

Pasientforløp - hjem til hjem

Asker 15.mars 2016



Eva Milde
Helse- og sosialdirektør
Drammen kommune

Leder av OSU (Overordnet Samarbeids Utvalg)
Leder av Samarbeidsstyret for Kommnehelsesamarbeidet
i Vestre Viken-området

Pasientforløp – hjem til hjem

FASE 1:



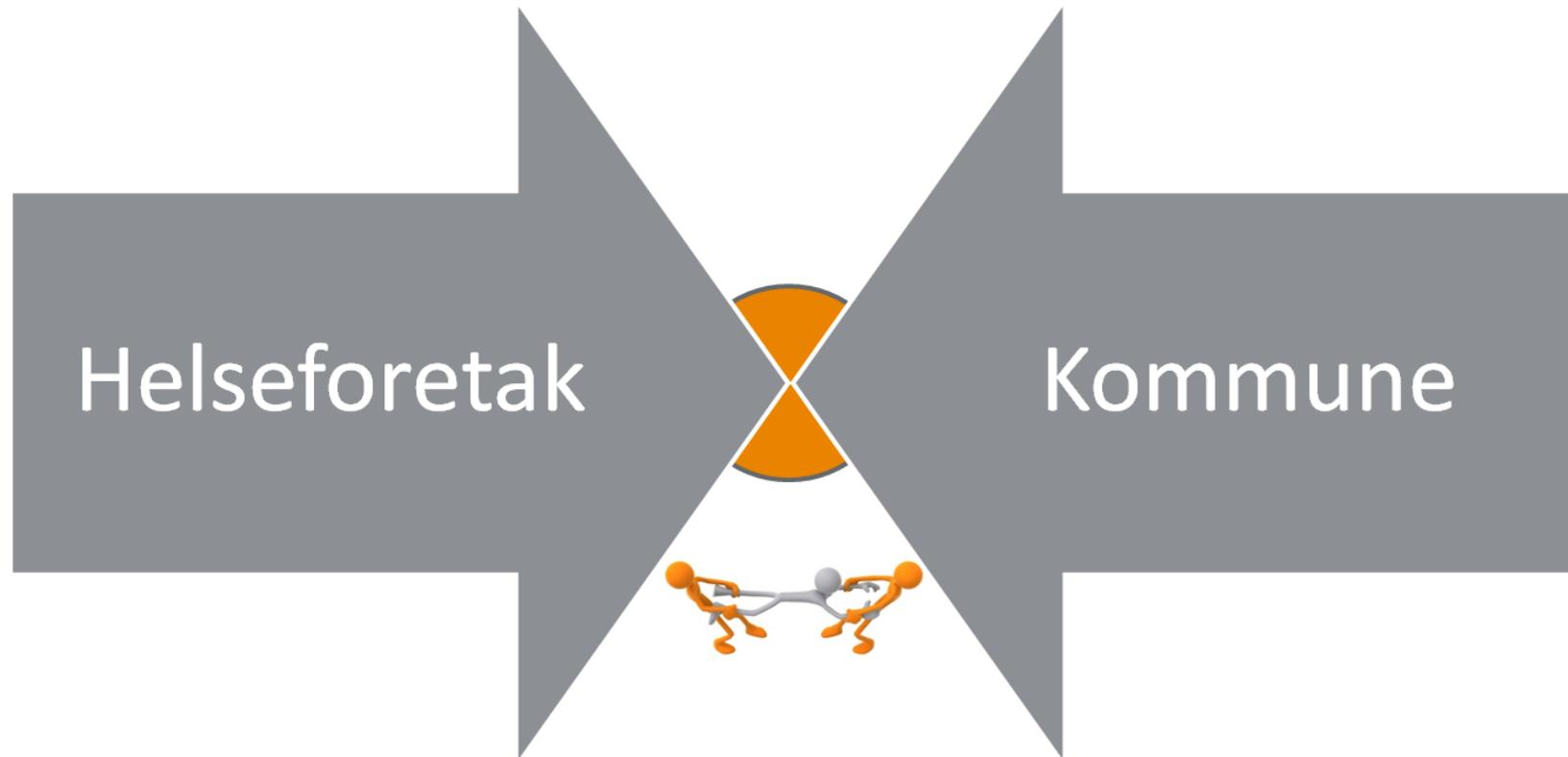
FASE 2:



Samarbeid på tvers av linjer

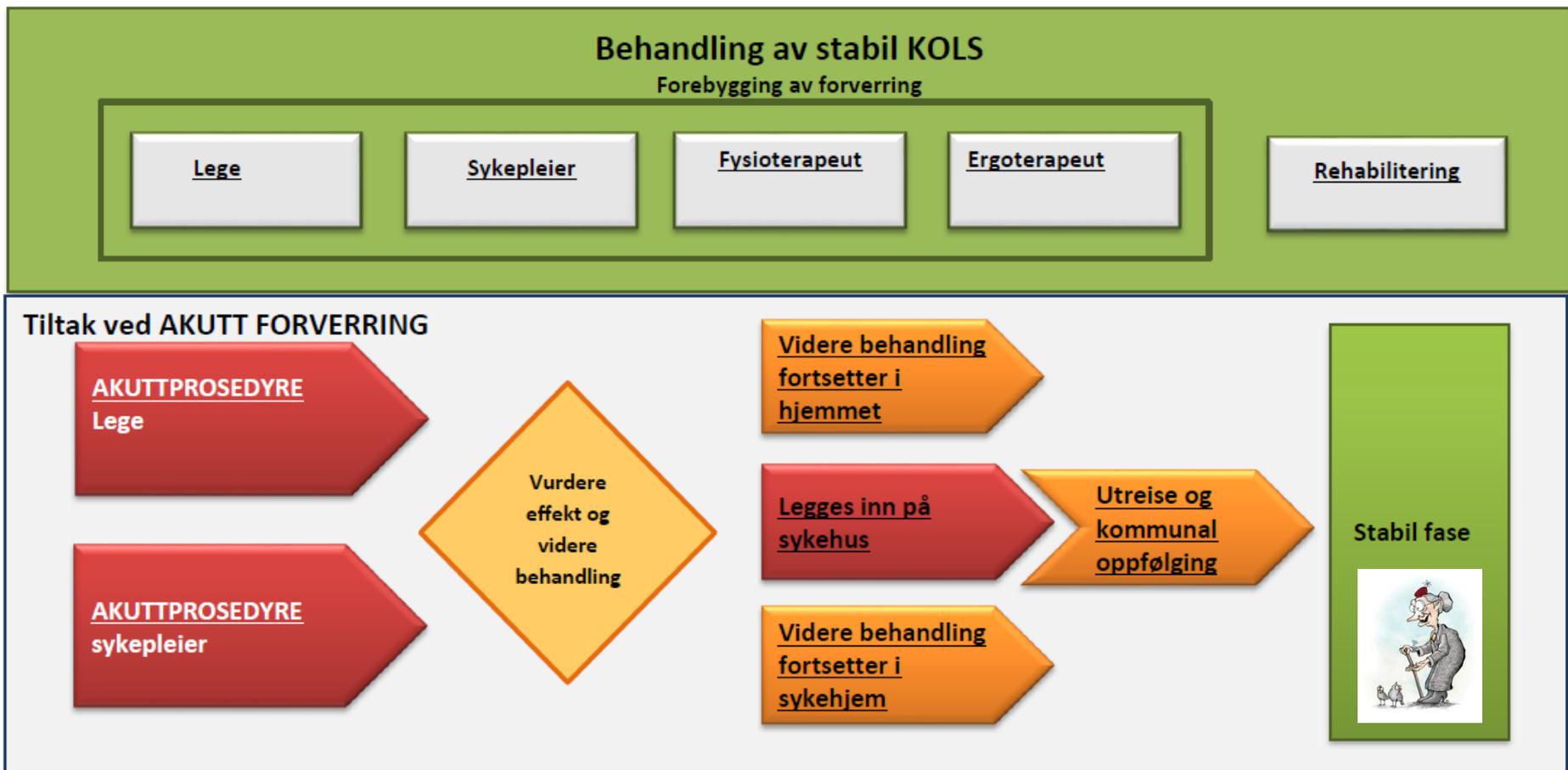
- Utviklingsarbeid i skjæringspunktet mellom Vestre Viken og kommunehelsetjenesten i 26 kommuner
- Stor betydning for innbyggerne våre at de ulike forvaltningsnivåene jobber sammen
- Arbeidet med pasientforløpene er samhandling på systemnivå og bidrar til:
 - Merverdi for innbygger'n
 - Kompetanseheving
 - God samfunnsøkonomi

Det viktige SKJÆRINGSPUNKTET



KOLS i kommunehelsetjenesten

- som eksempel



Ulik tilnærming

- i spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten

Spesialist-
helsetjenestens
spisskompetanse

Pasientforløp KOLS

Pasientforløp hjertsvikt

Pasientforløp slag

Pasientforløp hoftebrudd

Fokus på diagnose og
behandling

Kommune-
helsetjenestens
breddekompetanse



Fokus på funksjon og
mestring

Det viktige SKJÆRINGSPUNKTET

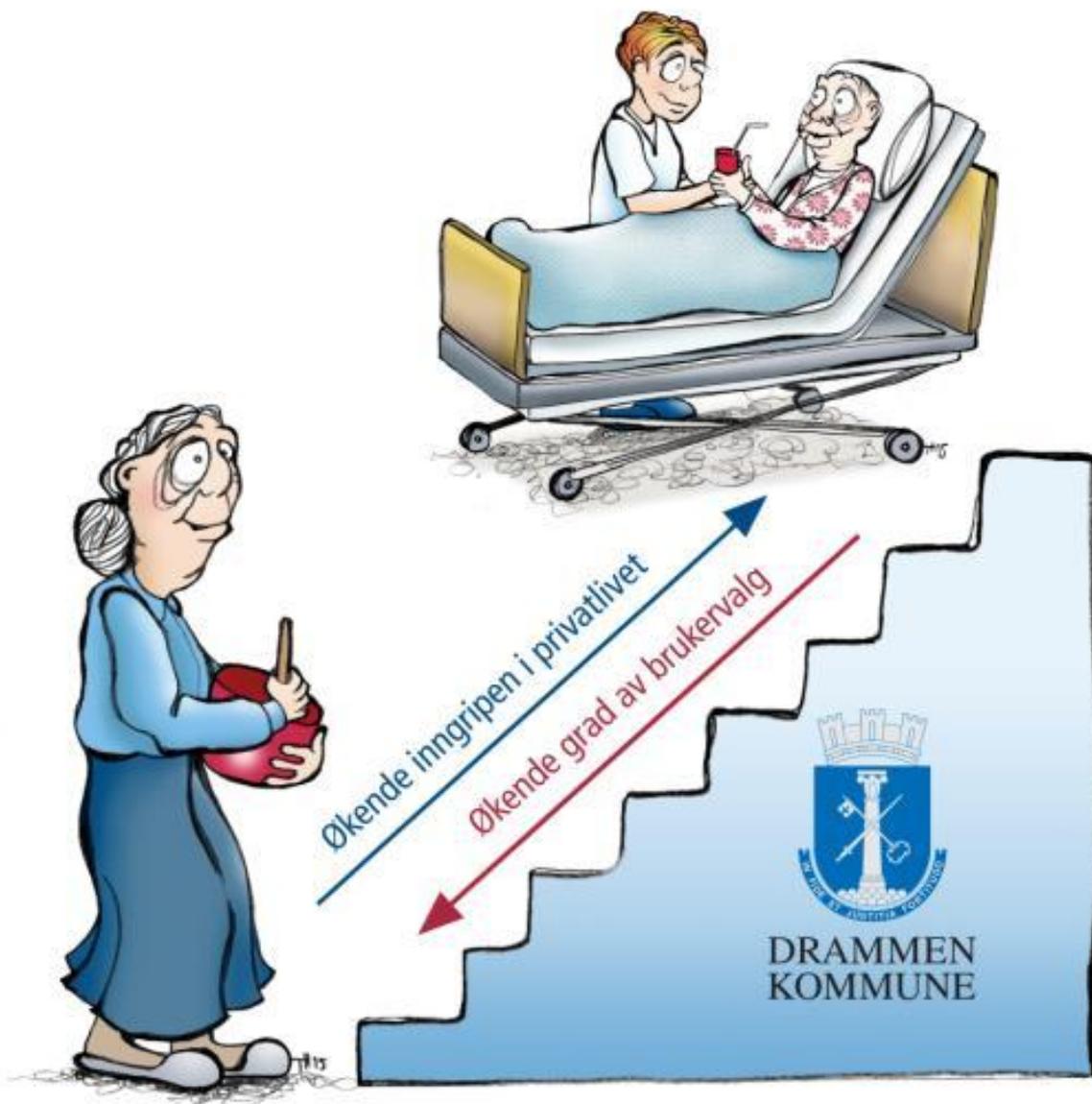
- får konsekvenser for den det gjelder

Helseforetak



Kommune

Den det
gjelder skal
positivt videre
i sitt eget liv



Kommunale tjenester har fokus er på funksjon

Kroniske sykdommer	KOLS	Hjertesvikt	Slag	Hofte brudd
Gj. snitt antall kroniske sykdommer	4,8	4,4	4,0	4,2

Kilde: A. Grimsmo

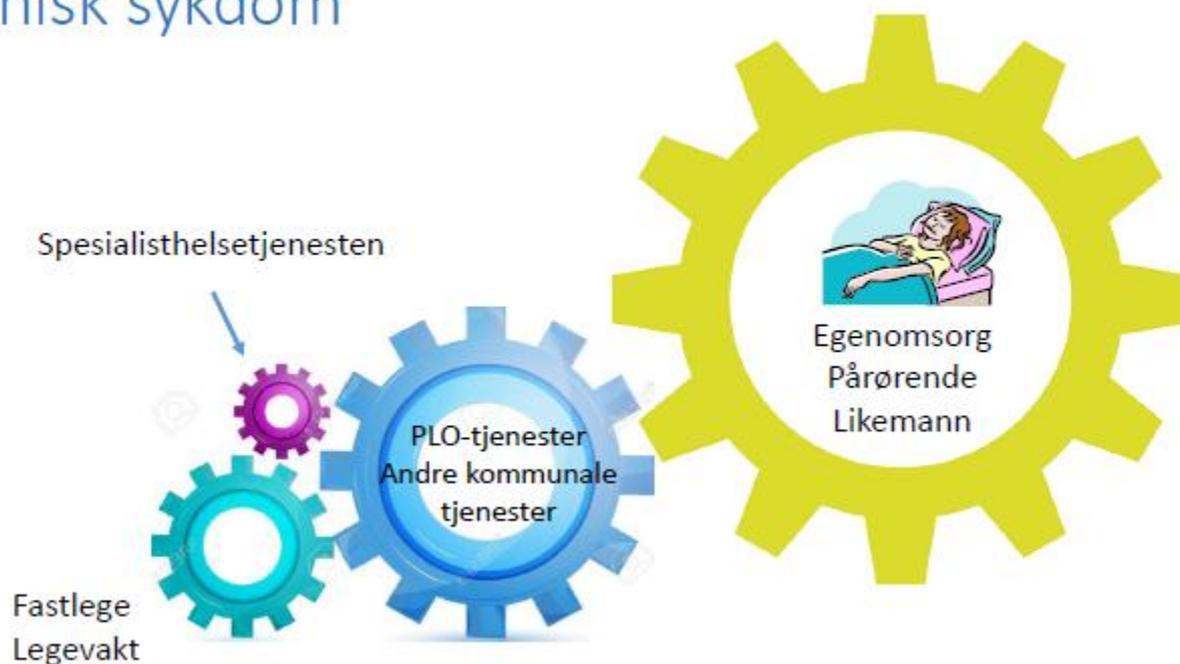
Hvis pasienter deles likt og tilfeldig på sykepleiere ansatt i hjemmesykepleien, vil hver primærsykepleier oppleve:

- 0,5 pasienter per år innlagt for KOLS
- 0,3 pasienter per år innlagt for hjertesvikt
- 0,2 pasienter per år innlagt for slag
- 0,4 pasienter per år innlagt for hoftebrudd

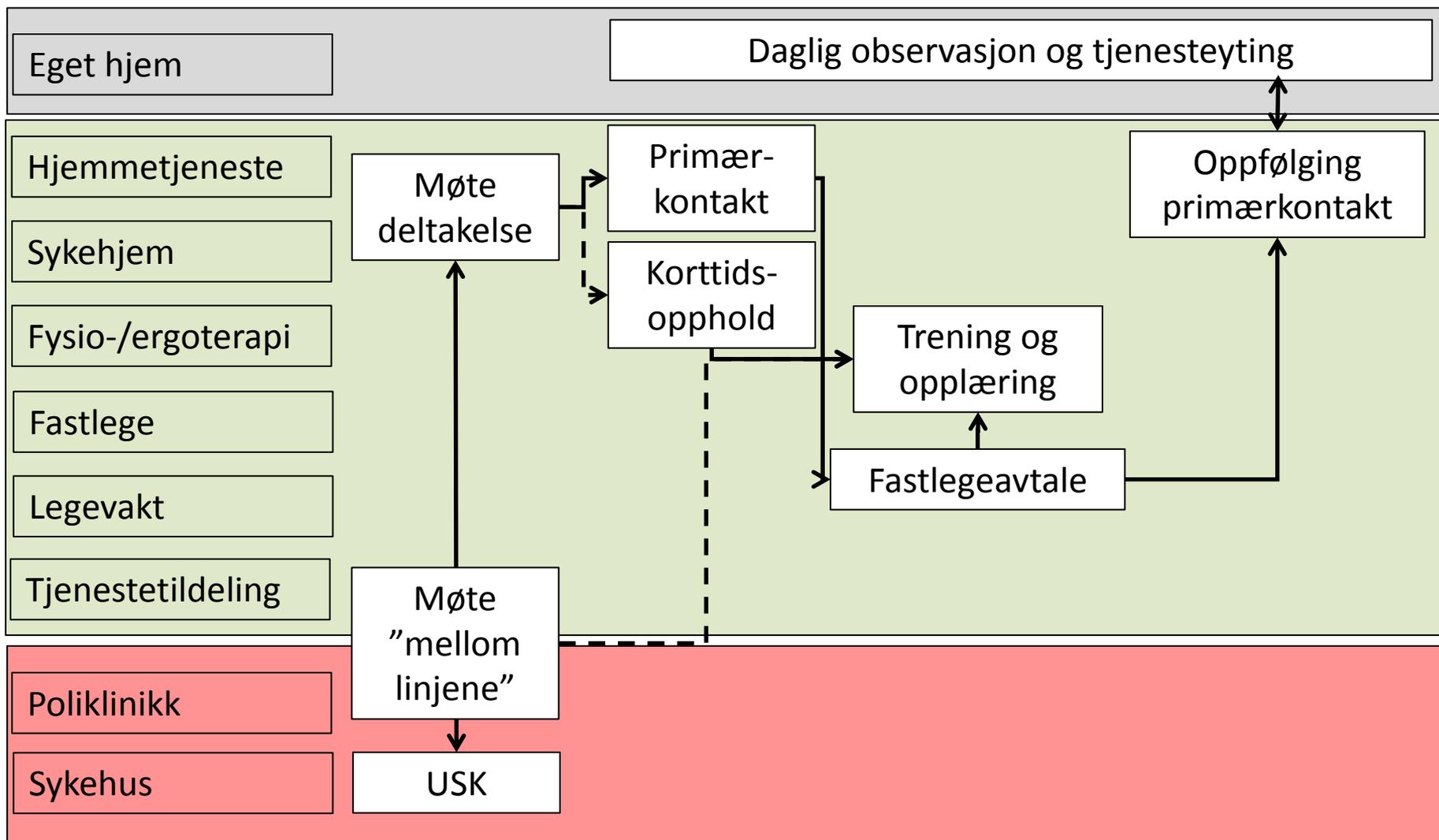


Spesialisthelsetjenesten sitt bidrag i et livsløpsperspektiv er viktig – men et av de minste – tannhjulene i tjenestetilbudet

Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom



Helhetlig pasientforløp i hjemmet



Nasjonalt fokus på pasientforløpene

- Satsingen på gode pasientforløp skal videreføres og videreutvikles
- 41 kommuner har deltatt på læringsnettverk for eldre og kronisk syke
- Læringsnettverk for gode pasientforløp i kommunene for eldre og kronisk syke bygger på en sterkere satsing på helsefremmende arbeid
- For å lykkes i dette er brukerens egen deltakelse i tjenesteutforming avgjørende

Resultater av arbeidet så langt

- Pasientperspektivet: **Innbygger'n i fokus!**
- **Økt forståelse** av hverandres tjenester
- **Aksept** for at Vestre Viken ikke kan forholde seg til 26 forskjellige kommune-forløp
- **Aksept** for at kommunene forholder seg til hele menneske – ikke bare en diagnose hos en person

- Veien videre betyr å være ”**sammen om framtida**”