

Virtuell avdeling – et nytt trinn i omsorgstrappen?

Systematisk geriatrisk vurdering
av skrøpelige eldre etter utskrivelse
fra sykehus, helsehus og
korttidsavdeling til eget hjem

SLUTTRAPPORT 2021



**Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester**

VIKEN (Østfold)



**INDRE ØSTFOLD
KOMMUNE**

INNHold

1. SAMMENDRAG	3
2. INNLEDNING	4
Prosjektorganisering	4
Prosjekt mål	5
3. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET	6
Virtuell avdeling – en tjenestemodell for hjemmeboende skrøpelige eldre	7
Begrepsavklaringer	7
Skrøpelige eldre	7
Helhetlig pasientforløp	8
Avansert klinisk/geriatrisk sykepleie	8
4. GJENNOMFØRING AV PROSJEKT VIRTUELL AVDELING - ET NYTT TRINN I OMSORGSTRAPPEN?	9
Metode	9
Samarbeid med koordinering og inntak	9
Samarbeid med enhetsledere for hjemmebasert tjeneste	10
Samarbeid med e-helse	10
Samarbeid med Sykehuset Østfold HF	11
Webinar om Avansert klinisk sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten	12
5. OPPSUMMERING	13
6. REFERANSER	14

1. SAMMENDRAG

Bakgrunnen for dette prosjektet er behovet for styrking av geriatrisk vurderings- og handlingskompetanse, kvalitet og sammenheng i kommunehelsetjenestene.

Hovedmålet med prosjektet har vært å initiere et forbedret pasientforløp tilrettelagt for skrøpelige hjemmeboende eldre i Indre Østfold kommune.

Prosjektet tar utgangspunkt i erfaringer fra tidligere pilotprosjekt med Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg kommune (2014-2016) (1). VA fikk nasjonal anseelse for gode oppnådde resultater med individuelt tilpassede tjenester, sykepleierfaglig og medisinsk oppfølging etter akutt og kronisk sykdom, tidlig identifisering av rehabiliteringsbehov og forebygging av reinnleggelse i sykehus.



Ida Lind (87) skryter til helse- og omsorgsminister Bent Høie av hjelpen hun fikk fra oppfølgingsteamet til Eidsberg kommune etter hun fikk hjertesvikt på ferie. Foto: Helse- og omsorgsdepartementet

Prosjektet Virtuell avdeling – Et nytt trinn i omsorgstrappen? har utredet ulike verktøy og samarbeidsformer for systematisk geriatrisk vurdering og oppfølging av skrøpelige eldre pasienter som utskrives fra sykehus til eget hjem. Verktøy og samarbeidsformer kan senere pilot-testes for et forbedret pasientforløp tilrettelagt for skrøpelige hjemmeboende eldre etter utskrivelse fra sykehus, helsehus og korttidsavdeling til eget hjem.

Vi ønsker å rette en stor takk til samarbeidspartnere i prosjektet og til Statsforvalteren i Oslo og Viken som har bidratt med finansiering av prosjektet.

Kontaktinformasjon:



Wenche Elisabeth Hammer,
Prosjektleder, Avansert klinisk geriatrisk sykepleier,
USHT Viken (Østfold),
wenche.hammer@io.kommune.no



Ina Kristin Blågestad,
Prosjektleder, Avansert klinisk geriatrisk sykepleier,
USHT Viken (Østfold),
ina.kristin.blagestad@io.kommune.no



Wenche Charlotte Hansen,
Leder USHT Viken (Østfold),
wenche.charlotte.hansen@io.kommune.no

2. INNLEDNING

Rapporten samler arbeidet for prosjektet Virtuell avdeling- et nytt trinn i omsorgstrappen? Prosjektet er ledet av Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjenester (USHT) Viken (Østfold) i samarbeid med Indre Østfold kommune. Prosjektet har utredet ulike verktøy og samarbeidsformer for systematisk geriatrisk vurdering og oppfølging av skrøpelige eldre pasienter som utskrives fra sykehus til eget hjem. Verktøy og samarbeidsformer kan senere pilot-testes for et forbedret pasientforløp tilrettelagt for skrøpelige hjemmeboende eldre etter utskrivelse fra sykehus, helsehus og korttidsavdeling til eget hjem.

Prosjektorganisering

Finansiering: Statsforvalter i Oslo og Viken (Kommunalt kompetanse og innovasjonstilskudd)

Prosjektsamarbeid: USHT Viken (Østfold) og Indre Østfold kommune

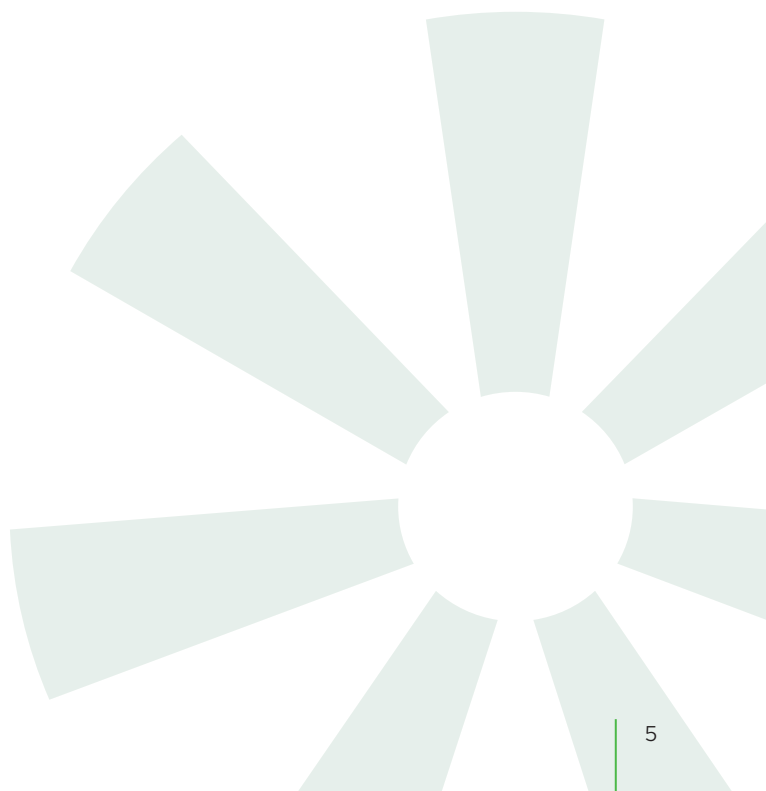
Prosjektledere: Wenche Hammer, avansert klinisk geriatrisk sykepleier
USHT Viken (Østfold) (01.01.19-31.09.20)
Ina Kristin Blågestad, avansert klinisk geriatrisk sykepleier
USHT Viken (Østfold) (01.10.20-31.05.21)

Styringsgruppe: Wenche Charlotte Hansen, leder USHT Viken (Østfold)
Kenneth Johannessen, Kommunaldirektør Helse og velferd,
Indre Østfold kommune
Reidun Heksem, seksjonsleder koordinering og inntak,
Indre Østfold kommune
Dag Asbjørn Fosser, enhetsleder hjemmebaserte tjenester,
Indre Østfold kommune
Øystein Haave, enhetsleder hjemmebaserte tjenester,
Indre Østfold kommune
Line Aaberg Kolstad, rådgiver seksjon samskapning,
Indre Østfold kommune

Prosjektforankring: Kenneth Johannessen, kommunaldirektør Helse og velferd,
Indre Østfold kommune

Prosjektmål

Hovedmål	Hjemmeboende skrøpelige eldre skal oppleve seg trygge og godt ivaretatt ved hjemkomst etter akutt sykdom og funksjonssvikt
Delmål 1	Sikre systematisk, tverrfaglig og geriatrisk vurdering av den skrøpelige eldre etter utskrivelse fra sykehus, helsehus og korttidsavdeling til eget hjem
Delmål 2	Etablere styrket samhandling med Sykehuset Østfold (geriatrisk avdeling) ved utskriving av skrøpelige eldre til Indre Østfold kommune
Delmål 3	Bidra til rutiner som sikrer sammenheng i tjenesten ved å sørge for tilstrekkelig informasjonsoverføring og dialog mellom tjenestenivåene
Delmål 4	Bidra til å identifisere den skrøpelige eldre som har behov for tverrfaglig geriatrisk vurdering og oppfølging
Delmål 5	Sikre individuell vurdering før utprøving av aktuell og hensiktsmessig velferdsteknologi som trykker overgang fra sykehus til eget hjem



3. BAKGRUNN FOR PROSJEKTET

Flere sentrale føringer ligger til grunn for prosjektet, som er en videreføring av påbegynt arbeid i tidligere pilotprosjekt Virtuell avdeling i Eidsberg kommune (1). Eidsberg kommune er nå en del av Indre Østfold kommune. Antall eldre over 65 år vil øke markant de neste ti-årene. I tillegg forventes en økning i pasienter med komplekse og sammensatte behov. Helsetjenester til eldre skal i størst mulig grad gis i kommunene (3). Kommunene skal sørge for et helhetlig tjenestetilbud med forebygging, tidlig intervensjon, tidlig diagnostikk, behandling og oppfølging, slik at helhetlige pasientforløp i størst mulig grad kan ivaretas innenfor beste effektive omsorgsnivå (4). Nasjonal helse- og sykehusplan (2020-2023) viser retning for videre utvikling og samhandling mellom kommuner og sykehus for å realisere pasientens helsetjeneste på en bærekraftig måte. Stadig mer komplekse kommunale helse- og omsorgstjenester initierer behov for faglig omstilling i kommunehelsetjenestene, med endret og høyere kompetanse, nye arbeidsmetoder og nye faglige tilnærminger (5). Faglig omstilling i tjenestene er blant annet knyttet til en bedre og sterkere vektlegging av systematisk og strukturert kartlegging og oppfølging av skrøpelige eldre, og det bør legges vekt på teambaserte helse- og omsorgstjenester for en mer strukturert oppfølging av den enkelte (6). Fokusområder er blant annet en faglig styrket sykepleietjeneste, bedre medisinsk faglig oppfølging, mestring, rehabilitering, forebygging, tidlig innsats, aktivisering, nettverksarbeid, veiledning av pårørende og frivillige, og bruk av velferdsteknologi. Pasienten skal oppleve en sammenhengende tjeneste og direkte medvirkning til utforming av tjenesten.

Virtuell avdeling – en tjenestemodell for hjemmeboende skrøpelige eldre

Prosjekt Virtuell avdeling (VA) i Eidsberg kommune (1) ble i perioden 2014 -2016 pilottestet som en strukturert modell for oppfølging av skrøpelige eldre som ble utskrevet fra sykehus til eget hjem. Avdelingsstrukturen var inspirert av det de blant annet i England kaller «Virtual Ward» (1). Dette er ingen fysisk avdeling med inneliggende pasienter, men en måte å organisere ressurser på. Bakgrunnen for prosjektet med VA var blant annet St. Meld. 47 Samhandlingsreformen (3). Samhandlingsreformen bidro til en oppgaveforskyvning mellom spesialist -og kommunehelsetjenesten, med kortere liggetider i sykehus og dårligere pasienter skrevet ut til kommunehelsetjenesten. Spesielt krevende ble dette for grupper som skrøpelige eldre med behov for bred oppfølging av helsepersonell med geriatrisk kompetanse.

VA er en måte å organisere ressurser og tjenester på som kan medvirke til å trygge pasientforløpet for sårbare og utsatte pasientgrupper som den skrøpelige eldre tilhører. Bred geriatrisk vurdering benyttes som metodikk i VA avdelingen. **Bred geriatrisk vurdering** kan ha en forebyggende effekt for å hindre eller utsette uønskede reinnleggelses og institusjonalisering. Nasjonal og internasjonal forskning har vist at bred geriatrisk tilnærming er foretrukket ovenfor skrøpelige eldre pasienter (13). Teambasert tjenesteyting og en flerfaglig tilnærming er vesentlig for å skape helhet og kontinuitet. Et viktig eksempel på dette er at pasienter med hjemmetjenester i dag

har mer krevende tilstander enn tidligere. **Avansert klinisk geriatrisk kartleggings- og vurderingskompetanse**, økt tilgang til legetjenester, mer fysioterapi og ofte også annen helse- og sosialfaglig kompetanse i tillegg til sykepleie er nødvendig. Tjenestene bør arbeide annerledes, ha økt søkelys på tverrfaglig samarbeid, og mulig organiseres annerledes for bedre å reflektere dagens utfordringer.

Inklusjonskriterier i VA var pasienter over 65 år med tre eller flere kroniske sykdommer som påvirket funksjon og helsetilstand, og som skulle skrives ut fra sykehus til eget hjem. Pasientene ble meldt til VA fra kommunens koordinering og inntaksenhet. Avansert klinisk geriatrisk sykepleier (AKGS) utførte første vurderingsbesøk innen 3 døgn etter hjemkomst fra sykehus. Pasienter med behov for videre tverrfaglig kartlegging og vurdering av sammensatte helseproblemer ble innskrevet i VA. I tett samarbeid med fysioterapeut, ergoterapeut, fastlege og lege i prosjektet, utført AKGS en strukturert, systematisk undersøkelse, kartlegging og vurdering av innskrevne pasienter. Kartleggingene hadde spesielt søkelys på gjennomgang og vurdering av legemiddelbruk, ernæringskartlegging og fysiske, psykiske og kognitive utfordringer. Standardiserte kartleggingsverktøy ble brukt for å understøtte kliniske undersøkelser, kartlegginger og vurderinger (1). Pasientens egne mål og ressurser ble kartlagt, og i samsvar med funn fra undersøkelser, kartlegginger og vurderinger, det ble utformet en individuell oppfølgingsplan i samråd med pasienten selv, (ofte også pårørende) og hjemmetjenesten. Tiden pasienten var innskrevet i VA var individuell og avhengig av hvilke tiltak og ressurspersoner som måtte kobles inn i en oppfølgingsplan.

Ingen av pasientene som ble fulgt opp i VA under prosjektperioden ble re-innlagt i sykehus. I tillegg avdekket det tverrfaglige teamet stort behov for videre sykepleiefaglig og medisinsk oppfølging av helsetilstand, ernæringstiltak, rehabiliteringstiltak og behov for legemiddelgjennomgang (1). VA har fått nasjonal oppmerksomhet og er blant annet i Omsorg 2020 fremmet som eksempel på hvordan eldre sikres et **helhetlig pasientforløp** og hvordan man kan få bedre og mer koordinerte kommunehelsetjenester (5, 10). Flere kommuner har i etterkant av VA prosjektet etablert lignende tjenestemodeller for skrøpelige eldre (11, 12).

Begrepsavklaringer

Skrøpelige eldre

Skrøpeligheit defineres som en reduksjon i reservekapasitet. Reduksjonen gjør pasienten sårbar for Pasientens fysiske og kognitive funksjonsnivå står sentralt i vurderingen av skrøpeligheit, og det er vanlig å kartlegge skrøpeligheit etter to ulike modeller. Den ene tilnærmingen setter søkelys på uønsket vekttnap, selvrapportert trøtthet, langsom ganghastighet, lavt aktivitetsnivå og redusert gripestyrke (Frides kriterier). Hvis 3 av 5 faktorer er til stede defineres pasienten som skrøpelig. En annen og mer brukt tilnærming baserer seg på en bred geriatrisk vurdering der grad av komorbiditet, polyfarmasi, ernæringsstatus, kognitiv og psykisk funksjon, sosialt nettverk og fysisk funksjonsnivå kartlegges (13).

Helhetlig pasientforløp

Et helhetlig pasientforløp går fra første kontakt med helsetjenesten om et helseproblem og til siste kontakt knyttet til det aktuelle helseproblemet. En person kan ha flere helseproblemer samtidig. Pasientforløp forstås som «En helhetlig, sammenhengende beskrivelse av en eller flere pasienters kontakter med ulike deler av helsevesenet i løpet av en sykdomsperiode». Kjennetegn ved helhetlige pasientforløp er

- Kontinuitet – tjenestene henger sammen gjennom god samhandling – tjenestene virker sammen/er koordinerte.
- Samarbeid – to eller flere virksomheter har gjensidig forpliktende og samtidig ansvar over tid.
- Sømløshet – smidig overføring av informasjon og oppgaver til rett tid.
- Pasientsentrert – pasienten deltar i beslutninger om målsetting og utforming av tiltak.
- Informasjonsdrevet – fremdriften i forløpet er kontinuerlig basert på kunnskap/opplysninger om pasientens tilstand og behov.

I 2019 påbegynte kommunene og Sykehuset Østfold et læringsnettverk i «Helhetlig pasientforløp for kronisk syke og eldre» i regi av Folkehelseinstituttet (FHI), Kommunenes sentralforbund (KS) og Utviklingssenter for sykehjem og hjemmetjeneste (USHT) i Viken (Østfold). Sentralt i læringsnettverket sto aksjonsmetodikken som skaper en felles forståelse for hvordan man kan gjennomføre forbedringer i helsetjenestene. Spørsmålet «Hva er viktig for deg?» satt pasienten i sentrum for å bidra med å skape pasientens helsetjeneste. Det ble etablert et samarbeid mellom prosjekt VA og teamet som deltok i læringsnettverket fra Indre Østfold (14).

Avansert klinisk/geriatrikisk sykepleie

I 2011 kom første masterutdanning i avansert geriatrikisk sykepleie ved Universitetet i Oslo (UiO). Dette er en klinisk erfaringsbasert masterutdanning hvor intensjonen var å styrke kommunehelsetjenesten spesielt med tanke på oppgaveforskyvningen som kom i kraft av samhandlingsreformen mellom spesialisthelsetjeneste og kommune. Økende omfang av sykere og mer komplekse pasientgrupper ble skrevet tidligere ut fra sykehus til kommunehelsetjenesten. Utdanningen heter i dag Avansert Klinisk Allmennsykepleie (AKS), og gir en sykepleier en klinisk spesialisering og faglig videreutvikling for å bidra til bedre helsetjenester for blant annet eldre. Kompetansen innebærer blant annet inngående kunnskaper og ferdigheter i å utføre systematiske kliniske observasjoner og vurderinger av pasienter som er utsatt for, eller har fått en forverring av helsetilstand, og iverksette tidlig innsats ved akutt forverring i komplekse pasientsituasjoner som oppstår i kommunehelsetjenesten. Likeså vil en AKS ha gode kvalifikasjoner for å samhandle og sørge for koordinerte pasientforløp for å ivareta pasientsikkerhet og kvalitet på tvers av tjenestenivåer. Masterutdanningen vil lede til spesialistgodkjenning som forventes å komme på plass i løpet av 2021.

4. GJENNOMFØRING AV PROSJEKT VIRTUELL AVDLEING – ET NYTT TRINN I OMSORGSTRAPPEN?

Metode

Gjennomføring av prosjektet har tatt utgangspunkt i systematisk forbedringsarbeid slik det beskrives i Modell for kvalitetsforbedring (16).

Målene og metodene for prosjektet er evaluert underveis ettersom ulike metoder og verktøy er utprøvd og vurdert. Under prosjektperioden ble tidligere Eidsberg kommune sammen med fire andre kommuner, slått sammen til Indre Østfold kommune. Dette medførte endringer i behov for forbedring, forankring og organisering av arbeidet, kartlegging av behov og dagenes praksis, justerte mål og justerte forbedringstiltak. I tillegg ble man under prosjektperioden rammet av pandemi (SARS-Covid 19) som medførte forskyvning av arbeidsoppgaver både for USHT Viken (Østfold) og innad i kommunen, og dermed også redusert kapasitet til å drive prosjektarbeidet.

Gjennom prosjektperioden har det blitt avholdt mange dialogmøter med ledere for koordinering og inntak, hjemmebasert tjeneste, E-Helse og Friskliv og mestring. I tillegg har det vært flere dialogmøter med en arbeidsgruppe fra Sykehuset Østfold bestående av geriater og sykepleiere, samt en utvidet arbeidsgruppe nedsatt av samarbeidsutvalget (SU). Den utvidete arbeidsgruppens hensikt er å tilrettelegge for et nytt og forbedret helhetlig pasientforløp for kronisk syke og eldre i Østfold. Styringsgruppen i prosjektet har hatt jevnlige møter hvor prosjektplan er gjennomgått og revidert underveis. På grunn av koronapandemien fikk noen av styringsgruppens medlemmer ikke lenger anledning til å delta i arbeidet. Referansegruppens medlemmer har blitt orientert og kommet med innspill ved behov.

Samarbeid med koordinering og inntak

En viktig forutsetning for å nå prosjektets hovedmål var hvordan kommunen skulle identifisere aktuelle skrøpelige pasienter med behov for geriatrisk kartleggings-, observasjons og vurderingskompetanse og tverrfaglig tilnærming. Erfaringer fra piloten med VA, viste at det ikke alltid var lett å identifisere pasienter med inklusjonskriterier. Det ble derfor avholdt flere møter med seksjonsleder og fagansvarlig for koordinering og inntak, for å se på mulig samhandling mellom en eventuell videreføring av Virtuell avdeling og koordinering og inntak. Underveis i prosjektperioden ble det besluttet at Indre Østfold kommune skulle være med i prosjekt SIO-kommune. Formålet med SIO-kommune er å se om statlig finansiering av omsorgstjenestene gir økt likebehandling på tvers av kommunegrenser og riktigere behovsdekning. Et omfattende arbeid for å samordne og systematisere felles sjekklister for å etterstrebe så enhetlig vurdering av bistandsbehov som mulig pågikk under prosjektperioden, og gjorde at koordinering og inntak fra sommeren 2020 måtte prioritere arbeidet i prosjekt SIO-kommune.

Samarbeid med enhetsledere for hjemmebasert tjeneste

Forberedelsesfasen i prosjektet handlet i stor grad om å komme i dialog med aktuelle aktører ansvarlige for utforming av tjenestenes innhold og bruk av kompetanse. Styringsgruppen ga enhetsledere for hjemmetjenestene i Indre Østfold kommune i oppdrag å se på hvordan de i sine respektive soner kunne finne rom for ny organisering av tjenestene, for å sikre et helhetlig pasientforløp og en geriatrisk vurdering av den skrøpelige eldre som skrives ut fra sykehus til eget hjem.

Hjemmetjenesten i Indre Østfold kommune er delt inn i 2 hovedgrupper bestående av flere tidligere kommuner. De «gamle kommunene» har hatt noe ulik måte og organisere hjemmetjenesten på. Likeså har sykepleierens ansvarsoppgaver vært noe ulikt definert. Grad av autonomi til å gjøre selvstendige vurderinger av pasientens helsebehov har variert. I tillegg har bruk av sjekklister og kartleggingsverktøy også blitt ulikt praktisert.

Kartleggingen fra enhetslederne i prosjektet viste at det i ny kommune foreløpig ikke var rom for etablering av en virtuell avdeling med egne ansatte, men at de allikevel ønsket å teste ut bruk av avansert klinisk sykepleierkompetanse inn i hjemmetjenesten for å sikre overgang fra sykehus og helsehus til eget hjem for skrøpelige eldre. Ønsket bygget på kunnskap fra VA prosjektet i Eidsberg kommune som tilsa at bruk av avansert klinisk sykepleierkompetanse ga bedre faglig oppfølging av skrøpelige eldre. En AKGS er nå ansatt i hjemmetjenesten i Indre Østfold kommune. AKGSen skal ha en særskilt rolle opp mot skrøpelige eldre som skrives ut fra sykehus og helsehus. Stillingen vil til å begynne med være todelt, fordi den også skal ivareta vanlige sykepleieroppgaver i ordinær hjemmetjeneste.

Samarbeid med e-helse

Et annet mål i prosjektet var å kartlegge mulighetene for å bruke ulike typer av teknologi for å ivareta den skrøpelige eldre pasienten i eget hjem etter utskrivelse fra sykehus. Indre Østfold kommune ønsker å bidra til at hver og en skal oppleve det trygt å komme hjem etter akutt sykdom og innleggelse i sykehus/Helsehus/korttidsavdeling, og at de kan bo hjemme så lenge som mulig – uavhengig av sykdom og funksjonstap. Velferdsteknologiske løsninger kan bidra til økt trygghet og bedre tjenester for brukere og pårørende.

Velferdsteknologi kan deles inn i 4 områder:

- Trygghetsskapende teknologier
- Mestringsteknologier
- Utrednings- og behandlingsteknologier
- Velværeteknologier

Internasjonal forskning viser at implementering av velferdsteknologi i hjemmet hos personer med kroniske eller langtidsvarende tilstander kan bidra til å styrke samhandling mellom primær- og sekundærhelsetjenesten. Det ser også ut til at velferdsteknologi i hjemmet bidrar til å redusere behovet for helsetjenester i form av nedgang i legevaktbesøk, innleggelser og liggedager

(17). Utredning- og behandlingsteknologi er produkter og løsninger som gjør det mulig å tilby avansert medisinsk utredning- og behandling i hjemmet. Dette kan omhandle sensorer for blodtrykk, puls, oksygenopptak m.m. Nettbrett for egenrapportering og helseoppfølging, telehelse med videokonsultasjoner og medisinautomater hører også hit.

I samarbeid med sykepleier fra e-helse har prosjektet hatt dialog med Halden, Sarpsborg og Oslo kommune bydel St. Hanshaugen, for å innhente erfaringer i bruk av blant annet medisinsk avstandsoppfølging. Mer informasjon om disse ulike prosjektene finnes i følgende referanser (17, 18, 19).

Indre Østfold kommune har til dags dato i hovedsak velferdsteknologi som kan defineres som trygghetsskapende teknologi, som for eksempel trygghetsalarmer og komfyrvakt. Det pågikk og ble under prosjektperioden prioriterer fulldigitalisering av alle trygghetsalarmer i Indre Østfold kommune. Nasjonale og lokale erfaringer i forbindelse med medisinsk avstandsoppfølging og annen trygghetsskapende teknologi vil bli vurdert fortløpende, og det er spesielt interessant å prøve ut medisinsk avstandsoppfølging i hjemmetjenesten.

Samarbeid med Sykehuset Østfold RHF

Et annet viktig mål i prosjektet var å etablere et samarbeid med sykehuset rundt den skrøpelige eldre som skrives ut fra sykehus til eget hjem. For å sikre gode overganger mellom tjenestenivåene, bør det legges til rette for tidlig planlegging og saksbehandling for utskrivning, og for gjensidig kompetanseoverføring mellom tjenestenivåene.

Erfaringer tilsier at bruk av kliniske kartleggingsverktøy varierer innad, både i kommunehelse-tjenesten og i spesialisthelsetjenesten. For å sikre felles forståelse av pasientens tilstand ved utskrivning fra sykehus til eget hjem, ble det fremmet ønske om felles kliniske kartleggingsverktøy. Felles klinisk kartleggingsverktøy kan kvalitetssikre sikre kommunikasjon og overføring av informasjon mellom kommuner og sykehus, og forebygge unødvendige reinnleggelser.

I VA er systematisk kartlegging og vurdering av den geriatriske pasienten sterkt vektlagt. Det ble gjennomført flere møter med geriater, seksjonsleder og assisterende avdelingsleder for å vurdere felles verktøy mellom sykehus og VA. Verktøyene omhandlet hvordan man kan kartlegge ernæringstilstand, fysisk funksjon og livskvalitet hos skrøpelige eldre. Dette arbeidet er ikke ferdigstilt, men i forlengelse av dette jobbes det nå med utprøving av to tjenestemodeller med utgangspunkt i arbeidsgruppen for gode pasientforløp for eldre og kronisk syke i Østfold.

Det ble nedsatt en egen arbeidsgruppe av Samhandlingsutvalget (SU) som skulle jobbe med et mer tilpasset forløp for kronisk syke og eldre i Østfold. Arbeidsgruppen består av ledere innen helse fra Halden kommune, Sarpsborg kommune og Sykehuset Østfold. Prosjektleder for *Virtual avdeling- Et nytt trinn i omsorgstrappen?* ble invitert med på arbeidet da det allerede fra dette prosjektets side var opprettet kontakt med geriatrisk avdeling ved Sykehuset Østfold. Arbeidsgruppen fra SU knyttet til seg tjenestedesignere, Eggs design, som i samråd med arbeidsgruppen utviklet forslag til flere mulige konsepter for uttesting. Det ble valgt to konsepter som skal prøves ut i pilotkommuner i helsefellesskapet. Konseptene heter «Hva er innafor?» og «Tidlig geriatrisk vurdering».

«Hva er innafor?» er et konsept der sykehuset gjennom en individuell behandlingsplan skal tydeliggjøre hva som er ønskede behandlingsmål for pasienten. Dette skal bidra til å trygge overgang fra sykehus til eget hjem. Oppfølging av vitale funksjoner som blodtrykk, puls, temp, oksygenmetning og respirasjonsfrekvens vil være definert for kommunens helsepersonell som skal følge opp pasienten videre. Sykehuset bruker i dag et verktøy for å avdekke alvorlighetsgrad av sykdom og forverring av helsetilstand. Ved systematisk bruk av verktøyet NEWS 2 vil man på et tidlig tidspunkt oppdage endringer i pasientens helsetilstand og dermed kunne igangsette adekvate tiltak. NEWS 2 er på god vei inn i ulike deler av kommunehelsetjenesten gjennom Klin-Obs kommune og er et av flere viktige redskap til hjelp for helsepersonells observasjons- og vurderingskompetanse (20).

«Tidlig geriatrisk vurdering» er et annet konsept der kommunen skal sørge for tidlig innsats når en geriatrisk person får en subakutt funksjonssvikt. Tanken er at et tverrfaglig team går inn og kartlegger og vurderer den geriatriske pasienten som står i fare for å utvikle funksjonssvikt og derfor er i behov av økte kommunale tjenester. Det vil også være et mål å forhindre en uønsket innleggelse i sykehus. Konseptene er ikke ferdige p.t. og arbeidsgruppen ved prosjektleder Sykehuset Østfold, vil innkalle til videre møter og workshops. Utprøving av dette konseptet vil videreføres utover høst 2021.

Webinar om Avansert klinisk sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten

Leve hele livet-reformen understreker behovet for å styrke oppfølging av eldre med flere sykdommer og sammensatte behov i kommunehelsetjenesten. Reformen har viktige innsatsområder som styrket geriatrisk vurderingskompetanse, og kvalitet og sammenheng i tjenestene. Et politisk mål for å oppnå dette er blant annet bruk av avansert klinisk sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten. Master i avansert klinisk allmennsykepleie er derfor et innsatsområde både i Leve hele livet-reformen og i Kompetanseløft 2025.

For å bidra til å spre søkelys på dette innsatsområdet til flest mulig i en tid med koronapandemi, arrangerte prosjektet *Virtuell avdeling- et nytt trinn i omsorgstrappen?* et webinar om avansert klinisk sykepleierkompetanse i kommunehelsetjenesten. Temaer i webinaret var

- Kvalitetsforbedringsarbeid i kommunale helse- og omsorgstjenester
- Bruk av AKS-kompetansen for å styrke tjenester til eldre
- Ny mastergrad i AKS, forskrift om nasjonal retningslinje for masterutdanningen
- Lønnstilskudd for utdanning i AKS
- AKS i Virtuell avdeling; erfaringer fra tverrfaglig teammodell
- AKS- roller og integrering av AKS- kompetanse, forskning

I tillegg var det spørsmål og innspill fra deltakere.

Webinaret hadde 140 påmeldte, og fikk svært gode tilbakemeldinger på innhold og nytteverdi.

5. OPPSUMMERING

Under prosjektperioden er det lagt grunnlag for å arbeide videre med å styrke pasientforløpet rundt den skrøpelige eldre pasienten som skrives ut fra sykehus til eget hjem. Grunnet utfordringer i kommunen og fylket generelt med tanke på pandemi, har det bidratt til noe reduserte ressurser inn i prosjektarbeidet. Likeså har det vært utfordrende å gjennomføre forbedringstiltak under omorganisering og sammenslåing av fem kommuner.

M1: Hjemmeboende skrøpelige eldre skal oppleve seg trygge og godt ivaretatt ved hjemkomst etter akutt sykdom og funksjonssvikt

Erfaringer fra Virtuell avdeling i Eidsberg har blitt videreført inn i ulike dialogmøter med ledere for koordinering og inntak, hjemmebasert tjeneste og e-helse i nye Indre Østfold kommune. Kommunen står i en stor omstillingsprosess og det har vært en utfordrende for prosjektdeltakerne å finne tid til å gjennomføre endringsarbeid som omfatter organisering av tjenester til hjemmeboende skrøpelige eldre. Likevel vet vi at det er et sterkt behov for tverrfaglig tilnærming og geriatrisk observasjon- og vurderingskompetanse for de skrøpelige eldre som skal ivaretas i hjemmet så lenge som mulig.

M2: Etablere samhandling med sykehuset Østfold/ geriatrisk avdeling ved utskriving av skrøpelige eldre til Indre Østfold kommune og M3: Bidra til rutiner som sikrer sammenheng i tjenesten ved å sørge for tilstrekkelig informasjonsoverføring og dialog mellom tjenestnivåene (Prosjekt Helhetlig pasientforløp for kronisk syke og eldre i Østfold)

Det er etablert et samarbeid med Sykehuset Østfold når det gjelder utprøving av et forbedret helhetlig pasientforløp for kronisk syke og eldre i helsefelleskapet, hvor konseptene «Hva er innafor» og «Tidlig geriatrisk vurdering» pilot testes. Dette arbeidet er nå også knyttet opp mot USHT Viken (Østfold) sitt arbeid i prosjekt med hospiteringsmodell for helsefelleskapet.

M4: Bidra til å identifisere den skrøpelige eldre som har behov for tverrfaglig vurdering og geriatrisk vurderingskompetanse

Gjennom dialogmøter med enhetsledere for hjemmebasert tjeneste er det bestemt å videreføre bruk av avansert klinisk geriatrisk sykepleierkompetanse som vil være viktig i arbeidet med å nå målgruppen for prosjektet. AKS kan bistå koordinering og inntak i deres vurderingsarbeid når det gjelder tildeling av tjenester. Vanskelige veivalg kan være å vurdere hvorvidt den skrøpelige eldre fortsatt kan bo hjemme med hjemmesykepleie eller om det er behov for et høyere tjenestnivå. Samarbeid med koordinering og inntak når det gjelder å identifisere den skrøpelige eldre med behov for bred geriatrisk vurdering fortsetter.

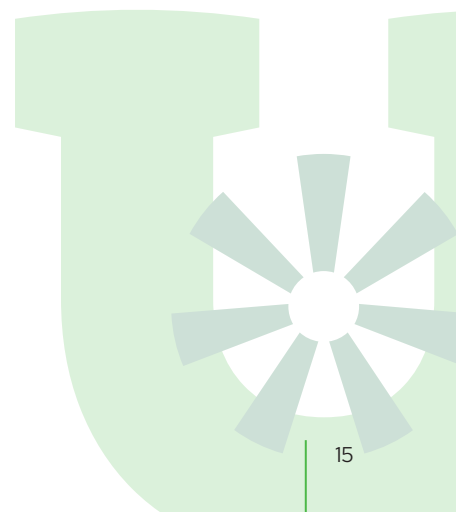
M5: Sikre individuell vurdering før utprøving av aktuell og hensiktsmessig velferdsteknologi som trykker overgang fra sykehus til eget hjem

Planer for implementering og bruk av velferdsteknologi med søkelys på medisinsk avstandsoppfølging lar dette vente på seg da kommunen har måttet prioritere digitalisering av trygghetsalarmer. Allikevel er det i prosjektet jobbet mye med kartlegging og vurdering av ulike velferdsteknologiske muligheter for pasienter i målgruppen. Dette arbeidet kan benyttes videre i nye prosjekter. Det er foreslått utprøving av medisinsk avstandsoppfølging i en eventuell Virtuell avdeling. Dette kan være en fordel da det er viktig at det er foretatt en geriatrisk vurdering av den skrøpelige eldre i forkant – spesielt med tanke på kognitiv svikt.

6. REFERANSER

1. «Virtuell avdeling»: Sluttrapport for pilotprosjektet «Virtuell avdeling» - flere gode år i eget hjem med høy kvalitet på kommunale hjemmetjenester. <https://omsorgsforskning.brage.unit.no/omsorgsforskning-xmlui/handle/11250/2485745>
2. Meld. St. 26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste – nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/?ch=1>
3. St.Meld.47 Samhandlingsreformen <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>
4. Meld. St. 15 (2017-2018). Leve hele livet – en kvalitetsreform for eldre. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-15-20172018/id2599850/>
5. Omsorg 2020 https://www.regjeringen.no/contentassets/af2a24858c8340edaf78a77e2f-be9cb7/omsorg_2020.pdf
6. Nasjonal helse- og sykehusplan <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nasjonal-helse--og-sykehusplan-2020-2023/id2679013/>
7. Nursing care needs and services utilised by home-dwelling elderly with complex health problems: observational study <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-017-2600-x>
8. Gautun, H., & Syse, A. (2017). Earlier hospital discharge: a challenge for Norwegian municipalities. *Nordic Journal of Social Research*, 8. <https://doi.org/10.7577/njsr.2204>
9. Melding St.26 (2014-2015) Fremtidens primærhelsetjeneste. Nærhet og helhet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-26-2014-2015/id2409890/>
10. <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/eldre-skal-fa-tettere-oppfolging-i-kommunene/id2565314/>
11. Virtuell avdeling i Smøla kommune <https://www.moreforsk.no/publikasjoner/rapporter/samfunn/virtuell-avdeling-i-smola-kommune--smartere-og-bedre-samhandling-for-hjemmeboende-multisyke-eldre/1075/3306/>
12. Pasientsentrert helseteam (PSHT) <https://unn.no/avdelinger/medisinsk-klinikk/pasientsentrert-helsetjenesteteteam-psht>
13. Bred geriatrisk vurdering -CGA <https://www.legeforeningen.no/contentassets/bd82a362eeb44bd7a16c72dc7da117c2/bred-geriatrisk-vurdering-en-oversikt-over-ulike-modeller.pdf>
v/Nina Ommondsen, overlege Ullevål sykehus
14. Helhetlig pasientforløp – Hva er viktig for deg? <https://nhi.no/rettigheter-og-helsetjeneste/helsetjenesten/hva-er-viktig-for-deg/>

15. Avansert klinisk sykepleie
https://www.helsedirektoratet.no/rapporter/masterutdanning-i-avansert-klinisk-allmennsykepleie-bakgrunnsdokument-for-helsedirektoratets-arbeid-med-masterutdanningen/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf/_/attachment/inline/19d6487b-fa54-41b3-9b61-f8b3473b4990:3edff8b86bbd81d710ca0484b9a026518d-1c2ade/IS-2822_Bakgrunnsdokument%20for%20Helsedirektoratets%20arbeid%20med%20masterutdanning%20i%20avansert%20klinisk%20allmennsykepleie.pdf s. 16
16. Modell for kvalitetsforbedring
<https://www.fhi.no/globalassets/dokumenterfiler/notater/2015/modell-for-kvalitetsforbedring--utvikling-og-bruk-av-modellen-i-praktisk-forbedringsarbeid.pdf>
17. Pågående utprøving av velferdsteknologiske løsninger (blant annet bydel St.Hanshaugen)
<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/pagaende-utproving-av-velferdsteknologiske-losninger>
(<https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/velferdsteknologi> lastet ned 29.09.20)
18. VKA Halden kommune
<https://hiof.brage.unit.no/hiof-xmlui/bitstream/handle/11250/2583252/Hefte1-2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
19. Mestry Sarpsborg kommune
https://www.helsedirektoratet.no/tema/velferdsteknologi/rapporter-og-utredninger/Nasjonalt%20prosjekt%20for%20utpr%C3%B8ving%20av%20velferdsteknologiske%20l%C3%B8sninger%20for%20personer%20med%20kroniske%20sykdommer.pdf/_/attachment/inline/2131afaa-c4cf-4e7a-b2a4-ff55270b65f0:3123453c5c42c599ea4d-59b5cbcd435a036cf4aa/Nasjonalt%20prosjekt%20for%20utpr%C3%B8ving%20av%20velferdsteknologiske%20l%C3%B8sninger%20for%20personer%20med%20kroniske%20sykdommer.pdf
20. NEWS 2
<https://www.kompetansebroen.no/wp-content/uploads/2020/06/KlinObsKommune-ABC-DE-lommekort.pdf>





Følg oss på: www.facebook.com/ushtostfold
Kontakt oss på mail eller tlf: utviklingscenter@io.kommune.no, 69 68 10 00
www.io.kommune.no/usht eller www.utviklingscenter.no