



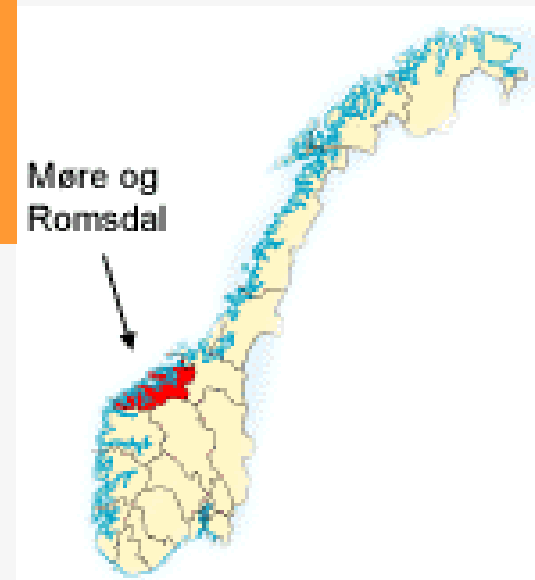
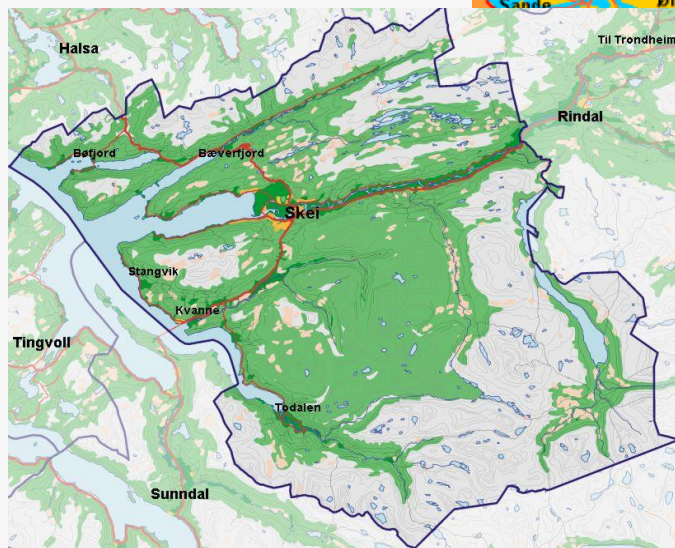
# Helhetlige pasientforløp – Hvordan sikre nødvendig kompetanse?

v/Margrethe Svinvik – Einingsleiar i Heimetenesta, Surnadal kommune





# Surnadal kommune



# Surnadal kommune

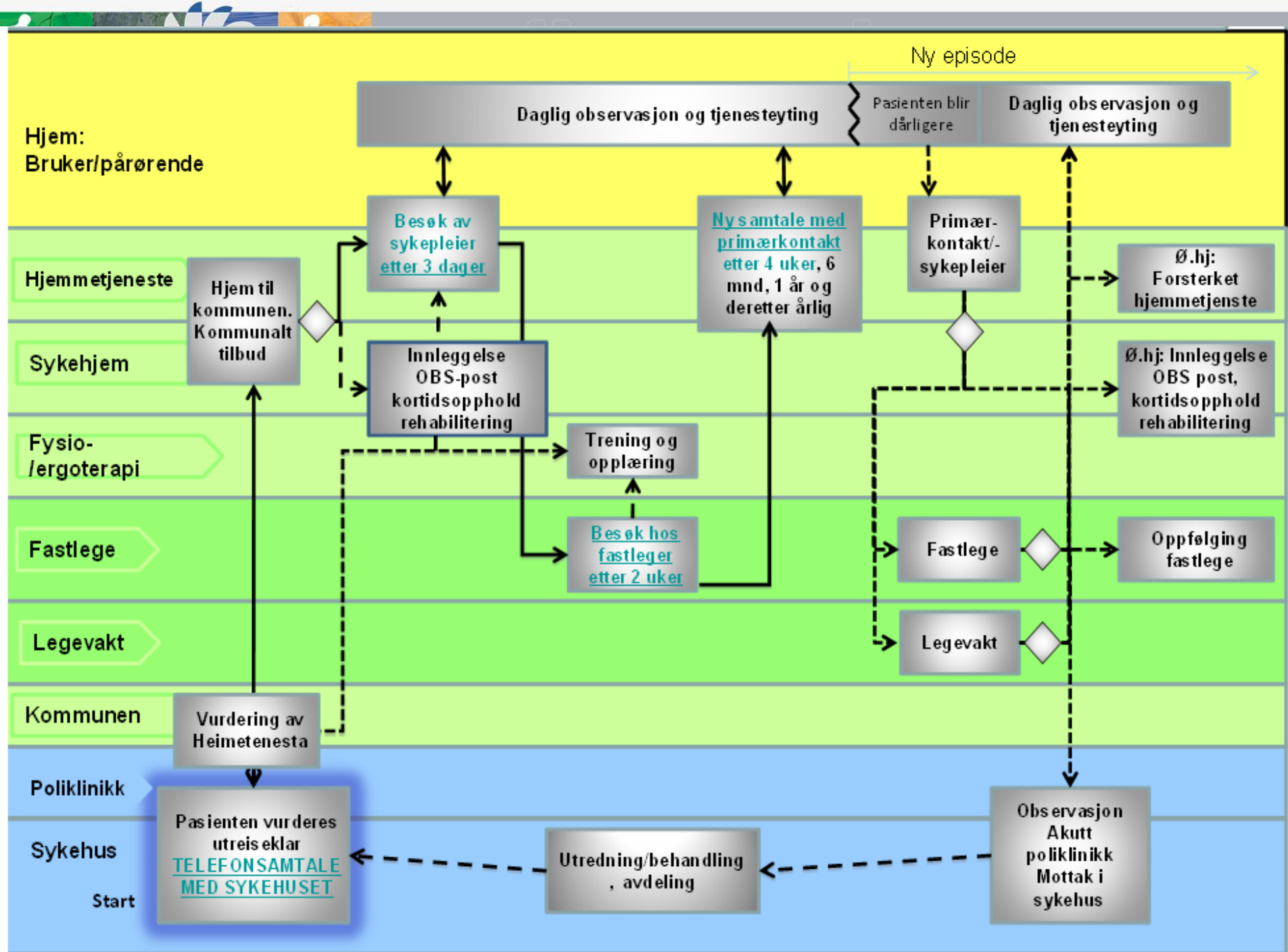
Areal: 1365 km<sup>2</sup>

Plass til:

Oslo, Bærum,  
Asker, Gjedrum  
Skedsmo,  
Lørenskog,  
Rælingen,  
Oppegård,  
Nesodden,  
Frogn, Ås ++



Folketal: 5 984





# Avvik i eldreomsorgen

Tilsyn har avdekket manglende rutiner for ernæring samt utvikling av demens.

NYHETER

Publisert: 14.12.2010 15:19

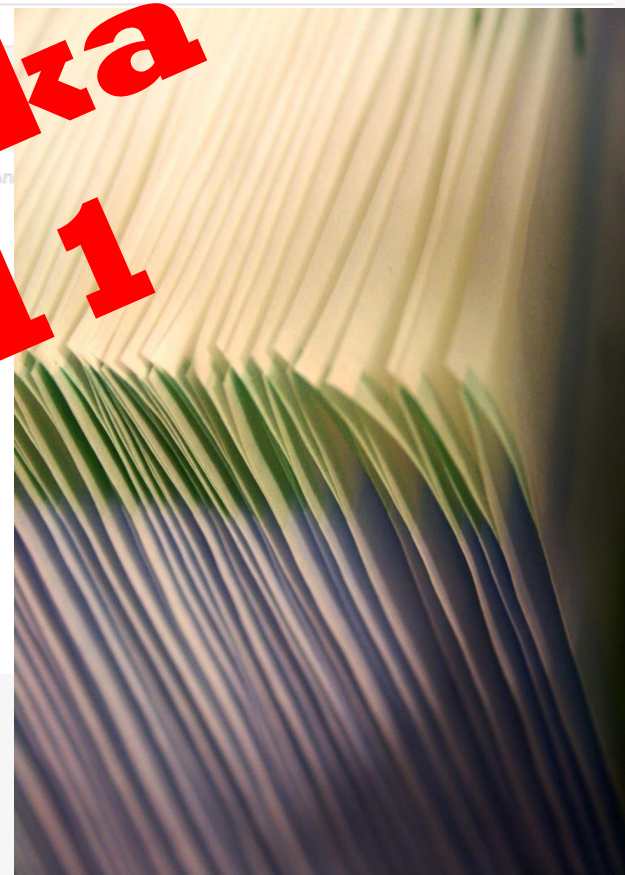
Sist oppdatert: 14.09.2012 13:12

Rådmann Geir Vikan underretta formannskapet i Surnadal om at Surnadal kommune har hatt tilsyn på eldreomsorg og fått påpekt avvik.

Tilsynet har avdekket manglende rutiner på ernærings situasjon og demensutvikling hos heimebuende eldre, og på korleis dei tilsatte skal handtere slike saker.

Rådmannen har ingen grunn til å tru at demensutvikling gjer ein god jobb på desse områda, men han understrekar at det jobbast for å få lukka avvika ved å få på plass slike rutiner snarast.

**• Avvik lukka  
1-juni 2011**





Mer enn 40 sjukepleiere hver dag har deltatt på nettverkssamling i Surnadal.

# Det starta i Surnadal

Har blitt landsomfattende

**NYHETER**

**Magne Lillegård**  
Mobil: 97101257

Publisert: 26.03.2014 14:51

Sist oppdatert: 26.03.2014 14:51

Helhetlig pasientforløp (HPH) er en metode for kvalitetssikring av helsetjenester ved hjelp av faste spørreskjemaer, og skal blant annet forhindre at pasienter blir sendt heim fra sykehus for tidlig.

Det var kommuneoverlege Anders Grimsmo som utarbeidet metoden, først med tanke på heimetjenestene.

5

ANNONSE

ANNONSEBILAG



**Slik fikk Johannes blodtrykk som en 18-åring**



**Kari er full av lovord for K2-vitamin**  
Har du hørt snakke om K2



## Meld. St. 26 (2014-2015)

### Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet





# Oppfølgingsplan for pasienten

Tre-dagers besøket

4-ukers besøk



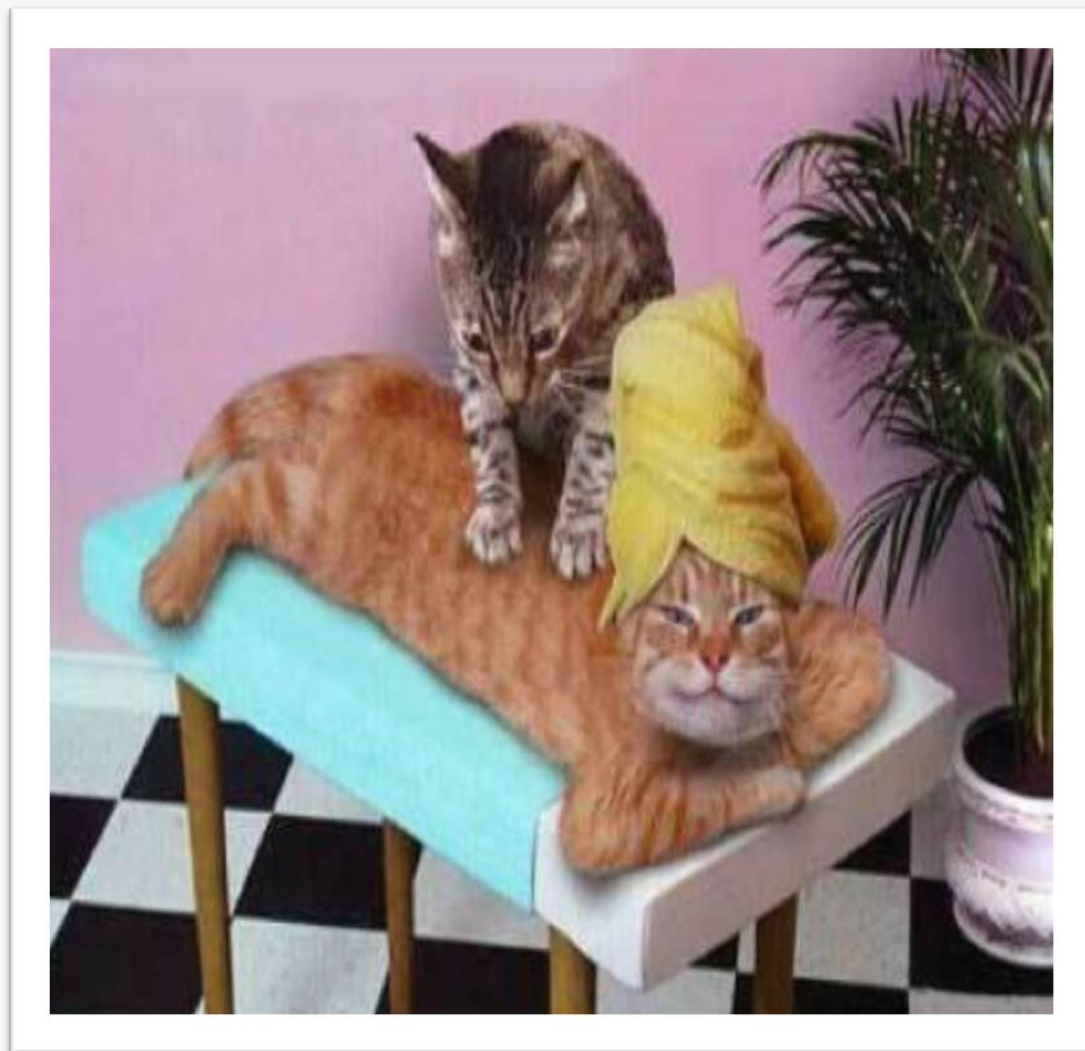
**Basiskompetanse**





## Framgangsmåte

- Rolleavklaringer
- Lederforankring
- Basiskompetanse





# Basis- kompetanse

Systematisk  
oppfølging



- ansvarsforståelse
- observasjonsevne
- kommunikasjonsevne
- vurderingsevne
- evne til å iverksette tiltak
- samhandlingskompetanse
- dokumentasjonsevne
- erfaringskompetanse og evne til erfaringsoverføring
- systemforståelse



## Basiskompetanse vs. fagkompetanse

### Eksempel fagkompetanse

- demens
- ernæring
- hygiene
- fallforebygging
- kreftsykepleie
- psykiatri

System for  
oppfølging

### Eksempel basiskompetanse

Helsepersonelloven  
Forsvarlighet  
Samtykkekompetanse  
Taushetsplikt  
Nødvendig helsehjelp vs. makt/tvang  
Etikk



# Hvordan sikre **nødvendig** kompetanse:

## Kompetansemobilisering og -utvikling:

- Rolleavklaring, tillit, ansvar
- Sjekklistor, prosedyrer
- Fagansvarlige i turnus
- Generalistkompetanse
- Refleksjon, veiledning, utdanning

## Kompetansekartlegging

- medarbeidersamtaler
- fagkompetanse vs. basiskompetanse



# Suksesskriterier

**Tove Røsstad:**

*«HPH er i stadig utvikling ut fra tilbakemeldinger på hva som fungerer og hva som ikke fungerer i en helsetjeneste i endring.»*

**Faktorer som er viktige for å lykkes:**

- **Arbeidet må oppfattes som en god idé og gi praktisk nytte i arbeidshverdagen.**

**Fallgruver:**

- For lite tid og ressurser til å få til praktisk tilrettelegging i hverdagen og tilstrekkelig veiledning av de ansatte.



# 1. VURDERINGSBESØK

Av sjukepleiar **innan 3 dagar** etter utskriving frå sjukehus  
Brukast også ved nye pasientar som ein førstegangssamtale

## Kjem pasienten frå sjukehus, les igjennom:

Les gjennom e-meldingene frå sykehus  
Sjukepleiarsamanfatning  
Pasientinformasjonen  
Anna skriv frå sjukehuset

## Ved ny pasient, les igjennom:

Skjema "Henvendelse ang. pasient som  
ikkje kjem frå sjukehus"

## Ta med heim til pasienten:

"Søknadsskjema for pleie- og omsorgstenester"

Samtykkeskjema

Informasjonshefte om Iplosregistrering

Skjema: "Tilbod om gratis tannbehandling"

Vekt, viss ikkje pasienten har det sjølv.




Innhente informasjon, spørsmål:	Etterarbeid:
<b>Nettverk/sosiale aktiviteter:</b>	
Namn:	Fylles ut i brukarbildet. Gerica.
Fødsel- og personnr:	
Adresse:	
Gards./bruksnr. (ved manglande gateadresse):	
Postnr: Poststad:	
Telefonnummer:	Brukarbildet, "anmerking"
Sivilstand (gift, ugift, enke/-mann...):	
Næraste pårørande:	Brukarbildet, "kontakter" Husk og merke hovudpårørande med gul trekant.
Adresse:	
Postnr: Poststad: Telefonnummer:	
Mobil:	
Andre pårørande (namn, adr., tlf.)	
Fastlege:	Brukarbildet
Hjelp som blir gitt av pårørande, naboar, venner:	Brukarbildet, IPOS s. 18 i rettleiar

<b>Bustaden:</b>	
Bur åleine: <input type="checkbox"/> Bur saman med:	Brukarbildet, IPOS
Eig bustaden sjølv: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Nei:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk"
Einestad: <input type="checkbox"/> Leilegheit: <input type="checkbox"/> Omsorgsbustad: <input type="checkbox"/> Kår: <input type="checkbox"/>	
Beskriv bustaden:	Skriv ei oppsummering av pasienten sin bustad i journal. Om det er behov for nye tiltak, få med dette i tiltaksplana.
Tenk førebygging: tepper, dørstokkar, belysning, trapper, hindringar, brannsikkerheit o.a.	
<b>Aktuell situasjon:</b>	
Aktuell sjukdom/situasjon:	Skriv ei oppsummering av pasienten sin situasjon i journal. Viss det er behov for nye tiltak, lag ny tiltaksplan.  Ved kreftsjukdom, følg eigen prosedyre.
Tidlegare sjukdomar/diagnosar:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk": Blir ført under område "diagnosar" i Gerica  Ved behov for meir kjennskap til diagnosar, be om opplysingar frå fastlegen ved 2-vekersbesøket.
Medisin:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk": skriv ei oppsummering av pasienten sin situasjon.
Kan pasienten administrere medisin sjølv? Viss nei, følg prosedyrar for oppstart av multibase.	
Er det forandring/oppstart på nye medisin? Viss ja, følg prosedyrar for det.	
Ev. biverknader:	
<b>Kost/ernæring:</b>	
Matallegiar? Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	Tiltaksplan: "1. Vurderingsbesøk"
Diettar? Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	Skriv ei oppsummering av status når det gjeld kost/ernæring i journal. Ved mistanke om ernæringssvikt, sjå eigen prosedyre. Viss det er behov for spesielle tiltak, få dette med i
Behov for kostrettleiing: Nei: <input type="checkbox"/> Ja: <input type="checkbox"/> Kva:	

Innhente informasjon, spørsmål	Etterarbeid/vurderingar
<b>Helse:</b>	
<p>Korleis er helsa di no? Er det forandring frå før sjukehusopphaldet?</p> <p>Ressursar og behov:</p> <p>Er det behov for ny time med fastlegen?</p>	<p>Er pasienten alvorleg sjuk/palliativ/terminal fase, vurder bruk av sjekkliste: «Den palliative eller terminale pasienten» i tillegg.</p>
<p>Medikament (verknader, biverknader, rett administrering):</p> <p>Er det gjennomført legemiddelgjennomgang i løpet av dei siste 12 månadene?  Viss nei, følg prosedyre for legemiddelgjennomgang.</p>	<p>Viss sjekklista er bruka før, skal den repeteres årleg.</p>
<p>Smerter. Tilstrekkelig smertelindring?</p>	
<p>Svikt i hukommelse/kognitiv og emosjonell funksjon?</p>	<p>Ved mistanke om demens, følg prosedyre: <u>“identifisering og oppfølging av pasientar med mistanke om demensjukdom”</u></p>



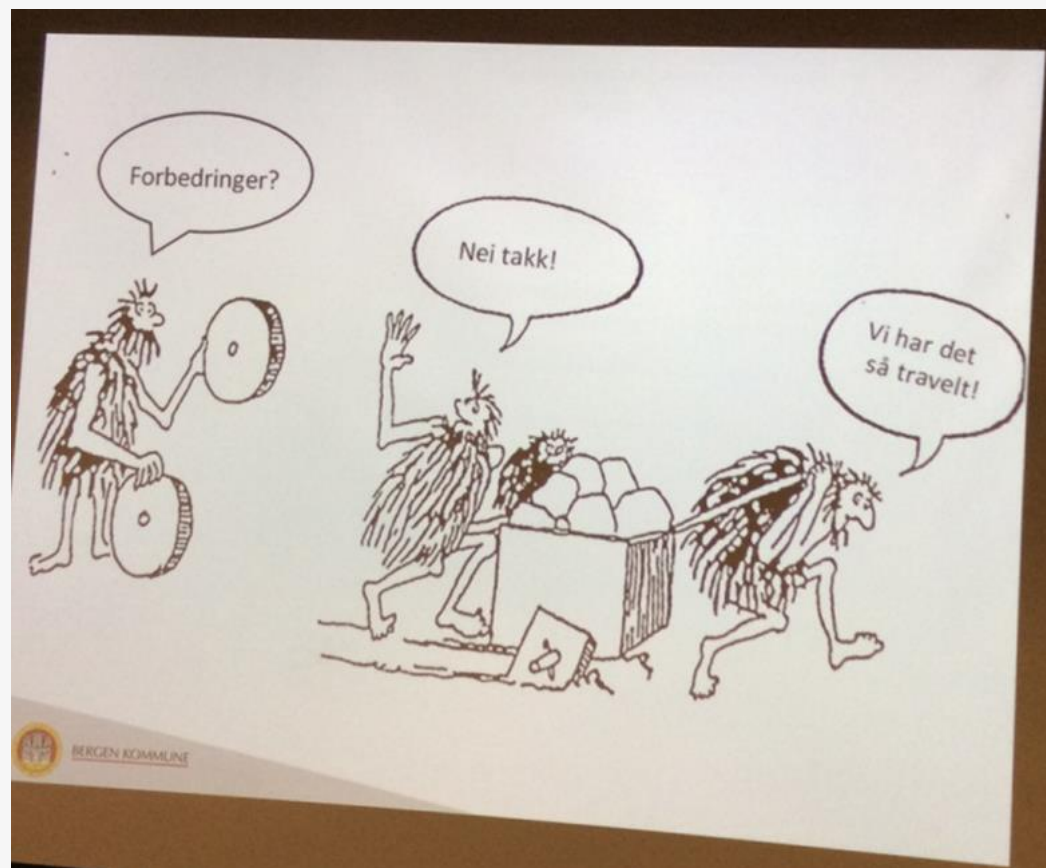
<b>Er pasienten i stand til å ta ansvar/planlegge daglege gjeremål:</b>	Viss nei, følg prosedyre: <u>"Vurdering av samtykkekompetanse"</u>  Det skal skrives ei vurdering av samtykkekompetanse.
<b>Forvirringstilstand?</b>	 (Ctrl) ▾
<b>Svikt i hukommelse?</b>	Ved mistanke om demens, følg prosedyre: <u>"identifisering og oppfølging av pasientar med mistanke om demenssiukdom."</u>
<b>Angstliknande reaksjonar, nedstemt, irritert og mistenksam?</b>	Viss ja, følg prosedyre <u>"Pasientar med psykiske lidelser"</u>





# Utfordringer

- samarbeid med leger –å få plan ved forverring, å komme tidlig inn i sykdomsforløp
- informasjon og opplæring
- mange skjema
- skape en kultur for skriftlig dokumentasjon og innhenting av informasjon via fagsystemet
- involvering av bruker og pårørende
- Å gjøre så godt en kan, er ikke «godt nok»





**Takk for meg! ☺**