


 **HELGELANDSSYKEHUSET**  
HELGELAANTEN SKIEMTJEGÆTIE



**Helsetjenester for eldre**  
Plan for samhandling mellom Helse  
Nord og kommunehelsetjenesten  
2019–2025

HELSE  **NORD**

Kvalitet


Respekt

Trygghet

- **Helse Nord RHF har i samarbeid med kommunene utarbeidet en plan for å bedre samhandlingen om helsetjenesten til eldre i spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten**
- Planen redegjør for hvordan samhandling mellom spesialist- og kommunehelsetjenesten kan bedres slik at eldre pasienter med behov for helsehjelp tilbys mer helhetlige helsetjenester

Erfaring og evaluering av  
samhandlingsreformen viser behov for å  
forbedre pasientforløp mellom kommuner og  
sykehus

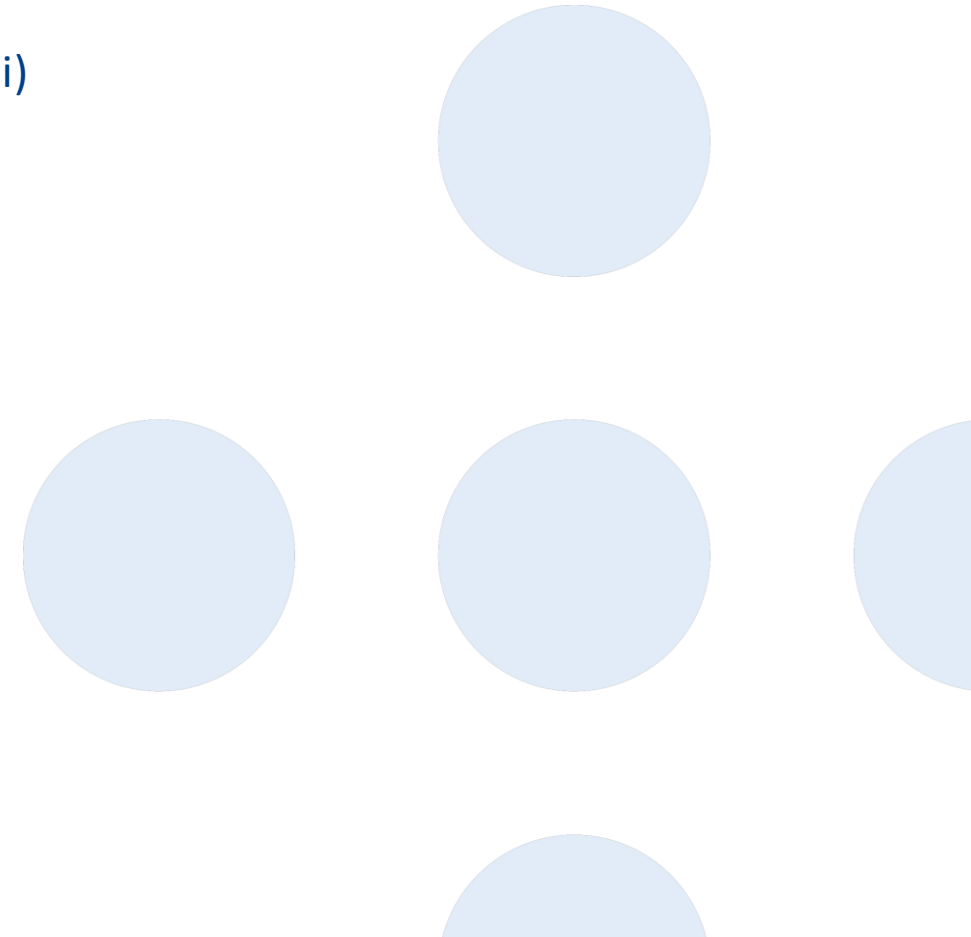
## Planenes hovedmål:

- Helhetlige pasientforløp og god samhandling i alle ledd
  - Bedre helsetjeneste ved å styrke kompetansen i kommune- og spesialisthelsetjenesten
  - Forebygging
- 
- The slide features several light blue circles of varying sizes as a decorative background element, primarily located on the right side and bottom.

## Utfordringer:

---

- Personellmangel
- Kompetansemangel (geriatri, alderspsykiatri)
- Fraflytting
- Små kommuner
- Små lokalsykehus
- Lange avstander
- Lite kommunesamarbeid



Figur 1 Oppsummering av vesentlige forskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten (Kilde: Veien frem til helhetlig pasientforløp, Anders Grimsmo, 2012)


	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskriving
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Forholdet pasient-helsepersonell	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

# Forebyggende tiltak med dokumentert effekt

- Ernæring
  - Fysisk aktivitet
  - Fallforebygging
  - Sosialt nettverk
  - Optimal legemiddelbehandling
- 
- The slide features a decorative background of light blue circles. There are five circles visible: one in the top right, one in the middle left, one in the middle right, one in the bottom right, and one partially visible at the bottom center.

## Forslag til anbefalinger og tiltak:

---

- Felles tiltak for kommune og spesialisthelsetjenesten
  - Tiltak for spesialisthelsetjenesten
  - Tiltak for kommunehelsetjenesten og fastlegene
- 



# Sak 6/2020 Helsetjeneste for eldre

- Forslag til vedtak;
- 1. OSO er fornøyd med planen slik den foreligger, og anbefaler kommunene i sin region å vedta den i sine kommunestyre, slik at anbefalingene blir fulgt opp sammen med Helgelandssykehuset HF
- 2. OSO anbefaler Helgelandssykehuset HF å følge opp anbefalingene i planen sammen med kommunene

# Gode reformer og strategier

---

- Kvalitetsreformen «Leve hele livet» for kommunene
- «Helsetjenester for eldre» plan for samhandling mellom Helse Nord og kommunehelsetjenesten
- Som ledd i ny nasjonal helse og sykehusplan 2020-2023 skal det i løpet av 2020 etableres helsefellesskap som samarbeidsorgan mellom helseforetak og kommuner
- Strategi for å øke helsekompetansen i befolkningen HOD 2019-2023

# Hvordan ønsker vi å nå anbefalingene/målene?

## 1. Helhetlige pasientforløp

Læringsnettverk via KS og FHI «Gode pasientforløp»

## 2. Bedre helsetjenester ved å styrke kompetansen i kommune- og spesialisthelsetjenesten


Behov? Løsninger ? Ambulering? Hospitering? Teamarbeid?

## 3. Forebygging

«Leve hele livet», HPH, LMS-tilbud, teknologi med mer

# Hvordan skal vi sammen bli bedre om å ta vare på våre pasienter?

---

- Felles utfordringer
  - Hvordan møte utfordringene i lag
  - Fra ord til handling
  - Kan Helgeland enes om hva man bør prioritere?
  - Klarer vi å gjennomføre forebyggende helsearbeid?
- 

# Hvordan ønsker vi på Helgeland å løse dette?

- Kartlegge hvilke behov eldre på Helgeland har?
- Kartlegge hvilke tiltak/tjenester vi har til eldre?
- Fokus-Hva er viktig for deg?
- Hvordan er overgangene mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten?
- Hvordan sikre gode inn- og utskrivningsprosesser?
- Kompetanse? Kompetansedeling?
- Teknologi?
- Målinger?
- Hva kan **vi** i fellesskap gjøre?



*Hva er  
viktig  
for **deg**?*

# Metode

Faglig utvalg som ser på de ulike områdene?

Nedsetter arbeidsgrupper med mandat som jobber systematisk med forbedringsarbeid.

Arbeidsgruppene skal utvikle nye prosedyrer/rutiner, tjenestemodeller, målinger, følge utviklingen- implementering og kvaliteten.

Arbeidsgrupper rapporterer til styringsgrupper som er deler av OSO/strategisk samarbeidsutvalg.



**Flere gode anbefalinger beskrevet i planen**

**Hva må til for å klare dette?**

- **Forankring**
- **Engasjerte ressurspersoner/brukere**
- **Tid og ressurser**
- **Implementering**
- **Målinger/evalueringer**
- **God samhandling**
- **Engasjerte ledere**
- **Jevnlig oppfølging**