



# AKS I HJEMMESYKEPLEIEN



SANDEFJORD  
KOMMUNE

# Hvem er vi?





# Sykepleierollen

Sykepleieren har god observasjonskompetanse

Legene har det diagnostiske ansvaret

AKS; en "brobygger"

# Belastende med svingdørspasienter

- Samfunnet
- Pasienten

Behov for vurdering i eget hjem/ behov for tverrfaglig samarbeid

AKS i hjemmesykepleien kan bidra til at pasienten blir vurdert og behandlet i eget hjem når mulig; og sykehusinnlegges når dette kreves.

## Ingen profesjonskamp I egen faggruppe





# Hvordan jobber vi?

Vårt fokus:

Vi er en del av  
tjenesten; vi er  
sykepleiernes  
kollegaer!

---

Jobber klinisk ( kontor på hjul)

---

Forbedring/ kompetansedeling

---

Strukturere og forenkle helsepersonells  
oppgaver/ behandlingsplaner

---

Tilpasse behandling



# Hvordan startet vi/ gikk frem?

- Synlighet
- Informasjon pr avd
- Presenterte oss på alle avdelinger
- Startet 1 mnd I hver avd

# Rollen pr i dag

*Forsøker gjøre tjenesten bedre så det kommer den komplekse geriatriske pasienten til gode. Trygger helsepersonell og sykepleierne i tjenesten. Veileder og underviser både i og utenfor klinikk.*

- Forsøker å forebygge og korrigere funksjonssvikt
- Stabiliserer kronisk funksjonssvikt
- Gjør ambulante akutte vurderinger hos den komplekse geriatriske pasientgruppen
- Gjør helthetsvurderinger av pasientene avdelingen synes er vanskelig å vurdere



## Anbefaler

- skreddersydd pleie av multimorbide pasienter
- vurdering av hvem som nyttiggjør seg spesifikk oppfølging
- at det gjøres en legemiddelgjennomgang
- lages en individuell behandlingsplan.

Systematiske kartlegginger og kliniske undersøkelser ut ifra en bred geriatrisk vurdering;

- Kognisjon
- Ernæring
- Fysisk funksjon
- Psykisk funksjon
- Sosial funksjon
- Legemiddelgjennomgang/polyfarmasi
- Komorbiditet

# Hva gjør vi I klinikk



Gjennomgang av journal  
og utfører hjemmebesøk



Samtale med pasient og  
ektefelle



Pasient problem



Klinisk undersøkelse



Gjennomgang av  
legemidler og bruken av  
dem



Opplæring og samarbeid  
rundt pasientens kroniske  
lidelser



Vurdering av  
hjemmesituasjon



Lage en behandlingsplan i  
samarbeid med pasienten,  
ektefelle, fastlegen og  
hjemmesykepleien



# Legesamarbeid

- 15 private legekantor og 1 kommunalt (1 til pr 1.11.2023 )
- Samarbeider pr PLO og samarbeidsmøter.



# Mye ikke-klinisk arbeid i tillegg

Veiledning og undervisning av pasienter og pårørende

Veiledning og undervisning av kollegaer

Samhandling på tvers av fag og tjenestenivå

Tar tak i faglige problemstillinger og driver tjenesteutvikling

# Hvordan kontaktes vi

- Lav terskel for kontakt
- 1 telefon unna
- Henvisninger via EPJ





# Gevinster og ringvirkninger



# Kollegaer- fantastiske tilbakemeldinger

- Føler trygghet og mestring
- AKS er lett tilgjengelig
- Kompetanseoverføring/ kunnskapsdeling
- "Kunnskapstørste"
- Relasjon, likeverd og tillitt



- Føler seg bedre ivaretatt
- Får opplæring i hvordan selv mestre sykdom og vurdere symptomer
- Unngår unødvendige innleggelseser
- Pårørende setter pris på informasjon og inkludering/ føler mer trygghet

# Takk for oss;)

