



**Vestfold Integrated Health Care to prevent Development of frailty**



## Innholdsfortegnelse

1.	Om rapporten	3
	Grunnlaget for arbeidet	3
1.	Sammendrag	5
	Vitality – integrerte helsetjenester	5
2.	Mandat og mål	6
	3.1 Mandat og utforming	6
	3.2 Milepælsplan	6
	3.3 Effektmål	7
	3.4 Resultatmål	8
	3.4.1 Hovedmål 1	8
	3.4.2 Hovedmål 2	8
	3.5 Nullpunktsmåling	8
4.	Forankring	9
5.	Organisering	10
	5.1 Styringsgruppe	11
	5.2 Prosjektgruppe	11
	5.2.1 Gruppens arbeid	12
	5.2.2. Møteplan	12
	5.3 Kjerneteam	12
	5.4 Arbeidsgruppe Larvik	13
	5.4.1 Gruppens arbeid:	13
	5.4.2 Møteplan	14
	5.4.3 Konklusjoner etter heldagsmøte august 2021:	14
	5.5 Brukermedvirkning	15
6.	Resultater	16
	6.1 Ansatte	16
	6.2. Kartleggingssamtale	17
	6.3 Strukturelle kartleggingsverktøy:	18
	6.4 Forsterket utskrivning	19
	6.4.1 Legemidler	21
	6.5 Helsestasjon for eldre	22
	6.6 Digitalt samarbeid	23
	6.2.1 Kortfattet beskrivelse på status innenfor digitalt samarbeid:	24

7. Økonomi	25
8. Oppsummering	28
8.1 Dokumentasjon	29
8.2 Forankring	29
8.3 Brukermedvirkning	29
8.4 Fastleger	29
8.5 Kommunikasjon	29
8.6 Deltagelse fra klinikere	29
9. Referanser	31

## 1. Om rapporten

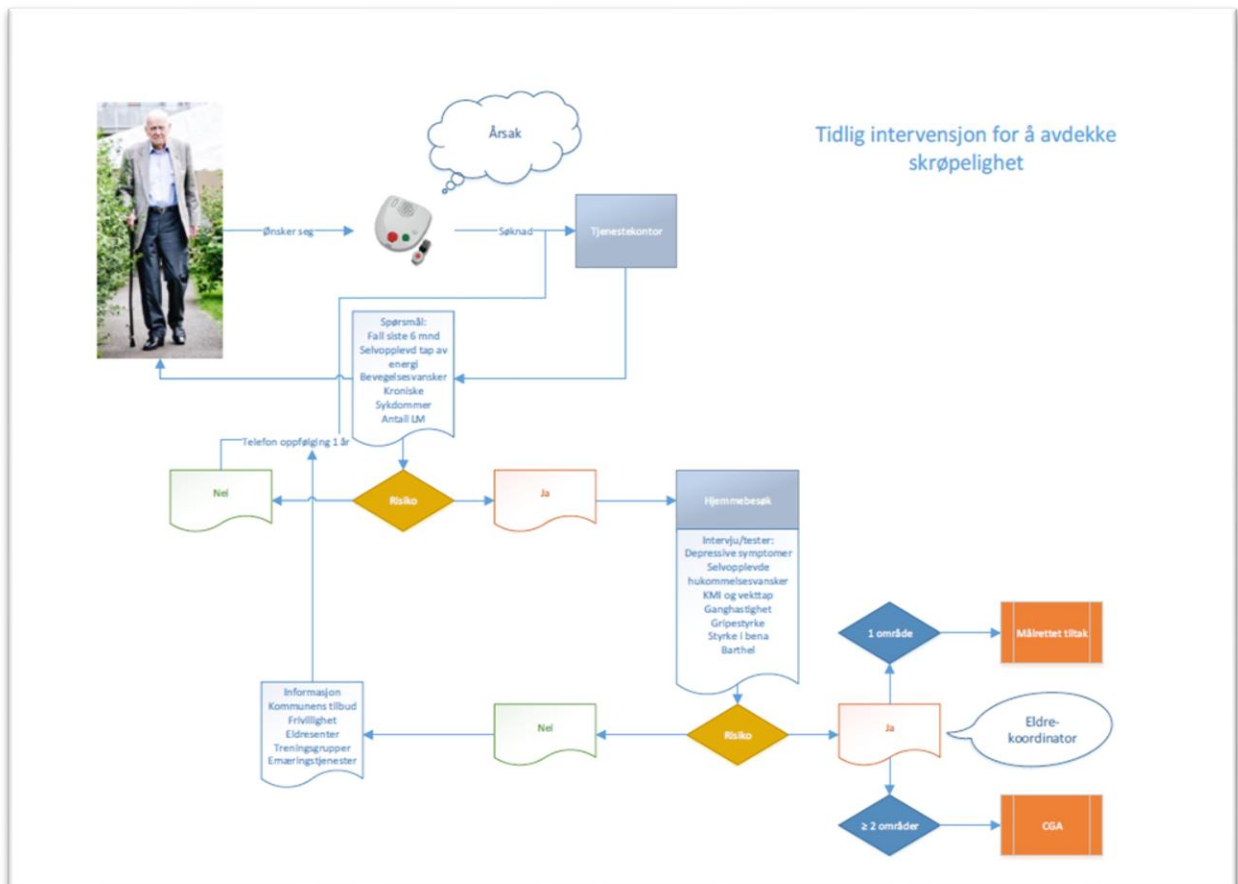
Denne rapporten beskriver arbeidet i Vitality til nå. Den omfatter det innledende arbeidet, arbeid med planlegging, beslutninger tatt vedrørende kliniske verktøy og oppbygging av nye tjenester samt gjennomføring og pilotering i Larvik kommune. Delrapporten er utarbeidet som en "oppskrift" på hvordan andre kommuner kan starte opp med prosjektet. Delrapporten er også en beskrivelse av arbeid gjennomført og hva som er besluttet i felleskap når det gjelder en kvalitetssikret felles verktøykasse for screening og kartlegging. Vi beskriver, hva som har vært testet og forkastet. Rapporten inneholder også anbefalinger for veien videre i prosjektet. En fullstendig sluttrapport vil fremlegges når prosjektet er avsluttet.

### Grunnlaget for arbeidet

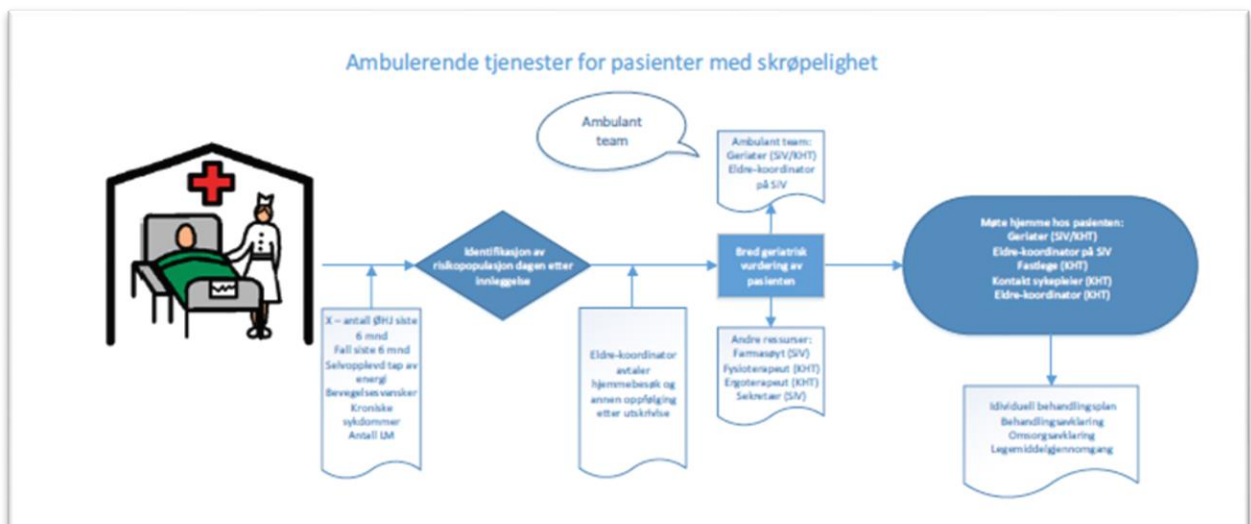
Arbeidet for å utvikle nye tjenester for pasienter med sammensatte behov og storforbruk av tjenester har pågått på skissestadiet og i arbeidsgrupper ledet av strategisk samarbeidsutvalg (SSU) gjennom flere år. I perioden arbeidet har pågått har det kommet viktige nasjonale anbefalinger ([Nasjonal helse og sykehusplan 2020 – 2023](#)) og utviklingsplaner både regionalt ([Regional Utviklingsplan HSØ 2035](#)) og lokalt ([SiV utviklingsplan 2018 – 2035](#)) som legger vekt på at pasientene skal motta mer helhetlige og sammenhengende tjenester, sårbare pasienter skal møtes med team og flere pasienter skal motta spesialisthelsetjenester i hjemmet. For kommunene understøtter arbeidet kvalitetsreformen [Leve hele livet](#), hvor målet er at alle eldre skal få bedre hjelp og støtte til å mestre livet. Et konkret mål i SiV's utviklingsplan er å bygge systemet rundt pasienten, slik at det fungerer på pasientens premisser, altså "*sy sammen kommune, hjem og sykehus*" (side 13). Dette skal skje ved blant annet:

- Økende fokus på hva som har verdi for pasienten. Hva er viktig for deg?
- Ta i bruk nye teknologiske løsninger for å bedre samhandling- digitalisering
- Samarbeid mellom de ulike nivåer i helsetjenesten
- Fokus på legemiddelhåndtering

Arbeidet bygger på skissene til samhandling presentert i forprosjektet Multisyke i Vestfold. Fullstendig rapport fra dette arbeidet ligger som referanse vedlagt denne delrapporten. Figur 1 og 2 under er hentet fra rapporten og viser skissen som ligger til grunn for helsestasjon for eldre (figur 1) og forsterket utskrivning (figur 2).



Figur 1



Figur 2

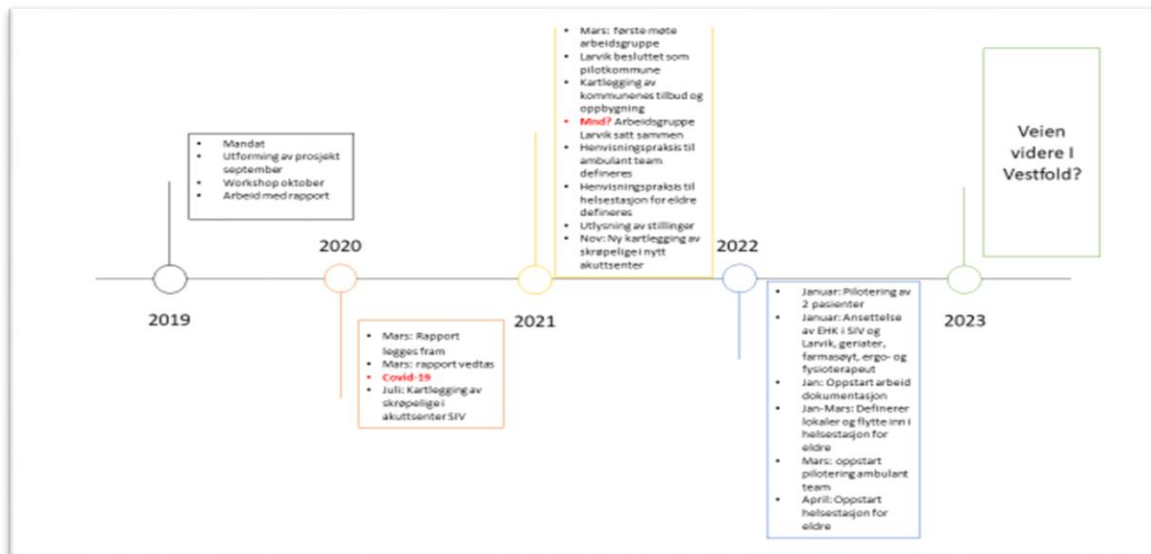
## 2. Sammendrag

### Vitality – integrerte helsetjenester

Vi legger her frem erfaringer fra oppstarten med pilotprosjektet i Larvik kommune. Arbeidet startet aktivitet i Larvik i juni-2021. Forankringen i organisasjonen har pågått siden forprosjektet i 2019 og videre gjennom hele prosjektperioden.

Vi har benyttet [KS sitt veikart til tjenesteinnovasjon](#) som retningsgiver i arbeidet og gjennomførte innsiktsfasen høsten-2021. Tjenesteutvikling startet ved overgangen til 2022 og pilotering av løsningen i praksis fra vi ansatte medarbeidere i teamet fra 01.mars 2022. Vi startet simultant med tilbudene helsestasjon for eldre og forsterket utskrivning. Lokaler til helsestasjonen for eldre flyttet vi inn i og tilpasset fra dette tidspunktet. Innbyggere i Larvik som henvender seg til tjenestekontoret med søknad om trygghetsalarm og til korttidslageret for å hente ut rullator er de som får tilbud om vurdering og kartlegging på helsestasjonen. Forsterket utskrivning er en oppfølging av pasienter etter utskrivelse fra sykehuset, som primært gjennomføres med hjemmebesøk. Aktuelle pasienter for oppfølging har fylt 75 år og skårer mellom 4 og 7 på klinisk skrøpeligheitskala før innleggelse på sykehuset. Kartleggingen som gjennomføres i begge tilbudene er basert på WHO sitt arbeid [Integrated Care for Older People](#) – oversatt til norske forhold av oss. Vi benytter de samme kartleggingstestene og oppbygningen både på helsestasjonen og ved forsterket utskrivning. Begge tilbud inneholder et integrert tverrfaglig møte med diskusjon av pasientens egenbehandlingsplan og tiltak. Ved forsterket utskrivning har vi også satt fokus på pasientens legemiddelbehandling og gjennomfører både legemiddelsamstemming, legemiddelgjennomgang og et felles tverrfaglig møte mellom fastlege, geriater og farmasøyt for endringer og optimalisering av behandlingen.

Hovedutfordringene vi har møtt på i oppstarten av pilotperioden er forhold knyttet til ledelse og dokumentasjon for personer som er ansatt i ulike helsetjenester. Det er både kulturelle forskjeller og ulik finansiering av helsetjenestene som gir oss utfordringer når det kommer til en enhetlig praksis og felles mål for tjenesten. Det er ingen strukturer som bygger opp under ønsket om å samarbeide og samhandle i praksis. Det har vist seg vanskelig å få på plass felles systemer for timebestilling, møtekalender og dokumentasjon i felles planer. Skal vi få til det, må vi velge et av dokumentasjonssystemene og sørge for at de ansatte fra den andre tjenesten blir ansatt i "proforma" stillinger.



### 3. Mandat og mål

#### 3.1 Mandat og utforming

Sykehuset og kommunene i Vestfold har gjennom flere år forsøkt å samarbeide om “pasientene som trenger oss mest”. Våren 2019 ble et samarbeidsprosjekt forankret i strategisk samarbeidsutvalg (SSU) formalisert. Et forprosjekt initiert og et arbeid for de Multisyke pasientene i Vestfold gjennomført. Arbeidet er beskrevet i forprosjektrapporten Multisyke i Vestfold. I prosjektperioden ble den [Nasjonale helse- og sykehusplan 2020-2023](#) lagt frem, der er “skrøpelig eldre” trukket frem som en av fire pasientgrupper som helsefelleskapene skal ha i fokus. Planen har i tillegg følgende to prioriterte områder som det skal satses på i planperioden. *Pasientene skal være aktive deltakere i helsehjelpen de mottar, og oppleve sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.*

Forprosjektet 2019-2020 dannet grunnlaget for å etablere forebyggende tjenester for eldre med ønske om å redusere utviklingen av funksjonssvikt og skrøpelighet. Det ble også jobbet med et forløp for å bedre kontinuiteten i behandlingen for skrøpelige eldre som har vært innlagt i sykehuset. De to pasientforløpene vises i skissene under (Figur 1 og Figur 2)

#### 3.2 Milepælsplan

Under er en oversikt over fasene i utviklingen av tjenesten i Larvik kommune. Fasene er basert på KS sitt veikart for tjenesteinnovasjon





### Milepælsplan Larvik kommune

#### 3.3 Effektmål

Å gjøre innbyggere i stand til å holde seg «så friske som mulig så lenge som mulig, med et best mulig funksjonsnivå».

Bedret ressursutnyttelse skal komme til uttrykk ved at liggetiden i institusjon etter innvilget langtidsvedtak reduseres. For pasienter som har vært innlagt på sykehuset vil det sees på redusert reinnleggelsesrate både for 5- og 30- dagers reinnleggelse. I tillegg forventes en reduksjon i antall pasienter som har behov for konsultasjon på LV, med legevakts bil eller i akuttsenteret i samme tidsrom etter utskrivelse. Vi ønsker også å se resultater på antall liggedøgn og antall akutte innleggelser på sykehuset.

Pasientene vil oppleve økt kvalitet i tjenestene de mottar. Dette vil vi se ved at livskvaliteten til pasientene reduseres i mindre grad enn pasientene gjør uten tilbudet. Pasientene vil også oppleve bedret ivaretagelse av restfunksjon. Færre pasienter vil dø i etterkant av sykehusopphold både på kort (3 mnd.) og litt lengre sikt (6 mnd.).

Vi vil også se at flere pasienter får oppfølging av spesialisthelsetjenesten utenfor sykehus.

Arbeidsmiljøet for de ansatte i kommunehelsetjenesten vil bedres som et resultat av samarbeidet med geriater og spesialsykepleier fra sykehuset. Samarbeidet og samhandling i «praksis vil bidra til økt sikkerhet og trygghet i utøvelsen av arbeidet og skape nye arenaer for kompetanseoverføring.

Som et resultat av økende samarbeid mellom geriater og fastlege forventes en økning i antall legemiddelgjennomganger og en bedret kvalitet på pasientenes legemiddelliste.

For helsetjenesten på begge nivå vil en bedret oversikt over populasjonen med skrøpelige eldre innbyggere gi mulighet for bruk av nye styringsindikatorer for planlegging på systemnivå. Planleggingshorisonten for ressursbruk knyttet til denne pasientgruppen vil bedres.



Den overordnede hensikten med prosjektet er å sørge for at skrøpelig eldre *pasientene er aktive deltakere i helsehjelpen de mottar og opplever sammenhengende tjenester på tvers av sykehus og kommuner.*

### 3.4 Resultatmål

#### 3.4.1 Hovedmål 1

Etablere strukturer for systematisk kartlegging og oppfølging av skrøpeliget både i kommune- og spesialisthelsetjenesten.

For kommunehelsetjenesten: egne verktøy defineres for screening ved tjenestekontor/hjemmetjeneste/fastleger/legevakt/bo- og service senter/sykehjem.

Spesialisthelsetjenesten: verktøy for identifisering av risikopopulasjon defineres for bruk i akuttsenter på medisinske sengeposter og utvalgte kirurgiske fagområder preoperativt.

#### 3.4.2 Hovedmål 2

Etablere et tverrfaglig integrert ambulant team. Pasientene som får tilbudet vil gjennomgå en tverrfaglig kartlegging med mål basert på «Hva er viktig for deg?» og utarbeidelse av en persontilpasset tiltaksplan.

Henvissingspraksis til ambulant team skal defineres.

Det foreligger en beskrivelse av ambulant team for integrerte helsetjenester med hensyn til:

- Ansvarsområde
- Funksjonsområde
- Organisering, ledelse og
- Lokalisering

Det foreligger en oversikt over antall årsverk og kompetansesammensetning

Det foreligger et budsjett over aktivitet, driftskostnader og inntekter

Digitale tjenester er tatt i bruk – både til kliniske formål og til virksomhetsstyring for sanntid.

### 3.5 Nullpunktsmåling

Ved prosjektets start i 2021 er fokuset på skrøpeliget og funksjonsnivå ulikt benyttet som vurderingsverktøy i primær og spesialisthelsetjenesten. Primærhelsetjenesten bruker gjerne en beskrivelse av funksjonsnivå, mens spesialisthelsetjenesten har fokuset mer rettet mot diagnoser og behandling. Ved prosjektets start er det ikke etablert integrerte helsetjeneste team i noen av kommunene. Vi ser for oss at opprettelsen av et ambulerende team med integrerte helsetjenester vil påvirke følgende parameter i

Spesialisthelsetjenesten:

- Reinnleggelser 5- dager og 30- dager for eldre pasienter (> 75 år) som har hjemmetjenester. Målingen baserer seg på: Reinnleggelser for pasienter > 75 år hvor det er sendt PLO melding under innleggelsen.
- Antall liggedøgn og antall akutte innleggelser av pasienter > 75 år.
- Antall spesialistkonsultasjoner gjennomført av tverrfaglig team utenfor sykehus registrert med koden B0045.
- Andel av akuttinnlagte pasientene > 75 år som er screenet for skrøpeliget i akuttsenteret.

## Primærhelsetjenesten:

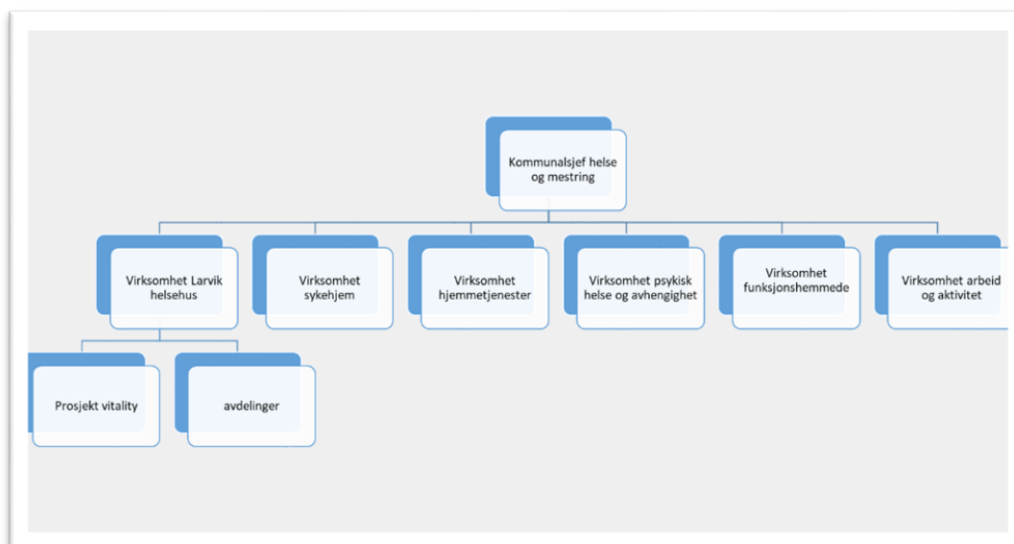
- Antall pasienter > 75 år med individuell plan og/eller antallet som har oppnevnt koordinator. Endres til «Antall pasienter > 75 år utarbeidet persontilpasset tiltaksplan og/eller antallet som har oppnevnt kontaktperson fra Vitality.»
- Antall brukere > 75 år hvor det er gjennomført legemiddelgjennomgang og ernæringskartlegging siste år. Målt ved bruk av takstkode 2Id – Legemiddelgjennomgang hos kommunens fastleger.
- Bruk av takstkode 14 tverrfaglig møte for pasienter > 70 år.
- Antall brukere > 75 år med kommunale tjenester som benytter tilbud om fysisk trening, dagsenter og ernæringsoppfølging. → tas bort, har ikke tilgjengelige målepunkter.
- Varighet på opphold i langtidsinstitusjon for eldre > 75 år. Oppholdets varighet telles fra innleggelse til mors.
- Andel tjenestemottakere > 75 år som har gjennomført IPLOS registrering og vurdering av skrøpeligheit innen 14 dager etter første kontakt.

## Pasientene og pårørende

- EQ5D 5L – kvalitetsmål for pasientene
- CarerQoL – kvalitetsmål for pårørende

For enkelte av målepunktene er det aktuelt at UiO hjelper oss å gjennomføre nullpunkts målinger. De har midler i sitt NORCHER prosjekt til å følgeforske prosjekter som innfører nye tjenestemodeller. Målet med prosjektet er å evaluere og formidle kunnskap knyttet til helsetjenestetilgang, kostnadseffektivitet og kvalitet. Med bakgrunn i situasjonen i helsevesenet og påvirkningen fra COVID-19 i hele 2020 vil det være mest formålstjenlig og benytte seg av tall fra 2019 som referanse.

## 4. Forankring



### Organisasjonskart – Larvik kommune.

Arbeidet startet med utgangspunkt i SU i 2019. Kommunalsjefen for Helse og mestring i Larvik sitter i utvalget og anerkjente arbeidet. Virksomhetsleder for Larvik helsehus ble kommunens representant i forprosjektet. Da forprosjektet ble vedtatt videreført som pilot i Larvik var kommunalsjefen og

virksomhetsleder/prosjektdeltaker enig om at det var hensiktsmessig at virksomhetsleder fortsatt som kommunal representant i prosjektgruppen. For å sikre flyten inn i den kommunale organisasjonen ble denne også ansvarlig for oppstart i Larvik. For å sikre forankring i kommunen og synliggjøre SiV sin satsing har prosjektleder fra SiV deltatt med orientering i kommunalsjefens ledergruppe to ganger samt hatt orientering for den store ledergruppen i Helse og mestring i Larvik. Dette utgjør alle avdelingsleder, virksomhetsledere, virksomhet rådgivere og kommunalsjefen med rådgivere og kommuneoverlege. Prosjektleder har også hatt orientering for kommunens politikere i Hovedutvalget for Helse, Omsorg og mestring.

For å sikre forankringen inn mot legetjenesten i kommunen har prosjektet deltatt på møter i allmennlegeutvalget i september og november. Det har også vært arrangert et eget informasjonsmøte av en halvtimes varighet for fastlegene i februar-22. Ytterligere involvering av fastlegene ble sikret ved at vi gjennomførte en halvdags workshop i april hvor alle fastleger ble invitert. Det var kommuneoverlegen som sendte ut invitasjon til disse møtene på vegne av prosjektet.

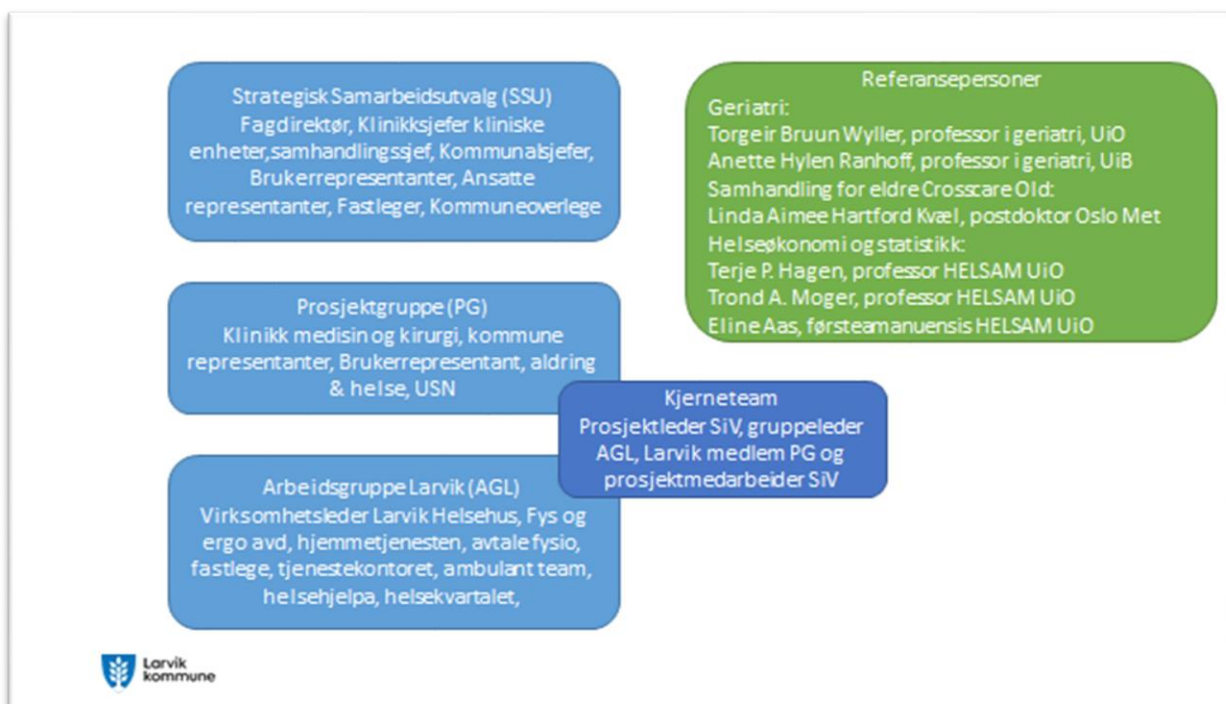
For å sikre framdrift i prosjektet etablerte SiV og Larvik et kjerneteam, bestående av to representanter for hver. Beskrivelse av kjerneteamet følger under. Kjerneteamet har møttes i forkant/etterkant av arbeidsgruppene for å forberede eller evaluere.

Ved oppstart av arbeidet i Larvik arrangerte kjerneteamet våren 2021 et orienteringsmøte med aktuelle virksomhetsledere, avdelingsledere, rådgivere og tillitsvalgte. I dette møtet avklarte vi rammen for arbeidet og hvilke avdelinger med hvilke representanter som burde utgjøre arbeidsgruppen. Første møtet i arbeidsgruppen ble satt etter sommerferien 2021. Med den brede forankringen og tydelige kommunikasjonen om at dette var et arbeid helseledelsen i kommunen sto samlet om var det enklere for deltakerne og deres ledere å frigjøre ressurser til å delta på planleggingsmøtene. Det er alltid sårbart når noen må ut av sine faste oppgaver, men med en tydelighet fra overordnet ledelse på at dette er et prioritert område, har det gjort det enklere "å gå ifra" sine daglig gjøremål for å delta i utviklingsarbeidet.

- Virksomheter og avdelinger som ble involvert i arbeidsgruppen:
  - Virksomhet hjemmetjenester
  - Virksomhet Larvik helsehus med representant fra ergo- og fysiotjenesten og Presteløkka rehabilitering (døgnehilitering)
  - Tjenestekontoret
  - Ambulant team
  - Helsehjelpen
  - Fastlege
  - Avtalefysioterapeut
  - Brukerrepresentant, Det ble gjort forsøk å få med en, men vi lyktes dessverre ikke med det innledningsvis

## 5. Organisering

Prosjektet er organisert i styringsgruppe, prosjektgruppe, referansegruppe, arbeidsgruppe, og kjerneteam.



### Organisasjonskart prosjektet

#### 5.1 Styringsgruppe

Styringsgruppe for prosjektet er Strategisk samarbeidsutvalg (SSU). I strategisk samarbeidsutvalg er alle kliniske klinikker ved Sykehuset i Vestfold representert ved klinikksjef, i tillegg møter fagdirektør og samhandlingsjef. Alle kommunene deltar med hver sin representant utpekt av kommunedirektør som regel helsesjefer ell. posisjon. Det er to brukerrepresentanter, en kommuneoverlege, to fastlegerepresentanter og fire ansatte representanter. SSU er en del av helsefelleskapet organisert under partnerskapsmøtet.

Dette prosjektet utgjør ett av to samhandlingsprosjekter med SSU som styringsgruppe.

#### 5.2 Prosjektgruppe

Består av representanter fra sykehuset i Vestfold, kommunehelsetjenesten, fastlege og brukerrepresentant. Sykehuset er representert ved prosjektleder (medisinsk klinikk), PKO og prosjektmedarbeider fra kirurgisk klinikk. Prosjektgruppen har hatt hyppige møter i 2021, men med lengre intervall utover i prosjektperioden.

#### Prosjektgruppe:

Navn	Rolle	Ansatt ved
Marte Wang-Hansen	Prosjektleder	SiV – samhandling
Geir Dunseth	PKO	SiV - samhandling
Ragna Gjone	Virksomhetsleder Larvik helsehus	Larvik
Ingebjørg L. Kyrдалen	Studieleder - fagskolen	SiV – Aldring og Helse
Thea Cathrine Bredholt	Fagkonsulent - demens	SiV – Aldring og helse
Elin Saga	Kvalitetsrådgiver/PhD. stipendiat	SiV – Akuttsenter/Kirurgisk klinikk
Mabroor Ahmad	Legetjenesten AMM	SiV – medisinsk klinikk akuttsenter

<b>Karina Hansen</b>	Pasientkoordinator	Tønsberg
<b>Lise Tanum Aulie</b>	Rådgiver Leve hele livet	Sandefjord
<b>Linda Solem</b>	Leder av koordinerende enhet ved tjenestekontoret	Horten
<b>Kathrine Røyset Andresen</b>	Smidsrød helsehus og rehabilitering	Færder
<b>Jakob Yngvi Fridriksson</b>	Avd. leder tverrfaglige tjenester	Holmestrand
<b>Gro Næss</b>	Universitetslektor	USN
<b>Mona Helen Knudsen</b>	Brukerrepresentant	SiV

### 5.2.1 Gruppens arbeid

Prosjektgruppen startet sitt arbeid våren 2021, de aller fleste møtene har vært gjennomført digitalt. Agenda og materiale har vært sendt ut i forkant og referat ført til hvert møte. Medlemmene i prosjektgruppen har vært relativt stabilt gjennom prosjektperioden, med noe utskiftning i enkelte kommuner.

Involvering og kunnskapsdeling har vært svært viktig for forankring av prosjektet. Det har derfor vært gjennomført en rekke presentasjoner om status og informasjon i prosjektet underveis:

### 5.2.2. Møteplan

2021:

1. 15.3 Teams
2. 22.4 Teams
3. 19.5 Teams
4. 16.6 Olav Trygvasons gate 4, Tønsberg
5. 19.8 Felles fysisk workshop heldag Træleborg Konferansesenter11 sammen med AGL
6. 15.9 Solvang
7. 6.10 Solvang
8. 17.11 Solvang

2022:

1. 12.1 Teams
2. 23.3 Larvik
3. 18.5 Olav Trygvasons gate 4, Tønsberg

Møtene har vært gjennomført dels som fysiske og dels som digitale møter. Møtets varighet har stort sett vært 3 timer med servering av lunsj til deltakerne etter møtet. Temaene for møtene har variert. Stort sett som en miks av presentasjon ved prosjektleder, gruppearbeid og felles diskusjon. Felles diskusjon har vært viktig, i og med at alle kommunen har ulike utgangspunkt hva gjelder organiseringen av sine tjenester.

De fleste representantene har hatt stabil tilstedeværelse i prosjektgruppen. Vi ser at det er sykehuset sine representanter som oftest uteblir fra møtene (prioritering av andre arbeidsoppgaver).

### 5.3 Kjerneteam

Høsten 2021 ble en mer operativ og liten gruppe fra Larvik kommune og SiV satt sammen. Dette for å bedre koordineringen mellom prosjekt- og arbeidsgruppe og planlegge møtene i arbeidsgruppa. Kjerneteamet har bestått av overordnet prosjektleder, prosjektleder Larvik/virksomhetsleder Larvik

Helsehus, virksomhetsrådgiver Larvik kommune og SIV-representant kirurgisk klinikk. Da eldrehelsekoordinator i Larvik kommune ble ansatt ble også denne inkludert i kjerneteamet. Teamet har gjennomført korte statusmøter for oppdatering og fordeling av arbeidsoppgaver innimellom møtene i arbeidsgruppa.

#### 5.4 Arbeidsgruppe Larvik

Larvik ble i SSU møtet i mai 2021 valgt til pilotkommune i prosjektet. I etterkant av dette møtet ble det i juni 2021 etablert en arbeidsgruppe i Larvik kommune opprettet. Gruppen har vært ledet fra kommunens side med Virksomhet Larvik helsehus. Arbeidsgruppen har bestått av, hjemmetjeneste, ergo-/fysioterapeuter, tjenestekontoret, Helsehjelpen med digital hjemmeoppfølging, fastlege, avtalefysioterapeut. Fra SIV er prosjektleder og representant kirurgisk klinikk representert. Arbeidsgruppen har hatt møter hver 4.-6. uke. I praksis har kjerneteamet ledet møtene og arbeidet og prosjektleder fra SiV har deltatt på alle arbeidsgruppemøtene.

##### 5.4.1 Gruppens arbeid:

- kartlegging av hvor mange som potensielt vil inkluderes i prosjektet ut fra inklusjonskriteriene som ble satt opp fra oppstarten
- hvilke arbeidsverktøy og metoder skal brukes i kartlegging av pasientene
- samarbeid med øvrige tjenester
- kartlegging av aktuelle kommunale tjenester som kan være aktuelle tiltak for denne pasientgruppen.

Vi har laget en mindre gruppe som har samhandlet med fagansvarlig for kommune EPJ. Vi har brukt mye tid på å bygge opp en hensiktsmessig rapport og dokumentasjon mal for forsterket utskrivning og Helsestasjon for eldre. Dette har tidvis vært utfordrende da det er et tett samarbeid på tvers av forvaltningsnivå hvor det er avgjørende at både kommunalt ansatte og SiV ansatte har tilgang både til å lese og dokumentere. Det har også vært viktig å organisere journalen så det er synlig for andre som gir tjenester til samme pasient. Kartleggingen som gjøres er omfattende og vil gi mye nyttig informasjon som kan predikere videre tjenester både her og nå og for eventuelle fremtidig behov. Teamet som utgjør den operative driften, har samarbeidet med aktuelle om å lage hensiktsmessige prosedyrer for arbeidet.

##### Arbeidsgruppe Larvik Kommune:

Navn	Rolle/ansatt ved
Hanne Gry Sæther	Gruppeleder sluttet 01.11.21
Ragna Gjone	Virksomhetsleder Larvik Helsehus
Stine Eftang Vaadal	Gruppeleder fra 01.11.21
Camilla Michelsen Cederborg	Avd. koordinator ergo- /fysioterapitjeneste
Ane Aarsten	Sykepleier i ambulant team
Linda Nilsen Augland	AKS i helsehjelpen
Ragne Farmen	Prosjektutvikler helsekvartalet
Marit Solhaug	Avd. koordinator tjenestekontoret
Marianne Aasheim	Virksomhetsrådgiver i hjemmetjenesten
Tanita Kulow	PKO Larvik
Øyunn Vågslid Lindheim	Rådgiver hjemmetjenesten
Tanja Stalaker	Avtalespesialist fysioterapi
Marte Wang-Hansen	Prosjektleder

Elin Saga

Prosjektmedarbeider

#### 5.4.2 Møteplan

**2021:**

1. Oppstartsmøte i Larvik 30.juni,
2. 19.8 Felles møte heldag T11 (PG og AGL)
3. 8.9 Larvik
4. 29.9 Larvik
5. 10.11 Larvik
6. 8.12 Teams

**2022:**

1. 5.1 Teams
2. 16.2 Larvik
3. 16.3 Larvik
4. 25.5 Larvik

Møtene har vært avholdt vekselvis fysisk i Larvik og digitalt på Teams eller Google Meet. Varigheten på møtene har vært 3 timer. Innholdet i møtene har vært planlagt av kjerneteamet og har vekslet mellom presentasjoner, gruppearbeid og diskusjoner i plenum. Til møter hvor vi har tatt opp spesifikke tema som kommunikasjonsstrategi, dokumentasjon etc har vi invitert inn ytterligere deltakere.

#### 5.4.3 Konklusjoner etter heldagsmøte august 2021:

Generelt ved nye vedtak: saksbehandler reiser hjem til pasienten (grunnet Covid-19 ofte erstattet med telefon). Gjerne med pårørende 1-3 uker etter første kontakt. Sykepleier reiser ut på vanlige henvendelser – satt av 1t til kartleggingsskjema. Fokus er IPLOS og bakgrunnsinformasjon. Kommunikasjonen med elektroniske PLO meldinger oppleves god på tjenestekontoret. Utveksler meldinger med FL og SiV.

Del 2 av møtet var viet til TEKNOLOGI, digitale hjelpemidler og foredrag knyttet til avstandsoppfølging og digitale tjenester ved Kathrine Berntsen og Linda Augland.

Larvik kommune har bygget opp individuelt tilpassede planer til en del bruker med KOLS og hjertesvikt som del av sin digitale hjemmeoppfølging (DHO). DHO bruker DIGNIO som journalsystem. DIGNIO har ikke utveksling av dokumenter verken med FL (InfoDoc) eller HSP (Profil). Brukere oppfordres derfor til å medbringe nettbrett til eksterne behandlere/institusjon. Chat funksjon for deltakerne. SiV bruker Checkware som leverandør av sine digitale avstandsoppfølgings program.

Pasientgrupper som ekskluderes for den type oppfølging i dag er: rus, psykiatri og demens

- Teknologiske løsninger kan ikke erstatte personlige møter.
- Det kan gi mer frihet og fleksibilitet for de som ønsker det.
- Motivere til hjemme-trening evt. digitale treningsgrupper.
- Godt verktøy for tverrfaglige møter SiV – KHT – FL – pas/pårørende, i dag bruker Larvik norsk helsenett, SiV bruker Whereby.
- Skreddersy individuelle planer
- Samkjøre ressurser

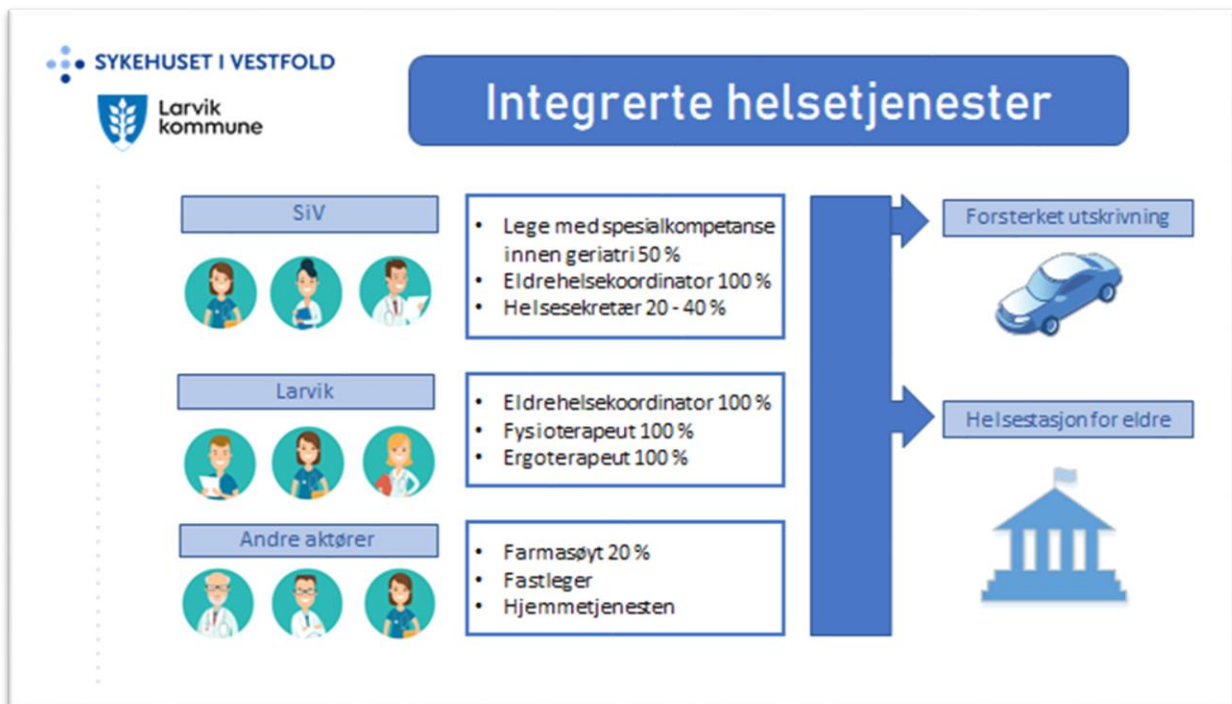


## 5.5 Brukermedvirkning

Det var bred enighet om å inkludere bruker i arbeidsgruppen i Larvik for ivaretagelse av brukerperspektivet. Dette ble besluttet på det innledende møtet juni -21. Til tross for dette viste det seg vanskelig å rekruttere en brukerrepresentant. Covid-19 er en sentral årsak. Det meste i kommunen har fått nye arbeidsformer, og de fleste møter har vært digitale. Det har krevd både utstyr og kompetanse til denne arbeidsformen. Det var dialog med Virksomhetsleder av Helsehuset og en innbygger med både bruker-/pårørendeerfaring og kompetanse innen brukermedvirkning. Vedkommende hadde ikke kapasitet til å delta fast i gruppen, men ga seg tid til råd om sammensetning av arbeidsgruppen for å få tilstrekkelig kraft til å operasjonaliser arbeidet og sette det ut i live. Vedkommende påpekte viktigheten av å ha en arbeidsgruppe som ikke bare besto av ledere, men også klinikere. Denne sammensetning mente brukeren ville gi tyngde til forankring underveis og kompetanse til å se hva som er viktig for å iverksette arbeidet i drift. Da vi ikke fikk bruker med i arbeidsgruppen, besluttet vi at vi måtte teste ut konseptet når det var ferdig planlagt når tester og arbeidsmetodikk var klart. Vi har vært heldig å komme i kontakt med to eldre damer som var i målgruppen. Begge var villige til å gjennomføre en undersøkelse ved Helsestasjon for eldre og ga oss verdifull tilbakemelding etter undersøkelsen.

## 6. Resultater

Innledende fase og beslutte prosess er gjennomført, vi har utviklet modell forslagene videre for integrerte helsetjenester. De har fått følgende navn: 1) helsestasjon for eldre og 2) forsterket utskrivning. De beskrives under og har ulik innretning både for rekruttering av pasienter og hvordan pasientene blir fulgt opp.



### 6.1 Ansatte

Vi har i prosjektet definert en ny stillingsbetegnelse både i sykehuset og kommunen. Det er rollen som eldre helsekoordinator. Det er ansatt en sykepleier med geriatrisk vurderingskompetanse (GVK) i SiV. Ved utlysning av stillingen søkte vi etter en sykepleier med GVK eller kompetanse som spesialist i avansert klinisk allmennsykepleie (AKS). I kommunen har ingen av de ansatte i teamet formell geriatrisk kompetanse, men alle har jobbet mye med eldre i sitt tidligere virke.

Ved SiV er det ansatt en geriatr i 50%, eldre helsekoordinator i 100% og helsesekretær i 20%. Det er også avtalt med sykehusapoteket farmasøytbistand i 20%. Stillingene i SiV er i prosjektperioden lagt til samhandlingsenheten, med samhandlingssjef Irene Jørgensen som nærmeste leder.

I Larvik kommune er de ansatte omdisponert fra stillinger i andre enheter. Sykepleier og eldre helsekoordinator er ansatt i hjemmetjenesten i en fagutviklingsrolle og har kompetanse som intensivsykepleier. Fysio- og ergoterapeuten er flyttet fra Larvik Helsehus til teamet. De kommunalt ansatte skal fylle 100% stilling for å kunne dekke behovet for både forsterket utskrivning og helsestasjon for eldre.

Geriatr og eldre helsekoordinator fra SiV er lokalisert i Larvik en dag i uken. Resten av samarbeidet og tverrfaglige møter foregår digitalt.

## 6.2. Kartleggingssamtale

Anamnese	Stikkord	Egne notater	X
Tidligere sykdommer			
Legemidler	MD, dosett, esker? Medisineringsstøtte? Kilde (pas/pårør). Hva tar pasienten faktisk? (oversikt/orden).		
Stimulantia	Røyking? Alkohol?		
Regelmessig besøk hos fastlege?			
Sykehusinnleggelse			
Familie/sosialt/kommunale tjenester	Ektefelle, barn, barnebarn, venn DHO, hjemmetjeneste, medisineringsstøtte, praktisk bistand, trygghetsalarm		
Bolig	Type bolig, inngangsparti, etasjer, trapper, gelender, heis, dørterskler, tepper, hjelpemidler, tilrettelegging		
Tidl. yrke/utdanning			
Aktiviteter/interesser	Hva liker du å holde på med?		
Bilkjøring/transport			
Trygg hjemme	Komfyrvakt, tilsyn brannvesen?		
Hva er viktig for deg?			
Fysisk funksjon	Stikkord	Egne notater	
Generell funksjon	Gangfunksjon, ganghjelpemidler, forflytningsevne		

Fall	Falltendens, hendelsesforløp til fall, obs BT. Svimmel/ustø. Førlighet i føtter.		
Smerter	Lokalisasjon, type, situasjon. Evt. effekt sm.stillende?		
Ernæring			
Tannstatus	Proteser, smerter/ubehag, tannlege, munnhygiene		
Søvn	Innsøvningsvansker, oppvåkninger, tretthet dagtid, medikamenter/annet sentralstimulerende?		
Eliminasjon	Kontinent/ikke kontinent for urin og avføring		
Syn	Briller, grå/grønn stær, optiker, øyelege		
Hørsel	Høreapparat, hørsel-/samtaleforsterker, otoskopi		
<b>Psykisk funksjon</b>			
<b>Kognitiv funksjon</b>			

### 6.3 Strukturelle kartleggingsverktøy:

Orienterende somatisk status: NEWS

Fysisk funksjon: Short Physical Performance Battery ([SPPB](#)) og gripestyrke

Kognitiv funksjon: [miniCOG](#),

Psykisk funksjon: Geriatrisk Depresjonsskala, [GDS-15](#)

Ernæringsstatus: vekt og høyde og BMI og MUST

Hørsel: Hvisketest

Syn: Snellen synstavle

Pasientopplevd livskvalitet: EQ5D-5L

ADL vurdering: Lawton og Brody i- og pADL.

Pårørende intervju (hvor indisert): IQCODE

Klinisk skrøpeligkhetsskala: Clinical Frailty Scale (CFS)

## 6.4 Forsterket utskrivning

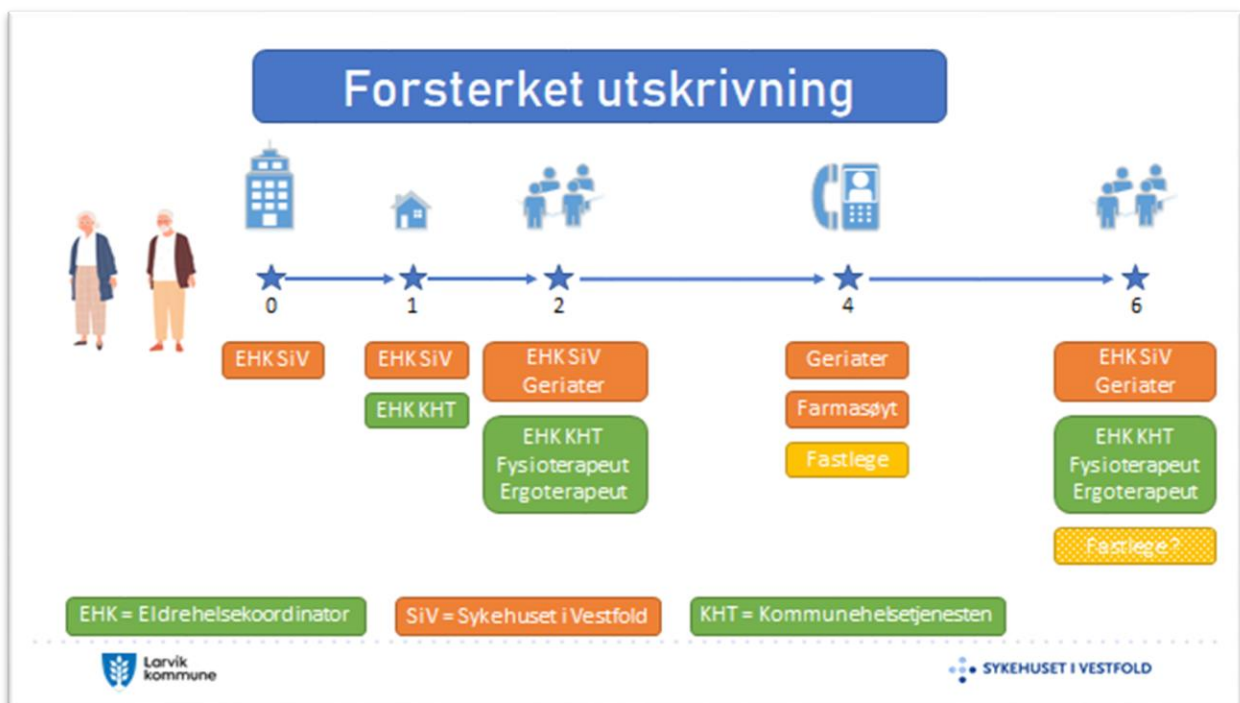
Tilbudet rekrutterer pasienter som er innlagt på sykehuset. Eldrehelsekoordinator ved SiV går gjennom lister over innlagte pasienter som har fylt 75 år og som er registrert med Larvik som bostedskommune daglig. Etter å ha vurdert klinisk skrøpeligkhetsskala (inkludering av pasienter som skårer 4-7) kontaktes sykepleier på sengeposten og det avtales visitt hos pasienten. Pasienten får informasjon skriftlig og muntlig og tilbud om hjemmebesøk ca. 1 uke etter utskrivelse.

På hjemmebesøket møter eldrehelsekoordinator fra SiV sammen med en representant fra teamet ansatt i Larvik kommune. Kartleggingen som gjennomføres er beskrevet i punkt 6.2 og 6.3.

Etter gjennomført kartleggingsbesøk gjennomføres et tverrfaglig møte hvor alle yrkesgrupper er representert. Dette gjennomføres fysisk eller på video. Ved gjennomgang av pasientene benyttes løpenummer og deltakerne i teamet har tilgang til dokumentasjon utført både i DIPS og profil. Det er viktig for å kunne iverksette riktig tiltak og oppfølging videre. Det gir god oversikt over pasientens totale helse- og omsorgstilbud.

Som ledd i videre utredning gjennomføres et tre-parts samarbeid knyttet til pasientens LM behandling. Her er farmasøyt, geriater og fastlege involvert. Se punkt 6.5 under.

Pasientforløpet avsluttes etter 4-6 ukers oppfølging. Da gjennomgås oppfølgingen av planlagte tiltak og det utarbeides en egenbehandlingsplan for pasienten. Den sendes både til pasienten og pasientens fastlege.



*Forsterket utskrivning forløp*

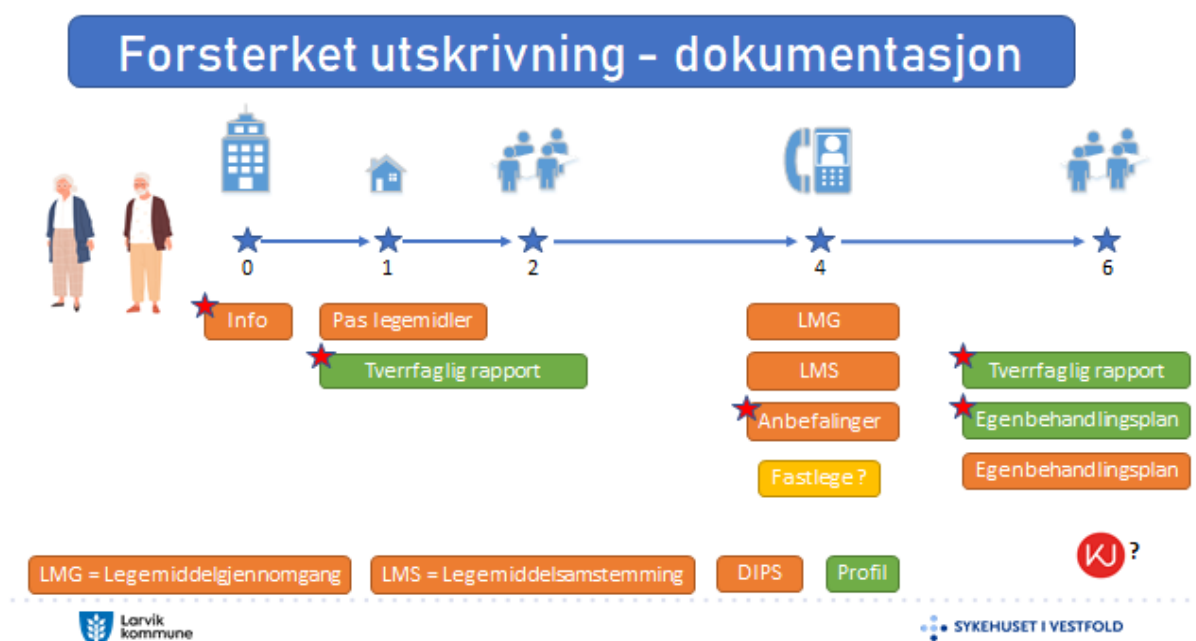
Ved forsterket utskrivning dokumenteres besøk og tiltak etter følgende mal. Se figur Forsterket utskrivning – dokumentasjon. Stjernemerkede dokumenter er dokumenter som sendes mellom systemene og ut til fastlegen.

Info: inneholder informasjon om tilbudet og om pasienten har takket ja eller nei.

Tverrfaglig rapport: inneholder tverrfaglig kartlegging og gjennomgang med forslag til tiltak og oppfølging.

Anbefalinger: inneholder informasjon om legemiddelendringer, undersøkelser og blodprøver for å fullføre en fullstendig LMG. Der står også hvem som har ansvaret for å informere pasienten og oppdatere reseptformidleren.

Egenbehandlingsplan: inneholder informasjon om mål og tiltak rettet mot pasienten. Skrevet med et språk pasienten kan forstå.



#### Forsterket utskrivning – dokumentasjon

Test av ambulant team startet i februar og mars 2022 med to hjemmebesøk av sykepleiere fra SIV og Larvik kommune. Dette var pasienter som hadde tjenester fra tidligere. Der ble det testet ut

- Sekk til bruk i hjemmebesøk (sekk med mange rom er en forutsetning)
  - Innhold:



- Vekt
- Brosjyrer
- Blodtrykksapparat
- Dokumenter, penner osv.
- Informasjon:
  - Hvor mye informasjon er nødvendig å gi pasient og pårørende om arbeidet.
  - Hvor mye informasjon bør helsepersonell i det ambulante teamet innhente for å være godt nok orientert, men unngå for mye forforståelse av pasientens situasjon.
  - Det ble utformet en brosjyre:
- Tidsbruk
- Gjennomføring av kartlegging

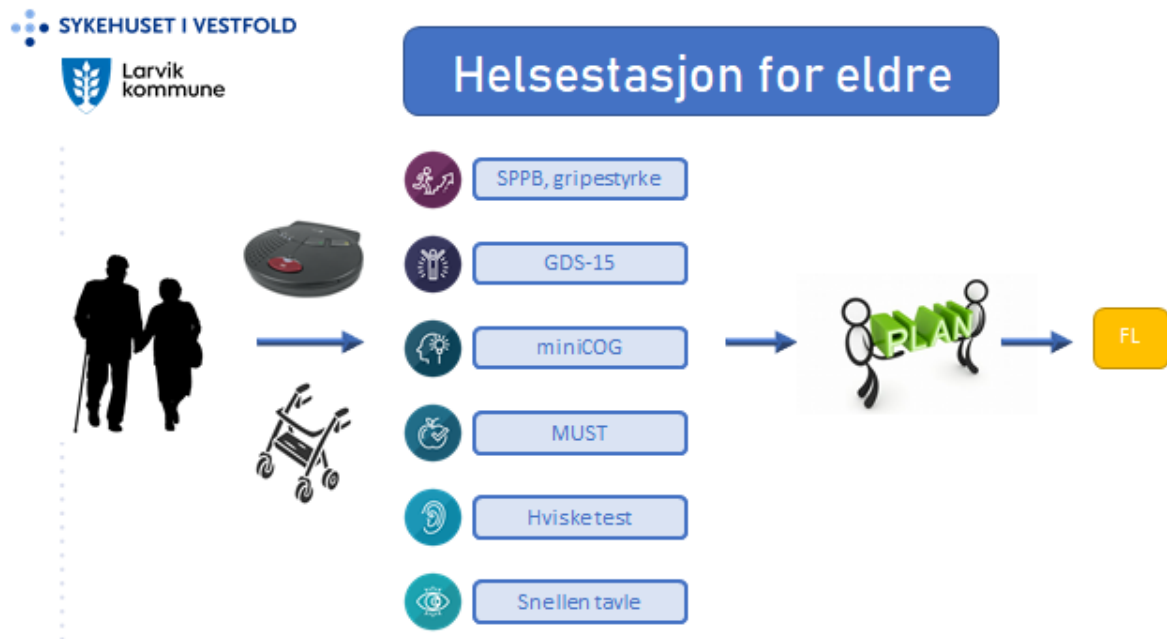
#### 6.4.1 Legemidler

Eldrehelsekoordinator fra sykehuset innhenter "pasientens legemiddelliste" (PLL) i samarbeid med pasient og pårørende ved første hjemmebesøk.

PLL gjennomgås av farmasøyt og samstemmes med medikamentlisten i epikrisen. Farmasøyten gjør videre en legemiddelgjennomgang (LMG) og kommer med forslag til endringer i et eget notat i DIPS. Geriateren i teamet gjør sin selvstendige LMG som dokumenteres i DIPS og sammen gjennomfører de et møte med pasientens fastlege på telefon/video. Anbefalingene som de tre partene blir enige om i dette møtet nedfelles i et DIPS notat som sendes til fastlegen. I møtet blir de enige om hvem som skal oppdatere reseptformidleren og informere pasienten om eventuelle endringer.



## 6.5 Helsestasjon for eldre

*Helsestasjon for eldre*

Det ble etablert to undersøkelsesrom til Helsestasjon for eldre og kontorplasser til personell som er i klinisk arbeid, både de kommunalt ansatte og ansatte fra SiV. I tillegg har temaet tilgang på møterom for nødvendig samarbeid. Beliggenheten for dette ble diskutert i kommunalsjefens ledergruppe. Det var bred enighet om at dette burde etableres i tilknytning til kommunens tjenstekontor og et pågående prosjekt kalt Helsehjelpen. Helsehjelpen har bl.a målsetning om å arbeide med informasjon til innbyggerne om hva man selv kan gjøre for å ivareta egen helse, samt bredde bruk av velferdsteknologi og digital hjemme oppfølging (DHO) til aktuelle brukere/pasienter. Ved en liten omstrukturering internt flyttet Helsehjelpen og Integrerte helseteam sammen og etablerte felles kontorareal i tilknytning til Tjenstekontoret. Med dette ønsker man å legge til rette for daglig og tett dialog mellom aktørene, at man lærer hverandres tjenester å kjenne og på den måten får et tett samarbeid og implementering i kommunens øvrige tjenester.

Utstyr som ble kjøpt til Helsestasjon for eldre:

- Blodtrykksmåler
- Pulsoksymeter
- Vekt
- Temperaturmåler
- Hånd dynamometer
- Otoskop
- Stetoskop
- Stoppeklokke
- Snellen tavle
- Høydemåler fastmontert på vegg
- Samtaleforsterker
- PEP fløyte

- Treningsstrikk
- Gripeballer

De ansatte bruker sine private biler til hjemmebesøk og skriver reiseregning etter statens takster.

Undersøkelseromene er enkelt utstyrt. Det er skrivebord som er plassert så det lar seg gjøre å gjennomføre skrivebords undersøkelser for brukere på det. Vi har stabile stoler med armlene. Vi kunne med fordel hatt armlene som ikke var avrundet i forkant. Dette hadde gitt bedre støtte for dem som er avhengig av armlene når de setter og reiser seg. Videre er det digital vekt og ekstrastol uten armlene. Begge undersøkelserom har behandlingsbenk, ribbevegg og fastmontert høydemåler. Rommene må ha en størrelse som tillater at bruker kan komme inn med rollator. Måling av ganghastighet (inngår i SPPB) bør foregå i lokaler uten forstyrrelser og gjennomgangstrafikk.



## 6.6 Digitalt samarbeid

Det eksisterer en "usynlig digital mur" som hinder trygg og effektiv utveksling mellom parter som har interesser i saken. Digitale løsninger, EPJ systemer og osv. har vært og er fortsatt den største barrieren for å få til et tettere samarbeid mellom, HF, kommune, fastleger og andre. Larvik kommune bruker Profil som EPJ system og Digneo ift. DHO, fastleger bruker ulike systemer og SIV benytter Dips som EPJ og disse er i liten eller ingen grad knyttet sammen og gir lite rom for effektiv utveksling av dokumenter og informasjon. Også i forbindelse med å planlegge felles møter og digitale møteplattformer er det svært ulike systemer som benyttes. Sykehuset har Teams og Whereby, Larvik kommune Google



Piloteringen og de første pasientene har vist oss at behovet for å tilpasse løsninger er enda større enn det vi var klar over. Det er derfor et pågående arbeid med IKT både ved SiV og Larvik for å finne løsninger som er mulige innenfor nåværende systemer. Foreløpig er det bruk av dialogmeldinger og epikriser som brukes. Vi har ingen løsning for egenbehandlingsplan, eller behandlingsplan for pasienten hvor flere aktører kan skrive i samme dokument.

Prosjektet har også vært invitert inn i et samarbeid med Direktoratet for e-helse og Helsedirektoratet for å få på plass bedre digitalt samarbeid (egenbehandlingsplan) på nasjonalt nivå.

#### 6.2.1 Kortfattet beskrivelse på status innenfor digitalt samarbeid:

- **Dialogmelding:** Vi fikk i mai 2022 på plass å kunne bruke dialogmelding til å utveksle informasjon med kommunehelsetjenesten for integrerte helsetjenester for eldre for alle SiV ansatte i teamet. Dialogmeldingen brukes i pasientbehandling som ikke er dekket av egne standarder, for eksempel epikrise, henvisning, laboratoriesvar og lignende.
- **Videokonsultasjon Bideo-** et digitalt system levert av Telenor med enkelt brukergrensesnitt testet ut for å involvere geriater under hjemmebesøk. Dette har fungert greit i de tilfeller et er testet og er en mulighet for videre utvikling av digitale løsninger. Det har så langt vært best egnet som et verktøy som brukes mellom behandlere. Dette skal benyttes i møte mellom geriater i team, farmasøyt og fastleger. Fastlegene har ønske om at det skal foregå ført og fremst som videomøte, men kan også være telefonkonferanse der det er naturlig.
- **Digital hjemmeoppfølging (DHO):** Larvik kommune har i dag DHO som et tilbud ut mot utvalgte KOLS pasienter. Det gjøres nå rutinemessige forespørsler under hjemmebesøk fra forsterket utskrivning for å kartlegge om pasienten er egnet for DHO. Dette kan f.eks. være å følge opp BT, SpO2 eller andre sentrale kliniske parametere som påvirker klinikk og livskvalitet. I tillegg har det

## 7. Økonomi

For integrerte helsetjenesteteam er det utviklet egne takster og egne krav til samarbeid og oppbygning av tjenesten. Informasjonen under er hentet fra ISF informasjonen sykehuset har mottatt fra helsedirektoratet.

**“For strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige integrerte team** sammen med kommunehelsetjenesten skal særkoden B0045 Strukturert oppfølging fra tverrfaglige integrerte team registreres. Dette dreier seg tjenester der pasient mottar strukturert oppfølging gjennom integrerte tverrfaglige team. Tilsvarende har en PACT- og ACT-team innen psykisk helsevern og TSB.

Særkoden kan registreres en gang per kalendermåned. Pasienten må ha mottatt oppfølging eller behandling fra teamet i minimum halvparten av kalendermåneden for at særkoden skal kunne registreres.

Øvrige krav:

- Teamet skal tilby utredning og integrert behandling for pasienter med store, sammensatte og/eller kroniske tilstander
- Temaet skal være opprettet gjennom en særskilt samarbeidsavtale mellom helseforetaket og kommunen pasienten er bosatt i
- Behandlings- og oppfølgingsansvar skal ligge hos teamet
- Teamet skal være sammensatt med en jevn fordeling av helsepersonell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten
- Tverrfaglig sammensatt team bestående av minst tre helsepersonellgrupper, hvorav minst en er lege ansatt i spesialisthelsetjenesten
- Teamet skal ivareta pasientens behov for kontinuitet i behandlingen. Dette innebærer å tilby ikke-tidsbegrenset behandling/rehabilitering
- Teamet skal være tilgjengelig når pasienten trenger det (også hver dag i perioder) eller sikre annen tilgjengelighet
- Det er krav om at pasienten har særskilt behov for oppfølging av integrerte team, og at personell fra både spesialist- og primærhelsetjenesten er involvert i oppfølging og behandling av pasienten

### 6.24 Samarbeidsaktiviteter med samarbeidsparter utenfor spesialisthelsetjenesten

Samarbeidsmøter skal rapporteres med prosedyrekodene nevnt under. Med samarbeidsmøte menes direkte kontakt med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten med formål om samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient og har en varighet utover 20 minutter.

Oppfølgings- og samarbeidssamtaler med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten kan rapporteres med prosedyrekodene nevnt under. Samtalen skal ha en karakter som bidrar til helsehjelp og samhandling om pasient.

De aktuelle prosedyrekodene (listet opp under) kan benyttes når:

- Aktiviteten er samarbeid om oppfølging eller behandling av pasient med samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten
- Samarbeid om oppfølging og behandling av pasient er hovedformålet med kontakten

- Kontakten har et formål hvor kontakt med spesialisthelsetjenesten er nødvendig for den videre oppfølgingen og /eller behandlingen av pasienten
- Kontakten er ikke av administrativ art og går utover ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene

Med kontakter av administrativ art menes for eksempel:

1. Oversendelse av journal, epikrise eller annen skriftlig dokumentasjon som allerede foreligger i spesialisthelsetjenestens systemer
2. Kontakt for å avtale møter mellom behandlere, eller timer for pasient
3. Kontakt som ikke handler direkte om pasienten tilstand eller behandling
4. Ordinær meldingsutveksling mellom tjenestene
5. Melding om utskrivningsklar pasient
6. Møter om generelle samarbeidsavtaler mellom kommuner og HF

Ordinære kodingsregler gjelder, herunder for koding av hovedtilstand (ICD-10).

For **samarbeidsmøter** med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

- WPBA10 Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, uten pasient, foreldre eller pårørende tilstede
- WPBA15 Oppfølgings- og samarbeidsmøter med tjenester utenfor spesialisthelsetjenesten, med pasient, foreldre eller pårørende tilstede

Kontakttype: 5 – Indirekte pasientkontakt

Indirekte aktivitet: 22 (Samarbeidsmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten), 23(Samarbeidsmøte (om pasient) med annen tjeneste) eller 71 (Telefon- og/eller videomøte (om pasient) med førstelinjen)

For samarbeidsmøter som kun foregår digitalt (telefon eller video) skal kode 71 benyttes. Ellers benyttes kode 22 eller 23.

For **oppfølgings- og samarbeidssamtaler** med ekstern samarbeidspart utenfor spesialisthelsetjenesten gjelder følgende rapporteringsregler:

- WPBA20 Oppfølgings- og samarbeidssamtale per telefon, med kommunal helse- og omsorgstjeneste, barnevern, NAV, eller skole- og utdanningsrelatert virksomhet
- WRBA24 Rådgivning og samarbeid mellom palliativt senter og kommunal helse- og omsorgstjeneste
- WMFG10 Kartlegging av pasientens behov for oppfølging ut over tjenester i spesialisthelsetjenesten (bistandsvurdering)

Kontakttype: 5 – Indirekte pasientkontakt

Indirekte aktivitet: 22 (Samarbeidsmøte (om pasient) med førstelinjetjenesten), 23(Samarbeidsmøte (om pasient) med annen tjeneste) eller 71 (Telefon- og/eller videomøte (om pasient) med førstelinjen)

For samarbeidssamtale som kun foregår digitalt (telefon eller video) skal kode 71 benyttes.

Oppfølgings- og samarbeidsmøter med pasient eller pårørende tilstede skal registreres med prosedyrekode WPBA15, jfr. ISF regelverket kapittel 7.6. Dette gjelder også møter som benyttes for veiledning rundt og demonstrasjon av behandlingstiltak. Dersom ekstern part er passiv deltaker under en konsultasjon med pasient eller pårørende, kan kontakten registreres som en ordinær konsultasjon. I grensetilfeller må skillet baseres på en faglig vurdering av hva som er hovedformålet med kontakten; samarbeid og veiledning/opplæring eller behandling av pasienten.

Merk at samarbeidsmøter omfatter veiledning og opplæring rettet mot behandling av en navngitt pasient. Generell veiledning og opplæring anses ikke som helsehjelp og er ikke ISF-aktivitet, men finansieres gjennom basisbevilgningen.

### 5.13 Ambulante konsultasjoner

Med ambulante konsultasjoner menes polikliniske kontakter som gjennomføres

av spesialisthelsetjenesten, utenfor rammen av ordinære fysiske lokaler i spesialist-helsetjenesten, og med bruk av virksomhetens eget personell. Den ambulante konsultasjonen må være rettet mot pasienten, foresatte eller andre nærstående personer som naturlig inngår i utredning og behandling av pasienten.

Aktiviteten skal rapporteres på samme måte som kontakter gjennomført i virksomhetens ordinære lokaler, med korrekt beskrivende rapportering av attributtet Sted for aktivitet innen NPR-meldingselementet Kontakt.

Poengtillegg for ambulante konsultasjoner gis for kontakter rapportert med Sted for aktivitet =4 "Hjemme hos pasienten" eller =5 "Ambulant sted utenfor spesialisthelsetjenesten". Unntak gjelder for enkelte DRGer.

Poengtillegget er 0,014 per ambulante konsultasjon. For enkelte kontakter gis det ikke slikt tillegg, se DRG-listen for oversikt."

## Stillinger

	Larvik	Sandefjord	Horten	Færder	Tønsberg	Holmestrand
Stilling			Q1 - 2023	Q3 - 2023	Q3 - 2023	Q3 - 2023
Prosjektleder	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %	17 %
Geriatr	50 %	60 %	40 %	40 %	60 %	40 %
Spesialsykepleier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Sekretær	40 %	40 %	20 %	20 %	40 %	20 %
Farmasøyt	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %	20 %
Fysioterapeut	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Ergoterapeut	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %
Spesialsykepleier	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %



SIV

Larvik



## Kostnader – årlig fra 2024

Prosjektleder	229 167	229 167	229 167	229 167	229 167	229 167
Geriatr	718 500	862 200	574 800	574 800	862 200	574 800
Spesialsykepleier	742 500	742 500	742 500	742 500	742 500	742 500
Sekretær	236 585	236 585	118 292	118 292	236 585	118 292
Farmasøyt	400 140	400 140	400 140	400 140	400 140	400 140
<b>Kostnad SiV</b>	<b>2 326 891</b>	<b>2 470 591</b>	<b>2 064 899</b>	<b>2 064 899</b>	<b>2 470 591</b>	<b>2 064 899</b>
Fysioterapeut	725 000	725 000	725 000	725 000	725 000	725 000
Ergoterapeut	725 000	725 000	725 000	725 000	725 000	725 000
Spesialsykepleier	797 500	797 500	797 500	797 500	797 500	797 500
Lønnskostnad kommune	2 247 500	2 247 500	2 247 500	2 247 500	2 247 500	2 247 500
Driftskostnader - utstyr mm	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
<b>Kostnad kommuner</b>	<b>2 347 500</b>	<b>2 347 500</b>	<b>2 347 500</b>	<b>2 347 500</b>	<b>2 347 500</b>	<b>2 347 500</b>
Vare-/driftskostnad:						
Forbruksmaterieill, bilkostnad, lisenser mm	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000
	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000	100 000



SIV

Larvik



## 8. Oppsummering

Vitality har til nå gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid for å kunne beslutte hva som er viktig for pasientene og deres pårørende. Det er et overordnet mål at innbyggerne skal gjøres i stand til å klare seg best mulig og lengst mulig i eget hjem. Vi vet nå mye mer om hvilke ressurser som ligger i systemene våre fra før, og noe av det viktigste har vært å i så liten grad som mulig opprette nye roller, men benytte de som allerede eksisterer. For eksempel har Larvik kommune valgt å omrokere på eksisterende ressurser og ikke ansatt noen nye for å fylle roller i teamene. Det har blitt gjennomført en omfattende kartlegging for å få oversikt over hvilke verktøy som benyttes i de ulike kommuner og HF og hvilke som er best egnet (validert). Det er svært nødvendig å ha en felles



Larvik  
kommune





kartleggingsmal, for både kvalitetssikring og mulighet for en felles forståelse av pasientens funksjonsnivå. WHO og nasjonale planer har ligget til grunn for alle beslutninger. Piloteringsfasen har gitt mye læring, spesielt ift. digitale utførelser som må på plass. Herunder følger en oppsummering av viktig læring fra prosjektet til nå og hva som kan sette retning for veien videre.

### 8.1 Dokumentasjon

Dokumentasjon har vist seg å være en særdeles stor utfordring da kommuner og SIV har ulike journal og dokumentasjonssystemer som ikke er integrert. Arbeid med dette pågår både på lokalt og nasjonalt nivå.

### 8.2 Forankring

Nødvendigheten av **forankring** for suksess- trenger velvilje til å satse uavhengig av klinikker for å lykkes. For eksempel har kirurgisk klinikk satt av ressurs til å delta. Denne forankringen har gjort det enklere å holde god dialog med klinikkledelse og orientere underveis. Prehospital klinikk har ikke vært involvert til nå. Det er noe som bør vurderes i videre arbeid.

### 8.3 Brukermedvirkning

Det har vært utfordrende å få på plass brukermedvirkning gjennom alle de ulike faser av prosessen. **Brukermedvirkning** i kommune har ikke vært ideell. Det er flere årsaker til denne utfordringen. Først og fremst har Covid-19 pandemien satt en stopper for dette samarbeidet. Det har vært forsøkt, men ikke vært mulig å rekruttere gode kandidater til å være med i lokal prosjektgruppe. Prosjektet innehar mange nivåer og fasetter, og det krever en viss innsikt i helsevesenet for å kunne bidra inn som brukermedvirker. Vi har fått god hjelp av en erfaren bruker i prosjektgruppen, men i arbeidet i Larvik kommune har denne rollen vært fraværende. Vi har valgt alternative måter og blant annet involvert pasienter i testfasen på helsestasjon og pårørende som kan si sin mening og komme med innspill til hvordan hjemmebesøk og helsestasjon for eldre kan tilpasses brukeres behov på best mulig måte. Vi konkluderer så langt med at dette kan være en egnet metode for å sikre brukermedvirkning og høste erfaringer for fremtidig arbeid av liknende karakter.

### 8.4 Fastleger

Fastlegene har vært utfordrende å få med som aktive deltagere i dette arbeidet. PKO leger og andre med spesiell interesse har deltatt, men flertallet av fastlegene i Larvik har ikke i stor nok grad vært involvert. Årsakene er sammensatte;

- det er lite tradisjon for et slikt samarbeid,
- fastleger uttrykker at de er skeptiske til at en geriater som ikke kjenner hele historien til pasienten skal gå inn og vurdere sammensetning av legemidler
- Fastleger har lite tid til dette
- det er mangel på fastleger
- opplever å bli "sett i kortene"

### 8.5 Kommunikasjon

Det er viktig å ha en kommunikasjonsplan rundt prosjektet og til befolkningen hvilke tiltak som skal gjennomføres. Det bør startes en prosess med kommunikasjon i kommuner og ved HF så snart som mulig og sørge for at det foreligger materiell og en oppgavefordeling rundt dette.

### 8.6 Deltagelse fra klinikere

Det har vært utfordrende å få klinikere fra SIV til å komme på møter og delta aktivt i prosjektet. Kommunene har i langt større grad fått til å sende personell. Det må være en forutsetning for videre

arbeid at samhandling prioriteres også fra SIV. Vilje fra ledelse er avgjørende for å få dette på plass. Rom og tid til å utvikle noe nytt-jobbe langsiktig.

## 9. Referanser

Veikart for tjenesteinnovasjon (KS) [Veikart for tjenesteinnovasjon - KS](#)

WHO som rammeverk [Integrated care for older people: guidelines on community-level interventions to manage declines in intrinsic capacity \(who.int\)](#)

Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023: [Nasjonal helse- og sykehusplan 2020-2023 - regjeringen.no](#)