dette ser ein føre seg å få til gjennom å etablere 19 helsefellesskap mellom kommunar og sjukehus med utgangspunkt i dei eksisterande helseføretaksområda. Det skal gjere til at ein får til betre felle planlegging.

Det er også peika på at helsefellesskapa bør fokusere planlegging og tenesteutviklinga mot dei pasientgruppene der behovet for samhandling er størst.
Det vert peika på fire viktige grupper:

- barn og unge
- personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- skrøpelige eldre
- personer med flere kroniske lidelser

[30] http://opengov.cloudapp.net/Meetings/KS/Meetings/Details/1007796?agendaItemId=243785

Samtidig er det vist til nokre tiltak som kan bidra til betre pasientforløp for alle pasientar:

- IKT-systemer som understøtter informasjons deling
- mulighet for gjensidig konsultasjon mellom helsepersonell
- metodikk for å utarbeide gode pasientforløp
- gode rutiner for henvisning, innleggelse og utskriving.

TILTAK SOM KOMMER ALLE PASIENTER TIL GODE

Nasjonal helse og sykehusplan peikar også på behovet for og muligheitene som ligg i å tilby spesialisthelsetenester i heimen. Det er behov for å ta meir i bruk av video, både i dialog med pasient og pårørande, men også mellom helsepersonell. Vi må legge til rette for ein mykje større grad av digital oppfølging enn i dag og aktivt ta i bruk og vidareutvikle nettbasert behandling. Helsedata skal i større grad kunne delast. Moderniserte journalsystem bidreg til betre informasjonsdeling og meir effektive arbeidsprosessar. Digitalisering er ein føresetnad for å få til «pasientens helseteneste».

# 8 Gap analyse

## På veg inn i spesialisthelsetenesta

| Pasient-perspektivet | Samhandlings-perspektivet | Potensiale for forbetringar |
|---|---|---|
| • Mange personar og aktørar å forholda seg til.<br>• I mange tilfelle er pårørande viktige | | • Fokus på kommunikasjon med pasient og pårørande.<br>• Samarbeid med eventuell koordinator/heimesjukepleie i kommune |
| • Må gje same informasjon mange gonger. | • For lite informasjon om pasienten tilgjengeleg ved innlegging.<br>• Uklart kva tilstand pasienten var i før forverring som førte til innlegging. | • Opne for at innleggelsesrapport kan sendast som første melding.<br>• Innleggelsesrapport må innehalde oppdatert og rett informasjon.<br>• Melding om innlagt må sendast frå sjukehus så raskt som råd. |
| | • Ingen oppdatert informasjon om legemiddel | • Usikkert kva legemiddel pasienten har tatt i dag.<br>• Pasientens legemiddelliste gjennom kjernejournal<br>• Før det sikre at legemiddellista som ligg med frå lege/ omsorgstenesta er fullstendig<br>• Multidose – opplysningar om legemiddel som del av innleggelserapport<br>• Bruk av kjernejournal |
| | • Ikkje tilgang til informasjon frå fastlege dersom pasienten er innlagt frå legevakt | • Kan ein etterspør viktig informasjon frå fastlege? |
| | • Utfordring med tilgang til informasjon dersom pasienten både har psykiatri og somatiske utfordringar | • Utvikle bruken av tverrfaglege team<br>• Kritisk informasjon om pasienten er tilgjengelig for helsepersonell, på tvers av psyk/somatikk |

## Under opphaldet

| Pasient-perspektivet | Samhandlings-perspektivet | Potensiale for forbetringar |
|---|---|---|
| • Mange nye personar å forholda seg til. | | • Helsearbeider informerer godt og på ein forståeleg måte undervegs. |

| | | |
|---|---|---|
| • Får ikkje nok informasjon / vert ikkje teken nok med i avgjerd om behandling | | • Pasientmedverknad «kva er viktig for meg» |
| • Må gjenta opplysningar om meg sjølv og min helse | | • Betre og meir målretta informasjon i innleggelsesrapporten.<br>• Meir bruk av koordinator og tverrfaglege team i spesialisthelsetenesta |
| | • Manglande informasjon frå fastlege eventuelt frå helse og omsorg i kommunen. | • Eventuelt etterspør meir informasjon hjå fastlege og/eller helse og omsorgstenestene i kommunen |
| | • Kjenner ikkje godt nok til pasienten sitt funksjonsnivå og helsetilstand før innlegging | • Innleggelsesrapporten må innehalde oppdaterte opplysningar om funksjonsnivået og dagens tenestenivå |
| | • Kjem seint i gang med behandling og planlegging av utskriving | • Melding om innlagt må sendast så tidleg som råd<br>• Tilrettelegge for at innleggelsesrapport kan sendast som første melding.<br>• Vurdere ulike utskrivingsforløp basert på kartlegging av pasienten<br>• Starte planlegging av utskriving tidleg<br>• Bruk av logistikkløysing for å koordinere forløp |
| | • Oppdater informasjon om helsetilstand og eventuelt behovet for auka tenester frå kommunen kjem seint til kommunen | • Betre opplæring av helsepersonell<br>• Helseopplysning til kommunen med forventa utskrivingsdato, bør sendes så tidlig som mulig.<br>• Viktig at det vert fortløpande sendt nye helseopplysningar med oppdatert informasjon om tilstand og utskrivingsklar-dato dersom tilstanden endrar seg.<br>• Dersom pasienten ikkje har hatt tenester frå kommunen tidlegare, og det vil bli behov for framtidige tenester, er det vert varsla tidleg |

## Ved utskriving

| Pasient-perspektivet | Samhandlings-perspektivet | Potensiale for forbetringar |
|---|---|---|
| • Få muligheit til å påverke tenestenivå og behandlingsnivå etter utskriving | | • Bruk av tverrfaglege møter der pasient og pårørande deltek |
| • For lite informasjon om forløp og behandling | | • Strukturert utskrivingssamtale<br>• Opplæring av helsepersonell i kommunikasjon med pasient |
| | • For lite kunnskap om eksisterande avtaleverk for utskriving | • Eige opplæringstiltak for helsepersonell rundt utskriving og samhandling med kommunen<br>• Regionale rutinar |
| | • For lite informasjon om funksjonen til pasienten som grunnlag for å vurdere behov for teneste. | • Få implementert dei nasjonale anbefalingane om innhald i PLO-meldingane.<br>• Ta i bruk dialogmeldingar / helsefagleg dialog for fleire helsepersonell-grupper |
| | • Spesialist og kommune er ueinige om behovet for tenester etter ustskriving. | • Utvikle ein mal for tverrfaglege møter med pasient til stades. (Video)<br>• Betre funksjonskartlegging<br>• Opplæring – utskriving og samhandling som eige opplæringstiltak |
| | • Utskrivingsrapporten inneheld for lite informasjon og kjem for seint | • Behandlingsplan<br>• Få implementert dei nasjonale anbefalingane om innhald i PLO-meldinga<br>• Gitt medisin / samstemt legemiddelliste<br>• Epikrisa som grunnlag vert godkjent for seint |
| | • Epikrise til fastlege og kommune inneheld for lite informasjon om plan for behandling | • Felles mal for innhald i epikrise<br>• Gitt medisin / samstemt legemiddelliste<br>• Epikrise må i større grad også sendast til kommune.<br>• Behandlingsplan |
| • Må vente på transport, lite | • Uavklart tidspunkt for avreise frå sjukehuset / mottak i kommunen | • Planlegge tidspunkt for utskriving betre. |

| | | |
|---|---|---|
| informasjon om tidspunkt for avreise | • Pasientar blir avmeldt utskrivingsklart seint | • Bruk av logistikk-løysinga både internt og som informasjon til kommune |

## Oppfølging

| Pasient-perspektivet | Samhandlings-perspektivet | Potensiale for forbetringar |
|---|---|---|
| • Får ikkje alltid time til kontroll ved utreise. Innkallingsbrev sendt til bostedsadresse | | • Betre planlegging / mål om at kontrolltime skal vere på plass før utskriving |
| • Uklar plan for vidare behandling / oppfølging | | • Behandlingsplan.<br>• Kopi av utskrivingsrapport /epikrise ved utskriving. |
| • Behovet for fysisk kontroll hjå spesialist – reise kan vere belastande | | • Muligheiter for oppfølgingstime via video |
| • Har spørsmål ein lurer på etter utskriving. Behov for å ta kontakt med sjukehus | | • Muligheit for digital dialog med sjukehuset via helsenorge etter opphald/poliklinisk time |
| | • Ikkje nok informasjon i epikrisa/ utskrivingsrapport om framtidig behandling. | • Behandlingsplan<br>• Oppdatert mal for innhald i epikrisa |
| | • PLO-melding har ikkje informasjon om planlagde kontrollar. Pasient møter ikkje til kontroll. | • Neste kontrolltime avtalt før utskriving, ved poliklinisk kontroll<br>• Utvida bruk av dialogmeldingar / helsefagleg dialog også på polikliniske pasientar |

Se også vedlegg 12 visuell gap-analyse

# 9 Nullalternativet

## Kva vil bidra til betre prosessar ved utskriving utan ei vidareføring av Vel heim i eit hovudprosjekt.

Forprosjektet «Digitalisering av helse i Vest» har peika på mange tiltak som vil bidra til meir bruk av e-meldingar, innføring av dei nye standardane og deling av informasjon på nye måtar. Dette vil gje betre muligheiter til å digital dialog og samhandling mellom dei ulike behandlingsnivåa.

Prosessane som går i regi av «Overgang til Dips Arena» og «Kurve legemiddel» prosjektet vil også gje betre samordna dokumentasjon og forenkle bruk av PLO-meldingane som kommunikasjonsverktøy.

I mandatet til «Pasientflyt og ressursar» ligg det muligheit for å ta i bruk Imatis som eit verktøy for å få til betre samhandling internt på sjukehuset, når pasienten er på veg ut av sjukehuset. Og det kan bli eit nyttig verktøy for å koordinere pasientflyt og transport både for innlagde og polikliniske pasientar.

Etablering av Helsefelleskap vil føre til meir velfungerande samhandling og eit meir likeverdig samarbeid mellom spesialist og kommune. Det vil legge grunnlag for betre og samordna tiltak rundt dei mest sårbare gruppene. Og det vil bli utvikla lokalt tilpassa avtalar, fokusområder, prosedyre og rutiner.

Den nasjonale satsinga på pakkeforløp vil bidra til meir koordinerte tenester for dei pasientane som har desse diagnosane.

## Kva er utfordringane ved  ikkje å sette i verk nye tiltak

Vi vil ikkje få det fokuset som vi treng på regionale rutinar, både på dokumentasjon og bruk av system. Dersom vi skal få til meir automatikk i deling av informasjon med dei vi samarbeider om pasientbehandlinga med, er vi heilt avhengig av å bruke systema likt på tvers av avdelingar internt i kvart helseføretak og mellom helseføretak.

Det vil ikkje vere ein koordinert satsing på felles tiltak som kan gje betre informasjon og kommunikasjon med pasientar og pårørande. Det vil vere meir ressurskrevjande om kvart einskild HF skal lage sine eigne opplæringstiltak og innføre tekniske tilrettelegging for kommunikasjon uavhengig av kvarandre.

Dei fire helseføretaka samhandlar med sine kommunar på ulikt vis. Val av samhandlingsstruktur og verktøy handlar om historie, erfaringar og lokal tilpassing. Dette skal ein kunne halde fram med samstundes som ein finn gode måtar for vidareutvikling av samhandling mellom det enkelte føretak og kommunane.

I arbeidet med forprosjektet har ein avdekka at fleire utfordringar knytt til samhandling gjeld elektronisk samhandling/digitale verktøy mellom helseføretak og kommunar (samt mellom dei fire føretaka).

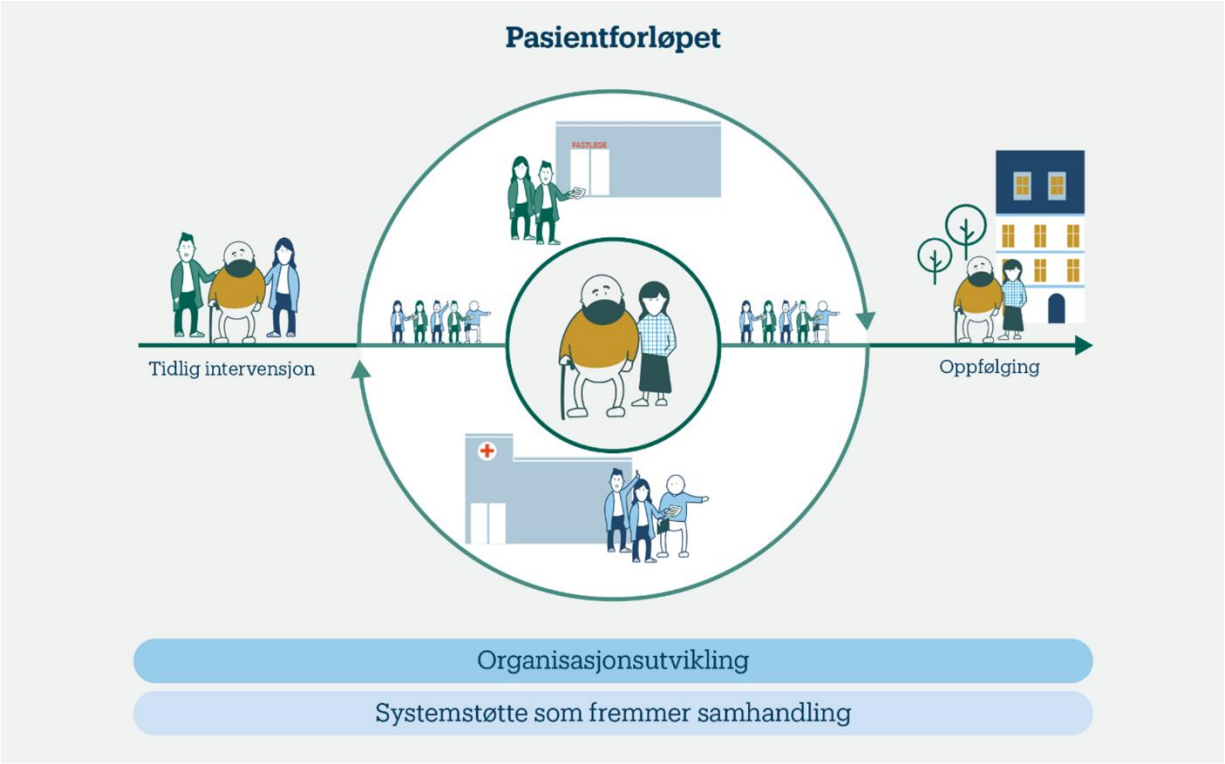
Viss ein ikkje set i verk nye tiltak vil ein framleis oppleve at deler av dei digitale løysingane ikkje støttar det arbeidet ein gjer for å leggje til rette for god samhandling og gode utskrivingsprosessar. Arbeidet vert tyngre, ting vil ta lengre tid, ein vil prioritere ulikt.

Helse Vest har ressursar og kompetanse for å leggje til rette for at det enkelte føretak kan få eit betre verktøy til sitt arbeide.

Det vil heller ikkje bli etablert gode arenaer på tvers av helseføretaka for å utveksle kunnskapen om kva tiltak som har effekt. Vi vil vidareføre dagens praksis med mange lokale initiativ, der ein har vanskar med å hente ut effektar, og der ein ser at det er vanskeleg å vidareføre eller spreie dei gode tiltaka etter at prosjekta er avslutta.

Sammenligna med andre prosjekter i Helse Vest har Vel Heim et spesielt fokus på samhandling. Dersom Vel Heim ikkje blir vidareført i vil det utgjøre tap av gevinst med betre samhandling.

# 10 Strategi for tiltak




Det nasjonale målet om å skape «pasientens helsetjeneste» krev eit utvida og betre samarbeid på tvers av spesialisthelsetenesta og primærhelseteneste enn ein har i dag. Trass i ulike rammevilkår og organisering, må vi jobbe saman «med pasienten i fokus» om ein skal kome nærare målet enn vi er no. Ut frå dette perspektivet, foreslår forprosjektet følgjande strategi for arbeidet:

- Legge til rette for organisasjonsutvikling og organisatoriske tilpassingar. Internt i Helse Vest og mellom spesialist og primærhelseteneste, og saman med pasienten og pårørande. Skal vi få til gode pasientforløp må vi jobbe saman, ikkje kvar for oss.
- Sette i verkt tiltak som sikrar at «tidlig intervensjon» får eit større fokus i pasientbehandlinga.
- Sette i verk tiltak mot dei prioriterte gruppene i «Nasjonal helse og sjukehusplan», som kan gje innhald til og støtte opp under aktivitetar i helsefellesskapa.
- Vidareutvikle eksisterande ikt-løysingar/tiltak til å bli gode verktøy i samhandlinga både rundt og med pasientar og pårørande.

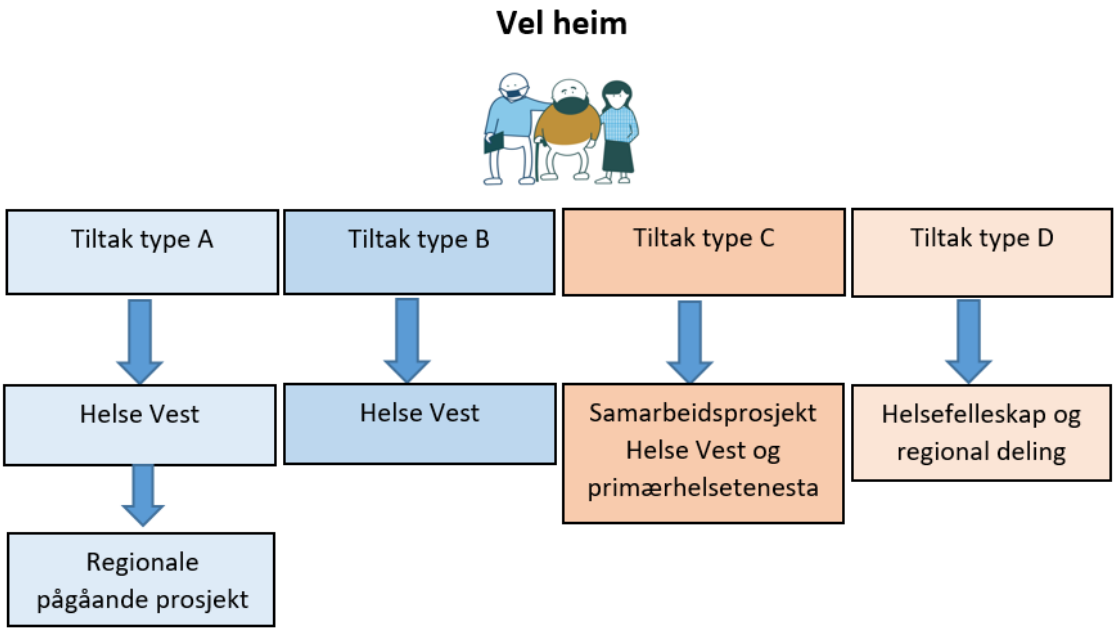
# 11 Anbefalte tiltak med potensielle gevinstar

Vi har gjennom arbeidet kome fram til ei rekke tiltak som vil vere med på å bidra til ein betre utskrivingsprosess. Fleire av desse tiltaka er avhengige av / samanfallande med tiltak i andre interne regionale Helse Vest-prosjekt. Mange av tiltaka er avhengig av at kommunar og Helse Vest samarbeider om tiltaka, og det krev ein forankring i både kommune og Helse Vest før ein startar opp arbeidet.

Vi har derfor valt å dele tiltaka i fire kategoriar

A. Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt
B. Forslag til interne satsingsområder i Helse Vest
C. Generelle tiltak som bidrar til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetenesta
D. Forslag til samhandlingsprosjekt for dei fire prioriterte gruppe i Nasjonal helse og sjukehusplan.

Denne inndelinga kan illustrerast slik:




I beskrivinga av framtidsbildet i mandatet har vi identifisert følgjande kriterier som vi har vurdert tiltaka opp mot:

- Delta i avgjerd om eigen behandling
- God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande
- Økt kvalitet på samhandling
- Heilskapleg og samanhengande tenester
- Økt kvalitet på informasjonshandtering
- Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum

Det står i tillegg i mandatet at tiltaka bør ivareta følgjande perspektiv :

- Pasientperspektivet
- Samhandlingsperspektivet
- Forenkle arbeidsprosessar

For å synleggjere kva dei ulike tiltaka svarar ut i mandatet, har vi sette dette opp i ein tabell under kvart avsnitt. I kva grad tiltaket møter kriterier i framtidsbildet og kva perspektiv som vert ivaretatt er synleggjort med farge

Fargekodane for kriterier frå framtidsbildet:

Eit eller to oppfylt: Tre eller fire oppfylt: Fem eller seks oppfylt:

Fargekodane for å ivareta ulike perspektiv:

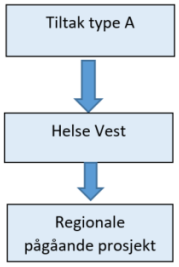
Eit oppfylt: To oppfylt: Tre oppfylt:

I mandatet står det følgjande:

> *Vel heim er et **forprosjekt** og har som hovedformål å samle kunnskap og identifisere tiltak. Valg av eventuelle konsepter/modeller med tilhørende innføring vil være oppgaver som ligger til hovedprosjektet. Forprosjektet skal likevel gi anbefalinger og påpeke viktige forutsetninger som kommer fram i arbeidet.*

I lys av dette er tiltaka som er skissert, ikkje utdjupa i detalj men peikar retning på arbeidet. Det vil vere opp til hovudprosjektet å gå i djupna på dei tiltaka som det vert avgjort å gå vidare med.

## 11.1 Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt




Det er som vist til over i rapporten, eit sett med interne regionale Helse Vest prosjekt som legg grunnlaget for at vi kan få til ei betre pasientreise i Helse Vest. Under vil vi peike på dei viktigaste faktorane for betre pasientførløp, i dei andre prosjekta. Det er viktig at eit eventuelle framtidige Vel heim-prosjektet har tett kontakt med dei andre pågåande prosjekta, og får ein muligheit til å bidra med sine behov/sin kunnskap på samanfallande problemstillingar.

### Digitalisering av helse i Vest

Det er viktig for samhandlinga om pasientar som treng oppfølging av kommunen at både Helse Vest og kommune tek i bruk elektronisk meldingsutveksling med samarbeidspartane på alle dei områder der det er mulig. I dag er ein komen langt med bruke muligheitene som ligg i PLO-meldingar og dialogmeldingar på innlagde pasientar. Men både Helse Vest og kommune ser eit stort behov for å kunne bruke dialogmeldingar også på polikliniske pasientar.

I tillegg har vi stort behov for å kunne samhandle elektronisk med andre behandlargrupper enn dei det er opna for i dag. Mellom anna er det veldig etterspurt å kunne få til ein god elektronisk dialog mellom fysio/ergo i kommune og fysio/ergo i spesialisthelsetenesta. I den grad det trengst hjelpemiddel eller tilrettelegging av bustad i større eller mindre grad, er det viktig at denne dialogen

kjem i gang så raskt som mulig. Det må også leggast til rette for elektronisk kommunikasjon i samband med behandlingshjelpemiddel som pasientar får og der kommunen skal følgje opp.

Gjennom dei prosjekta som vert prøvd ut i Helse Sør-Øst, vert det etter kvart også lagt til rette for dokumentdeling gjennom kjernejournal, og det opnar for deling av informasjon. Vi er heilt avhengig av at Helse Vest og kommunane tek i bruk desse muligheitene etter kvart som dei vert tilgjengelege for å kunne dele informasjon elektronisk på ein betre og raskare måte. Og vi treng at både kommunane og Helse Vest prioritere arbeidet og at vi «går i takt».

Følgjande er viktig for å kunne tilby gode og samanhengande helsetenester:

- At vi kjem i gang med PLO meldingsutveksling på polikliniske pasientar så raskt som råd.
- At vi kan få på plass muligheiter for elektronisk meldingsutveksling mellom fysio/ergo i kommune og fysio/ergo i Helse Vest. I den grad det må tilretteleggast med hjelpemiddel/ utstyr eller tilpassingar i bustad, er det viktig at denne dialogen kan starte raskt og at informasjonen vert dokumentert i EPJ slik at alle som planlegger forløp for pasienten er kjent med kva som er behova/avtalt.
- At informasjonen vi sender i meldingane mellom oss er i tråd med regionale og nasjonale føringar, og at informasjonen er rett, relevant og kjem til rett tid. For at både spesialisthelsetenesta og kommunen skal kunne gje rette tenester til pasientane, er det avgjerande at informasjonen vi utvekslar er målretta. Dei tilsette i spesialisthelsetenesta og i kommunane som jobbar med pasientar i overgangar mellom tenesteområda, må ha kunnskap om informasjonsbehova til den samarbeidande part. Det er viktig at også fastlegen til pasienten vert inkludert/involvert i denne dialogen på ein god måte.
- At vi får gode prosessar på bruk av dei elektroniske meldingane også i psykiatri-tenesta på same måte som i somatikken.
- Vi må tilrettelegge for dokumentdeling slik at vi kan dele informasjon på ein meir effektiv måte enn i dag.
- Vi har behov for å dele ulike planar for oppfølging av pasienten mellom spesialisthelsetenesta, kommune og fastlege. Dette kan handle om pleie- og tiltaksplanar innan sjukepleieområdet både frå kommune i overgangen inn på sjukehuset, men også når pasienten har fått tilrettelagt prosedyrar for sjukeplefagleg oppfølging både i somatikken og psykiatri som skal vidareførast i kommunen. Det handlar i tillegg om medisinske behandlingsplanar der fastlege/sjukeheimslege og spesialist har ein viktig rolle. Og det kan handle om planar knytt til rehabilitering der grupper som til dømes fysio, ergo mm er involvert.
- Både Helse Vest og primærhelsetenesta treng ein enklare måte å kommunisere og samhandle om pasientavvik på. I dag er det ei stor utfordring at ein ikkje enkelt kan melde/kommunisere avvik frå dei systema ein jobbar i som helsepersonell, men at avvik må rapporterast meir eller mindre manuelt frå separate system. Det medfører at det vert meldt for lite avvik, og dermed har ein eit dårlegare grunnlag for forbetringsarbeidet. I tillegg treng vi ein felles forståing på tvers av organisasjonane at avvik er eit felles verktøy for forbetring, og ikkje eit verktøy for å «klage på» kvarandre.

På bakgrunn av dette ønsker Vel Heim å bidra i følgjande tiltak i eit eventuelt hovudprosjekt:

**Tiltak:**

- **A1:** Ein felles regional aktivitet som går på at Helse Vest innarbeider dei nasjonale anbefalingane om innhald i meldingane både gjennom teknisk tilrettelegging, men også gjennom tiltak knytt til opplæring av helsepersonell[31]
    - Eit døme på eit slikt opplæringstiltak kan vere korte e-læringskurs med fokus på korleis bruke og kva innhald som skal vere med i «Helseopplysninger» og i «Utskrivingsrapporten». I dag har vi slikt kurs som fokuserer på korleis bruke, men kurset seier ikkje noko om kva innhald som er viktig å få med, og kor du eventuelt finn dette.
- **A2:** Vere med å bidra i arbeidet med å konkretisere kva ein «Behandlingsplan» skal vere/innehalde med fokus på behova for samhandling i overgangane mellom primær og spesialisthelseteneste. (Ref. nasjonale prosjekt i kap 6.1). Det nasjonale arbeidet er ikkje kome langt nok til at vi ser omfanget av dette tiltaket endå.
- **A3:** Bidra til gode prosessar for å ta i bruk PLO dialogmeldingar på polikliniske pasientar, og for alle behandlergrupper, til dømes: fysio, ergo, ernæringsfysiolog mm.[32] Eit av måla her må vere at ein på ein enklare måte får informert og koordinert polikliniske timar. Det gjelder pasientane som skal til oppfølging i spesialisthelsetenesta, og der pasienten ikkje bur heime eller har omfattande tenester frå kommunen. Man må få til ei vurdering av behovet for oppfølging, og eventuelt om den polikliniske timen kan gjennomførast utan å flytte pasienten. I dag kan spesialisthelsetenesta sende epikrise og polikliniske notat i epikriseformat til pleie- og omsorg i kommunen, men dei kan ikkje svare.
- I tillegg bidra i arbeidet med samhandling om pasientavvik.

Gevinstar:

- Meir målretta og fullstendig informasjon bygd på behova til mottakaren i informasjonsutvekslinga.
- Reduksjon i tidsbruk til både å etterspør og vente på tilleggsinformasjon.
- Reduksjon i talet av pasientar som ikkje får varsel om poliklinisk time i tide til å nå timen.
- Meir bruk av poliklinisk oppfølging av spesialist utanfor sjukehuset. (Via video eller telefon), som vil medføre mindre belastning på pasienten.
- Tryggare pasientbehandling.
- Auka pasientbehandling

---

[31] https://ehelse.no/standarder/bruk-av-pleie-og-omsorgsmeldinger-i-pasientforlop

[32] https://volven.no/categoryres.asp?open_f=true&catID=3&subID=8&srcTable=KVELEMENT&open=true&subCat=163

- Betre førebyggande helsetenester
- Reduksjon i tal polikliniske timar som ikkje vert brukt.

## Overgang til DIPS Arena (ODA)

DIPS er Helse Vest sin felles EPJ, og all elektronisk kommunikasjon med primærhelsetenesta utanom lab og røntgen, går gjennom PLO og basismeldingar frå DIPS. Det er også informasjon som ligg i DIPS som dannar grunnlaget for pasientens innsyn i eigen journal på Helsenorge.no.

Dagens versjon av DIPS (DIPS Classic) manglar ein del funksjonalitet som gjer det enkelt å hente inn nødvendig informasjon i dei elektroniske meldingane som skal sendast både til kommune og fastlege. Dei viktigaste utfordringane er:

- Det er lite informasjon ut over dei faste personopplysningane som automatisk vert henta inn i meldingane.
- Det er tungvindt å klippe og lime frå andre journalnotat i DIPS, og du som helsepersonell må vite kvar du skal hente informasjonen frå og korleis du skal gjere det.
- Opplysningar om legemiddel må i stor grad hentast manuelt / skrivast inn med bakgrunn i informasjonen som ligg i Meona (elektronisk kurveløysing).
- Det er tungvindt å klippe og lime frå den delen av DIPS der ein lagar sjukepleiefaglege og medisinskfaglege behandlingsplanar, som i mange tilfelle er viktig informasjon som bør ligge mellom anna i utskrivingsrapporten og i epikrisa. I dei tilfelle ein skal vidareformidle denne informasjonen til primærhelsetenesta, må ein skrive inn informasjonen på nytt.
- Manuell overføring av informasjon medfører risiko både knytt til at viktig informasjon ikkje vert formidla, men også at feil kan oppstå og feil informasjon vert formidla.

Overgang til DIPS Arena opnar nye muligheiter, og i den «tilpassingsfasen» ein er i no saman med leverandør, vil det vere viktig å bruke dei muligheitene ein har til å påvirke utviklinga også i eit samhandlingsperspektiv

- I DIPS Arena er det lagt til rette for meir bruk av strukturert informasjon, noko som vi må utnytte også i eit samhandlingsperspektiv.
- Vi må sjå på om det er muligheiter for å få innarbeid struktur i dokumentasjonen/ informasjonen som skal formidlast til kommunane, og som er i tråd med dei retningslinjene/anbefalingane som no ligg rundt innhald.
- Det er eit stort behov for forenkling, og med eit «brukarforkus» slik at det framstår som enkelt å inkludere den rette informasjonen, finne og sende til rett mottakar samt også følgje opp om meldinga er komen fram og eventuelt sjå svaret.
- Det må vere enkelt å finne fram til informasjonen ein både har sendt og fått som ein integrert del av EPJ-informasjonen.
- Vi må legge til rette for fleirfagleg fokus i informasjonen som vert delt med primærhelsetenesta.
- Det er veldig viktig å halde fokuset på det arbeidet som pågår med å integrere DIPS Arena og Meona på ein betre måte.
- Vi bør også få inn eit fokus på å formidle fagleg informasjon knytt til behandlingshjelpemiddel gjennom dei eksisterande samhandlingskanalane. Det må leggast til rette for slik informasjon i DIPS Arena.

Når DIPS Arena skal innførast i helseforetaka, vil det medføre ein del opplæring og opne for endring i bruken av system. Det er viktig at ein brukar den muligheiten til å i større grad enn i dag å standardisere kva informasjon som skal dokumenterast i kva system. Det er viktig at den informasjonen som skal delast med andre vert dokumentert likt og i same system. I dag er det stor variasjon både internt i helseforetak og mellom helseforetak kva informasjon dei vel å legge i kva system.

I vidareføringa av eit hovudprosjekt vil vi foreslå følgjande tiltak inn mot ODA.

**Tiltak:**

- **A4**: Samarbeide med / delta i ODA sitt arbeid med å utforme den delen av DIPS Arena som går direkte på samhandling med primærhelsetenesta, med bakgrunn i kunnskap frå Vel heim.
- **A5**: Bidra med eit samhandlingsfokus til regionale rutiner for dokumentasjon. Dette handler også om å få delt viktig informasjon mellom psykisk helsevern og somatikk internt i Helse Vest.

Gevinstar:

- Mindre dobbeltføring av data.
- Mindre tid brukt på dokumentasjon.
- Lettare å inkludere rett informasjon i den digitale dialogen.
- Meir automatisert datafangst.
- Meir fullstendig og målretta informasjon.

## Kurve og legemiddelprosjektet (KULE)

Dei fleste avdelingar i sjukehusa i Helse Vest brukar no Meona som system for pasientens legemiddel. God kommunikasjon og samhandling rundt legemiddelområdet er avgjerande for ei god pasientreise. Pr no vert også legemiddelopplysningar formidla gjennom dei elektroniske meldingane frå Dips til både kommune og fastlege. I dag er det ikkje god nok tovegs integrasjon mellom Dips og Meona, noko som fører til manuelle overføringar av legemiddelinformasjon inn i dei elektroniske meldingane som går. Dette er både arbeidskrevjande og også ei kjelde til feil.

I tillegg brukar ein del avdelingar Meona til å dokumentere anna EPJ-retta dokumentasjon som også bør kunne delast med primærhelsetenesta. Det er ein utfordring å lage generelle /automatiske metodar for overføring av slik informasjon til Dips, når det ikkje er lik praksis på kvar ein dokumenterer kva informasjon.

Det pågår aktivitetar for å få til betre integrasjon mellom Meona og Dips slik at legemiddel vert tilgjengeleg i Dips. Kritisk informasjon er også ein vesentleg faktor i pasientbehandlinga, og det er etablert tiltak som skal sjå på korleis ein samordnar kritisk informasjon internt i Helse Vest sine system, og korleis denne informasjonen skal oppdatere/hente frå Kjernejournal. Det er i tillegg aktivitet knytt til å få på plass pasientens legemiddelliste gjennom Kjernejournal

Fortsatt vil det ta lang tid (mange år) før pasientens legemiddelliste vert tilgjengeleg i Kjernejournal, og alle samarbeidspartane har teke i bruk løysinga. I mellomtida er vi avhengig av å dele opplysningar om medisinlista og tilhøyrande informasjon, ved hjelp av dei elektroniske meldingane.

Det er avgjerande med omsyn til samhandling at ein har felles retningslinjer og felles praksis i heile Helse Vest på i kva system ein dokumenterer kva informasjon.

**Tiltak**

- I vidareføring av eit hovudprosjekt for Vel heim, vil vi kunne bidra med eit samhandlingsfokus inn i Kule og legemiddelprosjektet. Vi regner med at dette vert ivaretatt igjennom samarbeidet med ODA.

## Vel planlagt

For at utskrivingsprosessen, heimreise og eventuell oppfølging frå spesialisthelsetenesta i etterkant, skal bli så koordinert og gli så godt som alle ynskjer, er vi avhengig av god planlegging på alle nivå.

På avdelingane er ein mellom anna avhengig av at ein veit kva tid legen kjem for å skrive ut pasienten. Dette er viktig for alt frå å kunne gje pasienten god nok informasjon om kva som skal skje, det at transporten vert koordinert, og at dei som eventuelt skal ta i mot pasienten enten det er kommune eller pårørande, får nødvendig informasjon.

I tillegg bør pasienten få med seg tidspunkt for eventuelle oppfølgingstime ved utreise. Det er viktig for alle som skal ha kommunale tenester, og spesielt i dei pasientane som vert utskriven til ein korttidsplass eller institusjonsplass.

Dersom opplevinga for pasienten skal bli god, og vi skal kunne få til ei meir strukturert og føreseieleg utskriving, er vi heilt avhengig av at prosjektet Vel planlagt får gjennomført dei tiltaka som det prosjektet har skissert.

## Pasientflyt og ressursar - bruk av logistikk-løysingar som hjelpemiddel til utskrivingsprosessen

Helse Vest er på veg til å innføre Imatis-løysinga i alle sine helseføretak gjennom prosjektet «Pasientflyt og ressursar». Mandatet for prosjektet er beskrive tidlegare i rapporten i kapittel 6.2.

«Pasientflyt og ressursar» har som formål å støtte; samhandling, informasjonsflyt, og pasientlogistikk internt på sjukehuset. Det betyr at ein innfører ei basisløysing, som ein justerer slik den enkelte avdeling og post ynskjer. Men ein ser allereie no at innføringa opnar nye muligheiter også som støtteverktøy i kvalitetssikring av utskrivingsprosessen.

En videreføring i Vel Heim regi kan være å støtte de samme aktivitetene/prosessene (samhandling, informasjonsflyt og pasientlogistikk) i dialog med andre aktører utenfor sykehuset.

Det er viktig at ein her ikkje berre gjer tekniske tilpassingar. Delprosjektet bør sjå på endringar i arbeidsprosessar og oppgåvefordeling.

**Tiltak:**

**A6:** Del 1: Intern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling

- Sjå på muligheitene for varsling av innkomande e-meldingar og eventuelt meldingar som feilar på veg ut i Imatis-løysinga, for dei avdelingane som ynskjer dette. Prosjektet må sjå på kva meldingar dette skal gjelde.

- Som hjelpemiddel dersom det vert beslutta å kategorisere pasientar til ulike utskrivingsforløp. (Ein kan td sjå føre seg ein manuell screeningsprosess eller ved bruk av digitale verktøy i Dips).
    - Resultat av kategoriseringa bør deretter markerast i tavla. Døme på kategorisering kan vere følgjande:
        - A= Standard utskriving. Ingen samhandling utanom epikrise til fastlege og rekvirent
        - B=Forenkla samhandlingsforløp. Utskriving av pasient til kommune – uendra hjelpebehov
        - C=Pasientar med fleire kroniske lidingar og/eller samansette behov - Tildeling av koordinator og teamutredning.
- Det vil være nyttig om namn på koordinator i sjukehus blir markert i IMATIS løysning. Det bør være på plass eit automatisert varslingssystem slik at koordinator vert varsla om ny pasient
- Sjå på muligheiter for å bruke Imatis-løysinga i samhandling med Pasientreiser. Her kan ein tenkje seg at ein kan bidra med informasjon frå Pasientreiser til avdeling, men også tilby ein betre oversikt og logistikk-løysing til dei som skal koordinere transporten ut av sjukehuset.
    - Kan koordinert informasjon gjennom Imatisløysinga gje betre logistikk og mindre ventetid for pasientar som treng transport heim?
    - I dette perspektivet må ein vurdere informasjon både frå avdelingar med inneliggande pasientar og poliklinikkar.
    - Endring av arbeidsprosessar og organisasjonsutvikling/tilpassing mellom avdelingar internt i sjukehuset må vere ein del av mandatet i dette tiltaket.

**A7:** Del 2: Prøve ut: Ekstern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling

- Etablere samarbeid med kommunar om å utvikle elektroniske sjekklister i Imatis som kan gå på tvers av Helse Vest og kommune.
    - Ein kan sjå føre seg sjekklister som er spesialtilpassa avhengig av kva kommune pasienten skal til. Desse sjekklistene må kunne delast mellom HF og det bør vere HF der kommunen høyrer heime, som vedlikeheld sjekklistene i samarbeid med sine kommunar.
    - Vi bør også sjå på muligheitene for å kunne tilby innsyn for saksbehandlere i kommunen i eit samla oversiktsbilde (øyeblikksbilde) eller liknande. Denne oversikta kan innehalde tilpassa informasjon om kommunen sine inneliggande pasientar, og relevant logistikkinformasjon om kvar dei er i forløpet.
    - Eit av spørsmåla her er om ein kan opne for at kommunen også legg inn informasjon/kvitterer ut i Helse Vest si løysing.
    - Endring av arbeidsprosessar og organisasjonsutvikling/tilpassing mellom avdelingar internt i sjukehuset og mellom kommune og sjukehus må vere ein del av arbeidet i dette tiltaket.
- Etablere eit utvida samarbeid med kommunar som også nyttar Imatis-løysinga.
    - Sjå på korleis ein kan utnytte det at ein har same løysing for å vidareutvikle og utveksle meir detaljert logistikk-informasjon begge vegar.

    - I denne prosessen bør ein også vurdere API slik at ein kan avlevere og motta data til/frå andre logistikkløysingar.
    - Kan ei slik løysing og eit slikt samarbeid om ei logistikkløysing, vere med å bidra til betre forståing og tryggheit for at den samhandlande part følgjer opp dei rutinene og avtalen som finnest på området samhandling?
    - Aktuelle kommunar å samarbeid med om dette er mellom anna Kinn kommune og Bergen kommune. Kinn kommune har teke kontakt og er interessert i eit samarbeidsprosjekt for å utforske muligheitsrommet.
- Det skal leggast til rette for evalueringar av alle tiltaka, også som bidrag til organisasjonsutvikling mellom dei ulike behandlingsnivåa.

Del 1 (A6) av dette kan eventuelt inngå som ein del av «Pasientflyt og ressursar». Del 2 (A7) kan inngå som ein vidareføring av «Pasientflyt og ressursar» i Vel heim regi.

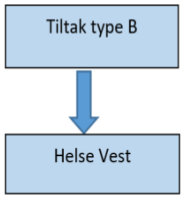
Gevinstar:

- Meir effektiv varsling av viktige meldingar frå kommunane.
- Betre informasjon til den enkelte pasient om tidspunkt for utreise/transport heim. Mindre ventetid.
- Betre logistikk-informasjon i sanntid på tvers av kommune og sjukehus.
- Ein kan starte førebuingane av utskriving og mottak av pasientar tidlegare.
- Betre kvalitetssikring og samarbeid på tvers av spesialist og kommune.
- Færre overliggerdøgn.
- Betre pasienttryggleik

| **Tiltak** | | **Frå mandatet** | |
|---|---|---|---|
| **nr** | **namn** | **svarer på** | **ivaretar** |
| A1 | Bidra til å ta i bruk nasjonale anbefaling om innhald i PLO meldingar | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |
| A2 | Digitalisering av helse i Vest: Bidra til "Behandlingsplan" | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet |
| A3 | Digitalisering av helse i Vest: Bidra til å ta i bruk dialogmeldingar på polikliniske pasientar | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |

| | | | |
|---|---|---|---|
| A4 | ODA: Samarbeid med ODA om utforming av det som går direkte på samhandling. | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |
| A5 | ODA: Bidra i ODA med eit samhandlingsfokus til regionale rutiner for dokumentasjon | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |
| A6 | Imatis: Intern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet |
| A7 | Imatis: Ekstern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet |

## 11.2 Forslag til interne innsatsområder i Helse Vest




### Informasjon frå kommunen ved innlegging

I den grad pasienten som vert lagt inn på sjukehuset, har tenester frå helse og omsorg i kommunen, er det viktig at spesialisthelsetenesta får tilgang til korrekt og relevant informasjonen frå kommunen. I mange tilfeller har pleie og omsorgstenestene i kommunen viktig informasjon som både akuttmottaket på sjukehuset og fastlegane treng i ein akutt vurderingsfase. Mellom anna gjeld dette i dei tilfella der omsorgstenesta i kommunen har overtatt medisinansvaret for pasienten.

I dag er det enkelte begrensningar som hindrar at Helse Vest kan ta imot innleggelserapport som første melding, i alle helseføretaka.

**Tiltak B1:** Innleggelserapport som første melding

- Helse Vest må legge til rette for at kommunane kan sende Innleggelserapport som første melding. Sjå SamUT (Samordningsutval for meldingsutveksling) sak 26/2018 og sak 38/2018[33].
- Lik praksis i alle helseføretak og tydelig informasjon ut til alle kommunar.
- Helse Vest legg til rette for at «melding om innlagt» vert sendt så raskt som råde etter at beslutning om innlegging er gjort.
- Legge til rette for, og etablere praksis der akuttmottak eller poliklinikkar ved behov etterspør innleggelserapport eller medisinske opplysningar frå helse og omsorg i kommunane.

[33] https://nhn.no/samut-samordningsutvalg-for-meldingsutveksling/

Gevinst:

- Betre kvalitet på tenester til pasienten tidleg i sjukehusopphaldet.
- Kortare behandlingstid.
- Betre grunnlag for å kunne starte planlegge av utskriving tidleg.
- Færre liggedøgn.

## Digital dialog med helsekontakt

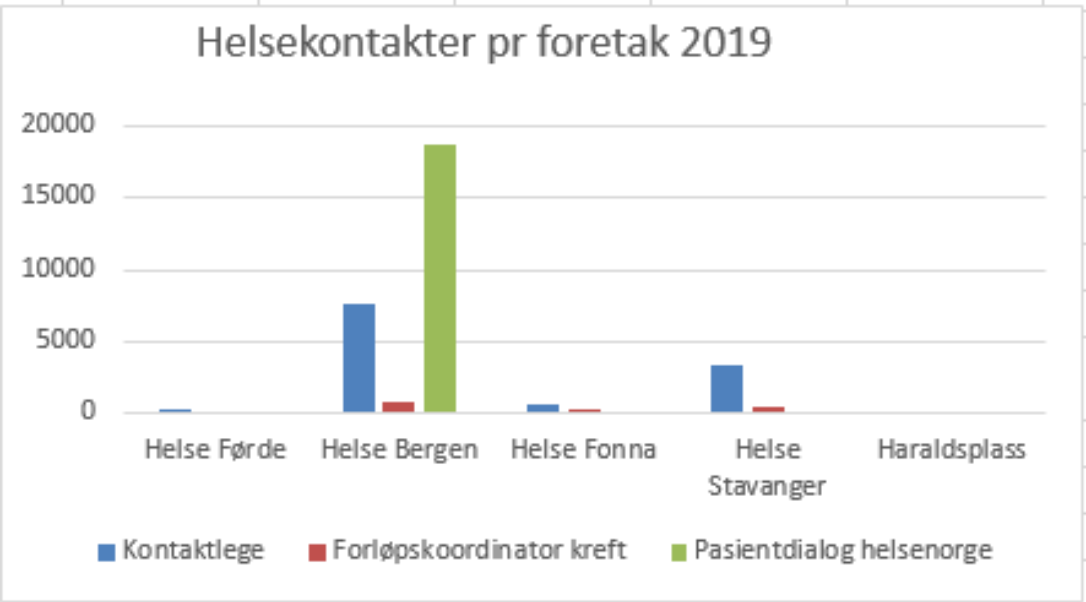
Innbyggarane våre forventar at dei skal kunne kommunisere elektronisk med spesialisthelsetenesta i større grad enn dei kan gjere i dag. Både fastlegar og helsetenestene i kommunar tilbyr etter kvart sikker digital dialog, noko som er med på å modne pasientane våre digitalt.

Helse Vest IKT har som ein del av tidlegare program, etablert løysingar der pasientane via helsenorge.no og Vestlandspasienten, kan opprette ein dialog med sitt helseføretak i tilknyting til ein timeavtale eller innlegging. Informasjonen / dialogen vert dokumenter i DIPS. Løysinga kan settast opp slik at dialogen går direkte til ein helsekontakt / eller ei gruppe mottakarar. Løysinga gjev fleire fordelar:

- Innbyggaren kan kommunisere elektronisk med helsekontakt når det passar vedkommande og ikkje vere avhengig av opningstider og telefontid.
- Helsekontakt / ansvarleg gruppe av tilsette kan svare når det passar inn i mellom andre oppdrag.
- Både spørsmål og svar vert dokumentert i EPJ slik at både helsepersonell og pasient ettertid kan gå tilbake for sjå.
- Bidreg til betre informasjonssikkerheit.

I dag tilbyr ein del avdelingar og poliklinikkar digital dialog, men løysinga er ikkje tatt i bruk av alle avdelingar/poliklinikkar.

Tabellen under viser kor mange pasientar som har fått oppretta helsekontakt i Dips fordelt på dei ulike sjukehusa.



**Tiltak B2:** Ta i bruk digital dialog med helsekontakt på fleire områder

- Kartlegge kva avdelingar/poliklinikkar som har lagt til rette for digital dialog.
- Motivere til at «helsekontakter» i større grad vert team av medarbeidarar i staden for enkeltpersonar.
- Informasjonskampanje om muligheitene ut til pasientar, fastlegar, helsetenesta i kommunane, og andre som har pasientkontakt. (Vi treng at både fastlegar og kommune informere pasientar/innbyggarar om muligheitene for digital dialog med spesialisthelsetenesta.)
- Motivere til/legge til rette for at fleire avdeling/poliklinikkar tek i bruk denne muligheita.

Gevinstar:

- Færre telefonar til avdeling / poliklinikkar.
- Spørsmål og informasjon er dokumentert i EPJ og tilgjengeleg for medarbeidere i teamet rundt pasienten.
- Mindre personavhengig i pasientkommunikasjonen.
- Pasientar får raskare svar.
- Tilfredstille pasientens informasjonsbehov.

## Chatbot

Helse Vest har i dag i drift ein Chatbot-løysing (praterobot) for gravide med svangerskapsdiabetes. Her kan gravide stille spørsmål og få svar utan å identifisere seg og vere innlogga. Det betyr at svara er bygd på generell informasjon og ikkje informasjon basert på persontilpassa informasjon med utgangspunkt i journalen til pasienten. Likevel gjev informasjonen ein gjevinst for brukarane.

Både større kommunar som Bergen, Stavanger og Haugesund samt mange andre aktørar som innbyggarar er avhengig av, tilbyr Chatbot- på sine nettsider. Det betyr at dette er eit verktøy som pasientar etter kvart er kjent med å bruke.

**Tiltak B3:** Ta i bruk og vidareutvikle Chatbot på nye områder

- Identifisere nye pasientgrupper eller diagnosar der informasjon gjennom bruk av praterobot er egna. Vurderinga bør spesielt sjå på bruk knytt til følgjande:
    - Pasientar med kroniske lidingar
    - Diagnosegrupper der det er etablert pakkeforløp
- Vurdere vidareutvikling av chatbot-løysinga til å inkludere ei sikker påloggbar teneste der ein kan få meir personretta svar / informasjon. Dette tiltaket må sjåast i samanheng og opp mot digital dialog med helsekontakt. Kan vi skape ein til ein viss grad «virtuell helsekontakt»?
- Vurdere Chatbot som ei informasjonsteneste til internt bruk for tilsette i arbeidet med å skrive ut pasientar.

Gevinstar:

- Betre informasjon til innbyggarar / pasientar.

- Dokumentert informasjon (dersom pasienten er logga på tenesta).
- Tilbyr informasjon på «innbyggarane / pasientane» sine premissar
- Færre telefonar til avdeling / poliklinikkar.
- Pasientar får raskare svar.
- Mindre personavhengig informasjon.
- Auka tilgjengelegheit for pasienten.

## Opplæringstiltak og eventuelle organisasjonsendringar for å heve kompetansen på utskriving

Det vil vere behov for målretta informasjon og opplæring til dei medarbeidarane som jobbar mykje med utskriving av pasientar som skal ha tenester og oppfølging av primærhelsetenesta etter sjukehusopphaldet. Vi kan også ha behov for å gjere organisatoriske tilpassingar for å bli betre på utskriving av dei med størst hjelpebehov.
Frå intervjua med dei tilsette på avdelingane kjem det fram eit behov for at:
«Dei som har «skoen på» og står ved sengekanten eller på poliklinikk/tenester i kommunane må få tydlegare ansvar for å ta del i utviklinga av tenestene og tilrettelegging for dette.»

**Tiltak B4:** Utvikle utskrivingsprosessen som eige kunnskapsområde

- Etablere og vidareutvikle interne fagdagar / opplærings/arbeids økter i det enkelte helsefortak, med fokus på utskrivingsprosessen.
    - Gjerne med innlegg/bidrag frå kommunar og praksiskonsulentar/fastlegar.
    - Involvere universitet og høgskule i planlegging
    - På desse fagdagane bør ein ta med deltakarar på tvers av avdelingar og på tvers av psykiatri og somatikk.
    - Det er viktig å få med fokuset på pasientmedverknad i heile utskrivingsprosessen.
- Etablere korte e-læringskurs, med målretta informasjon knytt til utskriving, kva ein må ta omsyn til / hugse på, bruken av e-meldingane og innhald mm.
    - Viktig å få med «kva er viktig for pasienten» i dialogen.
- Vurdere om ein skal profesjonalisere utskrivingsprosessen gjennom å sjå på organiseringstiltak?
    - Skal alle medarbeidarar på ein avdeling ha like mye kompetanse om utskriving, eller bør noen være spesialiserte på dette?
    - Kan ein eventuelt spesialiserast på tvers av avdelingar?
    - Frigjere tilsette til desse oppgåvene

Gevinstar:

- Betre og meir målretta informasjon i kommunikasjonen med primærhelsetenesta.
- Betre kunnskap om prosessar og behovskartlegging på tvers av behandlingsnivåa
- Mindre tid går med til unødig kommunikasjon
- Betre samsvar med inngåtte avtalar og behov hjå samhandlande part.

## Koordinator i spesialisthelsetenesta

Pasient- og brukarrettigheitslova gjev pasientar som har behov for langvarige og koordinerte helse og omsorgstenester rett til å få utarbeida ein individuell plan. (Ref pasient og brukarrettigheitslova[34])
For pasientar med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tenester etter spesialisthelsetenestelova, skal ein tilby koordinator, jf. spesialisthelsetenestelova § 2-5a. Sjølv om pasienten takkar nei til ein individuell plan, skal ein tilby pasienten ein koordinator. Det er etablert avtaler mellom helseføretak og kommunar som skal sikre heilskaplege og samanhengande helse- og omsorgstenester til pasientar i behov av koordinerte tenester. Helseføretak er pålagt å melde om behov for koordinator og /eller IP før utskrivning for pasientar med store og samansette behov. Det er utarbeidet regional rutine i Helse Vest for melding av vurdert behov for koordinator og/eller IP i kommunen.

Mange kommunar arbeider no aktivt med å tilby koordinatorar til alle pasientar/innbyggarar som vil ha nytte av dette.

Spesialisthelsetenesta har i stor grad etablert koordinatorordningar i samband med pakkeforløpa som er innført. Det er også etablert generelle retningslinjer for oppnemning, ansvar og oppgåver for ein koordinator. (Ref Prosedyre utvikla av Helse Bergen på Helsebiblioteket.no[35]. )

Men det kan vere behov for ein gjennomgang og ein vidare satsing for utvida bruk av koordinator i helseføretaka.

**Tiltak B5:** Vurdere utvida bruk av koordinator

- Et overordnet mål for å se på denne ordningen må være å gjøre overgangene mellom spesialisthelsetjeneste og kommune tryggere for pasienten.
- Vurdere ein utvida bruk av koordinatorar i spesialisthelsetenesta, særleg for pasientar med samansette /mange sjukdommar og store hjelpebehov.
    - Definere kva ein slik koordinator-rolle skal vere og ha som oppgåve.
    - Det må avklarast kva myndigheit ein slik rolle skal ha.
    - Det må eventuelt etablerast eit «støtteapparat» rundt koordinator-rolla som gjer koordinatoren i stand til å utføre oppgåvene og myndigheita si på vegne av pasienten.
    - Kan ein sjå føre seg at ein organiserer tildeling av koordinator, ikkje berre ut frå kva type/typar diagnose pasienten har, men også ut frå kva kommune pasienten skal ha hjelp frå? Vil dette eventuelt kunne skape eit betre samarbeidsgrunnlag rundt tenestene til pasienten?
    - Vurdere å utvikle ein utskrivingskoordinator-rolle etter modell frå «brobyggersykepleier» i Danmark[36]

---

[34] https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63

[35] https://www.helsebiblioteket.no/fagprosedyrer/ferdige/koordinator-oppnevning-ansvar-og-oppgaver#purpose-and-scope

[36] https://sykepleien.no/2018/12/ny-yrkesrolle-danske-sykepleiere

- Koordinerande eining bør delta i vurdering av utvida bruk av koordinator.

Gevinstar:

- Betre brukaroppleving. Pasienten og pårørande får færre å halde seg til.
- Betre samhandling mellom spesialist og primærhelseteneste.
- Tryggere overganger for pasienten.

## Kommunikasjon med pasient og pårørande

I fleire av tilbakemeldingane vi har henta gjennom «PassOpp»[37], Storbrukar-rapporten[38] frå Helse Førde, i vi har gjort, er det sagt noko om at det er behov for betre og meir persontilpassa informasjon til pasient og pårørande både under sjukehusopphaldet og ved utskriving. Det er også understreka eit behov for at ein vert flinkare til å etterspør pasienten sine behov. «Kva er viktig for deg»

I fleire av føretaka er det gjennomført eller pågår det tiltak for å få til ein betre dialog med pasienten. Tiltaka er fleire stader i utprøving, og vi har ikkje gode nok evalueringar på dette endå, men ein tidlegare studie frå ein rehabiliteringsinstitusjon i Helse Vest sitt område, viser gode resultat av strukturerte samtalar.

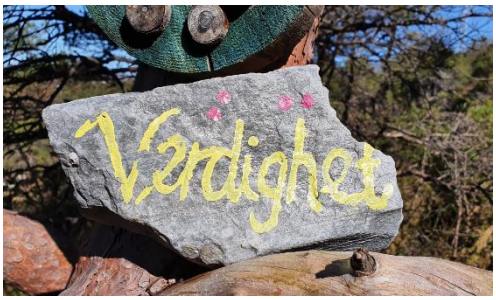
**Tiltak B6:** Vidareutvikle og spreie kunnskap om verktøy for god dialog med pasient og pårørande.

- Vurdere metodar for å få meir bruk av spørsmålet med «kva er viktig for deg» inn i dialogen mellom pasient og behandlar.
    - Kompetanse på samvalgsmetodikk
- Vidareutvikle bruken av strukturert utskrivingssamtale som no enkelte avdelingar i nokre helseføretak prøver ut.
    - Helse Bergen er i gang med å teste ut dette i nokre avdelingar, og det vil kome ein rapport i løpet av hausten
- Tilby kompetanseheving i kommunikasjon med pasient og pårørande.
    - Døme på slike kurs kan vere «Motiverende intervju». Gode pasientforløp peikar på dette som tiltak. Helse Fonna har erfaringar med «teach back». Helse Bergen har hatt god erfaring med «4 gode vanar».

[37] https://www.helsebiblioteket.no/kvalitetsforbedring/brukererfaringer/nasjonale-brukererfaringsundersokelser-pasopp

[38] https://samhandling-sfj.no/fag-og-forsking/samhandlingsprosjekt/pasientar-med-store-og-samansette-behov/

- Vidareutvikle fokuset på etikk og strategi for behandlingsintensitet. Med utgangspunkt i «Kva er viktig for deg?» og «nok er nok», bidra til meir openheit og fokus på «følgje til døden eller annan behandling inn i døden». Det er viktig å etablere gode dialogar for samråding «i fredstid» for å få styrke til å møte vanskelege fasar.




- Ta utgangspunkt i Pasientsikkerhetsprogrammet sin tiltakspakke for «trygg utskriving», og bruke kommunikasjonsverktøy som «ISBAR» og «teach back»

Gevinstar:

- Betre brukaroppleving og meir målretta helseteneste til pasientane.
- Unngå feil bruk av ressursar.
- Auka pasienttryggleik

## Etablering av brukarundersøkingar etter utskriving eller poliklinisk time

Pasientar og pårørande kan få muligheit for å gje tilbakemelding på opplevinga dei har hatt. Dette kan gjennomførast på mange måta, både elektronisk men også ved utfylling av skjema. Vi kan sjå føre oss at det vil vere enklast å leggja til rette for elektroniske tilbakemeldingar etter ei innlegging eller ein poliklinisk time. Her kan ein sjå føre seg at ein ynskjer å nå ei spesiell pasientgruppe, for ein avdeling, eller alle kontaktar men tilfeldig utvalde pasientar. Det viktige her er at tilbakemeldingane må vere anonyme og ikkje kan sporast tilbake til enkeltpasientar.

**Tiltak B7:** Etablering av elektroniske brukarundersøkingar etter utskriving.

- Vurdere ulike målbilde for slike brukarundersøkingar.
- SMS tilbakemelding frå alle pasientar etter utskriving.
- Innhente pasienten sine råd til avdelingane: «Kva skulle du ønske var betre for neste pasient»

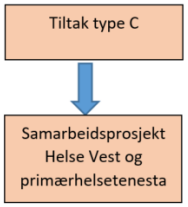
Gevinstar:

- Måling av pasienttilfredsheit
- Innspel til kvalitetsforbetring
- Betre brukaroppleving

| **Tiltak** | | **Frå mandatet** | |
|---|---|---|---|
| **nr** | **namn** | **svarer på** | **ivaretar** |
| B1 | Innleggelserapport som første melding | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosesser |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • heilskapelege og samanhengande tenester | |
| B2 | Ta i bruk digital dialog med helsekontakt på fleire områder | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet |
| B3 | Ta i bruk og vidareutvikle Chatbot på nye områder | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet |
| B4 | Utskrivingsprosessen som eige kunnskapsområde | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Heilskapelege og samanhengande tenester | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet |
| B5 | Vurdere utvida bruk av koordinator | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskaplege og samanhengande tenester<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet |
| B6 | Vidareutvikle og spreie kunnskap om verktøy for god dialog med pasient og pårørande | • God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet |
| B7 | Etablering av elektroniske brukarundersøkingar etter utskriving | • God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Pasientperspektivet |

## 11.3 Generelle tiltak som vil bidra til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetenesta




Dersom ein skal få til ein betre ustskrivingsprosess betyr det at vi må arbeide med kultur og organisasjonsutvikling på tvers av spesialist og primærhelseteneste. Vi bør vidareutvikle møteplassar og arenaer der klinikarar frå spesialist og kommune møtest for å diskutere utfordringsbildet og å dele sine behov og forventningar til kvarandre for å kunne skape gode pasientforløp. Og vi må få til gode sider for felles informasjon på tvers av Helse Vest og kommunane.

### Samhandlingsbarometeret

Det er etablert eit samarbeid mellom KS/kommunane, Helse Vest og Høgskulen på Vestlandet på utvikling av ein felles nettstad der ein presenterer styringsdata, avtalar, felles kurs og anna informasjon / tiltak som er nyttig i samhandling mellom kommunane og helseforetak. Nettstaden er under utvikling og det pågår eit arbeid for å fornye, forbetre og utvide bruken.

**Tiltak C1:** Vidareutvikling av samhandlingsbarometeret

- Bidra med innspel til vidareutvikling av nettstaden som ein felles nettstad der ein finn relevant informasjon knytt til samhandling mellom spesialist, kommune og fastlege, til dømes: styringsinformasjon, prosjekt/Initiativ med effekt, pas. Sikkerhet/kvalitet, møteplasser, samhandlingsutval.
- Vidareutvikle nettstaden som ein regional nettstad med meir fokus på felles opplæringsmateriell / kurs /prosedyrar mm.

Gevinstar:

- Betre og meir målretta styringsinformasjon.
- Felles portal for kunnskapsoppdatering på tvers av behandlingsnivåa.
- Nettstad for felles aktivitetar og viktige samlingar / arrangement.
- Grunnlag for felles kultur
- Reduserte kostnader til utvikling og opplæring på tvers av nivå
- Betre kvalitet.

### Generelle samarbeidsarenaer på tvers av spesialist og primærhelseteneste

Det er litt ulikt korleis dei ulike helseføretaka og tilhøyrande kommunar har arbeid med å skape gode generelle samhandlingsarenaer mellom klinikarar i spesialist og primærhelsetenesta (se kap 4.2 og 4.3). I kartleggingsarbeidet er dette arbeidet løfta fram som eit viktig tiltak som har gitt gode resultat.

Det er viktig å halde på og vidareutvikle nye arenaer der ein jobbar saman på tvers av spesialist og primærhelsetenesta på alle nivå, for å få til gode relasjonar og felles forståing.
Det finnest mange slike arenaer i alle helseføretak men også regionalt. Døme på slike arenaer er:

- KS e-komp (Tidlegare KomUt) der ein har faste møte mellom Helse Vest / HF og KS e-komp og der Helse Vest har hatt representant både i prosjektgruppe og styringsgruppe. Dette er eit samarbeids som har gått over mange år og som har mellom anna koordinert innføring av ulike type elektroniske meldingar mellom Helse Vest og kommunane med gode resultat.

- Det vert også etablert eit samarbeide med prosjektet som jobbar med innføring av velferdsteknologi i Vestland. Dette opnar for framtidig samarbeid på andre arenaer som vi må jobbe saman om/inkludere kvarandre i som t.d. medisinsk avstandsoppfølging og bruk av videoteknologi som verktøy.

**Tiltak C2:** Vidareutvikling av generelle samarbeidsarenaer både lokalt og regionalt

- Vidareutvikle erfaringskonferansar for klinikarar på tvers av helseføretak og kommune.
    - Helse Førde og kommunane i regionen har hatt gode erfaringar med slike samhandlingsarenaer innan somatikken over lang tid.
    - Desse samlingane må initierast og utformast i fellesskap mellom HF og kommunane i helseregionen.
    - For å få til gode prosessar, bør samlingane bestå av både felles formidling av utfordringsbildet, men også legge opp til gruppearbeid om ulike tema. Gruppene bør bestå av medarbeidarar både frå HF og kommune.
    - Dette er aktivitetar som dei ulike helsefellesskapa må ha fokus på.
- Legge til rette for meir systematisk hospitering mellom kommunar og sjukehus.
    - Dette gjeld for alle type helsearbeidarar. Døme henta frå intervjurunde med tilsette: sjukeheimslege kan hospitere på geriatrisk avdeling.
- Etablere ein gjensidig praksis i kommunane i Vest og Helse Vest om å vurdere å inkludere kvarandre i pågåande/ nye prosjekt ut frå ein vurdering av om:
    - A) Vil dette påverke pasientar eller pasientflyten som går mellom behandlingsnivåa?
    - B) Kan den andre parten ha kunnskap på området som kan vere viktig å ta omsyn til?
    - C) Har den andre parten behov for informasjonen / kunnskap om dette området?
- Vidareutvikle kontakt med Utviklingsentera for sjukeheimar og heimetenester (USHT).
    - Utviklingsentera for heimetenester og sjukeheimar i kommunane, har eit mandat knytt til opplæring og rettleiing i kommunane. Det er eit utviklingssenter pr helseføretaksområde[39].
        - Det er til ein vis grad allereie i dag eit samarbeid mellom spesialisthelseteneste og utviklingsentera i nokre regionar. Men her ligg det eit større muligheitsrom enn det ein har utnytta i dag. Dette bør ein jobbe vidare med.

- I Helse Fonna-regionen har kommunane og føretaket gode erfaringar med ei felles fag, forsking- og utviklingseining for samhandling som del av samhandlingsstrukturen (FOUSAM)

Gevinstar:

- Dele kunnskap på tvers av nivåa.
- Betre innsikt i partane sine utfordringsbilde.
- Bygge felles kultur.

[39] https://www.utviklingssenter.no/

## Betre og meir målretta samhandling og informasjon mellom legar i primær og spesialisthelsetenesta

I utarbeidinga av pasientreisa, kom det fram ein utfordring der ein viser til at sjukehusa ofte har for lite informasjon om pasienten sin helsetilstand tidleg inn innlegginga. Dette fører til at ein ikkje alltid kjem tidleg nok i gong med behandling, og heller ikkje med planlegging av utskriving.

I tillegg er det også i intervjua kome fram eit behov for forbetring av innhaldet i epikrisa, og at forskrift[40] som regulerer utskriving av pasientar vert etterlevd.

**Tiltak C3: <u>Forbetre informasjon frå lege.</u>**

- Involvere praksiskonsulentane i Helse Vest for å få ei vurdering på om det er grunnlag for å involvere fastlegane meir / hente informasjon frå fastlegen, i dei tilfella pasienten er innlagt av ein legevaktslege.
    - Dagens pasientreise viser at ved akutt innlegging, har pasientane i ein stor del av tilfella, ikkje vore innom fastlegen, men vert lagt inn av ein legevaktslege utan tilgang til journalen hjå fastlegen, og heller ikkje kjennskap til pasienten. Journalundersøkinga (kap4.4) viser at det i visse tilfelle manglar tilvising frå lege ved innleggelse. I mange av desse tilfella vil spesialisthelsetenesta ha lite kunnskap om pasienten. Det betyr at ein kjem seinare i gang med behandling. Kan ein kontakt med fastlege på eit tidleg -stadie i innlegginga vere eit tiltak for å betre dette?
    - Kan vi bruke dei elektroniske meldingane mellom spesialist og fastlege på ein effektiv måte til dette, eller vil det vere eit meirarbeid for fastlegane som ikkje er mulig å nå over?
    - Kva effektar vil ein eventuelt få ut av eit slik utvida involvering av fastlegane?
- Etablere ei arbeidsgruppe samansett at praksiskonsulentar, legar frå spesialisthelsetenesta og representantar frå kommunen for å gjere informasjonen i epikrisa meir målretta /lage ein betre epikrisemal.
    - Informasjonen i epikrisa må bli meir vridd frå beskriving av prosedyrar til fokus på resultat og konsekvens.
    - Heimkomstplanlegging og oppfølging må kome godt fram.
    - Sikre at plan for vidare behandling, oppfølging og opplæring vert formidla i epikrisa.
    - Forbetre regionale rutiner for utsending av epikrise, til dømes når skal epikrise være godkjent.
- Etablere ei arbeidsgruppe samansett av praksiskonsulentar, legar frå spesialisthelsetenesta og representantar frå kommunen for å legge til rette for at alle parter følger forskriftene ved utskriving.
    - Oppdatere rutine/prosedyrar og opplæringsmateriell.
- Se på modeller frå andre nordiske land.

[40] https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2011-11-18-1115

Gevinstar:

- Meir og betre informasjon om pasienten tidleg i sjukehusopphaldet.
- Betre tilrettelagt informasjon med meir målrette plan for behandling på veg ut av sjukehuset.
- Kjem raskare i gang med behandling og tiltak både i spesialist og i primærhelsetenesta.
- Færre reinnleggingar.

## Fleire tverrfaglege møter på tvers av sjukehus og kommune for å kartlegge behovet for tenester.

I ein del tilfelle der pasienten kan ha behov for utvida tenester frå kommunen etter utskriving, vil ein kunne få til ein betre prosess og betre tilpassa tenester om ein kan få til møter på tvers av sjukehus og kommune, saman med pasient og pårørande.

Det er gjort ein studie på bruk av video i strukturert samtale mellom behandlar, pasient og fastlege ved eit rehabiliteringssenter i Helse Vest sitt område i 2013/2014, som ein kan hente erfaringar frå[41].

I dette arbeidet er det viktig å etablere kontaktar med dei kommunane i vår region som er deltakarar i dei nasjonale prosjekta som går på primærhelseteam og oppfølgingsteam. Dei samarbeider allereie om forbetringsprosjekt rundt pasientane sine, og vi kan kanskje allereie her hente ut erfaringar med bruk av videomøter i planlegging av tenester til pasientgruppene dei jobbar med. (sjå omtale av prosjekta primærhelseteam og oppfølgingsteam i kapittel 6)

Det er viktig å hugse på at slike møter skal ikkje vere som erstatning for den eksisterande samhandlinga gjennom bruk av PLO-meldingar, men vere som eit hjelpemiddel i tillegg. Med den auken i bruk av video pandemien har ført til, ligg det godt til rette for å innføre dette tiltaket i tida framover.

**Tiltak C4:** Legge til rette og motivere til meir bruk av tverrfaglege møter.

- Det må utarbeidast retningslinjer for korleis slike møter skal gjennomførast.
    - I desse møta må pasienten sine ønskjer og behov kome tydeleg fram.
    - Det bør i størst mulig grad leggast opp til at ein kan delta virtuelt på møta.
    - Retningslinjene må utarbeidast av ei gruppe som består av både deltakarar frå kommune, spesialist og fastlege/praksiskonsulent.
    - Retningslinjene skal ha som mål å sikre ein struktur på møtet slik at ein legg vekt på både viktige spørsmål, og at det vert ein god og likeverdig oppleving for alle partar.
- Systematisk bruk av tverrfaglege møter på tvers av sjukehus og kommune. For å avklare og legge til rette tenester for pasient på veg ut av sjukehuset.
    - Fortrinnsvis bruk av videoløysningar (ref. utvikling under pandemien)
    - Både spesialisthelsetenesta, pasient/pårørande og sakshandsamartenesta i kommunen må vere med. Dersom det er behov og mulig, bør ein også sjå på muligheiter for å få fastlege med på slike møter.

[41] https://arbeidoghelse.no/strukturerte-samtaler-gir-bedre-samhandling/

Gevinstar:

- Pasienten føler seg hørt og blir tryggare.
- Betre tilrettelegging av tenester frå starten.
- Pasienten vert utskrive til rett tenestenivå med ein gong, og slepp kanskje fleire flyttingar.
- Spart tid for klinikarar ved bruk av elektroniske løysingar.

## Tverrfageleg team på tvers av spesialist etter modell frå Tromsø

Nasjonal helse og sjukehusplan 2020-2023 peikar på «Pasientens helsetjenesteteam»[42] som er etablert i Tromsø, som eit godt prosjekt å sjå til. Målet for «Pasientens helsetjenesteteam (PSHT)» er å utvikle betre og meir heilskapleg tenestetilbod til pasientar med samansette / kroniske helseutfordringar.

PSHT held til på UNN, men er eit samarbeide mellom UNN og Tromsø kommune. I tillegg til teamet i Tromsø, er det etablert team i Harstad, Balsfjord, Karlsøy og Senja kommune. Teamet består av sjukepleiere fra både sjukehus og kommune, lege, fysioterapeut, ergoterapeut, farmasøyt, helsesekretær og psykiatrisk sjukepleier.

Pasientar vert tilvist til teamet, og teamet gjer ein vurdering ved hjelp av journalgjennomgang både i EPJ frå kommune og sjukehus.

Forsking på PSTH har vist at bruk av teamet har gitt fleire gevinstar som reduksjon i innleggingar og forbetra helse, meistring og livskvalitet hos pasientane, i tillegg til ein betydeleg reduksjon i 6 mnd dødelegheit for gruppa som mottar tiltaket.

**Tiltak C5:** Etablere utprøving på tverrfagleg team etter modell frå Tromsø**.**

- Det må køyrast ein prosess i dei etablerte samarbeidsfora mellom Helse Vest og kommunane for å forankre eit eventuelt prosjekt både i Helse Vest og i kommunane.
    - I ein slik prosess, vil ein også kunne få ein peikepinn på kva HF og kommunar som kan vere aktuelle kandidatar til å vere med på eit slikt prosjekt.
- Etablere forpliktande samarbeidsavtalar mellom føretak, kommune, mm
- Tilpasse teamet i eit Helse Vest perspektiv.
    - Vurdere om teamet skal ha ein meir aktiv rolle i ein utskrivings/utreisefase, enn det som er etablert i Tromsø.

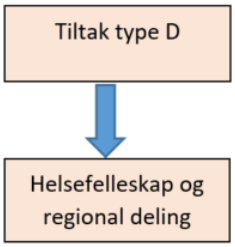
Gevinstar:

- Forbedra helse, mestring og livskvalitet for mottagerne av tilbudet
- Betre tilrettelagde tenester bygd på den enkelte brukar sitt behov.
- Meir korrekte medisinliste
- Færre reinnleggingar
- Betre eigenmestring.

[42] https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteam-psht

| Tiltak | | Frå mandatet | |
|---|---|---|---|
| **nr** | **namn** | **svarer på** | **ivaretar** |
| C1 | Vidareutvikling av samhandlingsbarometeret | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |
| C2 | Vidareutvikling av generelle samarbeidsarenaer både lokalt og regionalt | • Økt kvalitet på samhandling,<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet |
| C3 | Forbetre informasjon frå lege | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |
| C4 | Leggje til rette og motivere til meir bruk av tverrfaglege møter | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet |
| C5 | Etablere utprøving på tverrfagleg team etter modell frå Tromsø | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Unødvendige reinnleggingar redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar |

## 11.4 Forslag til samhandlingsprosjekt for dei fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse og sjukehusplan




Nasjonal helse og sjukehusplan har peika på at spesialisthelsetenesta og kommunane har eit særleg ansvar for å samarbeide godt rundt dei fire prioriterte pasientgruppene «personar med alvorlege psykiske lidelsar og rusproblem», «barn og unge», «skrøpelege eldre» og «personar med fleire kroniske lidelsar.»

Vi har derfor skissert tiltak som kan vere med å utforme gode pasientforløp for dei ulike pasientgruppene. Tiltaka legg opp til å både førebygging og gje god behandling.

### Forslag til prosjektkandidat for samhandling rundt gruppa av personar med alvorlege psykiske lidelser og rusproblem

I Nasjonal helse og sjukehusplan er det peika på at i psykisk helsevern for vaksne, står om lag 10 prosent av pasientane for om lag tre firedeler av ressursbruken. Det er peika på at dette er ei av dei prioriterte gruppene som kommunane og spesialisthelsetenesta må samarbeide betre om.

Vel heim har ikkje greidd å rekruttert personar frå psykisk helsevern til å delta i prosjektet. Men ut frå erfaringa som er henta inn i prosjektet er vi ikkje gode nok på å kople rus/psykiatri og somatikk i dei situasjonane der pasientane endar opp i somatikken som ein følgje av rus/psykiatriutfordringar.

Det finnest nok mange ulike initiativ både i helseføretak og i kommunar knytt til oppfølging av denne pasientgruppa, men mange av dei tiltaka står litt for seg sjølv, utan ein samla plan og forankring både hjå kommune og helseføretak.

Gjennom arbeidet i prosjektet kom ein fram til eit konsept for samarbeid rundt denne gruppa som arbeidsgruppa anbefaler at ein kan jobbe vidare med. Dette kan inngå som eit delprosjekt i eit eventuelt hovudprosjekt av Vel heim.

Delprosjektkandidaten har som hovudmål etablere ein felles kultur på tvers av spesialist- og primærhelsetenest til denne pasientgruppa.

Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest er ein eining om kva ein skal jobbe med i 2019/2020. Det vil nok kome nye tiltaksområder for perioden 2020/2021. Eit prosjekt rundt pasientgruppa rus og psykiatri kan vere innspel til eit prosjekt eller eit område å jobbe med i neste periode.

Prosjektet skal bygge vidare på dei gode tiltaka som allereie er etablert på dette området, med fagpersonar frå både psykiatri og somatikk, for å skaffe kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtalar som må på plass for å få dette til å fungere. Ein må også ta stilling til kva nivå dette skal besluttast på ref. helsefellesskap i Nasjonal Helse og sjukehusplan.

**Tiltak D1:** Dynamiske team rundt pasientar med alvorlege psykiske lidelsar og rusproblem

Aktivitet for å få etablert prosjektet:

- Køyre ein prosess i dei etablerte samarbeidsfora mellom Helse Vest og kommunane for å forankre eit eventuelt prosjekt både i Helse Vest og i kommunane.
    - I ein slik prosess, vil ein også kunne få ein peikepinn på kva HF og kommunar som kan vere aktuelle kandidatar til å vere med på eit slikt prosjekt.
    - Eventuelt spele dette inn som eit tiltak til ein revisjon av områda/prosjekt i Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest

Aktivitetar i prosjektet:

- Etablere eit utprøvingsprosjekt i eit eller fleire helseføretak.
    - Ein av føresetnadane med å vere med i prosjektet, er at helseføretaket forplikte seg til å stille med klinikarar på tvers av somatikk og psykiatri som jobbar i team rundt pasientane.
    - Desse personane skal kunne trekkast inn som ressurspersonar i planleggingsfase.
    - Dei skal og kunne trekkast inn på kort varsel når behovet for hjelp frå spesialisthelsetenesta oppstår.
    - HF skal bygge vidare på erfaringar med eksisterande FACT og ACT-team og andre allereie etablerte tiltak, men utvide og sjå på eit tettare samarbeidet med somatikken.
- Etablere ei gruppe/nettverk av dei kommunane med tilhøyrande fastlegar i helseføretaksområdet, som ynskjer å vere med.
    - Det er ein stor fordel om ein her kan få med både store og små kommunar.
    - Det er viktig at fastlegane vert involvert på ein god måte i prosjektet
- Etablere forpliktande samarbeidsavtalar mellom føretak, kommune og fastlege om mål for prosjektet, arbeidsform, rolleavklaringar.
    - Prosjekt bør vurdere på kva nivå desse avtalane bør inngåast, men på sikt bør ein sjå på om slike avtalar skal ligge på helsefellesskap-nivå
    - Det vil kanskje vere behov for korrigering av avtalane undervegs, og det vere rom for å gjere justeringar etter behov og lokale variasjonar knytt til kommunestorleik, lokale tilhøve mm
    - I denne prosessen må ein også gjere vurderingar knytt til kva kriteriet som skal ligge til grunn for den pasientgruppa ein vel å jobbe med, og korleis ein skal rekruttere / plukke ut desse pasientane.
    - Identifisere eventuelt utvide eller etablere tverrfagelege team på tvers av kommune, fastlege og spesialist rundt desse utvalde pasientane.

- Ein av dei viktige aktivitetane i den innleiande fasen er i fellesskap å gjennomgå og oppdatere gjeldande planar eventuelt lage nye planar i lag med pasient og pårørande:
    - For oppfølginga i dei stabile og gode periodane, men også kva som skal skje når pasienten / brukaren har dårlege periodar og treng akutthjelp.
    - Planane må vere forpliktande og med tydelege rolleavklaringar. «Brukaren/pasienten si stemme» skal kome tydeleg fram i planen.
    - Det må vere eit særleg fokus på korleis fange opp at personen er på veg inn i ein forverra tilstand.

    - Planen skal ha som målsetting å gje pasienten behandling heime/der han er og på denne måten hindre reinnleggelse og at eventuelle innleggingar vert for kortare periodar.
- Prosjektet skal ha eit særleg fokus på gode metodar for å få til eit felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelse og på tvers av somatikk og psykiatri. Det skal sikre innsikt i kvarandre sine rutine og tiltak.
- Prosjektet skal også sjå på kva type hjelpemiddel/verktøy som skal brukast i samarbeidet.
    - Bruk av video eventuelt andre kommunikasjonskanalar både i planleggingssamanheng, men også i oppfølging av brukar/pasient.
    - Ta i bruk dei muligheitene som i dag ligg tilgjengeleg på helsenorge.no, der pasient og pårørande kan ha sikker digital dialog med enten helsekontakt i spesialist eller med PLO – tenesta i kommune.
    - Kva verktøy ein kan bruke til å dele planane mellom aktørane.
    - Kva verktøy kan ein bruke i behandlingane av pasientane, og kven er aktørane i behandlinga.
    - Forslag til bruk av eksisterande løysingar på nye måtar, eventuelt forslag til nye løysingar.
- Det bør etablerast evaluering/følgjeforsking knytt til prosjektet. Fokuset for forskinga bør vere «Kva tiltak bidreg til å få til haldningsendringar og eit felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelseteneste».

Gevinstar:

Målbare effekter for pasientgruppen kan være:

- Bedre livskvalitet, forbedret helse og økt mestring hos pasienten/ brukerne
- Bedre og riktigere bruk av innleggelser/ døgnopphold i institusjon.
- Reduksjon av akutte innleggelser i somatikk pga overdoser og skader relatert til rusbruk.
- Reduksjon i overdose relaterte dødsfall i helse Vest.
- Dokumentert kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtala for at spesialist, kommune, på tvers av somatikk og psykiatri og saman med fastlegen skal kunne gje gode og samanhengande tenester på tvers, for denne pasientgruppa. Målet er å finne dei gode løysingane for å bli partnarar og ikkje partar i tenester til denne gruppa pasientar.

## Forslag til prosjektkandidat for samhandling rundt gruppa sårbare barn og unge

Nasjonal helse og sjukehusplan peikar på barn og unge med langvarige behov for helsehjelp, som ein av dei fire gruppene av pasientar helsetenestene skal ha eit ekstra fokus på.

Barn og unge er eit prioritert område i Helse Vest. Det regionale prosjektet «Barn og unges helseteneste» vart etablert i 2019 og prosjektperioden går ut 2021. Hovudmålet med prosjektet er å sikre at barn og unge med psykiske helseplager får samanhengande hjelp på tvers av kommune og spesialisthelsetenesta i Helse Vest regionen (rett hjelp på rett sted og til rett tid). Prosjektet starta i Helse Fonna i 2016 og det er etablert lokale implementeringsprosjekt i både Stavanger, Bergen og Førde. Prosjektet er forankra i overordna samhandlingsutval i alle 4 føretak. Alle kommunane i Helse Vest regionen vert invitert inn i prosjektet i løpet av 2020.

Prosjekt «Barn og unges helseteneste» er løfta fram som eit av tre satsingsområder i intensjonsavtalen mellom Helse Vest og kommunane (KS). I avtalen står det følgjande:

*«Det er enighet mellom partene om å prioritere følgende prosjekter/områder i 2019/2020:*

- *«Barn og unges helsetjeneste» i Helse Fonna – utvikle tilsvarende samhandlingsforløp for barn og unge i alle foretaksområdene i regionen.»*

Det regionale prosjektet har fått mye oppmerksamheit nasjonalt og vert beskrive i regjeringas Opptrappingsplan for barn og unges psykiske helse og Nasjonal helse- og sjukehusplan. Det er etablert tett dialog med Helsedirektoratet og det føregår diskusjonar om korleis ein kan legge til rette for utbreiing nasjonalt. Prosjektet er også i tråd med andre nasjonale prosjekt som DigiUng og DigiHelsestasjon i regi av Helsedirektoratet og kommunane. Kommunane Stavanger, Bergen og Haugesund skal i lag med Oslo vere pilotar på DigiHelsestasjon.

**Tiltak D2:** Utviding av prosjektet «barn og unges helsetjeneste»

Prosjektet «Barn og unges helseteneste» har hatt hovudfokus på barn og unge med psykiske helseplager. Ei framtidig fase 2 av prosjektet vil være å utvide Barn og unges helseteneste til også å omfatte somatiske helseplager slik at heile gruppa sårbare barn og unge vert inkludert. Det anbefalast at ei utviding skjer under same prosjektparaply og ved bruk av same metodikk. Forankringsarbeidet for ei slik utviding har allereie starta i føretaka ved at ein drøfter ein forvaltningsmodell der ein knyter ansvar for forvaltning av Barn og unges helseteneste til helsefellesskapa i regionen. Ei eventuell utviding av prosjektet vil då kunne forankrast i helsefellesskapa for barn og unge i regionen, der både somatisk barneavdeling og habiliteringstenesta for barn og unge vil vere representert i tillegg til brukarar, fastleger og kommunale tenester.

Tiltak for å få etablert prosjektet:

- Prosjektet må forankrast i allereie etablert prosjektstruktur i føretaka i Helse Vest (Barn og unges helseteneste) for å sikre strategisk forankring i kommunane.

- Det er avgjerande at ein får fullført prosjekt i forhold til psykiske helseplager først, og at ein deretter utvider til å omfatte somatiske helseplager i same organisering.
- Ei eventuell utviding av prosjektet bør spelast inn til ein revisjon av områda/prosjekt i Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest
- Det anbefalast at ein etablerer evaluering/følgjeforsking knytt til prosjektet. Fokuset for forskinga bør vere «Kva tiltak bidreg til å få til haldningsendringar og eit felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelseteneste».

Gevinstar:

- Ha brukar i fokus
- Fange opp diagnosar på et tidleg tidspunkt
- Tryggheit for pasient og pårørande
- Rettleie for mest mogleg behandling i heimen.
- Dokumentert kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtalar for at spesialist, aktørar i kommune, på tvers av somatikk og psykiatri og saman med fastlegen skal kunne gje gode og samanhengande tenester på tvers, for denne pasientgruppa. Målet er å finne dei gode løysingane for å bli partnarar og ikkje partar i tenester til denne gruppa pasientar.
- Meir forutsigbarheit og plan messig arbeid skapar tryggare rammer for familien til barnet.
- Helsehjelp med brukar i fokus
- Sikre forbetra koordinering av innsats på tvers slik at foreldra ikkje treng å ivareta denne oppgåva.

## Forslag til prosjektkandidat for samhandling rundt gruppa av personar med fleire kroniske lidingar

I Nasjonal helse og sjukehusplan vert det peika på personer med fleire kroniske lidingar om ein stor og samansett gruppe med ulike behov for tenester og koordinering. Nokre av desse kan bli følgt opp av den kommunale helsetenesta, mens andre har fleire samtidige lidingar, og vil ha behov for oppfølging i både spesialist- og kommunehelseteneste.

Det finnest nok mange ulike initiativ både i helseføretak og i kommunar knytt til oppfølging av denne pasientgruppa, men mange av dei tiltaka står litt for seg sjølv, utan ein samla plan og forankring både hjå kommune og helseføretak.

Gjennom arbeidet i prosjektet kom ein fram til eit konsept for samarbeid rundt denne gruppa som arbeidsgruppa anbefaler at ein kan jobbe vidare med. Dette kan inngå som eit delprosjekt i eit eventuelt hovudprosjekt av Vel heim.

Delprosjektkandidaten har som hovudmål etablere strukturert og heilskapleg utskriving for personer med fleire kroniske lidingar.

Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest er ein eining om kva ein skal jobbe med i 2019/2020. Det vil nok kome nye tiltaksområder for perioden 2020/2021. Eit prosjekt rundt denne pasientgruppa kan vere innspel til eit prosjekt eller eit område å jobbe med i neste periode.

Prosjektet skal bygge vidare på dei gode tiltaka som allereie er etablert på dette området, med fagpersonar frå spesialist- og kommunehelseteneste, for å skaffe kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtalar som må på plass for å få dette til å fungere. Ein må også ta stilling til kva nivå dette skal avgjeras på ref. helsefellesskap i Nasjonal Helse og sjukehusplan.

**Tiltak** strukturert og heilskapleg utskriving for personer med fleire kroniske lidingar.

Aktivitet for å få etablert prosjektet:

- Køyre ein prosess i dei etablerte samarbeidsfora mellom Helse Vest og kommunane for å forankre eit eventuelt prosjekt både i Helse Vest og i kommunane.
    - I ein slik prosess, vil ein også kunne få ein peikepinn på kva HF og kommunar som kan vere aktuelle kandidatar til å vere med på eit slikt prosjekt.
    - Eventuelt spele dette inn som eit tiltak til ein revisjon av områda/prosjekt i Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest

Aktivitetar i prosjektet:

- Etablere eit utprøvingsprosjekt i eit eller fleire helseføretak.
    - Helseføretaket må forplikte seg til å stille med klinikarar som jobbar i tverrfaglig team, og har kunnskap om utskriving.
    - Desse personane skal kunne trekkast inn som ressurspersonar i planleggingsfase.
    - Dei skal og kunne trekkast inn når behovet for spesialisthelsetenester oppstår

- Etablere ei gruppe/nettverk av dei kommunane med tilhøyrande fastlegar i helseføretaksområdet, som ynskjer å vere med.
    - Det er ein stor fordel om ein her kan få med både store og små kommunar.
    - Det er viktig at fastlegane vert involvert på ein god måte i prosjektet

- Etablere forpliktande samarbeidsavtalar mellom føretak, kommune og fastlege om mål for prosjektet, arbeidsform, rolleavklaringar.
    - Prosjekt bør vurdere på kva nivå desse avtalane bør inngåast, men på sikt bør ein sjå på om slike avtalar skal ligge på helsefellesskap-nivå
    - Det vil kanskje vere behov for korrigering av avtalane undervegs, og det vere rom for å gjere justeringar etter behov og lokale variasjonar knytt til kommunestorleik, lokale tilhøve mm
    - I denne prosessen må ein også gjere vurderingar knytt til kva kriteria som skal ligge til grunn for den pasientgruppa ein vel å jobbe med, og korleis ein skal rekruttere / plukke ut desse pasientane.
    - Identifisere eller etablere tverrfagelege team på tvers av kommune, fastlege og spesialist rundt desse utvalde pasientane.

- Ein av dei viktige aktivitetane i den innleiande fasen er i fellesskap å gjennomgå og oppdatere gjeldande planar, og eventuelt lage nye planar i lag med pasient og pårørande:
    - Planane må vere forpliktande og med tydelege rolleavklaringar. «Brukaren/pasienten si stemme» skal kome tydeleg fram i planen.
    - Det må vere eit særleg fokus på tverrfaglig samarbeid
    - Målet er at overgangane skal være det sterkaste leddet.
    - Planen skal ha som målsetting å gje pasienten behandling heime/der han er og på denne måten hindre reinnleggelse og at eventuelle innleggingar vert for kortare periodar.

- Prosjektet skal ha eit særleg fokus på gode metodar for å få til eit felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelse.

- Prosjektet bør også sjå på:
    - En sjekkliste for utskriving.
    - Betre standard og systemstøtte for legemiddelsamstemming.
    - Felles epikrisemal for hele Helse Vest i et språk pasientar forstår.
    - Bruk av nettverksmøte i samhandling.
    - Ta i bruk dei muligheitene som i dag ligg tilgjengeleg på helsenorge.no, helsekontakt og chatbot.
    - Overordna mal for informasjon tilpassa pasientar og pårørande.
    - Kva verktøy ein kan bruke til å dele planane mellom aktørane.
    - Kva verktøy kan ein bruke i behandlingane av pasientane
    - Forslag til bruk av eksisterande løysingar på nye måtar, eventuelt forslag til nye løysingar.

- Det bør etablerast evaluering/følgjeforsking knytt til prosjektet. Fokuset for forskinga bør vere «Kva tiltak bidreg til å få til haldningsendringar og eit felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelseteneste».

Gevinstar:

- Målbare effektar for pasientgruppa kan vere, færre og kortare innleggingar.
- Betre helse gjennom forbetra sjukdomskontroll, og tidlig intervensjon ved forverringar
- Det blir enklare for kommunen å tildele riktige tenester til pasientane
- Vi samarbeider for å yte betre tenester til pasienten.
- Pasientane trygges i behandlinga med betre informasjon.
- Dokumentert kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtala for at spesialist, kommune og fastlegen skal kunne gje gode og samanhengande tenester på tvers. Målet er å finne dei gode løysingane for å bli partnarar og ikkje partar i tenester.
- Betre eigenmeistring og økt livskvalitet. (PROM og PREM)[43]

[43] https://www.kvalitetsregistre.no/pasientrapporterte-data

## Forslag til prosjektkandidat for samhandling rundt gruppa skrøpelige eldre

Bakgrunn:
I Nasjonal helse og sjukehusplan er det lagt inn føringer til foretak og helsefellesskap om å prioritere utvikling av tjenester og finne løsninger som passer til lokale behov og forutsetninger til pasientpopulasjonen skrøpelige eldre, som en av fire prioriterte grupper. Planen peker også på følgende: «*Bedre felles planlegging mellom kommuner og sykehus kan legge til rette for å identifisere de som har risiko for å utvikle sykdom slik at det kan settes inn forebyggende tiltak.* ***Proaktive og teambaserte tjenester*** (red: egen utheving) *vil bidra til at pasienter med sammensatte behov får et helhetlig tilbud.»* (hentet fra kapittel 2.3 norsk sykehusplan) Utviklingsplanen Helse 2035 fremhever også behovet for bedre koordinert og samlet helhetlig innsats på tvers av nivåene for å lykkes med å fremme helse, mestring og livskvalitet.

Forslag til prosjektkandidat for samhandling rundt pasientgruppa skrøpelige eldre:
Gjennom arbeidet i prosjektet ble et konsept for samarbeid rundt gruppa skrøpelige eldre foreslått. Arbeidsgruppen anbefaler et hovedprosjekt å jobbe videre med konseptet. Dette kan inngå som et delprosjekt i et eventuelt hovedprosjekt av Vel heim.

Intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest har listet pasientgruppa skrøpelige eldre som et satsingsområde. Et prosjekt som dette kan være et innspill til et prosjekt eller et område å jobbe med i neste periode.

Det foreslåtte delprosjektet vil ha som oppgave å etablere et eller flere tverrfaglige og tverrsektorielle **team** som har proaktiv, helhetlig og samordnet utskriving og oppfølging av skrøpelige og multisyke eldre som oppgave. Deltagerne i hvert enkelt team må samarbeide slik at de nødvendige ressursene rundt pasienten blir mobilisert til riktig tid og sted i både sykehus og kommune og slik at innsatsen gir ønsket effekt. Teamdeltagerne må ha nødvendig kompetanse i ulike tiltak som sikrer tidlig intervensjon og mer proaktiv helhetlig oppfølging av pasientgruppen og kunne iverksette disse.

Prosjektet skal bygge videre på de gode tiltakene som allerede er etablert på dette området, med fagpersoner fra spesialist- og kommunehelsetjenesten, for å skaffe kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtaler som må på plass for å få dette til å fungere. Det må også tas stilling til hvilket nivå dette skal besluttes på. Ref. helsefellesskap i Nasjonal Helse og sjukehusplan.

<u>Tiltak D4: Proaktive samordnede team for skrøpelige eldre</u>

Aktivitet for å få etablert prosjektet:

- Kjøre en prosess i etablerte samhandlingsfora mellom Helse Vest, helseforetakene, private idelle samarbeidspartnere og kommunene for å forankre et eventuelt prosjekt.

    - Kartlegge hvilke HF og kommuner som kan tenke seg å delta i utvikling og testing av proaktive samordnede team i en tidlig fase.
    - Spille inn som et forslag til tiltak/ satsing ved revisjon av intensjonsavtalen mellom KS Vest og Helse Vest.

Aktiviteter i prosjektet:

- Etablere et utprøvingsprosjekt i en eller flere helsefellesskap.
    - Helse foretaket og deltagende kommuner må forplikte seg til å stille med helsepersonell som kan delta i det tverrfaglige/tverrsektorielle teamet. De må ha kunnskap om utskriving/ overgangsprosessen og særlige utfordringer for skrøpelige eldre.
    - Disse personene skal kunne trekkes inn som ressurspersoner i planleggingsfasen
    - Bidra med lokal prosjektgjennomføring og ledelse i det enkelte foretak og kommune
- Etablere en gruppe eller et nettverk mellom de kommunene som ønsker å delta, sammen med fastlegene i tilknyttet område som ønsker å være med.
    - Det er en stor fordel om en kan få med både store kommuner som ligger tett geografisk på sykehuset (for å legge til rette for at teamene kan jobbe i samme lokasjon med felles skjermer og tilgang på journaler fra begge nivå) og mindre kommuner i stor avstand fra sykehuset, der samarbeidet må utvikles digitalt først og fremst.
    - Det er en forutsetning at fastlegene blir involvert på en god måte i prosjektet.
- Etablere forpliktende samarbeidsavtaler mellom helseforetak og tilknyttede kommuner og fastleger om mål for prosjektet, arbeidsform, rolleavklaringer.
    - Prosjektet bør vurdere på hvilket nivå disse avtalene bør inngås, men på sikt bør en se på om slike avtaler skal ligge på helsefellesskap-nivå
    - Det vil kanskje være behov for korrigering av avtalene underveis og det bør være rom for å gjøre justeringer etter behov og lokale variasjoner knyttet til kommunestørrelse, nærhet til sykehus osv
    - I denne prosessen må en også gjøre vurderinger om hvilke kriterier som skal ligge til grunn for pasientgruppen en velger å jobbe med, og hvordan disse skal selekteres/screenes
    - Identifisere eller etablere tverrfaglige team på tvers av kommune, fastlege og spesialist rundt utvalgt pasientpopulasjon skrøpelige eldre
- En av de viktige aktivitetene i den innledende fasen er i fellesskap å gjennomgå og oppdatere gjeldende planar, og eventuelt lage nye planar sammen med pasient og pårørende:
    - Planene må være forpliktende og med tydelige rolleavklaringer. «Brukeren/pasienten sin stemme» skal komme tydelig fram i planen.
    - Det må være et særlig fokus på tverrfaglig samarbeid
    - Målet er at overgangene skal være det sterkeste leddet.
    - Planen skal ha som målsetting å gi pasienten behandling hjemme/der han er så langt det er mulig, og på denne måten hindre reinnleggelse og at eventuelle innlegginger blir for kortere perioder.
- Prosjektet skal ha et særlig fokus på gode metoder for å få til et felles ansvar for pasienten på tvers av spesialist og primærhelse.

- Prosjektet bør også se på:
    - En sjekkliste for utskriving.
    - Bedre standard og systemstøtte for legemiddelsamstemming.
    - Felles epikrise mal for hele Helse Vest i et språk pasienter forstår.
    - Bruk av nettverksmøte i samhandling.
    - Ta i bruk de mulighetene som i dag ligger tilgjengelig på helsenorge.no, helsekontakt og chatbot.
    - Overordnet mal for informasjon tilpasset pasienter og pårørende.
    - Hvilke verktøy en kan bruke til å dele planene mellom aktørene.
    - Hvilket verktøy kan brukes i behandlingene av pasientene
    - Forslag til bruk av eksisterende løsninger på nye måter, eventuelt forslag til nye løsninger.
    - Mulige kvalitetsindikatorer:
        - forbedret overlevelse for gruppen skrøpelige eldre seks måneder etter utskriving fra proaktive samordnede team
        - Reduksjon i PLO dialogmeldinger
        - Bedre samsvar med meldingsrutiner.
        - SMS undersøkelse viser høy tilfredshet med utskrivingstjenesten hos pasienter.
    - Se på hvordan kommunikasjon mellom fagpersonell, pasient og pårørende kan fungere best mulig.

        - Ivareta behovet pasienter og pårørende har for forutsigbarhet, trygghet og tillit ved overganger. Det må avtales og settes av tid sammen med pasient/pårørende på forhånd til samtaler som planlegger for tiden etter utskriving
        - Ivareta pasientens behov for et fast kontaktpunkt som samordner aktiviteten i sykehuset ved utskrivingsplanlegging. (koordinatorer fordelt etter geografi vil sikre at de får en fast kontakt i sykehuset uavhengig av hvilken diagnose og avdeling pasienten er inneliggende ved)
        - Ivareta pasientens (og pårørendes, når ønsket) behov for involvering og samvalg og behov for å fortelle om det som er viktig for de til behandlende helsepersonell.
        - Ivareta pasientens behov for å vite hva de kan gjøre for å fremme sin helse og oppnå det som er viktig for de.

        - Ivareta pårørendes behov for å vite hvordan de kan bidra, og bestemme hva de ønsker å bidra med.
        - Ivareta pasientens behov for å avklare fremtidig behandlingsnivå og potensiale.
        - Ivareta kommunens behov for å vite hva de skal bidra med, for å hjelpe pasienten å nå sine mål.
        - Ivareta spesialisthelsetjenestens behov for å avklare hva de skal bidra med.

        - Ivareta medarbeidernes behov for økt kunnskap om og opplæring i bruk av kommunikasjonsverktøy.
    - Sikre at forverring og eller nye symptomer før utskriving fanges opp (blodprøvesvar, forverring av tilstand) og følges opp rett
    - Se på metoder for monitorering og screening som systematisk fanger opp endringer i skrøpelighetsstatus pga feilmedisinering/ overmedisinering, feil/underernæring, økende falltendens, funksjonssvikt slik at tidlig intervensjon og proaktiv helsefremmende innsats blir iverksatt alltid ved behov.
    - Undersøke hvordan foretakene kan sikre tilstrekkelig kapasitet på Comprehensive Geriatric assessment (CGA) slik at alle som screenes til behovet tilbys dette.
    - Undersøke hvordan koordinering av helsefellesskapets samlede innsats på tvers av faggrupper og tjenestenivå slik at alle ledd vet hva de skal gjøre når, kan organiseres på best måte.
    - Se på hvordan systemet kan sikre at alle involverte kjenner til det som er viktig for pasienten og innretter seg deretter.

- Det bør etableres evaluering/følgeforskning i tilknytning til prosjektet. Et av fokusområdene for forskningen bør undersøke «Hvilke tiltak bidrar til holdningsendring og felles ansvarsfølelse for pasienten på tvers av spesialist og primærhelsetjeneste».

Gevinster:

- Målbare effekter for pasientgruppa kan være bedre helse, økt egenomsorg, bedre livskvalitet og en god alderdom. Økt grad av selvstendighet, mer hjemmetid og redusert behov for akutte innleggelser i sykehus og KAD seng.
- Forbedret overlevelse for gruppen skrøpelige eldre 6 måneder etter utskriving fra proaktive samordnede team kvalitetsindikator.
- Færre reinnleggelser
- Sjeldnere sykehusinnleggelser
- Ved å gjøre det rette, riktig, første gang sikres mer kostnadseffektiv drift.
- Fjerner tidstyver i både spesialisthelsetjeneste og kommune knyttet til ineffektiv behandling, og tiltak uten effekt og unødvendig meldingsflyt.
- Sikrer bedre dokumentasjon i PLO meldinger.
- Det blir enklere for kommunen å tildele riktige tjenester til pasientene
- Vi samarbeider for å yte betre tjenester til pasienten.
- Pasientene trygges i behandlingen med bedre informasjon.
- Dokumentert kunnskap om kva som må til av organisatoriske tiltak og samarbeidsavtaler for at spesialist, kommune og fastlegen skal kunne gi gode og sammenhengende tjenester på tvers. Målet er å finne de gode løsningene for å bli partnere og ikke parter i tjenestene.

| Tiltak | | Frå mandatet | |
|---|---|---|---|
| **nr** | **namn** | **svarer på** | **ivaretar** |
| D1 | Dynamiske team rundt pasientar med alvorlege psykiske lidelsar og rusproblem | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet |
| D2 | Utviding av prosjektet «barn og unges helsetjeneste» | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet |
| D3 | Strukturert og heilskapleg utskriving for pasientgruppa med samansette behov | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet |
| D4 | Proaktive og samordna tenester for pasientgruppa skrøpelege eldre | • Delta i avgjerd om eigen behandling | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | • God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | |

# 12 Prioriterte tiltak

Arbeidsgruppa har gjennomgått alle tiltaka og ut frå tilbakemeldingane har gruppa samla seg om å prioritere desse tiltaka (Vedlegg 4)

Fargekodane for kriterier frå framtidsbildet:

Eit eller to oppfylt: Tre eller fire oppfylt: Fem eller seks oppfylt:

Fargekodane for å ivareta ulike perspektiv:

Eit oppfylt: To oppfylt: Tre oppfylt:

## 12.1 Tiltak i samarbeid med andre interne regionale Helse Vest prosjekt

| **Tiltak** | | **Frå mandatet** | | **Gjennomføring** | | **Arbeidsgruppa si vurdering** | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| A1 | Bidra til å ta i bruk nasjonale anbefaling om innhald i PLO meldingar | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Fullstendig og målretta informasjon<br>• Pasientens behov kommer tydelig fram i meldinga<br>• Ivaretar pasientsikkerhet<br>• Kommunen tildeler riktige tjenester<br>• Tid spart for helsepersonell | • Utvikling i DIPS ARENA<br>• Opplæring<br>• Regionale rutiner<br>• Etterlevelse | X | |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| A2 | Digitalisering av helse i Vest: Bidra til "Behandlingsplan" | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet | • Fullstendig informasjon<br>• Pasientens behov kommer tydelig fram<br>• Helhetlige og sammenhengende tjenester<br>• Ivaretar pasientsikkerhet<br>• Kommunen tildeler riktige tjenester<br>• Tid spart for helsepersonell | • Nasjonale avklaringer<br>• Utvikling i DIPS ARENA<br>• Tilgang til kjernejournal<br>• Opplæring<br>• Regionale rutiner<br>• Etterlevelse | | |
| A3 | Digitalisering av helse i Vest: Bidra til å ta i bruk dialogmeldingar på polikliniske pasientar | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Fullstendig og måletta informasjon<br>• Pasientens behov kommer tydelig fram i meldinga<br>• Kommunen tildeler riktige tjenester<br>• Forenkla arbeidsprosess – sparer tid<br>• Reisebelastning og tid spart for pasient og pårørende | • Utvikling i DIPS ARENA<br>• Opplæring<br>• Regionale rutiner<br>• Etterlevelse | X | |
| A4 | ODA: Samarbeid med ODA om utforming av det | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Økt kvalitet på samhandling.<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Regionale rutiner<br>• Utvikling i DIPS Arena<br>• Etterlevelse<br>• Organisasjonsutvikling | | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | som går direkte på samhandling. | | | • Meir fullstendig og målretta informasjon<br>• Mindre dobbeltføring av data.<br>• Meir automatisert datafangst<br>• Mindre tid brukt på dokumentasjon<br>• Mindre overtid | | | |
| A5 | ODA: Bidra i ODA med eit samhandlingsfokus til regionale rutinar for dokumentasjon | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Meir fullstendig informasjon<br>• Mindre dobbeltregistrering av data | • Regionale rutiner<br>• Sentral styring<br>• Opplæring<br>• Etterlevelse<br>• Utvikling i DIPS Arena | | X |
| A6 | Imatis: Intern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet | • Forenkla arbeidsprosesser<br>• Bedre informasjonshåndtering<br>• Større forutsigbarhet for pasient<br>• Tid spart for helsepersonell<br>• Mindre ventetid for pasienten ved utreise<br>• Mindre tid på dobbeltføringer<br>• Bedre utnyttelse av transporttilbud | • Utvikling/tilrettelegging i IMATIS<br>• Regionale rutiner<br>• Opplæring<br>• Etterlevelse | | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| A7 | Imatis: Ekstern informasjonsflyt, logistikk og støtte til samhandling | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Pasientperspektivet | • Tryggere overgang for pasienten<br>• Bedre samhandling<br>• Informasjonshåndtering<br>• Helhetlige og sammenhengende tjenester<br>• Tid spart for helsepersonell som får enklere arbeidsprosesser<br>• Enklere tildeling av tjenester i kommunen | • Tilpasning/utvikling i IMATIS<br>• Regionale rutiner<br>• Opplæring<br>• Etterlevelse<br>• Kommunale aktører/fastleger som ønsker å delta | (X) | |

## 12.2 Forslag til interne innsatsområder i Helse Vest

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| B1 | Innleggelserapport som første melding | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosesser | • Bedre tjenester til pasient tidlig i sykehusoppholdet<br>• Bedre grunnlag for å planlegge utskriving<br>• Ivaretar pasientsikkerhet | • Tilrettelegging i DIPS<br>• Regionale rutiner<br>• Opplæring<br>• Innføring | X | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | | • Heilskapleg og samanhengande tenester | | • Tidligere og mer presis diagnostikk og behandling<br>• Færre liggedøgn | | | |
| B2 | Ta i bruk digital dialog med helsekontakt på fleire områder | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet | • Henvendelser og svar dokumentert i EPJ<br>• Pasientene får raskere svar<br>• Tilfredsstille pasientens informasjons behov.<br>• Færre telefoner<br>• Mindre telefontid, fristiller helsepersonell til andre oppgave | • Organisasjonsutvikling<br>• Regionale rutiner<br>• Intern opplæring<br>• Etablere team | | |
| B3 | Ta i bruk og vidareutvikle Chatbot på nye områder | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet | • Betre informasjon til pasienter<br>• Dokumentert informasjon<br>• Tilbyr informasjon på pasienten sine premissar<br>• Auka tilgjengelegheit for pasienten.<br>• Pasientar får raskare svar.<br>• Mindre personavhengig informasjon<br>• Færre telefoner | • Vidareutvikling av Chatbot<br>• Organisasjonsutvikling<br>• Regionale rutiner<br>• Intern opplæring | | (X) |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| B4 | Utskrivingsprosessen som eige kunnskapsområde | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Helhetlige og sammenhengende tenester | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet | • Betre og meir målretta informasjon.<br>• Betre kunnskap om prosessar og behovskartlegging på tvers av behandlingsnivåa<br>• Betre samsvar med inngåtte avtalar og behov hjå samhandlande part.<br>• Enklere for kommunen å tildele riktige tjenester<br>• Mindre tid til unødig kommunikasjon | • Regionale rutiner<br>• Lik opplæring på tvers av helseforetak<br>• Organisasjonsutvikling<br>• Etterlevelse | | X |
| B5 | Vurdere utvida bruk av koordinator | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet | • Bedre pasientopplevelse<br>• Bedre samhandling<br>• Ivaretar pasientsikkerhet<br>• Etterleve avtaler i større grad<br>• Tid spart for helsepersonell<br>• Bedre oppgavefordeling i spesialisthelsetjenesten<br>• Riktig tildeling av tjenester i kommunen<br>• Færre reinnleggelser | • Opplæring<br>• Organisasjonstilpassing<br>• Forankring | | |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| B6 | Vidareutvikle og spreie kunnskap om verktøy for god dialog med pasient og pårørande | • God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Forenkle arbeidsprosesser<br>• Pasientperspektivet | • Bedre kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørende<br>• Økt pasientinvolvering<br>• Forenkla arbeidsprosesser<br>• Unngå feil bruk av ressurser | • Opplæring<br>• Organisasjonstilpassing<br>• Etterlevelse | X | X |
| B7 | Etablering av elektroniske brukarundersøkingar etter utskriving | • God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Pasientperspektivet | • God kommunikasjon mellom helsepersonell og pasient<br>• Måling av pasienttilfredsheit<br>• Innspel til kvalitetsforbetring<br>• Betre brukaroppleving | • Resultata blir brukt i forbetringsarbeid<br>• Organisasjonsutvikling | | X |

## 12.3 Generelle tiltak som vil bidra til organisasjonsutvikling mellom Helse Vest og primærhelsetenesta

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| C1 | Vidareutvikling av samhandlingsbarometeret | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Bedre samhandling<br>• Betre og meir målretta styringsinformasjon. | • Teknisk utvikling av nettstedet<br>• Opplæring<br>• Markedsføring/ gjøre nettstedet kjent | | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | | | | • Felles portal for kunnskapsoppdatering på tvers av behandlingsnivåa.<br>• Nettstad for felles aktivitetar og viktige samlingar / arrangement.<br>• Grunnlag for felles kultur<br>• Reduserte kostnader til utvikling og opplæring på tvers av nivå | | | |
| C2 | Vidareutvikling av generelle samarbeidsarenaer både lokalt og regionalt | • Økt kvalitet på samhandling,<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Samhandlingsperspektivet | • Dele kunnskap på tvers av nivåa.<br>• Betre innsikt i partane sine utfordringsbilde.<br>• Bygge felles kultur. | • Organisasjonsutvikling<br>• Avtaler mellom helseforetak og kommunene | | X |
| C3 | Forbetre informasjon frå lege | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Meir og betre informasjon om pasienten tidleg i opphaldet.<br>• Betre tilrettelagt informasjon med meir målrette plan for behandling på veg ut<br>• Kjem raskare i gang med behandling og tiltak både i | • Opplæring<br>• Etterlevelse<br>• Gode samarbeidsarenaer | X | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | | | | spesialist og i primærhelsetenesta.<br>• Færre reinnleggingar | | | |
| C4 | Tilrettelegge og motivere til meir bruk av tverrfaglege møter | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet | • Pasienten føler seg hørt og blir tryggare.<br>• Pasienten vert utskrive til rett tenestenivå med ein gong,.<br>• Økt tillit mellom behandlingsnivåa<br>• Spart tid for klinikarar ved bruk av elektroniske løysingar.<br>• Betre tilrettelegging av tenester frå starten. | • I desse møta må pasienten sine ønskjer og behov kome tydeleg fram<br>• Avtaler mellomkommune og helseforetak | X | X |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| C5 | Etablere utprøving på tverrfagleg team etter modell frå Tromsø | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Unødvendige reinnleggingar redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Samhandlingsperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar | • Betre tilrettelagde tenester bygd på den enkelte brukar sitt behov.<br>• Meir korrekte medisinliste<br>• Betre eigenmestring.<br>• Færre reinnleggelser | • Forpliktende samarbeid på tvers av tjenestenivå<br>• Organisasjonsutvikling på tvers<br>• Opplæring<br>• Samfinansiering | X | |

## 12.4 Forslag til samhandlingsprosjekt for dei fire prioriterte gruppene i Nasjonal helse og sjukehusplan

Arbeidsgruppa valde å ikkje prioritere nokon av desse tiltaka.

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| D1 | Dynamiske team rundt pasientar med alvorlege psykiske lidelsar og rusproblem | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet | • Bedre oppfølging av pasientgruppa<br>• Unngå/forebygge forverring av tilstand<br>• Bedre samhandling<br>• Færre innleggelser = spart tid for både pasient og behandler<br>• Bruk av virtuelle løsninger<br>• Færre og kortere innleggelser<br>• Unngå unødvendige reinnleggelser<br>• Dokumenterte resultat<br>• Meir «rett bruk» av innleggingar<br>• Betre mestring av eige liv | • Tverrfaglig samhandling til pasientens beste<br>• Elektroniske løsninger som understøtter samhandling<br>• Bruk av virtuelle løsninger<br>• Forankring i både spesialist og primærhelsetjeneste | | |
| D2 | Utviding av prosjektet «barn og unges helsetjeneste» | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet | • Ha brukar i fokus<br>• Fange opp diagnosar på et tidlig tidspunkt<br>• Trygghet for pasient og pårørande | • Forankring mellom kommuner og helseforetak<br>• Involvere pasienter og pårørende | | |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | | • Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | | • Tilrettelegge for mest mulig behandling i hjemmet.<br>• Bedre samhandling<br>• Færre innleggelser = spart tid for både pasient og behandler<br>• Dokumenterte resultat<br>• Betre brukaroppleving for barn og foresette | | | |
| D3 | Strukturert og heilskapleg utskriving for pasientgruppa med samansette behov | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosessar<br>• Samhandlingsperspektivet | • Vi jobber sammen for pasientens beste, med pasienten i fokus<br>• Vi kommuniserer tydelig<br>• Overgangene blir det sterkeste leddet<br>• Vi gjør utskrivingen riktig første gang<br>• Utskrivingen er planlagt<br>• Riktig tildeling av tjenester i kommunen.<br>• | • Må forankres på riktig nivå.<br>• Deltakere fra spesialist- og kommunehelsetjenesten er representert i prosjektet | | |

| Tiltak | | Frå mandatet | | Gjennomføring | | Arbeidsgruppa si vurdering | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Nr** | **Namn** | **Svarer på** | **Ivaretek** | **Gevinstar** | **Avhenger av** | **Prioritert** | **Lavt-hengande** |
| | | • Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | | | | | |
| D4 | Proaktive og samordna tenester for pasientgruppa skrøpelege eldre | • Delta i avgjerd om eigen behandling<br>• God kommunikasjon mellom helsepersonell, pasient og pårørande<br>• Økt kvalitet på samhandling<br>• Heilskapleg og samanhengande tenester<br>• Økt kvalitet på informasjonshandtering<br>• Unødvendige reinnleggingar blir redusert til eit minimum | • Pasientperspektivet<br>• Forenkle arbeidsprosesser<br>• Samhandlingsperspektivet | • Identifisere målbare effekter<br>• Identifisere tiltak som virker for denne gruppa pasienter<br>• Forbedret overlevelse<br>• Færre reinnleggelser<br>• Sjeldnere sykehusinnleggelser<br>• Ved å gjøre det rette, riktig, første gang sikres mer kostnadseffektiv drift.<br>• Fjerner tidstyver<br>• Sikrer bedre dokumentasjon<br>• Enklere for kommunen å tildele riktige tjenester<br>• Samarbeider for å yte betre tjenester til pasienten.<br>• Pasientene trygges med bedre informasjon. | • Tverrfaglig samhandling til pasientens beste<br>• Elektroniske løsninger som understøtter samhandling<br>• Bruk av virtuelle løsninger<br>• Forankring i både spesialist og primærhelsetjeneste | | |

## 12.5 Tilbakemeldingar

**Tilbakemeldingar frå Regional koordinerande enhet (RKE) i Helse Vest**

RKE fekk versjon 0.5 av rapporten til uttale:
Dei hadde følgjande innspel til prioriteringane som var gjort av arbeidsgruppa:
***B5 Vurdere utvidet bruk av koordinator***.
Arbeidsgruppen har ikke prioritert tiltaket som viktig eller lavt hengende.
RKE i Helse Vest anbefaler at tiltaket blir prioritert i framtidig Vel heim prosjekt. Koordinator er en lovpålagt ordning for spesialisthelsetjenesten som også svarer ut mange av intensjonene i mandatet.
***D1, D2, D3 og D4***
Arbeidsgruppen har valgt å ikke prioritere noen av disse gruppene fra nasjonal helse og sykehusplan. Det bør utarbeides regionale rutiner for disse områdene.

Dei resterende innspela til teksten av dokumentet er innarbeida i versjon 0.7 av rapporten.

**Tilbakemeldingar frå Regional referansegruppe:**

Det er ein klar fordel å vidareføre eit allereie oppstarta prosjekt for «utsette barn og unge».

Prosjektet har valt å dele tiltaka in i 4 kategoriar. **Slik vi vurderer det er det tiltaka i kategori A og B som er dei viktige i eit regionalt prosjekt** og at det som vert gjort her støttar opp om og legg til rette for gode lokale tiltak i kategori C og D. I Nasjonal helse og sjukehusplan er det nettopp lagt vekt på lokalt forankring og lokale løysingar for samhandlinga i helsefellesskapa.

Desse tiltaka i kategori A viktige å få på plass for å legge til rette for eit vidare arbeid i eige helsefellesskap:

- A1 Bidra til å ta i bruk nasjonal anbefaling om innhald i PLO meldingar
- A3 Bidra til å ta i bruk dialogmeldingar på polikliniske pasientar

I kategori B er desse tiltaka viktige å få på plass for å legge til rette for eit vidare i eige helsefellesskap:

- B1 Innleggelsesrapport som første melding – Denne må etter vår vurdering ha høg prioritet
- B5 Vurdere utvida bruk av koordinator

Kategori C tenker vi ligg meir til rette for lokale aktivitetar. Vi ønskjer likevel eit regionalt fokus på:

- C1 Videreutvikling av samhandlingsbarometeret

Skal vi lukkast med å utvikle gode helsefellesskap må vi ha felles data tilgjengeleg for analysar, vurderingar og felles forståing.
Det neste punktet vil og kunne ha både eit regionalt og eit lokalt fokus.

- C2 Vidareutvikling av generelle samarbeidsarenaer både lokalt og regionalt

For oss lokalt er neste punkt og eit område vi vurderer høgt i høve til tiltak.

- C3 Forbetre informasjon frå lege

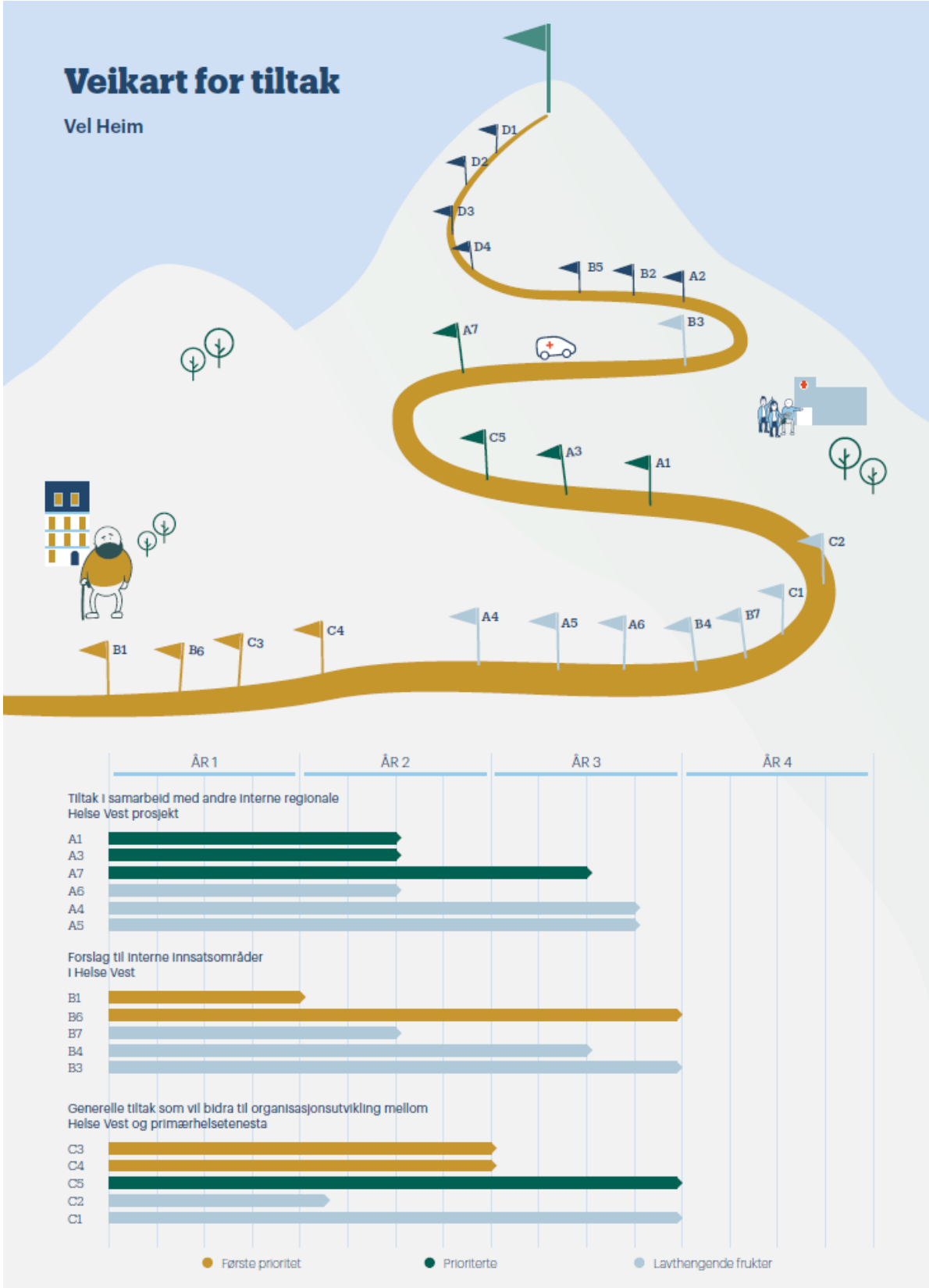
Når det gjeld forslag til prosjektkandidatar for prioriterte grupper (kategori D), er det viktig at det lokale arbeidet med helsefellesskap og samhandlingsstruktur blir lagt til grunn, og at dette kan bli ulikt frå føretak til føretak.

**Tilbakemelding frå utvida programledelse:**

En god rapport på et vanskelig og kompleks område.

- HBE mener at det er helseforetakenes mandat å finne løsningene, i stedet for at dette blir gjort regionalt. Det gjelder alle tiltakene i C.
- HBE mener punktene i strategien er for omfattende, og bør strammes inn. Vel heim kan ikke løse alt innen samhandling. Mener samtidig at mange av tiltakene er for generelle.
- HBE mener prosjektet har gått for bredt ut, og ikke snevret inn godt nok. Virker da som om det er gjort et forprosjekt innen samhandling, og ikke utskrivning. Legger til at referansegruppens meninger bør tillegges mer vekt.
- HST skal gå gjennom rapporten i foretaket denne uken og se om de har noen videre innspill. Ellers ingen kommentarer til rapporten. Synes det er gjort et godt arbeid.
- HFO har ingen kommentarer til rapporten.
- HFD synes det er gjort et godt arbeid. Mener samtidig at tiltakene kan virke for omfattende.
- HDS ser saken fra begge sider. Mener samtidig at et forprosjekt skal kunne «løfte alle baller i lufta». Deretter kan en prioritere hva som er viktigst. HDS skal også drøfte rapporten internt.

# 13 Veikart




Se også vedlegg 13 - veikart i exel.