



2016

## **Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke, en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015**

Notat om kvalitetsutvikling nr. 4

**Utgiver** Folkehelseinstituttet

**Tittel** Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke; en beskrivelse av to læringsnettverk, 2011–2015

**English title** Good patient care pathways in local authorities for elderly and chronically ill. A description of two learning collaboratives for elderly and chronically ill, 2011–2015.

**Ansvarlig** Camilla Stoltenberg, direktør

**Forfattere** Michael de Vibe, seniorrådgiver, *Folkehelseinstituttet*  
Ellen Udness, seniorrådgiver, *Folkehelseinstituttet*  
Anders Vege, seksjonsleder, *Folkehelseinstituttet*

**ISBN** 978-82-8082-772-2

**Publikasjonstype** Notat

**Antall sider** 53 (inkludert vedlegg)

**Emneord(MeSH)** Pasientforløp, pasientens helsetjeneste, brukermedvirkning, læringsnettverk, kvalitetsforbedring, hverdagsmestring

**Sitering** de Vibe M, Udness E, Vege A. Notat om kvalitetsutvikling nr. 4. Gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke; en beskrivelse av to læringsnettverk 2011–2015, Notat. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2016

---

# Sammendrag

---

## Bakgrunn

---

Samhandlingsreformen peker på store utfordringer som tjenestene vil møte i årene fremover. Ikke minst gjelder dette samhandling rundt eldre og kronisk syke som har lange og kompliserte pasientforløp. Helse- og omsorgsdepartementet (HOD), Helsedirektoratet (Hdir), Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet (Kunnskapssenteret) og Kommunesektorens organisasjon (KS) besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer som har problemer med rus og/eller psykisk helse. KS var prosjekteier for satsingen «Gode pasientforløp i kommunene». Målgruppen for læringsnettverkene var primært kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men involverte også spesialisthelsetjenesten. Dette notatet beskriver planlegging og gjennomføring av to læringsnettverk for eldre og kronisk syke.

---

## Planlegging og gjennomføring

---

Planleggingen av satsingen startet i 2011 med møter mellom daværende Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten og KS. I 2012 valgt å bygge satsingen på erfaringene med Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH), en modell for et funksjonsbasert pasientforløp i kommunene som var prøvd ut i Trondheim og Orkdalsregionen. Det ble videre innledet et samarbeid med Senter for kvalitet i legekantor (SKIL) om fastlegenes rolle i pasientforløpet, med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon om brukermedvirkning og med Norsk Ergoterapeutforbund sin satsing Hverdagsrehabilitering. I 2013 godkjente HOD et notat om satsingen, og midler til gjennomføringen kom på plass. Satsingen ble organisert med en styringsgruppe, en ekspertgruppe og en ressursgruppe.

Målene for satsingen var å utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene, styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp, ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp, styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere og redusere «unødvendige» sykehusinnleggelses for kronisk syke og eldre.

En sentral verdi i satsingen var økt brukerinvolvering og innflytelse i eget pasientforløp. Dette ble vektlagt ved at medarbeidere startet sine samtaler med pasientene med spørsmålet «Hva er viktig for deg?», i stedet for «Hva er i veien med deg?». Det ble laget ti korte filmer om motiverende intervju sammen med Bergensklinikkene, det nasjonale kompetansesenteret for motiverende intervju. Filmene var ment som hjelp til å gjennomføre slike samtaler. Det ble også etablert en årlig «Hva er viktig for deg-dag». Videre ble det valgt et verktøy for å kartlegge brukerens funksjon før og fire uker etter tildeling av tjenester med utgangspunkt i hva som er viktigst for pasienten å få hjelp til. Sammen med kommunene ble det laget en sjekkliste for nøkkelpunkter i et godt pasientforløp, der brukerinvolvering står sentralt. Både sjekklisten og kartleggings skjemaet ble gjort tilgjengelig som skåringsverktøy, henholdsvis som prosessmål og resultatmål. På denne måten kunne kommunene følge med på om de gjennomførte pasientforløpene slik de hadde blitt enige om, og om oppfølgingen var til nytte for pasienten.

Fra 2014–2015 ble det gjennomført to læringsnettverk – hver på 18 måneder – med 52 norske og to danske kommuner. Læringsnettverk ble valgt som metode for å organisere læring og forbedring på tvers av kommuner og sykehus, ut ifra forskning på læringsnettverk og erfaring fra KS og Kunnskapssenteret med å gjennomføre læringsnettverk over mange år. Kommunene ble fulgt opp med telefonveiledning og besøk av veiledere fra KS og Kunnskapssenteret før og mellom samlingene.

I det regionale Læringsnettverk Sør gjennomførte alle 21 kommuner satsingen, og sykehusene i regionen var med på alle samlingene. I nettverket på Gardermoen meldte 31 norske og to danske kommuner seg på. Åtte kommuner trakk seg før oppstart, mens tre norske og en dansk kommune ikke fullførte læringsnettverket.

Gjennom questback-undersøkelser etter hver samling evaluerte kommunene nytten av læringsnettverket som meget god. En evaluering av hvor langt de var kommet i forbedring av sine pasientforløp etter ett år i læringsnettverket, viste at de fleste kommuner var godt i gang med å forbedre sentrale prosesser og overganger i pasientforløpet. Langt færre hadde imidlertid implementert prosess- og resultatmålinger av pasientforløpet.

---

## Diskusjon

---

Læringsnettverkene ble gjennomført i tråd med prosjektdirektivet fra styringsgruppen. I hvilken grad målene for satsingen ble nådd, er vanskelig å besvare sikkert, da det ikke har vært følgeforskning i læringsnettverkene. Imidlertid gjennomføres det nå en kvalitativ studie i regi av Universitetet i Bergen som forhåpentligvis kan bringe frem verdifull informasjon om dette. Basert på evaluering av samlingene, kommunenes fremlegg og postere og veiledningen til kommunene, har det skjedd en retningsendring med økt oppmerksomhet på å gi tjenester ut ifra det som er viktig for pasienten. Mange kommuner har gjennomført forbedringer og en del kommuner har startet å måle både om de lykkes i å gjøre det de er enige om, og om dette er nyttig for pasientene. En viktig hindring for å integrere målinger i

vanlig drift har vært at disse måleverktøyene ikke er integrert i journalsystemene i kommunene.

Å forbedre pasientforløp på tvers av tjenestesteder og nivåer i helsetjenesten er meget komplekst. Det regionale Læringsnettverk Sør lykkes i større grad enn i Gardermoen nettverket å involvere sykehusene i sitt område, og deltakelsen på samlingene både fra kommuner og sykehusene økte underveis i nettverket. Det faktum at alle kommunene og sykehusene i Sør har valgt å være med på en videreføring av nettverket her, tyder på at de erkjenner at forbedring av pasientforløp krever lang tid og betydelig innsats av mange involverte parter.

---

## **Oppsummering**

---

To læringsnettverk for eldre og kronisk syke er gjennomført etter planen. Deltakernes erfaringer er gode. Det er indikasjoner på at læringsnettverket har bidratt til en retningsendring i tjenestene med økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten, og at kommunene i større grad tilbyr tjenester ut ifra dette. Hvorvidt pasientforløpene i de deltakende kommunene har blitt bedre for pasientene, er det for tidlig å si noe sikkert om. Imidlertid har alle kommuner i Læringsnettverk Sør valgt å bli med i videreføringen av læringsnettverkene i Agder og Rogaland. Dette kan tyde på at de har opplevd deltakelsen i nettverket som nyttig. Det gjenstår mye arbeid før alle kommunene måler kvaliteten på pasientforløpet. Manglende integrering av måleverktøy i kommunenes fagsystemer har vært en vesentlig hindring.

Det regionale Læringsnettverk Sør hadde en sterkere involvering fra sykehusenes side, og både kommuner og sykehus opplevde dette som viktig. I videreføringen legges det derfor opp til regionale nettverk med sykehusene som aktive og likeverdige deltakere.

Det ble ikke lagt opp til følgeforskning i de to gjennomførte læringsnettverkene. I videreføringen av læringsnettverkene bør dette prioriteres, da det er et stort behov for forskning på denne type forbedringsarbeid.

---

# Innhold

<b>SAMMENDRAG</b>	<b>3</b>
Bakgrunn	3
Planlegging og gjennomføring	3
Diskusjon	4
Oppsummering	5
<b>INNHold</b>	<b>6</b>
<b>FORORD</b>	<b>7</b>
<b>INNLEDNING</b>	<b>8</b>
Bakgrunn	8
Forbedring av pasientforløp	9
Verdigrunnlaget	9
Helhetlig pasientforløp i hjemmet	10
Læringsnettverk	10
<b>PLANLEGGING</b>	<b>12</b>
Organisering av satsingen	12
Metoder og verktøy	16
<b>GJENNOMFØRING</b>	<b>22</b>
<b>DISKUSJON</b>	<b>28</b>
Oppsummering	28
Ny brukerrolle	28
Kompetanse i forbedringsarbeid	29
Reinnleggelser	29
Nytte for pasientene	30
Videreføring av læringsnettverkene	30
<b>OPPSUMMERING</b>	<b>32</b>
<b>REFERANSER</b>	<b>33</b>
<b>VEDLEGG</b>	<b>36</b>

---

# Forord

Helse- og omsorgsdepartementet, Helsedirektoratet, Kunnskapssenteret i Folkehelseinstituttet og Kommunesektorens organisasjon (KS) besluttet i 2013 å samarbeide om gjennomføring av nasjonale læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke personer og for personer med problemer knyttet til rus og/eller psykisk helse. Målgruppen for læringsnettverkene var primært kommunenes helse- og omsorgstjeneste, men de involverte også spesialisthelsetjenesten.

KS var prosjekteier for satsingen, som er kalt «Gode pasientforløp i kommunene».

I tillegg til en styringsgruppe, har satsingen hatt en ressursgruppe, en ekspertgruppe og en prosjektgruppe. Folkehelseinstituttet, ved Seksjon for kvalitetsutvikling i Kunnskapssenteret, fikk i oppdrag av KS å gjennomføre læringsnettverk for kommunene som kunne bidra til utvikling av gode pasientforløp for eldre og kronisk syke. Læringsnettverket for eldre og kronisk syke ble gjennomført som to separate læringsnettverk, fordi mange kommuner ønsket å være med. Læringsnettverkene hadde samlinger i henholdsvis Kristiansand og på Gardermoen.

I møtet med den enkelte pasient må forskningsbasert dokumentasjon ses i sammenheng med andre relevante forhold som pasientenes behov, medarbeidernes kliniske erfaringer og den kontekst som foreligger. Hensikten med notatet er å dokumentere og spre kunnskap om planlegging og gjennomføring av læringsnettverk for gode pasientforløp. Notatet skal også være en del av grunnlaget for å kunne evaluere effekten av læringsnettverkene etter avslutning av satsingen. Det inngår også i en serie om kvalitetsutvikling for å øke kunnskapen om hva som skal til for at forbedringstiltak gir ønskede resultater. Notatet er skrevet av Folkehelseinstituttet, som er ansvarlige for innholdet.

Camilla Stoltenberg  
*direktør*

Anne Karin Lindahl  
*avdelingsdirektør*

Anders Vege    Sigrid Askum  
*seksjonsleder    fagleder helse KS*

---

# Innledning

---

## Bakgrunn

---

Stortingsmeldingen om Samhandlingsreformen oppsummerer status i helsetjenesten: Manglende samhandling er den viktigste grunnen til at syke eldre, mennesker med kroniske sykdommer, rusproblemer og psykiske lidelser blir tapere i dagens helse-Norge (1). På denne bakgrunn ble det planlagt en nasjonal satsing for å forbedre pasientforløp, og hovedspørsmålet i satsingen var: Kunne en satsing for å endre innretningen i tjenestene fra «Hva er i veien med deg?» – til «Hva er viktig for deg?» bidra til helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp?

I forhold til de samhandlingsutfordringene som var identifisert, ble det gitt klare føringer om at alle relevante aktører må komme sammen og finne fram til tiltakene som gir bedre pasientforløp og mer samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger (1). Et av målene med reformen var at pasienter/brukere skulle få tidlig og god hjelp nærmest mulig der de bodde, det vil si i kommunene. Et annet viktig mål var god samhandling når ansvaret for pasienten flyttes mellom sykehus og kommuner, og mellom avdelinger og enheter innen sykehus og kommuner (2).

De tre store utfordringene Samhandlingsreformen s. 13 (1) beskriver er:

- Pasientenes behov for koordinerte tjenester besvares ikke godt nok og tjenestene er fragmenterte
- Tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom
- Demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne

Antall personer over 80 år kan komme til å øke fra 190 000 i 2000 til nesten 320.000 i 2030 og til over 500.000 i 2050 ifølge SSB (3). Eldre har ofte flere sykdommer samtidig. Helsevesenet behandler ofte en sykdom om gangen og det er da en fare for at de med flere sykdommer ikke får et riktig tilpasset tilbud av tjenester (4).

Nasjonal helse og omsorgsplan 2011– 2015 (3) skriver blant annet at kommunene skal tilby helhetlige og samordnede tjenester, ha et tydeligere ansvar for habilitering og rehabilitering og legge større vekt på tjenester som ivaretar brukernes mål og innsats.



---

## Forbedring av pasientforløp

---

Våren 2011 utarbeidet Kunnskapscenteret første prosjektskisse til «Gode pasientforløp» som ble kalt: Nasjonalt kvalitetsprosjekt i samhandling. Tanken bak var at praksis endres og kvalitet utvikles lokalt og ikke nasjonalt, men at rammer for slikt lokalt arbeid bør komme fra et nasjonalt ståsted. Skal en få dette til må arbeidet starte med det kommunene selv opplever som utfordrende og dermed viktig å prioritere.

Formålet var å utvikle helhetlige og koordinerte pasientforløp i kommunene. Dette skulle skje gjennom å styrke brukernes involvering og ved å styrke forbedringskompetanse hos kommunale ledere og medarbeidere. Dette er i tråd med to av målene i Kvalitetsstrategien (2005–2015) som er å involvere brukere og gi dem mer innflytelse, og at tjenestene skal være samordnet og preget av kontinuitet (5). Strategien fremhever videre at faglig utvikling for tjenesteutøvere skal ha kvalitetsutvikling av tjenestene som mål.

---

## Verdigrunnlaget

---

Verdigrunnlaget for satsingen på pasientforløp var at utvikling av tjenestene må bygge på helsefremming. Helsefremming tar utgangspunkt i den enkeltes eget liv og ønsker, og har brukermedvirkning som grunnleggende verdi. I det helsefremmende arbeidet vektlegges prosesser som gjør folk i stand til å ta kontroll over forhold som har betydning for helsen for derved å kunne bevare og bedre sin helse (6). Brukermedvirkning er en rettighet nedfelt i lov (7). Og god kvalitet forutsetter at brukernes/pasientenes erfaringer og synspunkter brukes aktivt for å videreutvikle og tilpasse tjenestene (5).

Internasjonalt er man opptatt av de samme utfordringene. Maureen Bisognano, tidligere president for Institute for Healthcare Improvement (IHI) i USA, mener at helsetjenesten må snu fra «What´s the matter?» til «What matters to you?» og at dette vil medføre omforming (redesign) av tjenestene sammen med pasientene/brukerne. Ett eksempel hun har vist til er Alaska, hvor dette er implementert med gode resultater for pasientene og tjenestene (8). Retningsendring betyr ikke at fagpersoner skal se bort ifra, eller legge vekk, egen fagkompetanse, men at tjenestene i større grad skal tilpasses den enkelte pasient eller brukers behov. Ett annet eksempel på dette er hverdagsrehabilitering inspirert av kommuner i Sverige og Danmark (9).

---

## Helhetlig pasientforløp i hjemmet

---

Satsingen bygde på det Anders Grimsmo ved NTNU/Norsk helsenet har beskrevet om samhandlingskjeden slik den bør ta form i en kommunes tjenesteutvikling (10). Denne beskrivelsen baserer seg på at kommunene ikke må være organisert på en spesiell måte eller opprette nye tjenester. Grimsmo retter oppmerksomheten mot pasientens/brukerens funksjoner og funksjonsnivå og fokuserer på tilpasset og fleksibel oppfølging. Det må arbeides med gode pasientforløp, og spesielt etter utskrivelse fra institusjon (10). Dette underbygges av Kunnskapscenter notater om "Reinleggelse av eldre i Norge" (11;12). Grimsmos modell for pasientforløp kalles Helhetlig pasientforløp i Hjemmet og har blitt prøvd ut i Trondheim og Orkdalsregionen. Å basere pasientforløp på funksjon og ikke diagnose viser seg godt egnet for kommunene (13;14).

---

## Læringsnettverk

---

Læringsnettverk ble valgt som metode for å nå målene som er beskrevet for satsingen Gode pasientforløp. Årsaken til valget var at både at KS og Kunnskapscenteret har erfaring med å drive læringsnettverk med ulike temaer og på ulike områder, samt at det etter hvert har blitt gjort en del forskning på effekten av læringsnettverk. En rapport fra 2011 viser at læringsnettverk kan ha en positiv effekt på kvalitetsforbedring (15). Oppsummeringen viste til noen suksesskriterier som må ivaretas hvis slike nettverk skal bidra til kvalitetsforbedring; blant annet leder- og medarbeiderforankring, en organisasjonskultur som fremmer forbedringsarbeid, og tilgang til pålitelige data om egne tjenester. Oppsummeringens konklusjoner underbygges med eksempler fra læringsnettverk som viser til dels store forbedringer i tjenestekvalitet, men det er vanskelig å fastslå om forbedringene skyldes deltakelse i læringsnettverk eller andre faktorer. Eksemplene viser også at mange deltakere opplever faglig og organisatorisk utvikling, og at deltakelse skaper grobunn for økt samhandling med andre organisasjoner (15).

Begrepet «læringsnettverk» benyttes om mange ulike former for felles kompetanse- og kvalitetsutvikling på tvers av profesjoner og organisasjoner. Fellesfaktorer som beskrives er: Engasjerte fagpersoner samhandler i en kollektiv læringsprosess i forhold til et bestemt område som de er opptatt av. Etter hvert som erfaringen med og kunnskapen om slike nettverk har blitt systematisert og videreutviklet, har det blitt gjort forsøk på å beskrive begrepet nærmere. Det kan synes som om det er enighet om, at følgende krav må oppfylles for å kalle noe et læringsnettverk, og dermed skiller det fra andre typer felles kompetanse- og kvalitetsutvikling (15;16):

1. Området: Deltakerne i et læringsnettverk har et felles område de vil forbedre.

2. Nettverket: Samlingene, opplevelsen av fellesskap og utviklingen av en «vifølelse» legger grunnlag for å dele ideer, stille spørsmål, inspirere og lære av hverandre.
3. Innhold: Deltakerne utvikler en faglig plattform - en kunnskapsdatabase, gjennom foredrag om relevante tema, felles opplevelser, verktøy, og tilnærminger til utfordringer på eget fagfelt. Det kreves at nettverket fungerer over en lengre tidsperiode.

Det er hvordan disse tre elementene utvikles sammen over tid som avgjør hvor nyttig deltakerne opplever at nettverket er. Læring og kunnskapsutvikling er med på å kunne gjøre organisasjoner mer innovative, kompetente og endringsdyktige, og Cathrine Filstad har utviklet en oversikt over 13 sentrale kjennetegn for en sterk læringskultur (17). Hun nevner blant annet utnyttelse og tilgang til kunnskap og etablert praksis for kunnskapsdeling, tilretteleggelse for gode læringsarenaer og utvikling og bruk av læringsverktøy. Dette er elementer som er sentrale i gjennomføring av læringsnettverk.

---

# Planlegging

Satsingen på Gode pasientforløp ble første gang presentert på Arendalskonferansen 2013, og deltakerne ble invitert til å søke om deltakelse. Invitasjonen ble også sendt ut til postmottak i alle landets kommuner. Her ble målene om å styrke brukerens rolle i forbedring av pasientforløp, styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere, samt å redusere «unødvendige» sykehusinnleggelse presentert. Fram til oppstart av nettverkene endret målene seg noe, men retningen stod fast.

---

## Organisering av satsingen

---

Satsingen ble organisert med:

- Styringsgruppe: Leder; avd. dir. Maren Skaset HOD, deltakere; avd. dir. Tone Marie Nybø Solheim, KS. Avd. helse og velferd, avd. dir. Kristin Mehre, HDIR- avd. omsorgstjenester, avd. dir. Anette Mjelde, HDIR – avd. psykisk helse og rus, Mona Enstad, FFO og Dagfinn Bjørgen, Mental Helse. Styringsgruppen var felles med satsingen på gode pasientforløp for personer innen psykisk helse og rus
- Ekspertgruppe: Berit Therese Larsen, FFO, Tove Hanche-Olsen, Norsk pasientforening, Michael Bergström, Svenske Kommuners Landsting, Anders Grimsmo, Norges Teknisk-Naturvitenskapelige Universitet, Frode Fadnes Jacobsen, Senter for Omsorgsforskning Vest, Carsten Hendriksen, Bispebjerg Hospital og Institut for Folkesundhedsvidenskab, Københavns Universitet. Styringsgruppen var felles for denne satsingen og for satsingen på pasientforløp for rus og psykisk helse
- Ressursgruppe: Bruker- og yrkesorganisasjoner, fagmiljø, kommuner, spesialisthelsetjeneste
- Prosjektgruppe: KS, Kunnskapssenteret og Helsedirektoratet

Kommunene dekket egne utgifter til reise og opphold på samlinger samt intern ressursbruk i kommunen. Satsingen dekket samlingene, praksiskompensasjon for fastleger som deltok i teamene, og godtgjørelse for brukerrepresentanter i teamene. Helse og Omsorgsdepartementet bevilget penger til gjennomføring av satsingen, mens det ikke var avsatt penger til følgeforskning.

## Mål

I 2014 satte styringsgruppa opp følgende målsettinger:

- Utvikle helhetlige pasientforløp i kommunene
- Styrke brukerens opplevelse av mestring
- Styrke brukerens rolle i forbedring av bruker-/pasientforløp
- Utvikle og ta i bruk metoder og verktøy (inkludert samarbeidsavtaler) til bruk i kommunenes arbeid med helhetlige tjenesteforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos ledere og medarbeidere
- Redusere «unødvendige» sykehusinnleggelseser for kronisk syke og eldre pasienter

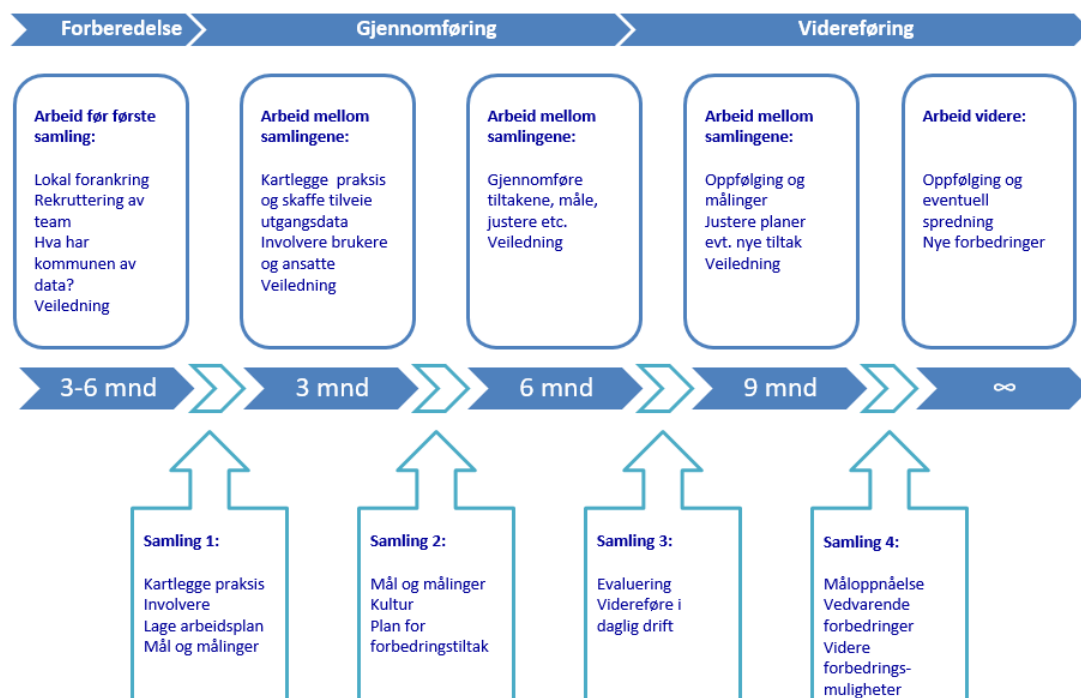
I tillegg til disse målene utarbeidet kommunene egne delmål for å bedre pasientforløpene. Kommunene ble oppfordret til å prioritere det de mente var viktigst for å oppnå helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp i sin kommune.

## Framdriftsplan for læringsnettverkene

Satsingen ble planlagt over tre år og bestod av to læringsnettverk, Læringsnettverk Sør og Læringsnettverk Gardermoen.

Læringsnettverkene varte i 18 måneder, i tillegg kommer forberedelsene på 3–6 måneder, slik figur 1 viser.

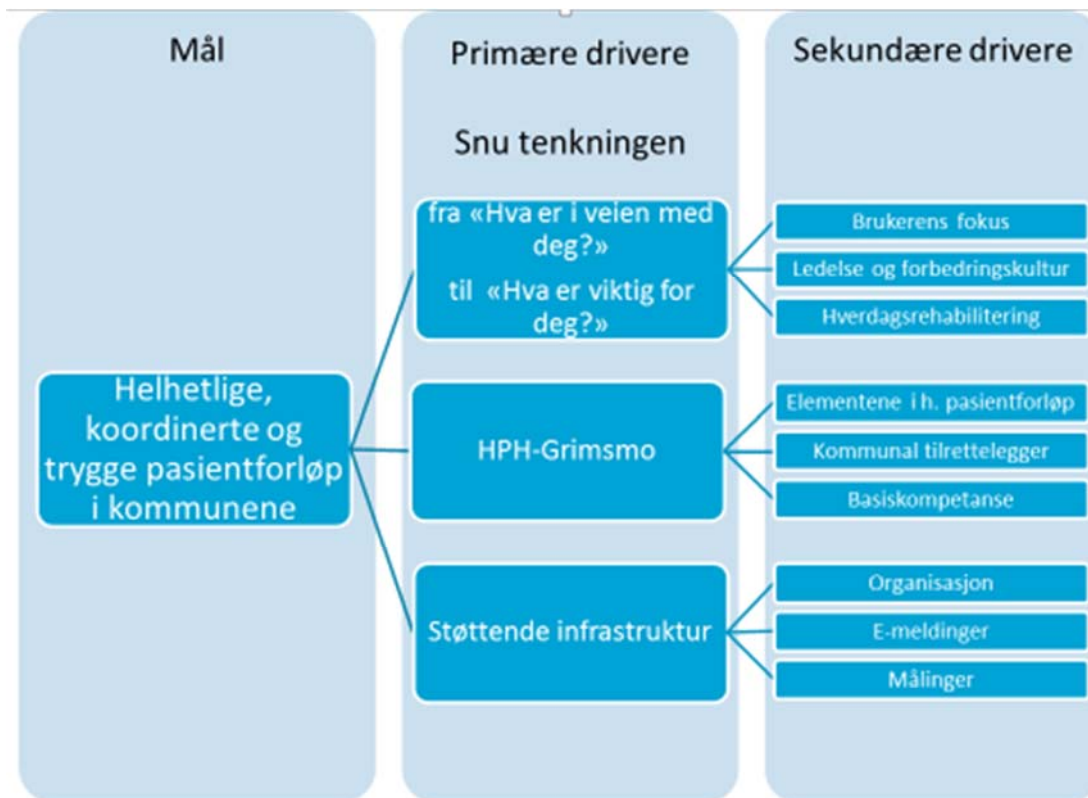
### Læringsnettverk for gode pasientforløp



Figur 1 Læringsnettverk for gode pasientforløp

Det var fire todagers samlinger i de to nettverkene. Den første samlingen var i januar 2014 på Gardermoen og den siste i Kristiansand i november 2015.

Det ble i tillegg utarbeidet et driverdiagram for å klargjøre hovedelementer i satsingen.



Figur 2. Driverdiagram for satsing på gode pasientforløp

Driverdiagrammet ble brukt på samlingene for å tydeliggjøre hvilke drivere kommunene måtte være spesielt oppmerksomme på i sitt forbedringsarbeid.

### **Brukermedvirkning**

Å styrke brukernes involvering og medvirkning i eget pasientforløp var en sentral verdi som har styrt planlegging og gjennomføring av satsingen.

Norske kommuner varierer mye i hvordan de har arbeider med brukermedvirkning (18). Brukermedvirkning er beskrevet på Helse- og omsorgsdepartementets sider (19):

«Brukermedvirkning innebærer at tjenesten benytter brukerens erfaringer med helsetjenesten for å kunne yte best mulig hjelp. Et viktig mål er at brukermedvirkning skal bidra til kvalitet på tjenestene og at brukeren har økt

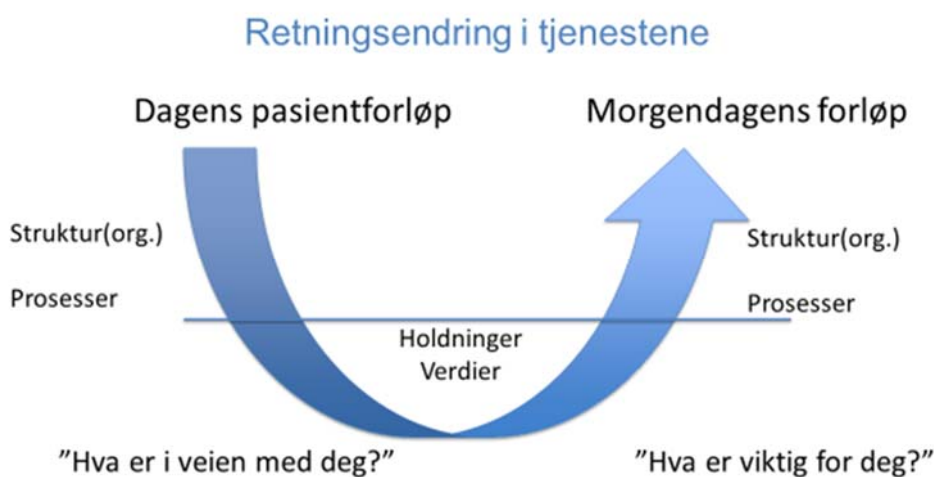
innflytelse på egen livskvalitet. Brukermedvirkning betyr ikke at behandleren fratras sitt faglige ansvar.»

I 2013 lanserte helseministeren begrepet «pasientens helsetjeneste» (20). Han stilte spørsmålet: «Hvis pasienten fikk bestemme – hvordan ville vi organisert og styrt arbeidet da?» Og i «Morgendagens omsorg» 2013 (21) sier regjeringen at de vil vektlegge aktivitet, deltakelse og mestring som sentrale elementer i fremtidens helse- og omsorgstjenester. De sier videre at det er viktig å fremme den enkeltes muligheter til selv å påvirke eget liv og helse. Tre av de overordnede tiltakene i strategien for Non-Communicable Diseases –NCD-strategien (22) er å:

- sikre gode pasientforløp og god oppfølging
- bedre koordinering og samhandling innad i tjenestene og mellom tjenestenivåene
- sikre god brukermedvirkning

I invitasjonen ble kommunene sterkt oppfordret til å få med en brukerrepresentant i forbedringsteamet. Det ble også tatt opp i veiledning underveis hvordan og hvorfor det er viktig å få fram brukernes stemme.

Figur 3 ble utarbeidet gjennom veiledning av Sarah Fraser, en internasjonal veileder i forbedringsarbeid som har gitt viktige innspill for å tydeliggjøre retningsendringen som læringsnettverkene skulle bidra til, samt å bevisstgjøre teamene på at et mer brukersentrert pasientforløp (23). Det forutsetter at man arbeider med holdninger og verdier knyttet til hvordan brukerne møtes:

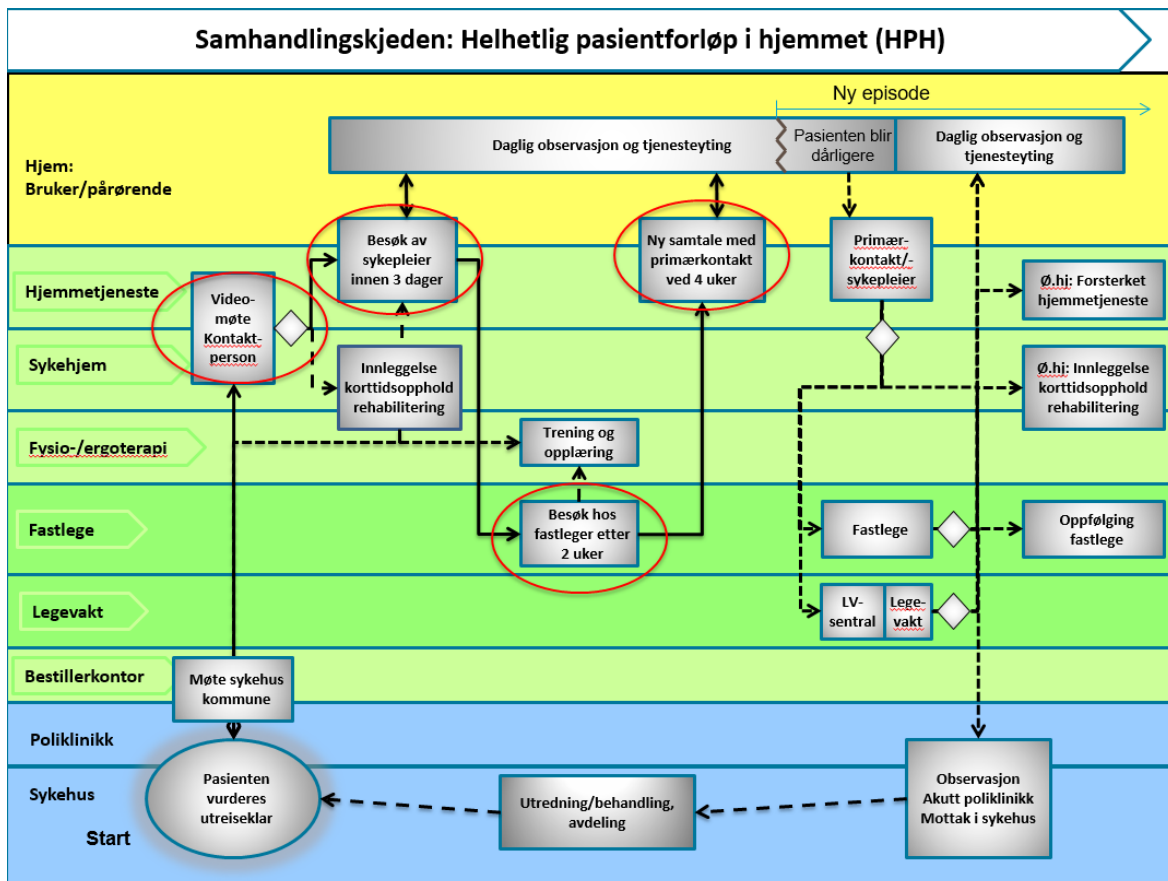


*Figur 3. Retningsendring i pasientforløp*

## Metoder og verktøy

### Helhetlig pasientforløp i hjemmet – HPH

Satsingen tok utgangspunkt i arbeidet med et funksjonsbasert pasientforløp slik det er beskrevet i modellen Helhetlige Pasientforløp i Hjemmet (HPH) i Trondheim og Orkdalsregionen (10), se figur 4.



Figur 4. Helhetlig Pasientforløp i Hjemmet

### Modell for kvalitetsforbedring

For å sikre den systematikk som er nødvendig for å gjennomføre forbedringer i komplekse organisasjoner ble Kunnskapscenterets modell for kvalitetsforbedring brukt, se figur 5 (24). Den består av fem faser: 1. Forberede, 2. Planlegge, 3. Utføre, 4. Evaluere, og 5. Følge opp.





*Figur 5. Modell for kvalitetsforbedring*

Hver av fasene inneholder trinn med anbefaling av hvilke aktiviteter som er viktig å gjennomføre for å lykkes med forbedringsarbeidet. De kommunene som benyttet andre verktøy for kvalitetsforbedring ble oppfordret til å fortsette å bruke disse. Flere av de deltakende kommunene brukte for eksempel LEAN (25).

### **Målinger**

Hensikten med målingene som ble valgt var at de skulle:

- Være en del av intervensjonen – bidra til å snu tjenesteyting i riktig retning
- Fremme verdier og holdninger
- Være relevante for dem som måler
- Gi rask tilbakemelding på det man gjør
- Motivere til å nå målene i satsingen

Kommunene var skeptiske til å bli pålagt unødvendige målinger, og etter råd fra ekspertgruppen endte læringsnettverkene opp med å ha ett prosessmål; sjekklister for pasientforløp (Vedlegg 1), og ett resultatmål; Hva er viktig for deg-skjema (Vedlegg 2). I tillegg ble kommunene oppfordret til å følge med på reinnleggelsler, enten gjennom egne registreringer eller via Helsedirektoratets kvartalsvise tall for reinnleggelsler som publiseres for hver kommune og helseforetak. Videre benyttet de eksisterende brukerundersøkelser for å måle hvor fornøyde pasientene er med tjenestene, og fortsatte med å intervju pasienter om hvor fornøyde de er med pasientforløpene.

### **Sjekklister for pasientforløp**

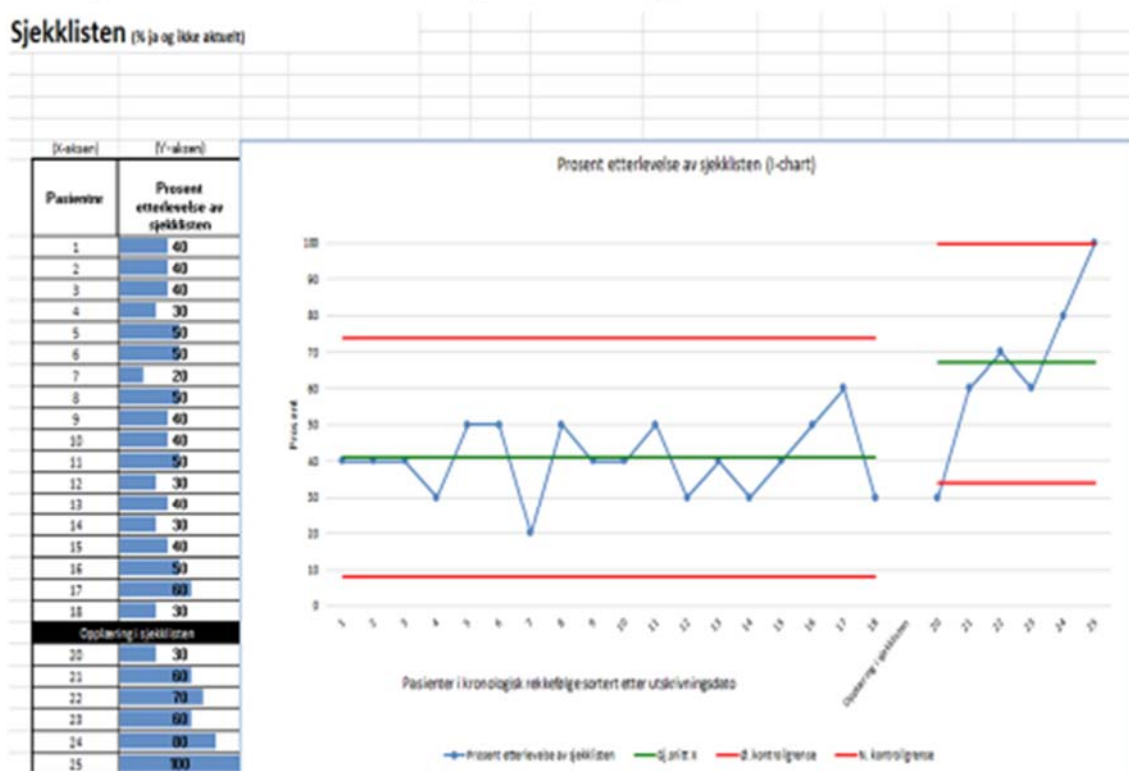
Det ble utarbeidet en overordnet sjekklister for pasientforløpet i samarbeid med ekspert- og ressursgruppene og kommunene (Vedlegg 1). Utgangspunktet for denne var HPH (10) og elementene i sjekklister ble valgt fordi de ble vurdert til å være sentrale for skape et godt pasientforløp. Den skulle brukes på hver enkelt bruker/pasient som var med i satsingen. En del av kommunene tilpasset denne noe ut fra egne behov. I hvilken grad denne lista ble fulgt, skulle måles ved å krysse av for utført, ikke utført eller ikke aktuelt. Dette ville gi kommunen en oversikt om de gjorde det de ble enige om å gjøre for å sikre gode pasientforløp. Måling av sjekklister er et prosessmål, og når resultatet (nytt) av oppfølgingen for pasienten

skulle vurderes, måtte dette ses i sammenheng med i hvilken grad trinnene i pasientforløpet faktisk var blitt gjennomført.

## Tidsseriemålinger

For å følge utviklingen av i hvilken grad sjekklisten ble fulgt, ble den gjort om til et måleverktøy der man skårer programoppfyllelse fra 0% (ingen av de 10 punktene på sjekklisten er gjennomført) til 100% (alle aktuelle punkter gjennomført). Ved å følge programoppfyllelsen for hver pasient og plote dette langs tidsaksen, kan man ved hjelp av enkle statistiske regler (kjent som Statistisk Prosesskontroll – SPC) vurdere om man oppnår forbedring over tid, se figur 6.

## Gjør vi det vi er enige om å gjøre?



Figur 5. Tidsseriemåling av oppfyllelse av sjekkliste for pasientforløp før og etter iverksatt forbedringstiltak (før og etter bruddet i den blå linjen)

## Pasientspesifikk funksjonsskala (PSFS)/Hva er viktig for deg skjema

PSFS er et validert måleverktøy (26) for å kartlegge funksjonen på de aktivitetsområdene bruker/pasient selv mener er de viktigste for å mestre sin livssituasjon (Vedlegg 2). Bruker skårer funksjonen på en skala fra 0 (Kan ikke utføre aktiviteten) til 10 (kan utføre aktiviteten uten vanskeligheter eller som før sykdommen). Funksjonen måles i uke 1 og igjen etter ca. 4 uker. Hensikten er at tjenestene gis ut fra de mål/mestringsønsker som pasienten har satt opp. Endringen i funksjon kan dokumenteres, og vil være et mål på i hvilken grad tjenestene som gis

er nyttige for pasienten. The Canadian Occupational Performance Measure (COPM) (27) ble også vurdert som kartleggingsverktøy, men det ble vurdert til å være for omfattende og ikke egnet for deler av satsingens målgruppe. Arbeidet med utvelgelse av kartleggingsverktøyet ble gjort i samarbeid med Ingvild Kjekken, Nasjonal Kompetansetjeneste for Revmatologisk Rehabilitering (NKRR) og Nils Erik Ness, Norsk Ergoterapeutforbund (NETF). Det ble imidlertid åpnet for at de kommunene som brukte COPM i forbindelse med hverdagsrehabilitering og var fornøyde med det, kunne fortsette å bruke dette.

### **Oppfølgingsskjema**

Oppfølgingsskjemaet (Vedlegg 3), baserte seg på sjekklista og modell for kvalitetsforbedring, og beskriver de sentrale forbedringsområdene i pasientforløpsarbeidet og fasene i forbedringsarbeidet (24). Skjemaet skulle bidra til systematikk i forbedringsarbeidet, og var tenkt brukt for å følge med på hvor langt forbedringene var kommet innen de ulike områdene. Skjemaet skulle sees i sammenheng med målene for satsingen og kommunens egne mål. En del kommuner brukte oppfølgingsskjema som mal for sin poster, og presenterte gjennom gule, grønne og røde farger hvilke forbedringsoppgaver som var påbegynt, gjennomført og ikke startet.

### **Teach Back**

Teach Back/tilbakelæring er et verktøy som kan bidra til å sikre at helsepersonell gir klar og tydelig informasjon som blir forstått (28). Det ble ikke spesielt fremhevet på samlinger, men ble lagt ut på nettsiden vår og anbefalt i samtaler med mange av kommunene i forhold til det de arbeidet med.

### **Motiverende intervju**

En definisjon av Motiverende intervju (MI) eller samtale (29) er:

«En klientsentrert rådgiving der en i samarbeid mellom klient og rådgiver stimulerer til positiv endring gjennom å lokke frem og forsterke personens egen motivasjon.»

Bergensklinikkene, Kunnskapscenteret og Sarpsborg kommune laget 10 korte informasjonsfilmer om motiverende samtaler til hjelp for kommunene (30). Bakgrunnen for dette er at metodikken i MI kan benyttes i samtaler for å snu tankesettet og måten å spørre på fra hva er i veien med deg til hva er viktig for deg. Disse filmene har blitt lastet ned mange tusen ganger.

## **Planleggingsaktiviteter**

Detaljplanleggingen i 2011–2013 ble gjort av en prosjektgruppe fra KS og Kunnskapssenteret. I 2014 ble gruppa utvidet med en fra Helsedirektoratet.

Det ble i tillegg inngått et samarbeid med Senter for kvalitet i legekontor (SKIL) for å forankre og involvere primærlegene i arbeidet med pasientforløp. Videre ble det avholdt samarbeidsmøter med ergoterapeutforbundet for å lære av deres pågående satsing på hverdagsrehabilitering og hverdagsmestring. Det ble også avholdt jevnlig møter med Funksjonshemmedes Fellesorganisasjon (FFO) for å integrere det som er viktig for brukerne i satsingen. Under er de viktigste aktivitetene/hendelsene i forberedelses- og gjennomføringsfasen av læringsnettverkene:

### **2011**

- Møte med leder av FFO om spørsmålet “Hva er viktig for deg?”
- Utkast til et kvalitetsprosjekt utarbeidet
- Samarbeid med KS opprettet
- Studietur til Trento i Nord- Italia sammen med FFO

### **2012**

- HPH presentert for Seksjon for kvalitetsutvikling
- En beskrivelse av pasientforløpsprosjekt sendt HOD

### **2013**

- Studiebesøk i Trondheim, HPH, sammen med legeföreningen, ergoterapeutforbundet, Hdir og FFO
- Helseminister Jonas G Støre lanserer satsingen på Arendalskonferansen.
- Kommuner inviteres og påmeldes, forberedelsespakker sendes ut og veiledning gis
- Ekspertgruppe og ressursgruppe opprettet
- Workshop med Sarah Fraser i England om storskaleforbedring
- Workshop med KS om arbeids- og rollefordeling i læringsnettverkene
- Workshop om reinnleggelser med kommunene
- Notat til HOD om organisering og budsjett for satsingen

## **Kommunal forankring og ressursbruk**

Alle kommuner kunne søke. Kommunegrupper som allerede samarbeidet, og som sognet til samme helseforetak, ble oppfordret til å søke sammen. Dette kunne gi bedre muligheter for regional oppfølging og lokalisering av læringsnettverkene. Deltakelse i satsingen skulle forankres på rådmannsnivå, og det skulle ved innlevering av søknad foreligge en plan for politisk forankring. Kommunene ble bedt om å stille med et tverrfaglig forbedringsteam på fem–seks deltakere, gjerne med

representant fra samarbeidende sykehus. Det ble oppfordret til å få med en tjenesteleder som leder av teamet, en representant for fastlegene og en brukerrepresentant. Deltakelse forutsatte at teamet ville gjennomføre oppgaver før oppstart, hadde tid til arbeid mellom samlingene og var innstilt på å fortsette arbeidet etter siste samling.

---

# Gjennomføring

Hovedaktivitetene i gjennomføringen av nettverkene var:

## 2014

- Første, andre og tredje samling i Gardermoen nettverket og første og andre samling i Læringsnettverk Sør
- Facebook-gruppe for pasientforløp opprettet og «Hva er viktig for deg-dagen» innført
- Møte i styrings-, ekspert- og ressursgruppe
- Møte med kommunalsjefer i Østre Agder for å sikre forankring
- Workshop med Sarah Frazer i Oslo om gjennomføring av satsingen
- Workshop om fastlegens rolle i HPH, i samarbeid med Senter for kvalitet i legekantor (SKIL)

## 2015

- Fjerde samling Læringsnettverk Gardermoen og tredje og fjerde samling Sør
- Møte i styrings-, ekspert-, og ressursgruppe
- Satsingen presenteres på International forum for kvalitet i London, på NFKH kvalitetskonferanse i Norge og på Helsekonferansen
- Møte i Østre Agder med kommunalsjefer og team om mulig videreføring av satsing med alle kommuner i Agder
- Møte med Helsedirektoratet om EPJ-utfordringer i satsingen
- Satsingen ble presentert på en stor nasjonal konferanse for toppledere i det skotske helsevesenet. Noe som innledet et samarbeid med skottene om å planlegge en internasjonal «What matters to you?-day» i 2016

## Deltakerkommuner

61 kommuner søkte om deltakelse. 40 søkte som en del av et kommunesamarbeid og 21 som enkeltkommuner. Et nettverk på ni kommuner i vest fant ut at deres arbeid og mål ikke samsvarte med arbeidet i Gode pasientforløp og trakk seg før oppstart.

For å kunne få med alle interesserte kommuner ble det besluttet å gjennomføre to læringsnettverk.

Et læringsnettverk besto av 20 kommuner, hvorav 18 fra Agderfylkene og to fra Rogaland. Det ble lokalisert i Kristiansand og kalt Læringsnettverk Sør. Alle kommunene i nettverk Sør gjennomførte satsingen.

Det andre læringsnettverket med 31 kommuner kom fra andre deler av landet og møttes på Gardermoen, og ble kalt Læringsnettverk Gardermoen. Her deltok også to danske kommuner etter invitasjon og samarbeid med Dansk selskap for pasientsikkerhed som veiledet disse kommunene. En av de danske kommunene trakk seg før fjerde samling, da de fant at deres arbeid med pasientforløp var forskjellig fra HPH-modellen i læringsnettverket.

I Trondheimsområdet var det opprinnelig fem kommuner som meldte seg på hvorav tre falt ut av satsingen. En av disse var aldri med, mens to trakk seg etter første samling fordi de hadde vært med i HPH og opplevde at de ikke trengte å være med i læringsnettverket. Kommunefelleskapet Fjellhelse hadde en felles påmelding av åtte kommuner, hvorav fire startet i læringsnettverket og en av disse falt ut grunnet ressursmangel. Tre kommuner trakk seg før oppstart etter telefonveiledning fordi de ikke hadde ressurser til dette, på grunn av omorganiseringer og andre prosjekter de var i gang med. I alt fullførte 21 kommuner i nettverk Gardermoen satsingen.

Teamene besto av seks til åtte personer. Fastleger deltok i seks team og disse fikk samlingene godkjent som tellende i sin etterutdanning. Tre team hadde brukerrepresentant i teamet, men flere team rapporterte at de involverte brukere mellom samlingene. De fleste teamene ble ledet av en tjenesteleder. Flere team hadde skifte av teammedlemmer i løpet av læringsnettverket, og det var også flere team som utvidet teamene i løpet av satsingen ut, fra et ønske om å få med flere deler av tjenesteapparatet. I Sør var det en klar økning i deltakere fra teamene på de siste to samlingene, fordi teamene så at dette var nødvendig for å sikre involvering og forankring i hele tjenesteapparatet.

### **Forberedelser og veiledning**

Sammen med svarbrevet, hvor kommunene fikk vite at de ble med i læringsnettverket, fikk de forberedelsesoppgaver før første samling. Dette ble fulgt opp med telefonveiledning til alle kommunene. Noen uker senere fikk de en ny mail med nye oppgaver og nok en oppfølgingstelefon før første samling. Kommunene skulle:

- Etablere forbedringsteam og sette opp en møteplan for teamet
- Intervjue fem pasienter, som hadde vært reinnlagt etter utskrivning fra sykehus, med etterfølgende journalgjennomgang for å få innsikt i styrker og svakheter i pasientforløpene i egen kommune, i tillegg til intervju av helsepersonell som var involvert i pasientforløpet

- Klargjøre hvilke metoder og verktøy kommunen brukte i sitt forbedringsarbeid
- Lage en poster til 1. samling etter tilsendt mal

Kommunene ble fulgt opp med telefonveiledning to ganger før første samling, én gang mellom første og andre samling, to ganger mellom andre og tredje og mellom tredje og fjerde samling. I tillegg ble det foretatt besøk av veiledere fra Kunnskapssenteret eller KS til de kommuner som ønsket dette. Kommunene hadde hele tiden en fast mailadresse de kunne bruke om det var noe de lurte på eller ønsket hjelp til. Veilederne reiste også ut og bidro i informasjonsmøter i noen kommuner.

## **Samlinger**

Det deltok ca 120 personer på hver samling i Gardermoen-nettverket mens det i Sør deltok ca 80 personer (se figur 1-2). Anders Grimsmo deltok på alle samlingene og ga verdifulle faglige innspill til kommunene. På Gardermoen deltok representanter fra to sykehus kun på første samling, mens det var representanter fra sykehusene i Sør på hver samling. I planlegging av samlingene ble det fastsatt læringsmål for hver samling, inkludert en ekstra samling for ledere av forbedringsteamene. Alle samlingene ble evaluert ved hjelp av Questback, og det var flere åpne spørsmål der teamene kunne komme med ønsker til neste samling. Dette ble gjort for å finne ut om opplegg og innhold på samlingene var nyttig for deltakerne slik at programmet kunne endre til neste samling. Siden samlingene i nettverk Sør ble avholdt etter samlingene på Gardermoen, kunne opplegget endres fortløpende i Sør på bakgrunn av tilbakemeldinger.

Programmene som ble brukt på samlingene med læringsmålene for hver samling finnes i vedlegg 4. Samlingene inneholdt 50% gruppeaktiviteter og 50% faglig påfyll, i alt 10 timer per samling utenom pausene.

De fleste av innleggene på samlingene ble filmet og lagt ut på Kunnskapssenterets nettsider (26). Hovedhensikten var at kommunene kunne bruke disse til videre informasjon og involvering av kollegaer og ledere i arbeidet i egen kommune. Det ga også kommuner utenfor nettverkene en mulighet til å få informasjon og kunnskap om arbeidet med gode pasientforløp. Basert på registrering skjedde nedlasting av foredragene i svært variert grad. Noen enkeltforedrag ble lastet ned over 100 ganger og andre bare 10-15 ganger.

Det ble gitt arbeidsoppgaver mellom samlingene, og på hver samling presenterte teamene hvor langt de var kommet ved hjelp av en poster. Det var stor variasjon i hvor mye arbeid teamene la i sin poster, og hvor informative disse var. Eksempler på to postere fra siste samling finnes i vedlegg 5 og 6.

Questback fra samlingene hadde en svarprosent på 50–75, og noen hovedfunn er presentert i tabell 1 og 2.



Questback spørsmål	Læringsnettverk Sør			
	Før 1. samling	1-2. samling	2-3. samling	3-4. samling
I hvilken grad var dere fornøyd med:				
Informasjonen i forkant av samling	2,21	1,68	ikke spurt	ikke spurt
Nytten av hjemmeoppgavene	2,08	1,71	ikke spurt	ikke spurt
Oppfølging pr telefon og mail	2,13	1,95	ikke spurt	ikke spurt
Forbedringsarbeid i kommunen	2,3	2,22	ikke spurt	ikke spurt
	1. samling	2. samling	3. samling	4. samling
Balanse mellom forelesninger og gr.arbeid	1,62	1,59	1,45	1,45
Nytten av samlingen totalt sett?	1,55	1,52	1,3	1,31
Antall svar	29	29	40	39
Antall inviterte til questbacken=deltakere	58	70	75	105
Svarprosent	50	41	53	37

Tabell 1. Svar fra Questback spørsmål i Læringsnettverk Sør, svarskala fra 1=meget bra til 5=meget dårlig

Questback spørsmål	Læringsnettverk Gardermoen			
	Før 1. samling	1-2. samling	2-3. samling	3-4. samling
I hvilken grad var dere fornøyd med:				
Informasjonen i forkant av samling	1,7	1,7	ikke spurt	ikke spurt
Nytten av hjemmeoppgavene	1,87	1,71	ikke spurt	ikke spurt
Oppfølging pr telefon og mail	1,61	1,83	ikke spurt	ikke spurt
Forbedringsarbeid i kommunen	2,33	2,14	ikke spurt	ikke spurt
	1. samling	2. samling	3. samling	4. samling
Balanse mellom forelesninger og gr.arbeid	1,79	1,72	1,58	1,55
Nytten av samlingen totalt sett?	1,56	1,53	1,48	1,46
Antall svar	79	64	68	52
Antall inviterte til questbacken=deltakere	118	112	117	127
Svarprosent	67	57	58	41

Tabell 1. Svar fra Questback spørsmål i Læringsnettverk Sør, svarskala fra 1=meget bra til 5=meget dårlig

Det var en gjennomgående meget høy tilfredshet med samlingene og denne økte jo lenger ut i nettverket deltakerne hadde kommet.

### Hva er viktig for deg dagen

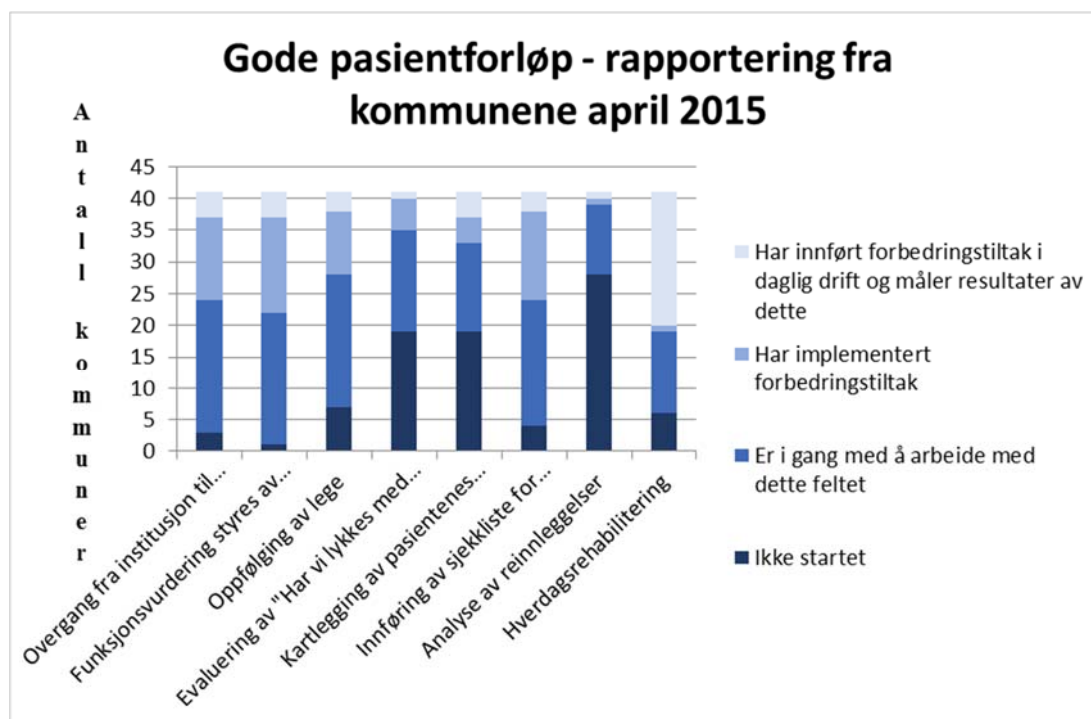
Det ble etablert en «hva er viktig for deg-dag» i 2014 der alle kommunene ble invitert til å arrangere aktiviteter som fokuserte på retningsendringen i tjenestene. Dette ble gjentatt i 2015 og 2016. Det ble trykket opp 15 000 «hva er viktig for deg»-buttons som ansatte i kommunene kunne feste på klærne, samt laget informasjonsfilm med helseministeren (31). 20 av kommunene i læringsnettverkene bestilte buttons til egne arrangementer og 40 kommuner/bydeler som ikke var med i læringsnettverket bestilte buttons i 2016 mot 4 kommuner i 2014. Dagen har nå spredd seg til 10 andre land i Europa, Oseania og Amerika.

### Facebook-gruppe

Det ble etablert en Facebook-gruppe for pasientforløp som var åpen for alle, og hvor deltakerne ble oppfordret til å dele sitt arbeid med hverandre og spørre om råd og tips fra andre kommuner. Den har hatt periodevis stor aktivitet og har ca. 1500 medlemmer, inkludert mange fra kommuner som ikke er med i satsingen. I tillegg har det blir delt mye informasjon fra satsingen på Facebook-siden til Hverdagsrehabilitering.

### Måloppnåelse

For å få frem hvor langt teamene var kommet i å forbedre de ulike delene av pasientforløpet, ble det sendt en spørreundersøkelse om dette til alle teamene i april 2015, se figur 6. Den viste at de fleste teamene var i gang med forbedring av de fleste nøkkelområder i pasientforløpet, men det var få som hadde satt disse i daglig drift og målte resultatene av forbedringene.



Figur 6. Kartlegging av forbedringsområder april/mai 2015 (41 norske team)

En tilsvarende spørreundersøkelse etter avsluttet læringsnettverk ble ikke gjennomført. Det ble i stedet foretatt en kvalitativ undersøkelse av teamenes erfaringer ved hjelp av fokusgruppeintervjuer foretatt av Deloitte. Resultatet av denne foreligger som et internt notat til KS. Der fremkommer det at kommunene er meget fornøyde med samlingene, slik også Questback undersøkelsen tyder på (tabell 1 og 2), og at de anser læringsnettverket som en viktig forutsetning for å lykkes i arbeidet med pasientforløp. Hindringer utgjøres av konkurrerende initiativ i kommunene. Hovedresultatet som kommunene rapporterer å ha oppnådd er kulturendring med økt fokus på hva som er viktig for brukeren. Kommunene har i

varierende grad tatt i bruk og integrert verktøyene i daglig drift og en hovedfrustrasjon var vanskene med å integrere verktøyene i fagsystemene.

### **Fastlegenes rolle i gode pasientforløp**

Det ble samarbeidet med SKIL om utvikling av en sjekklister for fastlegens rolle i pasientforløp (Vedlegg 7). Det ble avholdt en workshop der også fire av kommunene i Læringsnettverk Gardermoen deltok (Sandefjord, Tynset, Søndre Land og Molde). Sjekklisten ble lagt frem på samlingene og resultatet av innføring av sjekklisten hos primærlegene i Sandefjord ble brukt som inspirasjon for de andre kommunene.

---

# Diskusjon

---

## Oppsummering

---

Læringsnettverkene ble gjennomført i tråd med prosjektdirektivet fra styringsgruppen, og de deltagende kommunene uttrykker stor tilfredshet med samlingene i nettverkene (tabell 1 og 2). De fleste kommuner har ved avslutning av nettverkene kommet godt i gang med å forbedre sentrale overganger i pasientforløpet, og de rapporterer om en kulturendring i tjenestene. Langt færre har fullt ut implementert forbedringer i den daglige driften, slik at de systematisk måler brukernes nytte og fornøydhets med pasientforløpene. Prosess- og resultatmålinger har blitt tatt i bruk, men manglende integrering i datasystemene, som brukes i kommunens tjenester, har vanskeliggjort dette.

---

## Ny brukerrolle

---

En evalueringsrapport av status i Samhandlingsreformen fra 2014 viser til at det fortsatt er et stort forbedringspotensial når det gjelder å oppnå en ny og myndiggjort pasient- og brukerrolle i norsk helsetjeneste (32). Men reformen har lyktes med å sette fokus på at all pasient- og brukerbehandling skal ha til hensikt å understøtte pasientenes mestring av egen helse. Samhandlingsreformen er beskrevet som en retningsendringsreform, der samhandling med pasienten i sentrum skal stå sentralt. Et halvt år før avslutning av nettverkene svarer 37 av 41 kommuner at de enten er i gang med eller har innført at oppfølging av pasientene styres av hva som er viktig for pasienten (figur 6). Dette samsvarer med fokusgruppene gjennomført av Deloitte, der kommunene fremhevet at det viktigste de hadde oppnådd var en kulturendring i tjenestene gjennom å ta utgangspunkt i pasientens mål.

Brukermedvirkning er det skrevet og snakket mye om, men det er ikke alltid like lett å få til i praksis. Arbeidet som er gjort i Trento i Italia (Rapport fra Kunnskapssenteret som beskriver dette er under ferdigstilling) har vært en inspirasjon i arbeidet med brukermedvirkning og den nye pasient-/brukerrollen i pasientforløpene. I Trento er 1/3 av alle ansatte innen psykisk helseavdelingen brukere eller pårørende og de omtales som pårørende/bruker-eksperter. Deres kompetanse sidestilles med den faglige profesjonskompetansen. Dette er i tråd med

det helseminister Høie sa i sin tale på Helsekonferansen i mai 2015; at målet er å bygge en helhetlig helsetjeneste der pasienten står i sentrum (33): «Vi må slutte å spørre pasienten: Hva er i veien med deg? Og vi må begynne å spørre pasienten: Hva er viktig for deg?» Dette har vært vektlagt på hver samling og mange av kommunene har gjennomført tiltak for å skolere ansatte i å samtale med pasienten på en ny måte. De har brukt filmene om Motiverende Intervju, og «Hva er viktig for deg»-skjema for å få frem brukerens mål og så gi tjenester ut fra dette. Brukermedvirkning på individnivå ser derfor ut til å være styrket i kommunene som har deltatt i satsingen. Siden det kun er et fåtall team (5 av 41, se figur 6) som ett år etter starten av læringsnettverkene måler brukernes opplevelse av pasientforløpet, kan det ikke sies noe om hvordan pasientene opplever denne kulturendringen. Å følge med på pasientens opplevelse er viktig fordi oppsummert forskning viser en sammenheng mellom fornøyde pasienter og kvaliteten på tjenestene, inkludert frekvensen av reinnleggelser (34).

---

## **Kompetanse i forbedringsarbeid**

---

Et av målene i satsingen var å styrke medarbeidere og lederes kompetanse i forbedringsarbeid. På hver samling fikk teamene undervisning i sentrale temaer i kvalitetsarbeid, som forankring, involvering, brukermedvirkning, mål og målinger, implementering og vedlikehold/spredning av forbedringer. Ut fra posterpresentasjonene var det en tydelig progresjon i teamenes arbeid med å forbedre pasientforløpet (se vedlegg 6), men det ble ikke samlet data som kan vurdere i hvilken grad dette målet er nådd. Kontinuerlig forbedringsarbeid er ikke noe man blir ferdig med, og det faktum at alle kommunene i nettverk Sør har meldt seg på en videreføring av læringsnettverket der, kan tyde på at de fortsatt har behov for opplæring, veiledning og gjensidig erfaringsutveksling for å lykkes med å forbedre pasientforløpene. Dette er i tråd med en stor internasjonal evaluering av gjennombruddsprosjekter, som viste at det gjennomsnittlig tok 17 måneder for å dokumentere resultater (16). Sluttrapportene skrives ofte før resultatene blir dokumentert og mange forbedringsprosjekter avsluttes for tidlig. De evaluerte læringsnettverkene omhandlet alle forbedring av mer begrensede tjenestoområder enn pasientforløp.

---

## **Reinnleggelser**

---

Et av målene for læringsnettverket var å redusere reinnleggelser. Dette viste seg tidlig å være vanskelig å bruke som en indikator på kvaliteten på pasientforløpene. Grunnen til dette var omlegging av finansieringen av sykehusene med kommunal medfinansiering av ferdigbehandlede pasienter. Dette medførte en markert nedgang i ferdigbehandlede pasienter som ble liggende på sykehus og en nedgang i

gjennomsnittlig liggetid på sykehusene (35). Dette påvirker igjen antall reinnleggelser (12).

---

## Nytte for pasientene

---

Et av hovedmålene for satsingen var å skape gode pasientforløp, og nytten for pasienten av oppfølgingen skulle måles gjennom å kartlegge pasientens funksjon i første uke av pasientforløpet ved hjelp av «Hva er viktig for deg»-skjema. Det skulle så gjentas en måned senere for å evaluere nytten av oppfølgingen. Ett år ut i læringsnettverkperioden har kun halvparten av kommunene kommet i gang med evalueringen, selv om de fleste har startet med funksjonskartlegging i starten av pasientforløpet og startet arbeidet med implementering av en sjekkliste for pasientforløp (figur 6). En viktig hindring i dette arbeidet har vært av teknisk art. Kommunene har ulike elektroniske pasientjournaler (EPJ). Av de 41 norske kommunene hadde 18 Profil (Visma), 16 Geric (Tieto) og 7 Cosdoc (ACOS). Fastlegene i kommunene har igjen andre systemer og sykehuset har sine. Det å få inn skjemaer for måling, som på en funksjonell måte understøtter prosessen med gode pasientforløp, er en utfordring for kommunene. Måleverktøyene måtte legges inn som egne dokument i journalsystemene, og dataene kunne ikke hentes ut automatisk. Det er kjent fra tidligere vurdering av læringsnettverk at måling av effekt er en av de mest krevende oppgavene for teamene å gjennomføre (36). Dette blir enda mer krevende å gjennomføre når infrastrukturen i form av journalsystemer ikke understøtter målingene. Prosjektgruppen for læringsnettverkene har vært i møter med e-helseansvarlige i Helsedirektoratet for å fremme dette ønske.

---

## Videreføring av læringsnettverkene

---

Læringsnettverk ble brukt som metode for å støtte arbeidet med kvalitetsforbedring. Det er en velprøvd metode som har vist positive resultater, selv om forskningen på området er mangelfull (37). Det er tydelig ut fra evaluering av samlingene at nytten vurderes som høy (tabell 1 og 2). Også arbeidet mellom samlingene, inkludert oppfølgingen, hjemmeoppgavene og kommunens forbedringsarbeid får høy skår, selv om den i snitt ligger noe lavere enn skåren på samlingene. Oppfølging mellom samlingene er noe som med fordel kan styrkes, da god oppfølging av forbedringsteam er vist å kunne bedre resultatene i læringsnettverk (38). Læringsnettverk med fokus på kvalitetsforbedring har ofte en varighet på 6-12 måneder, men fordi pasientforløp involverer forbedring av prosesser og kultur på tvers av etater og nivåer i helsetjenesten, ble det besluttet å forlenge perioden til 18 måneder. Ut fra hvor langt kommunene var kommet etter ett år (figur 6), og at alle kommunene i Sør har meldt seg på videreføring av nettverket, ser det ut til å ha vært en fornuftig avgjørelse. Dette er også i tråd med at forbedringsarbeidet har blitt

beskrevet som en satsing på å forbedre drift, og ikke et prosjekt med en start- og sluttdato.

De to læringsnettverkene skiller seg fra hverandre på flere måter. Det viktigste er at nettverket i Sør er regionalt og mange av de deltakende kommunene hadde erfaring i å samarbeide med hverandre fra før. Videre gjorde den regionale innretningen at sykehusene i regionen viste økende interesse i å være med, fordi et flertall av kommunene de samarbeidet med deltok. Det motsatte skjedde i læringsnettverk Gardermoen. Overgangen mellom sykehus og kommune er svært viktig i arbeidet med gode pasientforløp, og i videreføringen av læringsnettverk for gode pasientforløp legges det derfor kun opp til regionale nettverk, hvor sykehusene deltar med egne forbedringsteam.

I Sør ble det avholdt møter med sykehusene på hver samling. På de to første samlingene hadde sykehusene en tilnærming som handlet om hva de kunne gjøre for kommunene. De to siste samlingene bar mer preg av at sykehusene så behov for å arbeide med egen forbedring av forløp og overganger, og de valgte derfor å være med i en ny runde med læringsnettverk.

---

# Oppsummering

To læringsnettverk for eldre og kronisk syke er gjennomført etter planen. Deltakernes erfaringer er gode. Det er indikasjoner på at læringsnettverkene har bidratt til en retningsendring i tjenestene med økt oppmerksomhet på det som er viktigst for pasienten, og at kommunene i større grad gir tjenester ut ifra dette. Gjennom publikasjon av filmer, etablering av Facebook-gruppe for pasientforløp, arrangement av den årlige «Hva er viktig for deg»-dagen og samarbeidet med helsemyndighetene og KS, har aktiviteten i læringsnettverkene blitt spredd til helsearbeidere og kommuner over hele landet. Budskapet om å snu retningen innen helsetjenester i en helsefremmende og brukersentrert retning har blitt spredd på mange arenaer.

Hvorvidt pasientforløpene i de deltakende kommunene har blitt bedre for pasientene, er for tidlig å si noe sikkert om. Imidlertid har alle kommuner i Læringsnettverk Sør valgt å bli med i videreføringen av læringsnettverkene i Agder og Rogaland, og dette kan tyde på at de har opplevd deltakelsen i nettverket som nyttig. Det gjenstår mye arbeid før alle kommunene har implementert funksjonskartlegging ut ifra «Hva er viktig for deg»- skjema, og før de har evaluert hvor fornøyd pasientene er med oppfølgingen. Manglende integrering av måleverktøy i kommunenes fagsystemer har vært en vesentlig hindring.

Det regionale Læringsnettverk Sør hadde en sterkere involvering fra sykehusenes side, og både kommuner og sykehus opplevde dette som viktig. Videreføring av læringsnettverkene planlegges derfor som regionale nettverk.

Det ble ikke lagt opp til følgeforskning i de to gjennomførte læringsnettverkene, men professor Sabine Ruths ved Universitetet i Bergen gjennomfører nå en retrospektiv kvalitativ studie i noen kommuner som har vært med i læringsnettverket. Dette vil kunne bringe frem nyttige data. I videreføringen av læringsnettverkene de neste fire årene vil det bli utviklet følgeforskning, i samarbeid med professor Anders Grimsmo ved NTNU, for å se på innføring av ulike former for oppfølgingsteam for multisyke eldre. Det er søkt om penger fra HELSEVEL til å evaluere effekten av dette.



---

# Referanser

1. Helse- og omsorgsdepartementet. Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid. St.meld. nr. 47 (2008-2009).
2. Helsedirektoratet. Samhandlingsreformen: Helsedirektoratet, [lest 05.05.2015]. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/samhandlingsreformen>
3. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 16 (2010-2011). Nasjonal helse- og omsorgsplan (2011-2015).
4. Folkehelseinstituttet. Folkehelse rapport 2010: Helsetilstanden i Norge. Oslo: Folkehelseinstituttet; 2010. Rapport 2010:2.
5. Sosial- og helsedirektoratet. ... og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring (2005-2015). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet; 2005. Veileder IS-1162.
6. World Health Organization (WHO). The Ottawa Charter for Health Promotion: World Health Organization (WHO) Geneva [oppdatert First International Conference on Health Promotion, Ottawa, 21 November 1986; lest]. Tilgjengelig fra: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
7. Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven). LOV-2011-06-24-30. Tilgjengelig fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>
8. Malcolm Baldrige National Quality Award. Southcentral Foundation: The National Institute of Standards and Technology (NIST) of the U.S. Department of Commerce. [lest 13.11.2012]. Tilgjengelig fra: [http://www.nist.gov/baldrige/award\\_recipients/southcentral\\_profile.cfm](http://www.nist.gov/baldrige/award_recipients/southcentral_profile.cfm)
9. Ness NE, Laberg T, Haneborg M, Granbo R, Færevaaag L, Butli H. Hverdagsmestring og hverdagsrehabilitering. Oslo: Ergoterapeutene, Norsk sykepleier forbund og Norsk fysioterapeutforbund; 2012. Tilgjengelig fra: <http://ergoterapeutene.org/Ergoterapeutene/aktuelt/Nyhetsarkiv/Rapporte-n-Hverdagsmestring-og-hverdagsrehabilitering-overlevert-departementet>
10. Grimsmo A. Veien frem til helhetlig pasientforløp. Trondheim: NTNU; Trondheim kommune; norskelsenett. Tilgjengelig fra: <https://www.nhn.no/tema/helhetlig-pasientforlop/Documents/Utvikling-av-pasientforlop-stottet-av-elektronisk-samhandling.pdf>
11. Lindman A, Damgaard K, Tjomsland O, Helgeland J. Reinnleggelser av eldre i Norge. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2012. Notat fra Kunnskapssenteret - Notat 2012 Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/reinnleggelser-av-eldre-i-norge>
12. Lindman A, Kristoffersen D, Hassani S, Tomic O, Helgeland J. 30-dagers reinnleggelse av eldre 2011–2013: resultater for sykehus og kommuner. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015. Notat Mai 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/30-dagers-reinnleggelse-av-eldre-20112013.resultater-for-sykehus-og-kommuner>

13. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Haland E, Kristoffersen L, Grimsmo A. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. BMC Health Serv Res 2015;15:86.
14. Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res 2013;13:121.
15. Bakke T, Udness E, Harboe I. Læringsnettverk som verktøy i kvalitetsforbedring - en oppsummering av forskning og erfaring. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for helsetjenesten; 2011. Rapport fra Kunnskapssenteret - Systematisk oversikt nr 23 - 2011. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/laeringsnettverk-som-verktoy-i-kvalitetsforbedring-en-oppsummering-av-forskning-og-erfaring>
16. Øvretveit J, Bate P, Cleary P, Cretin S, Gustafson D, McInnes K, et al. Quality collaboratives: lessons from research. Quality & safety in health care 2002;11(4):345-51.
17. Filstad C. Suksesskriterier for etablering av en sterk læringskultur. MAGMA 2010;(3).
18. Haukelien H, Møller G, Vikem H. Brukermedvirkning i helse- og omsorgssektoren. Bø i Telemark: Telemarksforskning; 2011. TF- rapportnr 284.
19. Helse- og omsorgsdepartementet. Brukermedvirkning: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 2009; lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/sykehus/prioriterte-utviklingsomrader/brukermedvirkning/id536803/>
20. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 10 (2012–2013). God kvalitet – trygge tjenester: Kvalitet og pasientsikkerhet i helse- og omsorgstjenesten.
21. Helse- og omsorgsdepartementet. Meld. St. 29 (2012-2013). Morgendagens omsorg.
22. Helse- og omsorgsdepartementet. NCD-strategi 2013-2017: For forebygging, diagnostisering, behandling og rehabilitering av fire ikke-smittsomme folkesykdommer; hjerte- og karsykdommer, diabetes, kols og kreft. 2013.
23. Fraser S. Undressing the Elephant: Why good practice doesn't spread. London: Lulu; 2006.
24. Kongsmo T, de Vibe M, Bakke T, Udness E, Eggesvik S, Norheim G, et al. Modell for kvalitetsforbedring – utvikling og bruk av modellen i praktisk forbedringsarbeid. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten; 2015.
25. Modig N. Dette er LEAN. Stockholm: Rheologica publ; 2012.
26. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Patient Specific Functional Scale (PSFS)Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) [lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjon-al-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verktoyer/alfabetisk-liste/1737|2371>
27. Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering. Canadian Occupational Performance Measure (COPM)Oslo: Nasjonal kompetansetjeneste for revmatologisk rehabilitering (NKRR) [lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: <http://diakonhjemmetsykehus.no/#!/diakon/forside/Helsepersonell/nasjon-al-kompetansetjeneste-for-revmatologisk-rehabilitering/klinisk-verktoyer/alfabetisk-liste/1737|2003>
28. “Teach Back” A Tool for Improving Provider-Patient Communication: National Center in Ethics for Health Care [oppdatert 2006; lest 10.08.2015]. Tilgjengelig fra: [http://www.ethics.va.gov/docs/infocus/InFocus\\_20060401\\_Teach\\_Back.pdf](http://www.ethics.va.gov/docs/infocus/InFocus_20060401_Teach_Back.pdf)

29. Miller W, Rollnick S. Den motiverende samtale Støtte til forandring. 2 utg. København: Hans Reitzels Forlag; 2014.
30. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Motiverende samtaleOslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten [lest 25. August 2016]. Tilgjengelig fra: <http://www.kunnskapssenteret.no/kvalitet-og-pasientsikkerhet/kvalitetsforbedring/pasientforlop/eldre-og-kronisk-syke/ti-filmer-om-motiverende-samtaler>
31. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. Hva er viktig for deg dagenOslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten [lest 25. august 2016]. Tilgjengelig fra: <https://vimeo.com/168898482>
32. Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen. Statusrapport for samhandlingsreformen pr november 2014: Oppsummering – Status for samhandlingsreformen etter 3 år. Trondheim: Nasjonalt nettverk for implementering av samhandlingsreformen; [2014?]. Tilgjengelig fra: <https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMST/Helse%20og%20omsorg/Samhandlingsreformen/Sluttrapport/Sluttrapport%20nasjonal%20nettverk.pdf>
33. Bent Høie. En helhetlig helsetjeneste for hele mennesker. Helsekonferansen 2015: Helse- og omsorgsdepartementet [oppdatert 07.05.2015; lest 14.09.2015]. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/en-helhetlig-helsetjeneste-for-hele-mennesker/id2410445/>
34. Doyle C, Lennox L, Bell D. A systematic review of evidence on the links between patient experience and clinical safety and effectiveness. BMJ open 2013;3(1):pii:e001570.
35. Hagen T, Ambugo E, Melberg H. Liggetider og reinnleggelser i somatiske sykehus før og etter Samhandlingsreformen Oslo: Avdeling for helseledelse og helseøkonomi, Universitetet i Oslo; 2016. HERO Working paper 2016: 5. Tilgjengelig fra: <http://www.med.uio.no/helsam/forskning/nettverk/hero/publikasjoner/skriftserie/2016/2016-5.pdf>
36. Moland L, E, Lien L, Nygård L, Hofstad T. Læringsnettverk og innovasjon i kommunene. Oslo: Fafo; 2013. Fafo-rapport 2013:52. Tilgjengelig fra: <http://www.fafo.no/images/pub/2013/20342.pdf>
37. Schouten L, Hulscher M, Everdingen J, Huijsman R, Grol R. Evidence for the impact of quality improvement collaboratives: systematic review. BMJ 2008;336:1491.
38. Peterson A, Carlhed R, Lindahl B, Lindström G, Aberg C, Andersson-Gäre B, et al. Improving guideline adherence through intensive quality improvement and the use of a National Quality Register in Sweden for acute myocardial infarction. Qual Manag Health Care 2007;16(1):25-37.

---

# Vedlegg

**Sjekkliste pasientforløp, fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:**

		Pasient / Løpnummer:		Utskrivingsdato		Reinleggesdato		Utført		Evaluering		Kommentarer				
								Ja	Nei	Ikke aktuelt	Hva er viktig for deg		COPM funksjon	COPM tilfredshet		
1	Uke 1	Kommune og sykehus / kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen i telefon / video / møte.														
2	Uke 1	Forberedelse av utreisen er gjort i samarbeid med pasient / pårørende														
3	Uke 1	Epiktise (eller tilsvarende fagrapport) er gjennomgått før møte med pasienten														
4	Uke 1	Pasienten vet hvem som er primærkontakt og ansvarlig for oppfølgingen.														
5	Uke 1	Nødvendige hjelpemidler er bestilt/på plass hos pasienten for å mestre egen situasjon best mulig														
6	Uke 1	Vurdering av pasientens funksjon er gjort med "Hva er viktig for deg?" / COPM														
7	Uke 1	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten.														
8	Uke 2	Oppfølging fra fastlege/sykehjemslege er gjennomført.														
9	Uke 5	Ny vurdering av pasientens funksjon er gjort med "Hva er viktig for deg?" / COPM														
10	Uke 5	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelse.														
For alle pasienter																
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Prosent etterlevelse av sjekklisten</td> <td style="width: 50%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Opplevd nytte / resultater</td> <td></td> </tr> </table>													Prosent etterlevelse av sjekklisten		Opplevd nytte / resultater	
Prosent etterlevelse av sjekklisten																
Opplevd nytte / resultater																

**Vedlegg:**

1. Sjekklista

## 2. Hva er viktig for deg skjema, PSFS



Aktivitetshjulet kan brukes som inspirasjon før og under samtalene med utfylling av «Hva er viktig for deg»-skjemaet. Aktiviteter og mål som er viktig for deg kan være innenfor kategoriene i aktivitetshjulet, eller de kan være noe helt annet. Det tomme feltet symboliserer det.

Hva er viktig for deg - skjema											
Dette skjemaet skal inneholde aktiviteter og mål som er viktige for deg. I første samtale skriver vi sammen ned 3-5 av disse og skårer hvor du mener du er på hver av dem. Disse punktene er viktige mål som vi sammen skal jobbe mot som likeverdige samarbeidspartnere. I den andre samtalen snakker vi om og skårer hvor langt vi har kommet. Dette kan gjentas med nye samtaler så lenge det er nyttig.											
Viktige aktiviteter og mål for deg										Skåre	
										1. samtale	2. samtale
Hvor er jeg nå										1. gjennomsnitt	2. gjennomsnitt
										0	1
Kan ikke utføre aktiviteten					Kan utføre aktiviteten uten vanskeligheter					Opplevd nytte (2. gjennomsnitt – 1. gjennomsnitt)	
En forskjell i skåre fra første til andre samtale på 2 eller bedre er regnet som en signifikant forbedring, både praktisk og klinisk.											



#### 4. Program for samlingene i læringsnettverk Sør

##### **Læringsnettverk for gode pasientforløp, Samling 1, 2.-3.4.14**

Mål for samlingen: Få oversikt over pasientforløp i egen kommune og hva som bidrar til kvalitet for brukeren

Dag 1, 10.00-16.30, ledes av Anders Vege, Kunnskapscenteret

09.00-10.00 Oppheng av postere, registrering og kaffe

10.00-10.15 Velkommen, v/ KS og HOD

10.15-10.40 Hva er viktig for deg? v/ Anders Vege

10.40-11.30 Postervandring

11.30-12.00 Beskriv hvordan dere ønsker at brukerne skal oppleve pasientforløpet hos dere 3 år frem i tid. Gruppearbeid v/Anders Vege

12.00-12.15 Pause

12.15-13.00 Nøkkelementer og suksesskriterier for å lykkes med helhetlige, koordinerte og trygge pasientforløp v/ Anders Grimsmo, NTNU

13.00-14.00 Lunsj

14.00-14.30 Gruppearbeid om faktorer for å lykkes med forbedring av pasientforløp ut fra foredraget til Anders Grimsmo

14.30-15.30 Hvordan lede for å sikre helhetlige pasientforløp?  
v/ Line Kristoffersen, Trondheim kommune

15.30-15.45 Pause

15.45-16.30 Gruppene summer om spørsmål de har til innføring av HPH i 5 minutter etterfulgt av spørsmål og svar i plenum med Anders Grimsmo og Line Kristoffersen

Dag 2, 08.30 - 15.30, ledes av Michael de Vibe, Kunnskapscenteret

08.30-08.45 Å komme på plass, v/ Michael de Vibe

08.45- 09.00 Innledning ved representanter fra kommune og sykehus.

09.00-10.00 Kartlegg «overgang mellom sykehus og kommune» som utfordrer kvaliteten på pasientforløpet. Gruppearbeid v/Siri Eggesvik, Kunnskapscenteret.

10.00-10.15 Avslutte gruppearbeid med å sikre en plan for hvordan dere vil fortsette arbeidet når dere kommer hjem

10.15-10.30 Pause

10.30-11.30 Hverdagsrehabilitering.

Innledninger fra Stavanger, Arendal og Kristiansand. Gruppearbeid om innføring/forbedring/spredning av dette arbeidet i kommunene

11.30 -12.30 Lunsj

12.30-13.00 Mål og målinger, v/ Geir Nordheim, Kunnskapscenteret

13.00-13.50 Gruppearbeid om å måle hva som er viktig for pasienten (PSFS)

13.50-14.10 Pause

14.10-15.00 Sjekkliste for pasientforløp og analyse av reinnleggelser med gruppearbeid, v/ Michael de Vibe



15.00-15.30 Oppsummering og veien videre/ oppgave med involvering av kommunen i videre arbeid v/ Anders Vege og v/Sigrid Askum, KS

### **Læringsnettverk for gode pasientforløp, Samling 2, 27.-28.8.14**

Mål for samlingen: Få oversikt over elementene i gode pasientforløp og hvordan hvert element kan implementeres, måles og følges opp. Forstå mulighetene som ligger i innovasjon som et verktøy i endringsarbeid.

Dag 1, 10.00-16.30, ledes av Anders Vege, Kunnskapssenteret

09.00 – 10.00 Oppheng av postere, registrering, kaffe og rundstykker

10.00 – 10.10 Velkommen

10.10 – 10.15 "Hva er viktig for deg-dagen" 4. juni

10.15– 11.10 Postervandring: Hva har kommunene gjort siden sist? Innledning v/ Anders Vege.

11.10 – 11.30 Presentasjon av verktøy for oppfølging av gode pasientforløp og refleksjon fra 2 kommuner v/ Anders Vege

11.30 – 11.45 Pause

11.45 – 13.00 Mål og målinger, v/Geir Nordheim, Kunnskapssenteret. Gr.arbeid.

13.00 – 14.00 Lunsj

14.00 – 14.45 Implementere endringer i komplekse organisasjoner med gr.arbeid v/Anders Vege

14.45– 15.00 Pause

15.00 – 16.15 Kultur for innovasjon v/ Trulte Konsmo, Kunnskapssenteret og Flekkefjord kommune. Gruppearbeid

16.15– 16.30 Avslutning og pust ut

Dag 2, 08.30 - 15.30, ledes av Michael de Vibe, Kunnskapssenteret

08.30 – 09.00 Å komme på plass, personlig kompetanse v/ Michael de Vibe

09.00 – 10.00 Innovasjonsarbeid i kommunen, v. Tone Marie Nybø Solheim, avd. direktør i KS

10.00 – 10.20 Pause

10.20 – 10.40 Hvordan kan vi aktivisere fastlegene og synliggjøre deres rolle i det gode pasientforløpet v/ Tor Carlsen, Legeforeningen

10.40 – 11.30 Panel/gruppearbeid: Om fastlegens rolle

11.30 – 12.30 Lunsj

12.30 – 13.40 Forbedring av pasientforløp. Bruk av Oppfølgings skjema og involvering av brukerne v/ Anders Vege og Michael de Vibe. Gruppearbeid

13.40 – 14.00 Pause

14.00 – 14.30 «Se tjenestene med nye øyne», v/Michael de Vibe og Trulte Konsmo  
Refleksjon fra en kommune

14.30 – 15.15 Veien videre - Lage plan for arbeidsperiode 2 med gruppearbeid

15.15 – 15.30 Oppsummering v/ Anders Vege og Sigrid Askum

### **Læringsnettverk for gode pasientforløp, Samling 3, 5.- 6. mars 2015**

Mål for samlingen: Reflektere over eget forbedringsarbeid og lære av andres erfaringer

Dag 1, 10.00-17.00, ledes av Anders Vege, Kunnskapssenteret

09.00 – 10.00 Oppheng av postere, registrering, kaffe og rundstykker

10.00 – 10.10 Velkommen v. Sigrid Askum KS

10.10 – 11.15 Postervandring: Hva har kommunene gjort siden sist? Innl. v/ Anders Vege.

11.15 – 11.35 Gruppearbeid: Hva har vi hørt/sett på postervandringen som er nyttig for vårt arbeid med gode pasientforløp? Hva ønsker vi å se etter/lytte etter hos andre kommuner ved postervandringen i morgen?

11.35 – 11.50 Pause

11.50 – 12.15 Nyvinninger i pasientforløp, Brukermedvirkning, Flekkefjord, v/Inger Marethe Egeland, Velferdsteknologi, Kristiansand, v/Grete Dagsvik

12.15 – 13.00 Samhandlingsreformen, så langt v/Anders Grimsmo. Tid til summing og plenum

13.00 – 14.00 Lunsj

14.00 – 15.00 Overgang fra sykehus/institusjon til hjemmet

Trine Nesheim, Flekkefjord sykehus og Marianne Glendrange, Flekkefjord

Gruppearbeid: I hvilken grad følges punkt 1.-5. i sjekklisten? Hva må til for å etterleve dette?

Plenum

15.00 – 15.15 Pause

15.15 – 16.00 Funksjonsvurdering og oppfølging styres av «hva er viktig for deg»?

Motiverende intervju v. psykologspesialist Sonja Mellingen, Bergensklinikkene.

Gruppearbeid: Hvordan kan vi sikre kvaliteten i «Hva er viktig for deg-samtalene»?

16.00 – 16.15 Pause

16.15 – 17.00 Evaluering av nytte/» Har vi lyktes med å hjelpe deg med det som er viktig?» Tvedestrand v/Kristin Jeppestøl

Gruppearbeid: Hvordan bruker dere «Hva er viktig for deg-skjemaet»(eller tilsvarende) for å nå de målene brukeren har? Og hvordan kan dere jobbe for å forbedre dette?

Dag 2, 08.30 – 14.00, ledes av Michael de Vibe, Kunnskapssenteret

08.30 – 08.40 Innledning v/ Michael de Vibe

08.40 – 09.45 Fastlegens rolle i pasientforløp innledning v. Michael de Vibe og Bodil F. Gammelsæter/ Risør. Film med fastlege fra Sandefjord.

Tor Carlsen, spes.rådgiver lege fra Legeforeningen, Tvedestrand v/Bodil Aa. Olsen

Gruppearbeid: Hvordan vil dere forbedre oppfølging fra fastlege i pasientforløpet frem til 4. samling? Hva skal da være oppnådd?

I de teamene hvor ikke dette er relevant kan dere jobbe videre med gårsdagens oppgaver, eller det dere mener er viktig for dere.

Plenum

09.45 – 10.00 Pause

10.00 – 10.45 Målinger: Hva er viktig for deg (PSFS) og sjekklister for pasientforløp

Sola har nådd sitt mål fra forrige samling. De har laget film om hvordan de følger sjekklister for gode pasientforløp og måler med Hva er viktig for deg skjema + innlegg om målinger

Gruppearbeid: Hvor stor andel av våre inkluderte pasienter skal ha blitt fulgt opp med «Hva er viktig for deg skjema + sjekklister for gode pasientforløp når vi møtes på 4. samling 25.-26. november? Drøft hvordan dette kan gjennomføres

10.45 – 11.30 Pasientens opplevelse av forløpet

Arbeidet med pasientforløp for brukere med KOLS. v/Frode Gallefoss, forskningssjef Sørlandet sykehus. Film med Adrian og refleksjon

Summing og plenum

11.30 – 12.30 Lunsj

12.30 – 12.50 Gode pasientforløp – får vi alt til å henge sammen?

Grimstad v/Anne Lyngroth

Summing og plenum

12.50 – 14.00 Veien videre

12.50 – 12.55 Innledning til postervandring og gruppearbeid

12.55 – 13.20 Postervandring (fritt valg av poster)

13.20 – 13.50 Gruppearbeid: Lag en plan med SMARTE mål for hva dere vil ha oppnådd fram til 4. samling 25.-26.november 2015. Benytt utdelt oppfølgingsskjema.

13.50 – 14.00 Avklaringer og oppsummering v/ Anders Vege og Sigrid Askum

### **Læringsnettverk for gode pasientforløp, Samling 4, 25.-26.11.15**

Mål for samlingen: Inspirasjon til videre arbeid med gode pasientforløp

Dag 1, 10.00-17.00, ledes av Anders Vege, Kunnskapsenteret

09.00 – 10.00 Oppheng av postere, registrering, kaffe og rundstykker

10.00 – 10.30 Velkommen v/ Sigrid Askum, KS

Hvor er vi og hvor vil vi? v/ Anders Vege

10.30 – 11.30 Postervandring

11.30 – 11.50 Pause

11.50– 13.00 Samhandlingsreformen og pasientforløp, utfordringer videre, summing og spørsmål i plenum v/ Anders Grimsmo, NTNU

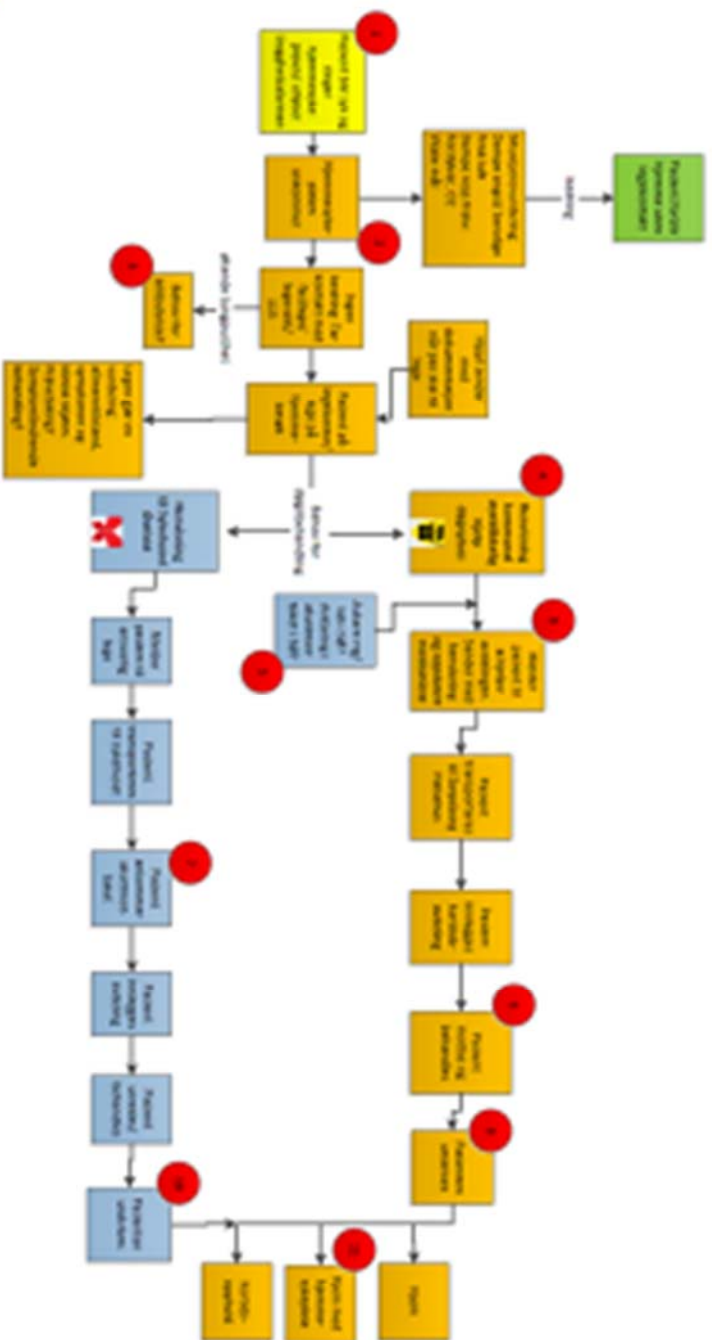
13.00 – 14.00 Lunsj

14.00 – 15.00 Forbedringsoppgaver i pasientforløpet

Kartlegging av pasientens opplevelse v/ Øyvind Andresen Bjertnæs,  
Kunnskapssenteret  
Evaluering av nytte: Erfaringer med «Hva er viktig for deg?» skjema Tvedestrand  
kommune v/ Kristine Kvamme og Hanne Karin Aasbø  
Analyse av reinnleggelser v/ Michael de Vibe, Kunnskapssenteret  
15.00– 15.20 Pause  
15.20– 16.00 Slik har vi jobba med innføring av gode pasientforløp i Sandefjord  
kommune i Læringsnettverk Gardermoen  
v/ Kirsti Nyerrød, Pasientkoordinator og Sykehuskontakt  
16.00 – 16.20 Pause  
16.20 – 17.00 Skåring av postere

Dag 2, 08.30 – 14.00, ledes av Michael de Vibe  
08.30 – 08.40 Innledning v/ Michael de Vibe  
08.40 – 09.40 Status for læringsnettverkene v/ Anders Vege (10)  
Erfaringer med å delta i læringsnettverket og utfordringer på veien videre  
v/ samhandlingsjef Sørlandet S, Kjetil Juva (10 min) og samhandlingskonsulent  
Stavanger US, Marianne Anddal (10 min), Summing, spørsmål og dialog (30 min)  
09.40 – 10.00 Pause  
10.00- 10.50 Kommuneeksempler for gode pasientforløp til inspirasjon  
Grimstad kommune: Refleksjoner rundt reinnleggelser v/ Kathrine Melby  
Holmerud, fagutvikler for hjemmetjenesten (10 min)  
Sola kommune: Hvor er Sola og hvor vil vi? v/ Reidun Vigdel Ølberg, rådgiver, stab,  
levekår (10 min)  
Korte innspill fra andre kommuner: Hva er de viktigste resultatene for brukerne i  
vår kommune (30 min)  
10.50– 11.30 Veien videre? Innspill fra kommunale ledere om å lede utvikling av  
gode pasientforløp v/ Wenche P. Dehli, Helse- og sosialdirektør i Kristiansand (10  
min), Bente M. Somdal, Ass Komm.sjef Helse- og Omsorg i Grimstad (10 min)  
Summing, spørsmål og dialog (20 min)  
11.30 – 12.30 Lunsj  
12.30 – 13.50 Dette gjør de som lykkes med vedvarende forbedringer med  
gruppearbeid  
Nasjonale og internasjonale erfaringer v/ Anders Vege og Michael de Vibe  
13.50 – 14.00 «Oppsummering» v/ Anders Vege og Sigrid Askum

# Helhetlige, trygge og koordinerte pasientforløp i Sarpsborg kommune



# Forbedringsmål og tiltak

- **Bedre overganger fra sykehus til (korttidsopphold) til hjemmet**
  - Bruk av pasientkoordinator på sykehuset
  - Uttak bruk av elektroniske pleie- og omsorgsmeldinger
  - Tverrfaglige koordineringsmøter på korttidsavdelinger før hjemkomst
- **Funksjonsvurdering og oppfølging styres av *Hva er viktig for deg?***
  - Jøl Sykehuset – «usk»-avdeling – hjemmesykepleien. Ligger i pasientens EPJ
- **Oppfølging av lege**
  - Faste ansatte leger i «usk»-avdelingen
  - Kommunikasjon med fastleger under innleggelse ved behov, e-link og telefon. Epikrise fastlege
- **Evaluering av nytte; Har vi lykket med å hjelpe deg med det som er viktig?**
  - Oppfølging av *Hva er viktig for deg-målene* gjøres i hjemmesykepleien – justeringer
- **Pasientens opplevelse**
  - Pasientintervjuer – kontinuerlig for læring
- **Innføring av sjekklister**
  - Jøl Ligger i pasientens EPJ
- **Analyse av reinnleggelser**
  - Gjenstår. Vårt inntrykk er at gode behandlingsplaner etter innleggelse i korttidspost fører til færre innleggelser i sykehus. Inkludere bruk av kommunale øyeblikkelig hjelp døgnplasser

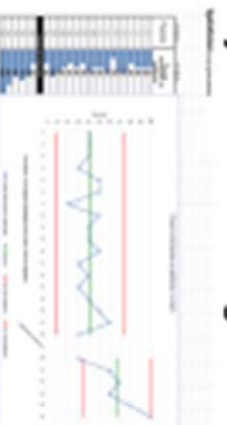
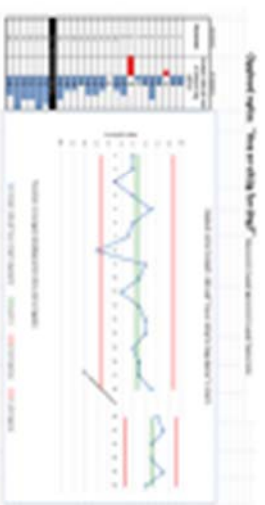
## Metoder for å bedre pasientforløpet

- **Hva er viktig for deg?**
  - Se, hør, forstå, akseptér → vi blir stimulert, styrket og vokser som menneske!
  - Bevisstgjøring av egne mål → endring av adferd
  - Fra passiv mottaker til aktiv deltaker
- **Kurs i prosessveiledning**
  - Hvor er flaskehalsene?
- **Nytt diagnoseuavhengig pasientforløp**
  - Med bruk av frivillige?
- **Tavlemøter/ tverrfaglige møter i nytt helsehus!**



# Effekt av tiltak

- **Bedre overganger fra sykehus til (korttidsopphold) til hjemmet**
  - Bruk av pasientkoordinator på sykehuset: 6 av 10 kan dra hjem med hjemmesykepleie, trenger ikke korttidsopphold
  - Bedret dokumentasjon og kommunikasjon med PLD-meldinger
  - Tverrfaglige koordineringsmøter i samarbeid med hjemmesykepleien bygger fremkomst
- **Funksjonsvurdering og oppfølging styres av Hva er viktig for deg?**
- **Evaluering av nytte; Har vi lykkes med å hjelpe deg med det som er viktig?**
  - Hverdagsrehabilitering viser
    - Reduksjon i tjørstedemer
    - Økt funksjon og livskvalitet
    - Mer brukerinvolvering og -ansvar
  - **Pasientens opplevelse**
    - Oppfølging hos fastlege må bli mer avtalefestet
  - **Innføring av sjekkliste viser at vi gjør mye av det vi er enige om at vi skal gjøre**



- **Analyse av reinleggelser**
  - Gjenstår

## Retningsendring og forankring



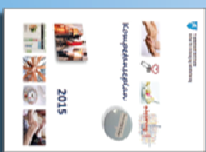
TVEDESTRAND KOMMUNE

Aktiv hverdag - trygg framtid

- Ny organisering - 3 avdelinger
- Tildeling, utvikling og innovasjon (TU)
- Hjemmetjenester
- Sykehjem

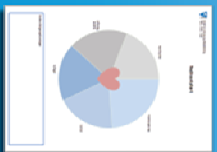
### Nye tjenester/funksjoner

- Hverdags rehabilitering
- Helse eremmennde hjemmehesøk
- Tverrfaglig tildelingsjeneste
- Kvalitetskoordinator



### Styrket arbeid med

- Kompetansplanen
- Frisklozentral
- Mestringskontakter
- Systematisk ernæringsarbeid
- Klinisk ferdighetstrening
- Tverrfaglig legemiddelgjennomgang
- Kartleggings- og vurderingsskjema



**Fra passiv mottaker  
til aktiv deltaker i eget liv!**

Hva er viktig for deg?



## Gode pasientforløp

Underveis

- ✓ Retningsendring og forankring faglig, administrativt og politisk.
- ✓ Tildele riktige tjenester - hva som er viktig for den enkelte.
- ✓ Inntre PSFS i Tildelingstjenesten og Hverdagsrehabilitering.
- ✓ Inntre sjekkliste "Gode pasientforløp" ved alle overganger.
- ✓ Inntre primærkontaktkoordning i sykehjem og hjemmesykepleien.
- ✓ Inntre faste møter med kommunens fastleger og hjemmesykepleien.

## Videre forbedringsarbeid



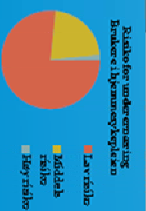
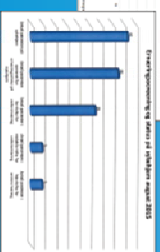
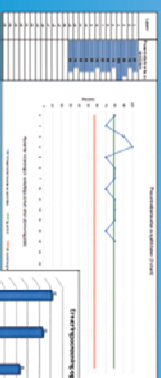
- Folkeopplysning – mestring og aktiv deltakelse.
- Anvende PSFS i hele enheten.
- Implementering av sjekklisten i hele enheten.
- Måle etterlevelse av sjekklisten.
- Systematisk gjennomgang og læring omkring innleggelses på sykehus.
- Brukerundersøkelser i løpet av 2016: "Hvor vi lykkes med å hjelpe deg med det som er viktig?"

### Prosjekter av betydning for pasientforløpet

- Uprøvning av Pily – atomatisk medisinspisnings er.
- Utvikling og utprøving av APPE TITT.
- Ambulant KØH.
- Kvalitet og bærekraft.



### Effekt av tiltak og kvalitet måles:



*Kunnsakbasert praksis og kvalitet i tjenestene!*



7. Sjekkliste for fastlegens rolle i pasientforløp utviklet sammen med SKIL og Sandefjord kommune



# Fastlegens rolle i gode pasientforløp

## Målgruppe

*Eldre og kronisk syke som får hjemmetjenester og som trenger oppfølging fra fastlege.*

## Målsetting

*Bidra til trygghet, sikre riktig medisinsk behandling og forebygge unødvendige forverrelser.*

## Sjekkliste

1. Pasientens opplevelse av egen situasjon **nå**
  - Hva er viktig for pasienten?
  - Føler pasienten seg trygg på at medisinsk behandling er godt ivaretatt?
  - Hva savner pasienten nå?
2. Epikrise og rapport fra hjemmesykepleie
  - Har du fått tilstrekkelig informasjon om pasienten?
  - Er det uklarheter?
  - Har hjemmesykepleie og pasient samme oppfatning om helsetilstanden?
3. Legemiddelsamstemming
  - Få frem informasjon om de legemidlene pasienten faktisk tar
  - Skriv resepter eller send oppdatert medisinliste til multidoseapotek
4. Legemiddelgjennomgang skal gjøres minst 1 gang pr år for pasienter som bruker 4 eller flere legemidler
  - Vurder om legemiddelgjennomgang skal gjøres ved konsultasjonen eller senere
  - Se sjekkliste for legemiddelgjennomgang på:  
[http://www.legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/Raad\\_til\\_helsepersoneell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx](http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersoneell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx)

5. Rekvirere undersøkelser, behandling og andre tjenester
6. Behandlingsplan og tiltak ved forverring.
  - Hva skal hjemmesykepleier observere og handle på?
  - Hvilke tiltak skal hjemmesykepleie og pasient gjøre ved forverring?
  - Vurder å gi gjenpart av behandlingsplanen til pasienten
  - Avtal kontrolltime. Hvis ikke, dokumenter hvorfor.
7. Send kopi eller sammendrag av journalnotatet med behandlingsplan til hjemmesykepleien.

## Veiledning i forberedelser, gjennomføring og oppfølging fra fastlegen

Det er viktig å ha en felles forståelse av fastlegens rolle i det gode pasientforløpet i kommunene. Dette kan synes selvsagt, men svikter til tider.

### Fastlegens forberedelse

1. Gjennomgå rapport i PLO-melding merket Pasientforløp fra hjemmesykepleien.
2. Gjennomgå epikrise
3. Ha oversikt over historikk i journal, laboratorieprøver og medisiner

### Forberedelse fra hjemmesykepleien

1. Primærkontakt bestiller time hos fastlege 2 uker etter utskriving fra institusjon, eller når pasienter, som mottar hjemmesykepleie, trenger oppfølging av fastlege. Primærkontakt forklarer pasienten hensikten med kontroll-time hos legen.
2. Konsultasjon eller hjemmebesøk vurderes.
3. Primærkontakt deltar dersom hensiktsmessig. Ellers er det ønskelig med pårør endes deltakelse. Enklere å huske informasjon dersom flere enn pasienten mottar den.
4. Hjemmesykepleien sender skriftlig info om pasientens helsetilstand til fastlegen. Utarbeid gjerne denne informasjon sammen med pasienten. Denne informasjonen kan være fastlegens eneste mulighet til å være godt forberedt på aktuell situasjon.
5. Hjemmesykepleien sørger for at pasient og pårørende er forberedt på spørsmålet "Hva er viktig for deg?" ved å orientere om og legge igjen «Hva er viktig for deg-skjemaet»
6. Dette følges opp etter at pasient og pårørende har fått tid til å gå gjennom dette.

### Pasient og pårørende forbereder seg

1. Pasient, gjerne sammen med pårørende, informeres om bakgrunnen for og hensikten med «Hva er viktig for deg-skjemaet»

2. Pasient/pårørende reflekterer over hva som er viktig i pasientens liv og hvilke funksjoner som vil være avgjørende for å kunne ha et best mulig liv. Viktig å finne ut hva det er meningsfullt å snakke med legen om.

## Gjennomføring av fastlegeoppfølging – praktiske tips!

Det er best å gjennomføre 2 ukers kontroll på legekantoret, da undersøkelsesmulighetene her er bedre. Alle konsultasjoner bør starte med pasientens fokus. "Hva er viktig for deg?" er et godt inngangsspørsmål.

### 1. Pasientens opplevelse av egen situasjon **nå**

Intensjonen er å få tak i det som nå er viktig for pasienten. Pasient og hjemmesykepleie har forberedt dette på forhånd. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» er ikke enkelt, men ikke mindre viktig for å mobilisere pasientens ressurser til å leve med sykdom og funksjonstap.

### 2. Epikrise/ rapport – gjennomgang av relevant informasjon

Informér om at timen skal brukes til å sørge for at alle har fått riktig informasjon om pasienten, og til å lage en behandlingsplan og sørge for at behandlingen blir så god som mulig. Dette kan forhindre en ny sykehusinnleggelse. Stemmer pasientens opplevelse med informasjonen som har kommet fra institusjon og/eller hjemmetjenestene? Dette er en god anledning til å oppklare misforståelser.

### 3. Oppdatert medisinliste

Det viktigste er å få frem informasjon om hvilke legemidler pasienten faktisk tar, og skrive en medisinliste med aktuell medikasjon og nødvendige seponeringer og endringer. Kopi sendes til hjemmesykepleien og multidoseapotek.

### 4. Legemiddelgjennomgang

Legemiddelgjennomgang, skal ifølge fastlegeforskriften gjøres minst 1 gang i året for pasienter som bruker 4 medisiner eller mer. Fastlegen vurderer om det er nødvendig å gjøre legemiddelgjennomgang oftere. Se sjekklister for legemiddelgjennomgang

på: [http://www.legemiddelverket.no/Bruk\\_og\\_raad/Raad\\_til\\_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx](http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/Raad_til_helsepersonell/Legemiddelgjennomgang/Sider/default.aspx)

Det er ikke sikkert legekantoret er tid og sted for å gjøre dette arbeidet som kan være både faglig krevende og tidkrevende. Den raskeste, men ikke alltid den grundigste, muligheten er å sjekke ut oppdatert medisinliste med interaksjonsdatabasen DRUID, som enten er integrert funksjon i EPJ, eller finnes på [www.interaksjoner.no](http://www.interaksjoner.no) Dersom ikke legemiddelgjennomgang gjøres ilt legekantoret, må fastlegen lage en rutine for å få gjort dette arbeidet så raskt som mulig etter legekantoret.

### 5. Behandlingsplan og tiltak ved forverring.

Dette gir trygghet for pasienten, pårørende, hjemmesykepleien og for fastlegen! Behandlingsplanen beskriver hvilke kliniske observasjoner hjemmesykepleien skal gjøre og hva de skal handle på. Behandlingsplanen bør gjelde alle pasientens sykdommer som trenger oppfølging. Det kan hende dette krever flere påfølgende legekontroller.

Et eksempel: «Lårhalsbrudd for 3 uker siden. Fortsetter med smertestillende medisiner i hht til oppdatert medisinliste, og hjemmehabilitering. Ved økte smerter som ikke avhjelpes av avtalt tilleggsmedikasjon, skal legetime bestilles. Har i tillegg justert diabetesmedisin i dag. Ny legetime avtalt her om 1 uke for diabeteskontroll. Trenger følge, organiseres av hjemmesykepleie. Syketransport rekvirert av legekantor.»

Dokumentér i fastlegejournal om det er avtalt ny kontroll, eller hvorfor det ikke er gjort ny avtale. Dette er spesielt viktig for pasienter som har vanskelig for å uttrykke sine behov. Hjemmesykepleien har et selvstendig ansvar for å bestille legetime når pasientens helsetilstand forverres, men dette glipper altfor ofte. Det er flere grunner til det; endret vedtak om hjemmesykepleie med sjeldnere tilsyn, utskiftning av personell, for lite dokumenterte observasjoner, små endringer over tid er vanskelig å fange opp, osv.

#### 6. Rekvirere undersøkelser/behandling/andre tjenester

Utgangspunktet må være undersøkelser og tiltak som er i pasientens interesse, og av et omfang som pasienten er enig i. Det må vurderes samtykkekompetanse dersom det ikke er samsvar mellom pasientens samtykke og tiltakets viktighet.

#### 7. Kopi eller sammendrag av journalnotatet og behandlingsplan tilbake til hjemmesykepleien.

Elektronisk pleie- og omsorgsmelding, PLO-melding, er et godt verktøy. Ellers kan man ta en utskrift. Fastlegens notat må leses og bli forstått av hjemmesykepleien og etterleves. Spørsmål og hinder for etterlevelse må meldes tilbake til fastlegen så fort som mulig.

[www.fhi.no](http://www.fhi.no)

Utgitt av Folkehelseinstituttet  
Oktober 2016  
Postboks 4404 Nydalen  
NO-0403 Oslo  
Telefon: 21 07 70 00  
Rapporten lastes ned gratis fra  
Folkehelseinstituttets nettsider [www.fhi.no](http://www.fhi.no)