



Sykehuset i Vestfold

HELSE SØR-ØST

Rapport

Et generelt pasientforløp med implementeringsplan

Bedre ressursstyring og
kapasitetsutnyttelse henger sammen med
LEDELSE og er et **TEAMARBEID**



Regelmessig!



Innhold

Sammendrag	3
1. Mandat	4
1.1 Arbeidsgruppen	4
1.2 Pasientgruppe	4
1.3 Arbeidsprosess.....	5
1.4 Gangen i arbeidet.....	5
1.5 To scenarier vi la til grunn for arbeidet:	5
2. Bakgrunn	6
3. Faser i forløpet.....	7
4. Før innleggelse i sykehus – forebygging og tidlig oppsporing.....	9
4.1 Hva er viktig for deg?.....	10
4.2 Tidlig oppsporing / forebygging.....	11
4.3 Når pasienten bor hjemme og har hjemmesykepleie	12
4.4 Pasienten er i kommunal institusjon.....	13
4.5 Hvem skal ta ansvar for en samtale og behandlingsavklaring, og når skal den tas?	13
4.6 Kartleggingsverktøy for funksjonsnivå og risiko	14
5. Innleggelse og opphold i spesialisthelsetjenesten	14
5.1 Alternativer til sykehusinnleggelse	15
5.2 Samhandlingsteknologi	15
5.3 Planlagt eller akutt.....	15
5.4 Inkomstsamtalen (lege) – kartleggingssamtalen (sykepleier).....	16
6. Opphold i spesialisthelsetjenesten.....	17
6.1 Tidlig informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten	18
7. Utskrivning fra sykehus.....	19
7.1 Utskrivningssamtalen	19
7.3 Kommunikasjon med bestillerkontoret i kommunen	21
7.4 Transport og utreise.....	21
7.5 Koordinerte avtaler.....	21
7.6 Kommunekontakt	21

7.7	Barn som pårørende.....	21
7.8	Elektronisk meldingsutveksling med sjekklister	21
8.	Mottak av pasienten i kommunehelsetjenesten	22
9.	Implementering	24
9.1	Hvordan bør implementeringsarbeidet legges opp?	24
9.2	Implementeringsplanen	24
9.3	Ansvar og roller i iverksettings- og oppfølgingsfasen.....	26
9.5	Prosess	28
9.6	Tidsperspektiv	28

Sammendrag

Kultur, roller og organisering av helsetjenestene vil av naturlige grunner være noe ulik i en kommune og i spesialisthelsetjenesten, noe som blir spesielt merkbart for pasienter med kroniske sykdommer. For å sikre en felles standard for forebyggende tiltak, behandling og rehabilitering for pasienter med kronisk sykdom, er det derfor hensiktsmessig å utvikle en generell modell for et tverrsektorielt pasientforløp.

Å utarbeide en generell modell for pasientforløp i et hjem-til-hjem-perspektiv som dekker alle medisinske diagnosegrupper, er selvsagt ikke mulig. Per i dag finnes det heller ikke en faglig retningslinje som understøtter en slik modell¹.

Arbeidsgruppen har beskrevet en generell modell, et helhetlig pasientforløp, som har til hensikt å ivareta og trygge pasienten i overgangene gjennom hele pasientforløpet, enten overføring av pasient skjer mellom seksjoner i den enkelte virksomhet eller på tvers av forvaltningsnivåene. I den generelle modellen inngår et tverrsektorielt nettverk av ledere, ressurspersoner og brukerrepresentanter som sørger for at et sett av elektroniske meldinger, fagprosedyrer og rutiner tas i bruk og følges opp. For å sikre at elektroniske meldinger har god kvalitet og at fagprosedyrer og rutiner etterleves på standardisert vis, gjennomføres det systematiske og strukturerte kompetansehevende tiltak og hospiteringsordninger.

Arbeidsgruppen har vært opptatt av å lage så like rutiner som mulig for et generelt pasientforløp for somatikk og psykisk helsevern, samt at rutinene praktiseres likt, uavhengig av i hvilken kommune pasienten oppholder seg - eller om pasienten oppholder seg i spesialisthelsetjenesten.

Pasientgruppen som arbeidsgruppen har tatt utgangspunkt i, er naturlig nok, pasienter som spesialist- og kommunehelsetjenesten samarbeider om; samhandlingspasientene (utskrivningsklare pasienter). Innenfor det *somatiske fagområdet* er i hovedsak samhandlingspasientene eldre pasienter med kronisk sykdom og samsykdommer. For *fagområdet psykisk helse og rusproblematikk*, har en stor andel av samhandlingspasientene kroniske sykdommer som schizofreni, bipolare lidelser, pasienter med legemiddelassistert behandling og pasienter med samtidig ruslidelse og psykiske lidelser. Noe som kjennetegner

¹NICE institute lanserer den første "retningslinjen for multimorbiditet" i løpet av 2016. Multimorbidity: Assessment, prioritisation and management of care for people with commonly occurring multimorbidities.

alle pasientgruppene er at de har variasjoner i symptomer og forverring av lidelsen, noe som gjør at kommunale helse- og omsorgstjenester og spesialisthelsetjenesten må inn med forsterkede tiltak i perioder.

1. Mandat

Arbeidsgruppen som ble nedsatt av Samhandlingsutvalget i Vestfold har besvart følgende spørsmål:

- 1) Hvilke hovedfaser bør pasientforløpet deles opp i?
- 2) Hva skal beskrives i de ulike hovedfasene?
- 3) Hvordan bør implemeneringsarbeidet legges opp med hensyn til
 - a. Organisering
 - b. Faser
 - c. Forankring
- 4) Hvordan sikre at anbefalingene fra arbeidsgruppen blir implementert; inkludert en tidsplan for dette?

1.1 Arbeidsgruppen

Arbeidsgruppen har bestått av følgende personer:

Arne Bredvei, fastlege, Larvik kommune

Nina Klevan, rådgiver, Holmestrand kommune

Kari Melby (brukerrepresentant)

Anniken Midtvik Thorstensen, avdelingsleder, Larvik kommune

Anne Nygaard (brukerrepresentant)

Bente Røise, rådgiver, Sykehuset i Vestfold HF

Elin Katrine Vestly, rådgiver, Sykehuset i Vestfold HF

Elisabeth Dahlin-Ricci, klinikkssjef, Sykehuset i Vestfold HF (sekretær)

Irene Jørgensen, samhandlingssjef, Sykehuset i Vestfold HF(leder)

1.2 Pasientgruppe

Pasienter med kroniske sykdommer som kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten samarbeider om.

1.3 Arbeidsprosess

Det er avholdt 6 møter i perioden desember 2014 – juni 2015. Arbeidsgruppen har i hovedsak analysert og beskrevet samhandlingsprosessen i følgende arbeidsrelasjoner:

- samarbeidet mellom fastleger og kommunehelsetjensten
- samarbeidet mellom kommunehelsetjenesten, fastlegene og spesialisthelsetjenesten
- samarbeidet mellom fastleger og sykehusleger

I samtlige relasjoner har brukerrepresentantene hatt en sentral rolle og bidratt med viktige innspill til spørsmålet «hva er viktig for meg?». Gruppen har gjennomført et modifisert redesign av pasientforløpets ulike faser², hvor flaskehalsene i overgangene mellom kommune og sykehus har vært det sentrale temaet.

1.4 Gangen i arbeidet

Med utgangspunkt i spørsmålet «hva er viktig for deg?» i ovenfor nevnte faser, delte arbeidsgruppen pasientforløpet inn i etapper, og diskuterte hvilke forutsetninger som må innfris innen hver av dem for at pasientforløpet skal bli helhetlig og forsvarlig. Dette ble gjort for å få frem en detaljert oversikt over flaskehalsene, og hva som bør endres for å få til en helhetlig og sammenhengende tjeneste.

1.5 To scenarier vi la til grunn for arbeidet:

Scenario 1:

Vi tenkte oss at pasienten befinner seg i kommunehelsetjenesten, det skjer en forverring av pasientens tilstand, kommunehelsetjenesten og fastlegen må intervensere (pasientansvarlig sykepleier og institusjonslege i sykehjem og lignende), situasjonen til pasienten forverrer seg ytterligere og pasienten innlegges i sykehus, tverrfaglig team i sykehus utreder og behandler, pasienten skives ut til kommunehelsetjenesten. Med andre ord et forløp som involverer overgangen fra daglig observasjon og tjenesteyting til den akuttmedisinske kjede.

Scenario 2:

Vi tenkte oss en pasient som blir innlagt i sykehus, vedkommende har ikke kommunale tjenester fra før, men får behov for kommunale tjenester og skrives ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten.

² Figur 1

Vi tegnet pasientforløpet på grått papir på veggen og delte forløpet inn i følgende faser og konsentrerte oss spesielt om overgangen mellom disse.

- ✓ **Før innleggelse i sykehus (pasienten ivaretas av et helhetlig pasientforløp i kommunehelsetjenesten)**
- ✓ **Innleggelse i sykehus**
- ✓ **Opphold og planlegging i sykehus**
- ✓ **Utskriving fra sykehus**
- ✓ **Hjem / mottak av pasient i kommunehelsetjenesten**

Innenfor hver av fasene drøftet vi følgende punkter i uprioritert rekkefølge:

- Hva er viktig for meg?
- Daglig observasjon og tjenesteyting
- Bruk av kliniske verktøy (IKT)
- Kommunikasjon mellom helsepersonell og sammen med pasient og pårørende
- Bruk av elektronisk meldingsutveksling (kommunikasjon)
- Bruk av samhandlingsteknologi

2. Bakgrunn

I løpet av et år samhandler kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten i Vestfold om og med ca 4500 pasienter innen somatisk helsetjeneste. Tallene som er tilgjengelige per i dag, tyder på at det er enda flere samhandlingspasienter innenfor psykisk helse og rusbehandling. Mange av disse pasientene vil ha flere sykehusinnleggelse i løpet av et år, slik at det blir et betydelig antall pasientforløp som skal sikres.

Som kjent lanserte Samhandlingsreformen økonomiske og juridiske virkemidler for utskrivningsklare pasienter i 2012, noe som medførte at psykisk helsevern kom i skyggen av innsatsområdene som ble satt i verk for *utskrivningsklare pasienter*. Denne rapporten preges også av at samhandlingsaktivitetene på systemnivå til nå har vært konsentrert omkring somatiske pasienter.

Arbeidsgruppen har imidlertid vært opptatt av å lage så like rutiner for et generelt

pasientforløp som mulig for somatikk og psykisk helsevern. Egnede tiltak som er satt i gang innenfor det somatiske samhandlingsarbeidet kan overføres til psykisk helsevern, men det er også behov for, ved en senere anledning, å se nærmere på hva som er spesielt innenfor psykisk helsevern og beskrive dette tydeligere inn i modellen. Det samme gjelder for barne- og ungdomsfeltet, både innenfor somatikk og psykisk helsevern.

3. Faser i forløpet

En dansk undersøkelse³ av sammenheng i tverrsektorielle kols-forløp, viser til følgende dimensjoner av betydning for et sammenhengende pasientforløp: a) informasjonsrelatert kontinuitet, b) organisatorisk kontinuitet og c) relasjonell kontinuitet. For pasienten innebærer dimensjonene:

- a) Klar og samstemmende informasjon fra alle involverte parter om sykdom, behandling, pleie og rehabilitering og at det foreligger planer for dette.
- b) En opplevelse av å kunne få adgang til ytelser pasientene vurderer som nødvendige, en opplevelse av fremdrift i forløpet, at innsatsene i forløpet komplimenterer hverandre, at tjenester gis til rett tid og som er planlagt eller fleksibelt.
- c) Lengrevarende relasjon til en eller flere behandlere, som har grundig innsikt i pasientforløpet og kan ta hensyn til pasientens historie og personlige preferanser. Kommunikasjon er et sentralt element i den relasjonelle kontinuitet.

Når disse dimensjonene er på plass, opplever pasienten forutsigbarhet, trygghet og sammenheng i pasientforløpet.

Den «generelle modellen for pasientforløpet» som arbeidsgruppen beskriver skal således ved hjelp av generelle rutiner, prosedyrer og sjekklister sikre at pasientene blir ivaretatt på faglig forsvarlig vis der vedkommende til enhver tid oppholder seg, samt at overgangene mellom ulike behandlingenheter og nivåer blir ivaretatt på en pasientsikker måte. For å oppnå dette målet må det sørges for at helsepersonellet har nødvendig kompetanse, og praktiserer basale kommunikasjons-, observasjons- og handlingsferdigheter på en strukturert og systematisk måte.

³ Sammenheng i tverrsektorielle KOL-forløp, Martin&Borst, KORA

Hovedfasene i pasientforløpet kan skjematisk deles inn i fasene som figur 1 viser. Her fremstilles forløpet som en lineær prosess, men som alle har erfart så vil virkeligheten bestå av både sirkulære og lineære prosesser.

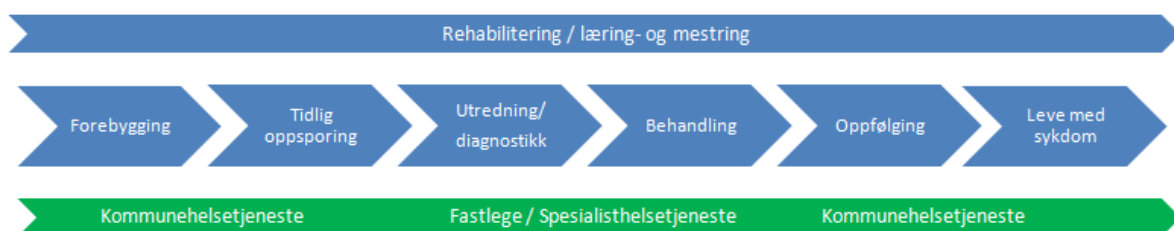
Hovedfaser i pasientforløpet:

- (a) forebygging og tidlig oppsporing
- (b) utredning/diagnostikk
- (c) behandling
- (d) rehabilitering
- (e) oppfølging/daglig observasjon og tjenesteyting
- (f) mestring / leve med kronisk sykdom

Fasene vil være de samme når man snakker om et helhetlig pasientforløp i kommunen, og i et helhetlig pasientforløp på tvers av forforvaltningsnivåene.

Oppsummert kan pasientforløpet beskrives som en *prosess* som:

- går over en viss **tid**
- innebærer kontakt med et sett av **aktører**,
- er **ansvarlige for visse tjenester**,
- **overfører** ansvaret mellom hverandre.
- prosessen har utgangspunkt i et medisinsk **problem** eller situasjon.
- prosessen har et **utfall**: Pasientens problem blir løst/ eller ikke løst. (Solon et.al 1967)⁴



Figur 1 Faser i pasientforløpet

Pasientforløpet kan altså foregå internt i kommunehelsetjenesten (HTH), men for målgruppen

⁴ https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/okt/pdf-filer/rapport_a7877_god_vilje-daarlig_verktoey_om_samhandling_mellom_sykehus_og_kommunale_omsorgstjenester.pdf

av pasienter som denne rapporten handler om, så vil pasientforløpet involvere både kommunehelsetjenesten, fastlegen og spesialisthelsetjenesten.

Forhold som må sikres for at pasienten skal oppleve helhet og sammenheng i pasientforløpet, kan etter arbeidsgruppens oppfatning, oppsummeres i følgende punkter (disse blir omtalt nærmere utover i rapporten):

- *Sikre overgangene i pasientforløpet internt i kommunen og i sykehuset og mellom kommune og sykehus*
- *Sikre at hva som er viktig for pasienten blir etterspurt og fulgt opp gjennom hele pasientforløpet*
- *Sikre at rehabilitering og mestring er et gjennomgående tema gjennom hele pasientforløpet*
- *Sikre at funksjonsnivå og risikofaktorer registreres og følges opp gjennom hele pasientforløpet*
- *Sikre at helsepersonell har generell observasjons- og handlingskompetanse*
- *Sikre at helsepersonell kommuniserer og samhandler godt seg i mellom og med den enkelte pasient og eventuelt pårørende*
- *Sikre at roller og ansvar for iverksetting og oppfølging blir avtalt*
- *Sikre at ledere og ressurspersoner møtes på tvers av forvaltningsnivåene, for kompetanseutveksling og oppfølging av pasientforløpet*
- *Sikre en hensiktsmessig verktøykasse*

4. Før innleggelse i sykehus – forebygging og tidlig oppsporing

Forskning viser at mange av de store folkehelseproblemene kan forebygges. Forebygging handler i vid forstand om å arbeide systematisk med risikoreducerende tiltak basert på dokumenterbare fakta. Forebyggende helsearbeid kan deles inn i tre faser og for dette arbeidet vil det være sekundær- og tertiærforebyggende arbeid som det er mest aktuelt å fokusere på.

Primærforebygging:

Primærforebygging i kommunen innebærer å styrke helsen og hindre at sykdom, skade eller lyte oppstår; det vil si helsefremmende arbeid. Eksempler på slikt arbeid er levekårsarbeid,

strukturell tilrettelegging for sunn helseatferd, vaksinasjon og ulykkesforebygging.

Sekundærforebygging:

Sekundærforebygging handler om å stanse sykdomsutvikling og/eller hindre tilbakefall og sykehusinnleggelse. Denne kan igjen inndeles i tre nivåer:

- Innsats i sykdomsfri fase, slik som screening av antatt friske personer for påvisning av begynnende sykdomsutvikling eller betydelig risiko, som muliggjør henvisning til effektiv behandling.
- Innsats ved begynnende faresignaler eller ved uhelse. Dette kalles tidlig intervensjon.
- Innsats i klinisk, symptomgivende fase for å hindre tilbakefall av en sykdom.

Tertiærforebygging:

Tertiærforebygging innebærer å hindre forverring av sykdomstilstanden og sikre best mulig liv med den helsesvikten som foreligger. Eksempler kan være trening og tilrettelegging av livssituasjonen.

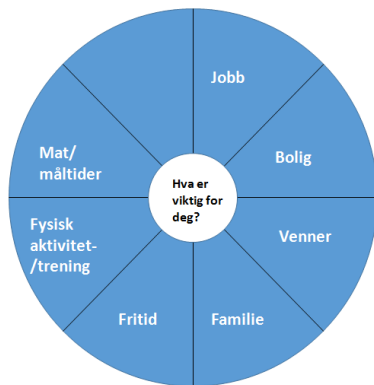
Tjenestetilbudet varierer noe fra kommune til kommune, og tjenestene er ulikt organisert. Dette må man forholde seg til når kommunestørrelsen varierer mellom 3000 og 50 000 innbyggere. Ikke desto mindre; brukerrepresentantene etterspør og forventer standardiserte behandlingstilbud, noe som kan innfris med større grad av interkommunalt samarbeid. Et godt eksempel på forebyggende tiltak er hentet fra Andebu kommune som i samarbeid med Stokke kommune har tilrettelagt 12 ukers kurset «trening med mening» for kols- og diabetespasienter⁵.

4.1 Hva er viktig for deg?

Behandlingsfilosofien i kommunehelsetjenesten har endret seg fra å fokusere på «hva feiler det deg?» til «hva er viktig for deg?». I en «hva er viktig for deg?» - samtale, vurderes pasientens funksjonsevne, pasientens preferanser, gjennomførbarhet i hjemmet og den

⁵ <http://www.larvik.kommune.no/no/Landingssider/Helsesamarbeid-i-Vestfold-/Nyheter-fra-samhandlingskoordinator/Hva-ble-sagt-/>

belastningen som behandlingsregimer i sum påfører pasienten. Med utgangspunkt i pasientens egne ønsker og mål, lages det en rehabiliteringsplan som følges opp av kommuneheletjenesten. I løpet av de siste årene har tilbud om kommunal hjemmerehabilitering / hverdagsrehabilitering økt med stor suksess for pasientgruppen. Mange kommuner har lærings- og mestringstilbud og én kommune har sykepleiepoliklinikk hvor pasienten kan få råd og veiledning i det å leve med kronisk sykdom. Det er viktig at disse tilbudene er kjent i behandlingsskjeden, slik at pasienten blir henvist til tilbudene. Brukerne formidler at tilbudene for dem er ukjente og omtales som «skjulte skatter».



Figur 2 Eksempel på kartleggingsverktøy vedr. "Hva er viktig for deg?"

4.2 Tidlig oppsporing / forebygging

Tidlig oppsporing innebærer å oppdage endringer i pasientens funksjonsnivå, kognitive tilstand og vitale parametre. Dette fordrer løpende observasjoner av forandringer hos pasienten og at det er kvantitet, kontinuitet og systematikk i observasjonene som omhandler endringer i hverdagen. De kliniske indikatorene for væskeinntak og ernæringstilstand er basale og krever løpende årvåkenhet og hurtig inngripen. Når pasientens tilstand endrer seg, må situasjonen avklares raskt og forsterkede tiltak må settes i gang for å hindre forverring av situasjonen. Har man gode rutiner for å kartlegge og oppdatere pasientens funksjonsnivå (IPLOS / Barthel) vil det være lettere å oppdage endringer i pasientens tilstand på et tidlig tidspunkt. For å kunne gjenkjenne risikoutsatte pasienter, iverksette gode tiltak og forebygge sykdomsforverring på en effektiv måte, anbefales det at verktøyene (ABCDE – ISBAR – MEWS) benyttes. Bruken av verktøyene er en metode for å øve det kliniske blikket, ved å fokusere på vitale observasjoner og aktuelle tiltak. Grunntanken her er at det er bedre å forebygge enn å behandle. Når pasientens situasjon forverrer seg, må pasientansvarlig sykepleier og fastlegen, eventuelt sykehjemslegen, etablere kommunikasjon og lage en plan

for videre observasjon og behandling. Risikoutsatte pasienter følges opp i risikomøter hvor pasientens status med tiltak følges opp i et såkalt ”tavlemøte” både i kommune og i sykehus.



Figur 4 Tavlemøte på Nygaard sykehjem

Tavlemøte i sykehus

4.3 Når pasienten bor hjemme og har hjemmesykepleie

Pasienten bor i eget hjem eller i annen tilrettelagt bolig og har tilbud om hjemmesykepleie. Hjemmesykepleietjenester kan være alt fra bistand ved medikamenthåndtering til omfattende tjenester i livets slutfase. Når pasienten er hjemme med hjemmesykepleie følges pasienten opp av pasientens fastlege og det er vesentlig at pasientens pasientansvarlige sykepleier, fastlegen og pasienten har et godt samarbeid gjennom hele pasientforløpet, fra tidlig oppsporing til mestring.

Samarbeid mellom kommunehelsetjenesten og fastlegen har vært et aktuelt tema i *Det nasjonale læringsnettverket for HPH* som Larvik og Sandefjord kommune deltar i. Her anbefales det at pasienter som har hjemmetjenester følges opp av fastlegen en til to ganger i året, i tillegg til at pasienter som har vært innlagt på sykehus skal følges opp av fastlege innen 14 dager etter utskrivning fra sykehus. I disse møtene er gjennomgang av legemidler, vurdering av rehabiliteringsbehov og planlegging av oppfølgingen gjennomgående temaer. I figur 3 vises eksempel på en sjekkliste som kan benyttes i møte med fastlegen. Sjekklisten er under utarbeidelse av det nasjonale nettverket og arbeidsgruppen anbefaler at en liknende sjekkliste innføres i hele Vestfold. Prosedyrer/sjekklister knyttet til fastlegene bør være kvalitetssikret og forankret i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)/Allmennlegeutvalget (ALU), slik at kommunens fastleger opplever dette verktøyet som sitt eget.

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 ivare tatt?
 - 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_helsepersonell/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.

Figur 3 Eksempel på sjekkliste for fastlege / fastlegens rolle i gode pasientforløp

4.4 Pasienten er i kommunal institusjon

En institusjonsplass i kommunehelsetjenesten kan være korttidsplass tilknyttet sykehjem, intermedieærnheter med forsterket bemanning til bruk for eksempel pasienter som skrives ut fra sykehus med omfattende tjenester. Det kan videre være en langtidsplass i sykehjem og rehabiliteringstilbud i institusjon. For sykepleietjenesten vil det være de samme rutinene, prosedyrene og sjekklister som gjelder her, som for hjemmetjenesten. Siden institusjoner har fast ansatte leger, vil det være andre rutiner som gjelder for dem enn fastlegen.

Institusjonslegenes mulighet til å kommunisere elektronisk med spesialisthelsetjenesten er svært begrenset, og oppleves som et betydelig problem.

4.5 Hvem skal ta ansvar for en samtale og behandlingsavklaring, og når skal den tas?

Pasienter som omfattes av pasientforløpet er, som tidligere beskrevet, ofte skrøpelige eldre personer med flere diagnoser. Før sykehusinnleggelsen, mens situasjonen fortsatt er noenlunde stabil, og pasienten er i sine vante omgivelser sammen med familie og venner, er det ønskelig for alle parter at fastlege, eventuelt sykehjemslege, har hatt en avklarende samtale med pasienten og eventuelt pårørende om videre behandling. Det blir i mange tilfeller

ikke vellykket når denne samtalen tas i mer eller mindre akutte situasjoner, for eksempel i sykehus hvor situasjonen kan oppleves kaotisk og forvirrende for både pasienten og pårørende. Når behandlingsavklaring basert på samvalg er foretatt, må konklusjonen dokumenteres i pasientens (kommunale) journal og følge pasienten ved sykehusinnleggelse. Dette er et stort og vanskelig tema, både faglig og etisk, som arbeidsgruppen anbefaler at vies større oppmerksomhet av alle som inngår i behandlingsskjeden.

4.6 Kartleggingsverktøy for funksjonsnivå og risiko

Kvaliteten i fagmeldingene skal bygge på faglige retningslinjer og prosedyrer og avspeile kunnskapsbasert praksis. For å hjelpe personellet i å følge de samme kvalitetsstandardene som den generelle modellen krever, er det utarbeidet et verktøy i form av sjekklister. I tabell 5 er det listet opp en rekke kartleggingsverktøy som også har vært diskutert og anbefalt av arbeidsgruppen som jobber med kompetanse. (disse hyperkobles og legges ut på nettet etter hvert)

Kartleggingsverktøy:	Kartlegger:
Hva er viktig for deg?	
ABCD	Tidlig identifisering av akutt og kritisk syke
ISBAR	Strukturert kommunikasjon
MEWS	Vitale funksjoner hos voksne pasienter
IPLOS	Funksjonsnivå
Barthel	Funksjonsnivå
MMS	Mental test
AUDIT/DUDIT	Rus
MADRS	Depresjon
MUST	Ernæringsmessig
Braden skala	Trykksår
(STRATIFY) St. Thomas's Risk Assessment Tool in Falling Elderly Inpatients	Fall

Tabell 5 Felles verktøy for alle parter i pasientforløpet

5. Innleggelse og opphold i spesialisthelsetjenesten

Kommunehelsetjenesten skal ta seg av befolkningens generelle og alminnelige helseproblemer, det vil si alt som ikke krever spesialisert medisinsk behandling. Men når

behovet for spesialisthelsetjenesten oppstår er det allmennlegens oppgave å sørge for at de som trenger det får behandling på spesialisert nivå.

5.1 Alternativer til sykehusinnleggelse

Alternativene til en sykehusinnleggelse har etter hvert blitt mange, og for en samlet helsetjeneste har det vist seg krevende å få oversikt over alle tilbudene, og dernest innsikt i hvilken faglig kvalitet tilbudene inneholder. Før pasienten henvises for vurdering om innleggelse i spesialisthelsetjenesten, skal henviser vurdere om andre muligheter enn innleggelse er aktuelle.

Alternativer:

- Forsterket kommunalt tiltak
- Kommunalt innsatsteam
- Akutteam fra sykehus
- Ambulant team fra sykehus
- Ambulant røntgen fra sykehus
- Akutt vurderingspoliklinikk i sykehus
- Vurdering av legevakt
- AMK/nødnett
- Kommunalt øyeblikkelig hjelp døgntilbud

5.2 Samhandlingsteknologi

Alternativer til en sykehusinnleggelse kan videre være bruk av fjernkonsultasjon ved bruk av ”samhandlingsteknologi”, noe bruk av ambulant røntgen er et eksempel på. Tverrfaglige konsultasjonsmøter med pasient kan settes opp som for eksempel et videomøte, på tvers av nivåer og institusjoner, noe som kan være tidsbesparende for helsepersonellet og mindre belastende for pasienten. Samhandlingsteknologi er per i dag lite utbredt i Vestfold og anbefales forsterket.

5.3 Planlagt eller akutt

Henvisende instans er lege når det gjelder somatikk. Til psykisk helse- og rusbehandling kan kommunehelsetjenesten henvide til både akutt og planlagt innleggelse.

Det somatiske pasientforløpet starter ofte med en akuttinnleggelse i sykehuset. Pasienten blir observert i akuttmottaket, eventuelt i observasjonsposten før pasienten blir overført til

sengepost. For eldre skrøpelige pasienter er det en bekymring at ventetiden i akuttmottaket kan bli for lang, noe som øker risikoen for forvirring, dehydrering med mer.

Innleggelse i psykisk helsevern kan være innleggelse i Distrikts psykiatriske sentre, DPS, som både har akutt ambulante team, poliklinikker og åpne sengeseksjoner. Eller det kan være innleggelse i Psykiatrisk fylkesavdeling, PFA, som har sykehusfunksjon, ROP-team som jobber oppsøkende, spesialpoliklinikker og åpne og lukkede sengeseksjoner. Eller det kan være innleggelse i Avdeling for rusbehandling, ARB, som har poliklinikk for LAR, avrusningsseksjoner som både kan være åpne og lukkede, samt døgnbehandlinger.

Når pasienten legges inn i spesialisthelsetjenesten skal «den gode henvisning» og oppdatert innleggelsesrapport fra sykepleietjenesten følge med pasienten.

Sjekkliste innleggelsesrapport til Sykehuset i Vestfold	
Aktuell situasjon/innleggelsesårsak Beskrivelse dersom kommunalt personell var involvert Evt. hendelsesforløp forut for innleggelse	
Oppdaterte medisinske opplysninger og diagnose Cave/allergi Eventuell behandlingsavklaring	
Legemiddelopplysninger Medisin gitt i dag	
Kognitiv status	
Behandling/tiltak/tjenester fra kommunen	
Mobilitet/evt. begrensninger Behov for hjelpemidler og tilrettelegging Hvilke hjelpemidler medfølger?	
Bo- og sosiale forhold: trapper, bor alene/sammen med noen	
Vurdering av funksjonsnivå (ressurser/egne mål) Oppdaterte IPLOS-opplysninger Score på 3 eller mer skal ha en beskrivelse	
Smerteproblematikk	
Risiko for fall	
Ernæring	
Sår, smitte Risiko, behandling/prosedyre	
Andre aktuelle risiko-områder	
Telefonnummer kommunen Avdeling, navn på primærkontakt	
Om pasienten har individuell plan/koordinator	
Omsorgsansvar Eks. barn under 18 år, ektefelle, annet	
Fastlege og nærmeste pårørende Er pårørende informert om innleggelsen?	

Figur 6 Sjekkliste til innleggelsesrapporten som kommunen sender til sykehuset

5.4 Innkomstsamtalen (lege) – kartleggingssamtalen (sykepleier)

Brukerne understreker betydningen av en god innkommstamtale med lege og sykepleier. Mange pasienter har behov for å ha med pårørende i denne samtalen.

Stikkordsmessig vektlegger innkomstsamtalen / lege følgende områder:

- Familie / sosialt
- Tidligere sykdommer
- Hereditet
- Aktuelt
- Naturlige funksjoner
- Medikamenter
- Stimulantia
- Allergier

Kartleggingssamtalen sykepleier:

- Kommunikasjon / sanser
- Kognisjon
- Respirasjon/sirkulasjon
- Ernæring
- Eliminasjon
- Hud
- Aktivitet / funksjonsstatus
- Smerte / søvn
- Sosialt / planlegging av utskrivelse

Samtalen skal videre kartlegger om pasienten har barn som pårørende.

Spesialisthelsetjenesten har rutiner for hvordan barn som pårørende skal ivaretas både innenfor psykisk helse og rus – og somatikk.

6. Opphold i spesialisthelsetjenesten

Opphold i spesialisthelsetjenesten tar utgangspunkt i henvisning fra innleggende lege og innleggelsesrapporten fra kommunehelsetjenesten. Dersom innleggelsesrapporten ikke følger med eller ikke er oppdatert, er dette uheldig fordi det er kommunehelsetjenesten som kjenner

pasientens helsetilstand og boforhold best. Gjennomsnittlig liggetid i sykehus er kort, noe som forutsetter god planlegging og koordinering av aktivitetene som skal skje i pasientforløpet, fra dag én. God planlegging og koordinering forutsetter tverrfaglig samarbeid og at det er kontinuitet og kvalitet i «legevisitten».

Dersom pasienten har behov for hjelpemidler, behandlingshjelpemidler, samtale med sosionom, behov for individuell plan, egenbehandlingsplan osv, så sier det seg selv at dette arbeidet ikke kan utsettes til utskrivningsdagen.

Eldre pasienter lider ofte av mange sykdommer, og et pasientforløp kan ta uventede veier. Tilstanden forandrer seg, komplikasjoner oppstår, pasientens opphold i sykehuset forlenges, og behovet for hjelp etter utskrivning endrer seg. Endringer i pasientens situasjon kan derfor medføre at kommunen må foreta betydelige korrigeringer, derfor er det viktig at utfylling og nyansering underveis i oppholdet formidles kontinuerlig og så tidlig som mulig til kommunehelsetjenesten.

Det er tilsvarende viktig at kommunehelsetjenesten starter planlegging av mottak av pasient så tidlig som mulig. Noe av problemet med utskrivningsklare pasienter har vært at kommunehelsetjenesten avlyser hele beredskapen for pasienten når de først har blitt innlagt i sykehuset og at det til tider har tatt for lang tid å få bygget denne beredskapen opp igjen.

6.1 Tidlig informasjonsutveksling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten

Sykepleietjenesten kartlegger helseopplysninger etter sjekklisten som vist i figur 7, og oversender meldingen elektronisk til kommunen/ tjenestekontoret så tidlig som mulig for at kommunene skal kunne begynne planleggingen av mottak av pasient. En tilsvarende sjekkliste for psykisk helse og rusbehandling er under utarbeidelse. Sykehuset fortsetter risikovurderingen som kommunehelsetjenesten har satt i gang, med de samme verktøyene som beskrevet i figur 5. Dersom kommunen ikke har startet «risikogjennomgang», gjør sykehuset det, og kommunen fortsetter der sykehuset slapp ved utskrivelse.

Under oppholdet ønsker brukerne å *være med* i behandlingsforløpet og de ønsker heller en komplett samtale med lege fremfor mange «legevisitter». De vil ha dialog om rehabiliterings-,

lærings- og mestringstilbud. De vil videre ha god informasjon, både muntlig og skriftlig, om legemidler og bruken av dem.

Sjekkliste helseopplysning «HOS 2»
Aktuell situasjon/innleggelsesårsak
Medisinske opplysninger, relevante legemiddelopplysninger <i>Gjennomført behandling</i> <i>Undersøkelser under opphold/svar</i> <i>Evt. behandlingsavklaring</i>
Kognitiv status
Funksjonsnivå <i>Oppdatert Barthel. Tall skal beskrives i fritekst. Hva trenger pasienten hjelp til</i>
Behov for tilrettelegging/hjelpemidler <i>Mobilitet/evt. begrensninger</i>
Bo- og sosiale forhold: trapper, bor alene/sammen med noen
Behov for behandlingshjelpemidler
Rehabiliteringspotensiale
Smerteproblematikk
Risiko for fall
Ernæring
Sår, smitte <i>Risiko for sår, behandling/prosedyre</i>
Andre aktuelle risiko-områder
Omsorgsansvar Eks. <i>barn under 18 år, ektefelle</i>
Om pasienten har/har behov for individuell plan/koordinator <i>Må begrunnes</i>
Planlagt utskrivningsdato

Figur 7 Sjekkliste til helseopplysning som sykehus sender til kommune

7. Utskrivning fra sykehus

En trygg utskrivning av pasient fra sykehuset til kommunehelsetjenesten krever planlegging som innebærer tverrfaglige vurderinger av pasientens medisinske tilstand, funksjonsnivå og sosiale forhold.

7.1 Utskrivningssamtalen

Brukerne har uttrykt en tydelig forventning og ønske om en utskrivningssamtale med lege og eventuelt sykepleier, eventuelt sammen med pårørende. Utskrivningssamtalen skal være tydelig på hvem som skal gjøre hva i det videre forløpet. Hva skal pasienten ta hånd om selv, hva skal fastlegen gjøre, hva har kommunehelsetjenesten ansvar for og hva skal spesialisthelsetjenesten følge opp. Informasjon om denne arbeidsdelingen må fremkomme i epikrisen.

Utskrivningsrapport fra sykepleier, eventuelt fysioterapeut, ergoterapeut, sosionom og andre

faggrupper, blir oversendt kommunehelsetjenesten elektronisk. Utskrivningsrapporten skal inneholde opplysninger om hva som gjort under oppholdet, og hva som skal følges av kommunehelsetjenesten.

Avhengig av hvilket diagnosebasert pasientforløp spesialisthelsetjenesten har inkludert pasienten i, må plan for videre oppfølging ha referanse til faglige retningslinjer som pasientforløpet bygger på. Er pasienten for eksempel inkludert i kolsforløpet, vil det være oppfølgingstiltak knyttet til kolsforløpet som må individualiseres og formidles til pasienten, kommunehelsetjenesten og fastlegen.

Det er begrenset hvor mye informasjon en pasient kan absorbere i løpet av en samtale. Skriftlig informasjon må derfor være et supplement, og enkelte pasienter bør bli oppringt av spesialisthelsetjenesten, eventuelt bli fulgt opp av ambulant tilsyn, for å sikre at oppfølgingsplanen er forstått og fulgt opp. Diagnosebaserte pasientforløp skal videre distribueres på nettsiden til Sykehuset i Vestfold slik at pasienter og helsetjenesten for øvrig kan oppdatere seg via nettet.

7.2 «Hvilket tilbud skal jeg skrives ut til?»

Pasientansvarlig sykepleier i spesialisthelsetjenesten og tjenestekontoret i kommunen må avklare dette under oppholdet og informere pasient og eventuelt pårørende om utfallet. Etter utskrivelse fra sykehus skal pasienten følges opp av hjemmesykepleier (pasientansvarlig) innen tre dager og innen 14 dager skal pasienten til konsultasjon hos fastlegen. I denne samtalen er *funksjonsnivå* og *legemiddelgjennomgang* viktig.

Fastlegen ønsker å få informasjon om at pasienten er innlagt i spesialisthelsetjenesten og informasjon om at pasienten er utskrevet. Dette gjelder ikke minst når pasienten har vært til behandling i psykisk helsevern. For enkelte av disse pasientene understrekes viktigheten av tett samarbeid mellom spesialisthelsetjeneste og fastlege. I noen tilfeller bør utskrivelse skje i felles møte mellom pasient, spesialisthelsetjeneste (behandlingsansvarlig lege) og fastlege, for å unngå at pasienter velger seg bort fra den fastlegen som har best forutsetning for å hjelpe pasienten videre.

For enkelte pasienter med bestemte diagnoser eller ved vesentlige endringer i sykdomstilstanden, bør man forsøke å få til en avtale med sykehuset om at helsepersonell deltar i planleggingsmøte som pasientansvarlig sykepleier i kommunen har med pasienten

innen 3 dager etter utskrivelse. Det gjelder diagnoser hvor det erfaringsvis er stor sjanse for reinnleggelser innen kort tid (for eksempel KOLS, hjertesvikt, slag, alvorlig psykisk lidelse/rusproblem og andre alvorlige sykdommer). Alternativer som kan vurderes er video- eller telefonkonferanse.

7.3 Kommunikasjon med bestillerkontoret i kommunen

Det er viktig at spesialisthelsetjenesten og bestillerkontoret sammen planlegger mottak av pasient på en god måte. Det er også viktig at bestillerkontoret og hjemmetjenesten / institusjonen har en god planleggingssamtale, slik at det ytterste leddet har god innsikt i hva det skal tilrettelegges for, og hva som skal følges opp umiddelbart hos pasienten slik at pasienten kommer på riktig liste, jfr. «sykepleierliste», «faglærtliste» eller «assistentliste».

7.4 Transport og utreise

Syketransport må bestilles og utreise skal skje på dagtid.

7.5 Koordinerte avtaler

For eldre og skrøpelige pasienter oppleves det svært krevende å bli utskrevet fra sykehuset en dag for så å bli innkalt til for eksempel en poliklinisk konsultasjon dagen etter. En slik praksis kan og bør unngås.

7.6 Kommunekontakt

Når en pasient skal skives ut med omfattende kommunal tjeneste og ikke har hatt tjenester fra før, kan det være hensiktsmessig at en sykepleier fra kommunen oppsøker pasienten i sykehuset for å få gjort en god kartlegging av pasientens tilstand.

7.7 Barn som pårørende

Pasienter som har barn som pårørende, skal ha tilbud om barnekoordinator, både innenfor psykisk helse og rus og somatikk.

7.8 Elektronisk meldingsutveksling med sjekklister

Elektronisk arbeidsflyt SiV HF	Sjekkliste SiV HF
Den gode epikrise	Mal og veileder
Helseopplysning	Sjekkliste HOS1 og HOS2
Utskrivningsrapport sykepleier	
Utskrivningsrapport fysioterapeut	

Utskrivningsrapport ergoterapeut	
Utskrivningsrapport sosionom	

Tabell 8 Oversikt over elektroniske meldinger med sjekklister fra spes.h.tjenesten

8. Mottak av pasienten i kommunehelsetjenesten

Brukerrepresentantene minner om at for mange pasienter oppleves det utrygt å komme hjem etter et akuttforløp. Aller helst ønsker brukere at kommunehelsetjenesten tar kontakt, eventuelt på telefon, - i det minste må pasienten ha et telefonnummer til kontaktperson i kommunen. Det er spesielt viktig for nye brukere. I det hele tatt etterlyser brukerne en felles måte for hvordan man kan komme i kontakt med kommunen på, for eksempel ved hjelp av ett telefonnummer til tjenestekontoret.

Pasienten følges opp av pasientansvarlig sykepleier så fort som mulig og innen 3 dager.

Pasientansvarlig har ansvar for å lage oppfølgingsplanen og formidle denne til teamet som har ansvaret for pasienten. Planen justeres ved behov og status dokumenteres i pasientens journal.

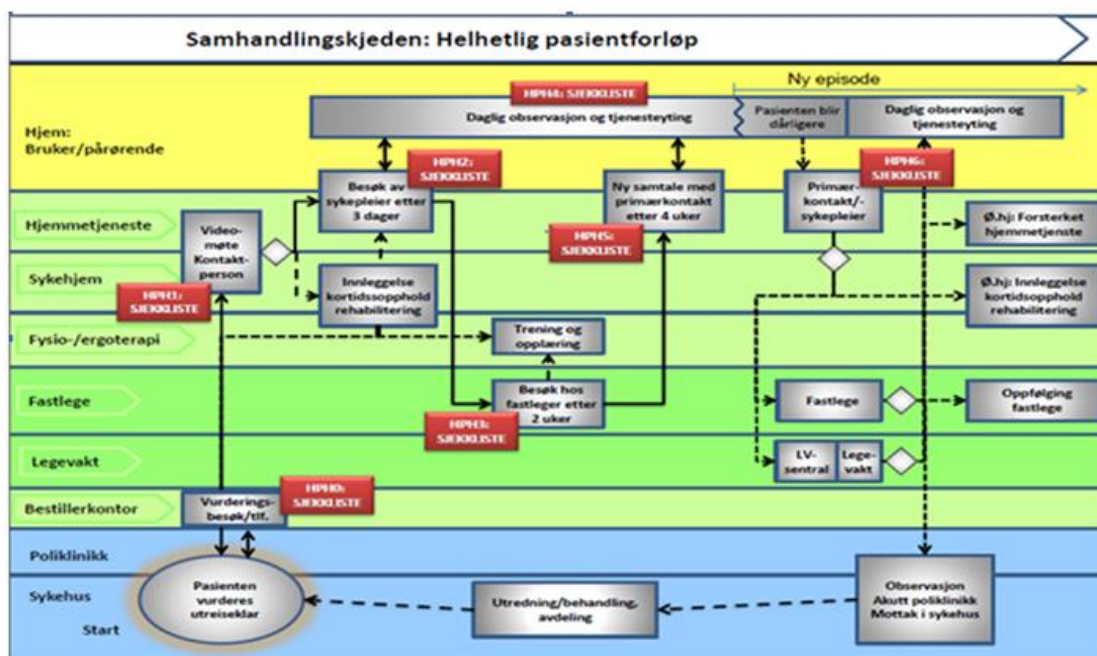
Kommuner som deltar i det tidligere omtalte læringsnettverket, har utarbeidet flere arbeidsdokumenter for gode helhetlige pasientforløp i kommunen, blant annet for elektronisk meldingsutveksling mellom tjenestene med sjekklister. Tabell 9 viser til et arbeid fra Grimstad kommune og tilsvarende anbefales innført i hele Vestfold.

Elektronisk arbeidsflyt kommune	Sjekkliste kommune
Den gode henvisning, lege	Mal og veileder
Innleggelsesrapport, pleie- og omsorgstjeneste	Sjekkliste innleggelsesrapport
	Vurdering før utskrivelse fra SiV
	Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst
	Informasjon fra hjemmetjenesten til fastlegen (konsultasjon hos/av fastlege innen 14 dager – og nye avtalte konsultasjoner)
	Evaluering / revurdering av brukere (5 uker etter sykehusinnleggelse / hver 6 mnd)

	Akuttkontakt med lege
	Evaluering ved reinnleggelse

Tabell 9 – sjekklister til (sykepleie) dokumentasjon fra Grimstad kommune.

<http://www.grimstad.kommune.no/Documents/Helse%20og%20omsorg/Utviklingscenteret/Kursmatriell/Hverdagsrehabilitering/Gode%20helhetlige%20pasientforl%C3%B8p%20-%20sjekklister%20-%202012%20%20april.pdf>



Figur 10 Sjekklister for Helhetlig pasientforløp

Sjekklister pasientforløp, fyller ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:

	Pasient / Løpnummer:	Evaluering							Kommentarer
		Utskrivningsdato		Ikke aktuelt	Hva er viktig for deg	COPM funksjon	COPM tilfredshet	IPLoS	
		Utført	Nei						
	Reinnleggelsesdato	Ja	Nei						
For alle pasienter	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	Epikrise (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 (og eventuelt IPLoS)							
	7 Uke 1	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten.							
	8 Uke 2	Oppfølging fra fastlege/sykehjemlege er gjennomført.							
	9 Uke 5	Ny vurdering av pasientens funksjon er gjort med "Hva er viktig for deg?" / COPM (og eventuelt IPLoS)							
	10 Uke 5	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelse.							
	Prosent etterlevelse av sjekklisten								
	Opplevd nytte / resultater								

Figur 9 Sjekklister til felles bruk for utskrivelse i sykehus / mottak i kommune

9. Implementering

Implementering handler om å bygge bro mellom kunnskap og praksis. Brobygging må som kjent baseres på en plan for hva som skal implementeres innenfor et gitt tidsrom. Det generelle pasientforløpet/ den generelle modellen som skal implementeres, har som beskrevet et sett av grunnleggende rutiner og prosedyrer som skal struktureres, systematiseres og iverksettes.

9.1 Hvordan bør implementeringsarbeidet legges opp?

«*Hver for oss og sammen*»

Det er *en samlet helsetjeneste*, som er ulikt organisert, som har ansvaret for å iverksette modellen. Det byr på noen utfordringer for følgende samhandlingsaktører:

- Kommunehelsetjenesten
- Fastlegene
- Spesialisthelsetjenesten

9.2 Implementeringsplanen

Implementeringsplanen henspeiler på det *forberedende planleggingsarbeidet* som må gjøres før selve pasientforløpet iverksettes i den enkelte enhet. Det er ledelsens ansvar å utarbeide implementeringsplanen og sørge for at personalet jobber etter den. Planen kan med fordel basere seg på et overblikk over hvor mye pasientforløpet avviker fra eksisterende praksis. I tillegg bør det gjøres en lokal analyse av faktorer som kan fremme eller hemme en vellykket implementeringsprosess.

Figur 10 viser et eksempel på hva en implementeringsplan kan inneholde. Rekkefølgen av tiltakene er fleksible.

En generell modell for pasientforløp – hjem til hjem	
Implementering	
Organisering av implementeringsarbeidet	Ledelsen sikrer nødvendig organisering av ressurser, delegerer oppgaver til stabsmedarbeidere og klinikere
Fastsetter mål	Målet konkretiseres i realistiske delmål. Hva skal helt konkret oppnås i løpet av implementeringsperioden?
Etabler måling	Valg av indikatorer: <ul style="list-style-type: none"> • Til foranalyse og til audit og feedback • Til dokumentasjon av implementeringstiltakets effekt i henhold til målsetting
Utfør barriereanalyse	Kartlegg interessentene og utfør analyse: <ul style="list-style-type: none"> • Av den aktuelle behandlingspraksis • Av helsepersonellet (kunnskap, ferdigheter, holdninger) • Av infrastrukturen: strukturelle og organisatoriske forhold
Velg implementeringstiltak	Velg tiltak som i lys av barriereanalysen best kan virkeliggjøre endring i praksis (for eksempel opplæring, feedback, pasientinformasjon, infrastrukturendring)
Utarbeid implementeringsplan	Beslutt hvem som skal delta og hvordan (basert på interessentanalysen) Utarbeid plan for målinger, kommunikasjon og konkrete implementeringstiltak med ansvarsfordeling, ressursestimat og tidsramme.
Gjennomfør planen	Inviter personale og pasienter til å utprøve og justere implementeringstiltak Bruk eventuelt PDSA-modellen ⁶ til å utvikle ny praksis som følger hjem til forløpet
Følg opp planen	Juster løpende planen ut fra: Om tiltaket er gjennomført som planlagt Om indikatorene utvikler seg gunstig over tid
Fasthold	Fasthold praksis ved vedvarende å måle med indikatorene, å sikre oppmerksomhet fra ledelsen og å foreta personalpolitiske og infrastrukturelle tilpasninger
	Ledelsens gjennomgang

Figur 10 Eksempel på hva en implementeringsplan kan inneholde

⁶ Forbedringsmodellen – Plan-Do- Stydy- Act

9.3 Ansvar og roller i iverksettings- og oppfølgingsfasen

Pasientforløpet skal iverksettes i komplekse organisasjoner. Ansvaret for iverksetting og oppfølging må legges til dedikerte personer og funksjoner.

Felles prosjektmodell

For alt prosjektarbeid forutsettes det at partene jobber etter en felles prosjektmodell. En egen arbeidsgruppe jobber med å utarbeide en slik modell og den blir derfor ikke beskrevet nærmere her.

9.4 Roller

Forløpseier

Forløpseier vil være en konkret leder (eller fagperson) innen enheten (institusjon, område, enhet, klinikk osv.) med ansvar for hele forløpet. Eier vil være en leder som rapporter til klinikkssjef i sykehus eller kommunaldirektør i kommune.

Eier må ha tilgang på hele organisasjonen

Å være forløpseier innebærer å ha totalansvaret for hele pasientforløpet innen eget sykehus eller innen egen kommune og for samarbeidet med andre instanser innen spesialisthelsetjenesten, eller innen kommunehelsetjenesten.

Forløpseier rapporterer til sin klinikkssjef eller kommunaldirektør (sjef) når det gjelder funksjonen som forløpseier.

- Ledelse av regelmessige samarbeidsmøter med andre ledere internt som er involvert i forløpet.
- Forankre, skape lagånd og skape gode konsensusbeslutninger
- Overvåke (hvordan går det – hvor er flaskehalsene?)
- Følge opp (handlingskrav – sørge for at avvik blir grepet fatt i raskt)
- Sørge for regelmessige målinger (audits)
- Sørge for nødvendig opplæring og informasjon
- Sørge for vedlikehold og oppdatering av dokumentasjonen av forløpet til pasienter og pårørende og andre samarbeidspartnere (fastleger, kommunehelsetjeneste, spesialisthelsetjeneste)

Fullmakter:

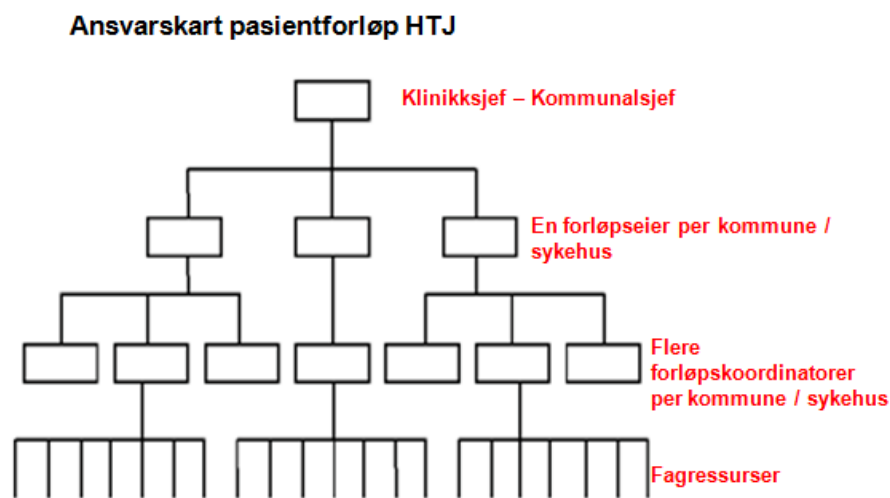
- Rett til å innkalle involverte ledere til møter og legge fram forslag til løsning
- Rett til å møte i klinikkledermøter / kommunaldirektørmøter og i andre ledermøter i alle involverte enheter for å legge fram saker knyttet til pasientforløpet

Forløpskoordinator / forløpsansvarlig

Forløpskoordinator, som det vil være flere av i kommunen og i sykehuset utøver avtalte implementeringsoppgaver på fullmakt fra forløpseier. Forløpskoordinator har forankring i forløpseier. Forløpskoordinator legges til ledernivået over *pasientansvarlig sykepleier*, men oppgavene kan delegeres til en *funksjon* eller en *dedikert fagperson*. Forløpskoordinator er en faglig ressurs for *sitt område*, som skal bidra med å skape begeistring og spre kompetanse.

Det blir forløpseier og forløpskoordinatorerne som har ansvaret for at implementeringsplanen følges opp. Hvordan og på hvilken måte må en komme tilbake til. Forløpskoordinator har ikke ansvar for å følge opp den enkeltes pasients forløp, det ansvaret ligger hos pasientansvarlig sykepleier. God fagledelse og koordinering av de faglige innsatsene er en forutsetning for at pasientene opplever forløpet sammenhengende og meningsfullt.

De fleste kommuner og sykehuset har fire ledernivåer, andre kan ha fler.



Figur 11 Ansvarskart

9.5 Prosess

Arbeidsgruppen anbefaler at ledere og ressurspersoner møtes på tvers av forvaltningsnivåene – og sammen jobber målrettet for å implementere pasientforløpet. Dette arbeidet må pågå over tid og inntil pasientforløpet er evaluert som vellykket.

Når det er vedtatt og avtalt at pasientforløpet skal implementeres kan det for eksempel arrangeres en strategisamling for brukerrepresentanter, klinikksjefer, kommunalsjefer, forløpseiere og ledere av fastlegenes samarbeidsutvalg for å bringe klarhet i *hva* som skal implementeres og *hvordan*.

Det kan videre arrangeres fellessamlinger for brukere, koordinatorene, ledere og fagressurser som organiseres etter *læringsnettverksmodellen* / *forbedringsmodellen* som benyttes i pasientsikkerhetskampanjen.

Kompetanseutvikling og kompetanseutveksling blir et viktig prosessstiltak.

Det generelle pasientforløpet kan med fordel sees i sammenheng med *kolsforløpet*, og iverksettes disse samtidig.

Fastlegenes møtearenaer; SU, ALU, samt praksismøter på arbeidsplassen, må benyttes.

9.6 Tidsperspektiv

Implementering av det generelle pasientforløpet – i tillegg til å utvikle en velfungerende implementeringsmodell er et langsiktig arbeid. Partene må derfor utvikle en langsiktig plan med delfaser, eksempelvis for periodene:

Høst 2015

Vår 2016

Høst 2016

Vår 2017

Høst 2017