

Gode pasientforløp – hva innebærer det og hvorfor er dette viktig?

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp

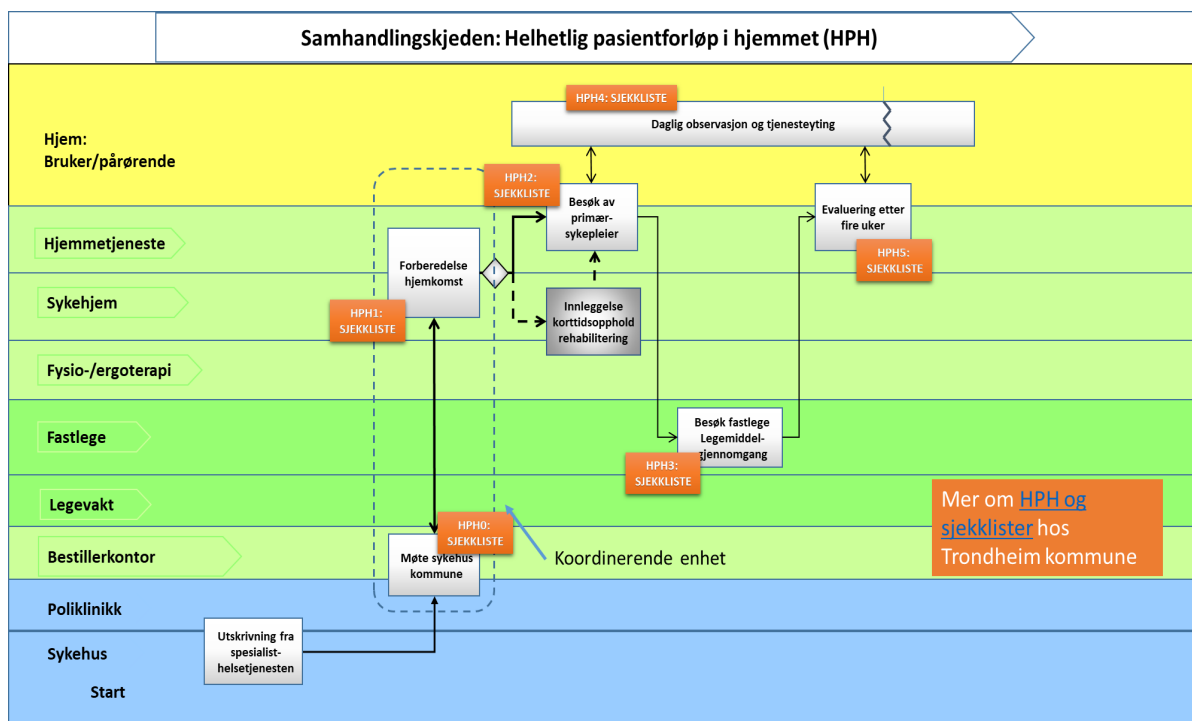
Første samling

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Kjennetegn:

Personsentrert

Kontinuitet

Koordinert

Sømløs

Samarbeid

Endre fokus

”Hva er i veien med deg?”

”Hva er viktig for deg?”

Struktur
Prosesser

holdninger
verdier

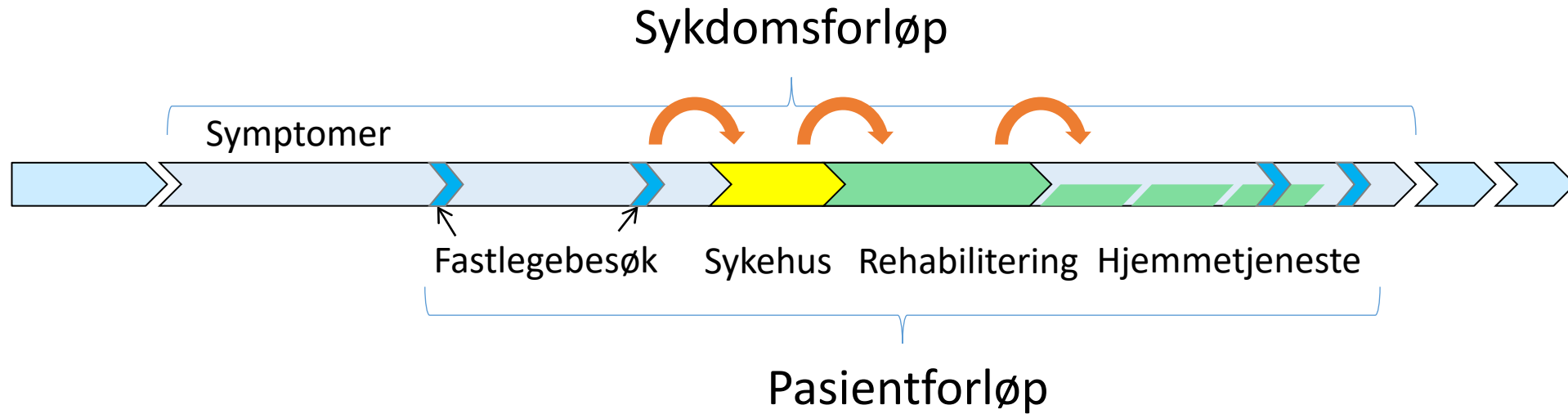
Struktur
Prosesser

Fra dagens reaktive
helsetjeneste

til en proaktiv og
forebyggende helsetjeneste

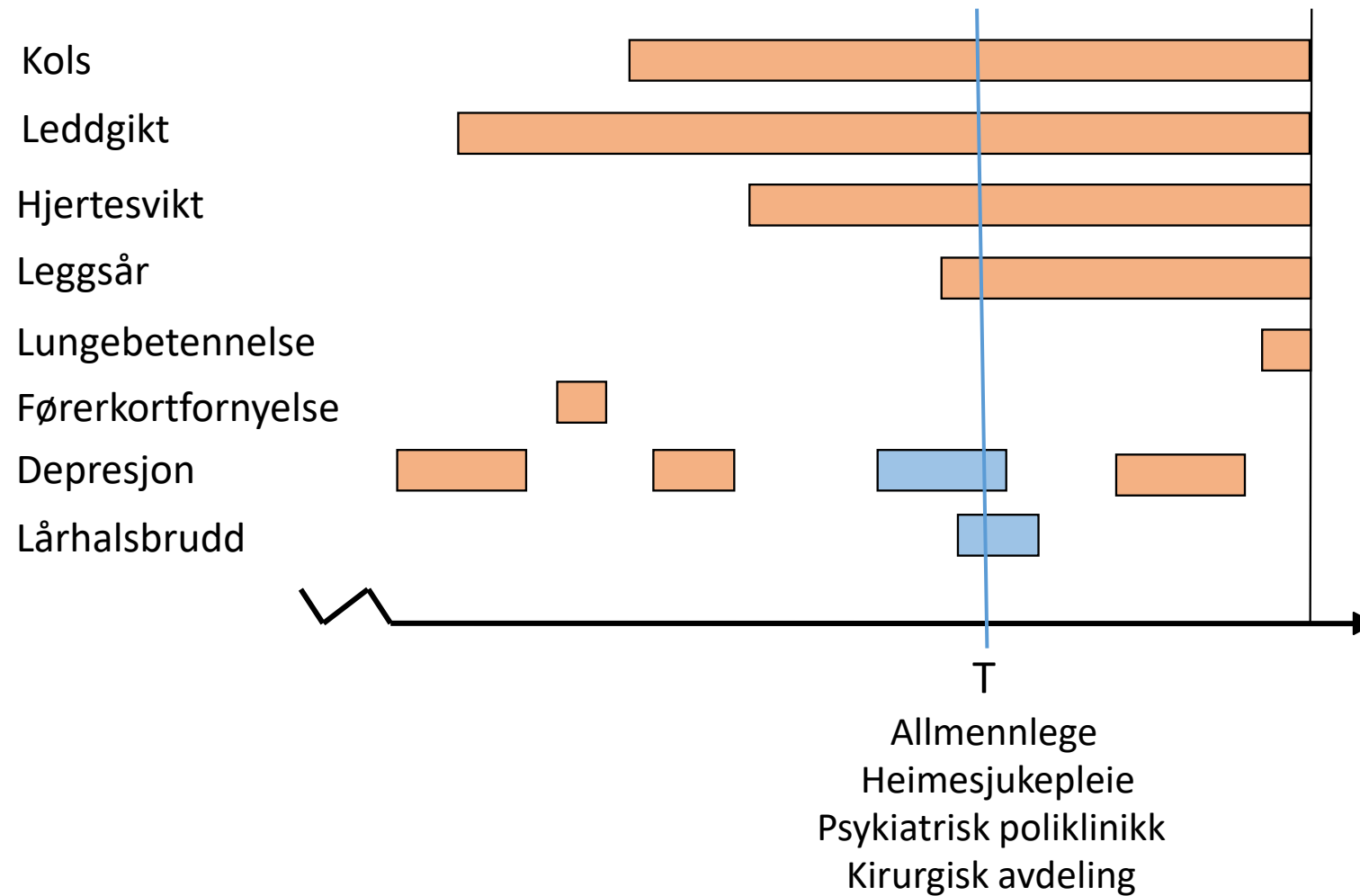


Pasientforløp – helsetjenestens viktigste verdikjede



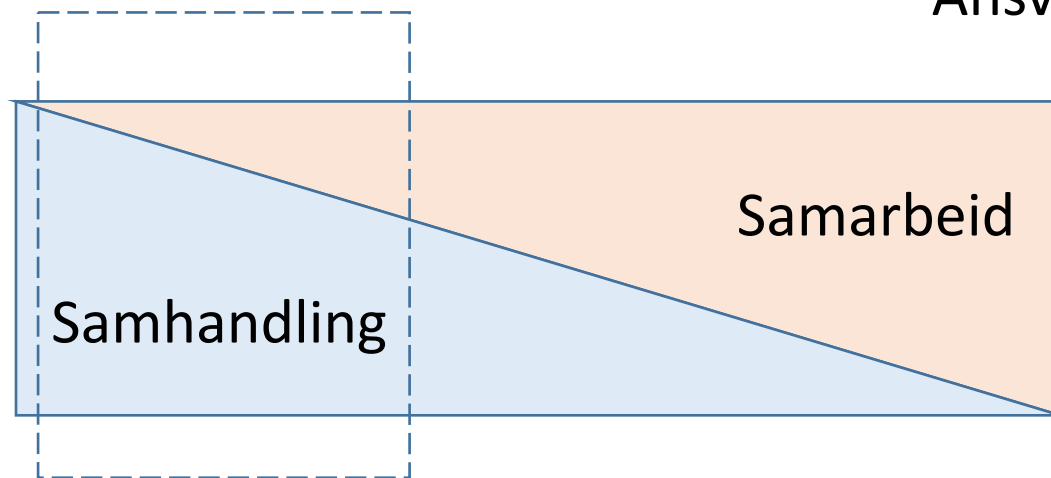
Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet

Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp



Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

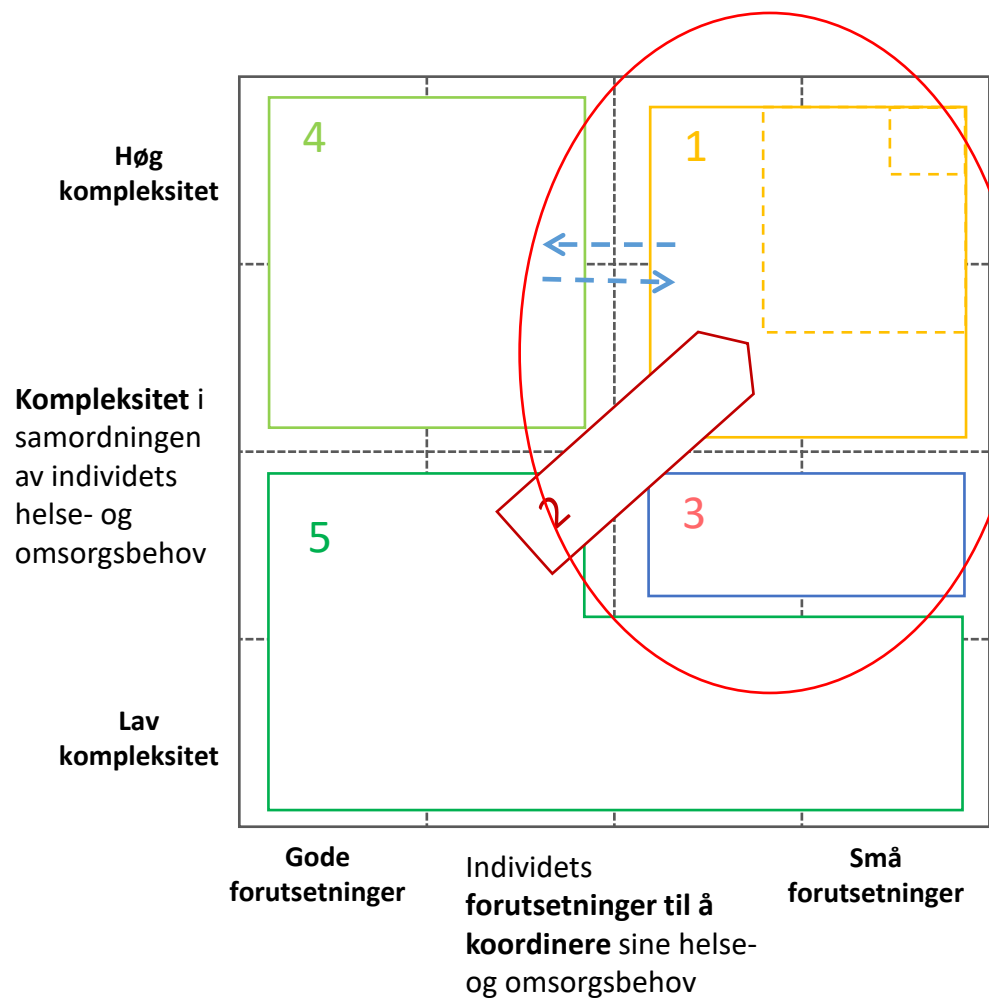
	<u>Operasjonalisering</u>	<u>Eksempler</u>
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team Ansvarsgruppe (IP)



”Kulturforskjeller”

	Spesialisthelsetjenesten	Kommunehelsetjenesten
Helseproblemer	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.	Gjerne flere parallelt ,hele spektret diagnoser/problemer
Behandling	Diagnoseorientert og med avansert teknologi.	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv.
Beslutninger	Tas gjerne i møter med flere og med høy lojalitet til faglige retningslinjer	Tas av helsepersonell alene eller av få, med vekt på pasientpreferanser
Planlegging	Kortsiktig – tom. utskriving. Ofte med store endringer. Høyt tempo.	Langsiktig – mot resten av livet Lite/langsom endring.
Pasient – helsepersonell forhold	Sjelden og i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle
Samarbeid med andre	Mest med kommunehelse-tjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, tett med evt. pårørende

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Personer med sammensatte behov og begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine helsebehov:

- De mest syke eldre
- Personer med alvorlig psykisk- og somatisk multisykdom
- Folk som er i en sen palliativ fase



Akuttsyke individer som raskt krever insatser fra flere aktører og hvor det raske forløpet påvirker individets forutsetninger til å medvirkende:

- Personer som nylig hatt slag
- Eldre mennesker som har lidd et fall



I hovedsak somatisk friske personer med begrensede muligheter til på egenhånd koordinere sine behov :

- Personer med kognitive eller nevropsykiatriske lidelser
- Barn med psykiske lidelser



Personer med sammensatte behov , men gode forutsetninger til å delta i koordineringen av sine behov :

- Individer med flere samtidige kroniske sykdommer, men god psykisk helse
- Ofte pasienter med kroniske sykdommer som går til kontroll hos fastlegen

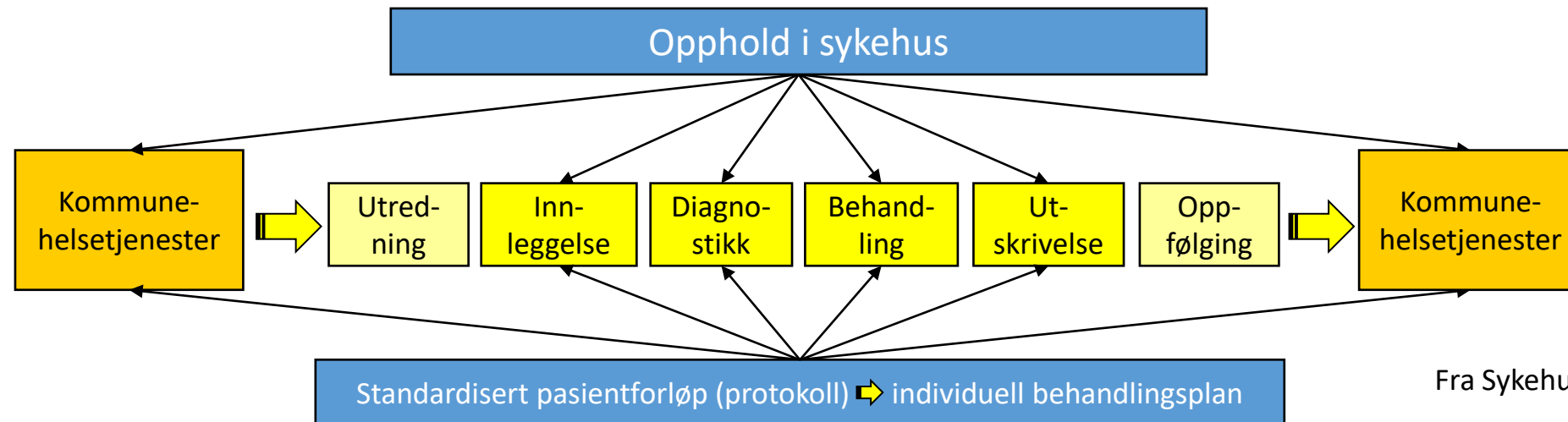


I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

- Personer som er helt frisk
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

Samhandlingsreformen: Helhetlige pasientforløp

- «Kommuner skal i samarbeid med sykehus kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp»




Kjennetegn ved pasientforløp:


- Målet er bedre koordinering
- Utgangspunktet er en bestemt diagnose
- Grunnlaget er faglige retningslinjer

Steg i utviklingen av pasientforløp

Beskrive dagens pasientforløp. Identifisere muligheter til forbedringer og situasjoner med risiko for svikt – både innen og mellom tjenestene

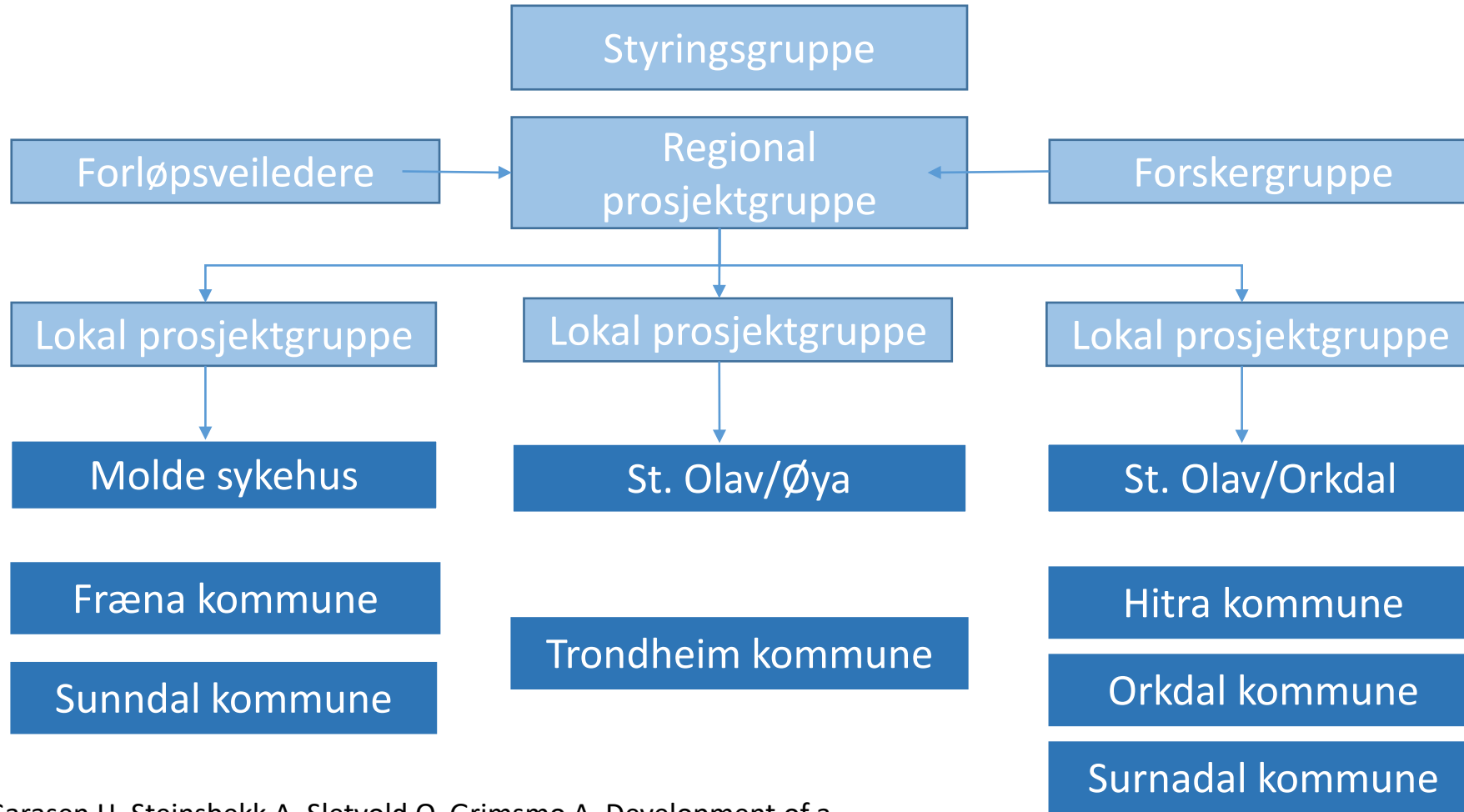


Utarbeide pasientforløp som sikrer informasjonsflyt, tydeliggjør oppgaver og roller og reduserer risiko for svikt



Implementere og videreføre pasientforløpet

Organisering av HPH



Rosstad T, Garasen H, Steinsbekk A, Sletvold O, Grimsmo A. Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study. BMC Health Serv Res. 2013;13:121

Prosjektorganisering

- Prosjekt-/koordineringsgruppe – representanter for klinisk ledelse i virksomhetene
 - Virksomhetsovergripende koordinering
 - Samarbeidsavtaler
 - Linjeledelse
- Lokal forløpsgruppe – nøkkelpersoner lokalt
 - Avklaring av roller og oppgaver i organisasjonen
 - Utvikling av prosedyrer og sjekklister
 - Praktisk tilrettelegging

Van Gerven E et al. Management challenges in care pathways: conclusions of a qualitative study within 57 health-care organizations. *Int J Care Coordination*. 2010;14(4):142-9

Ashton T. Implementing integrated models of care: the importance of the macro-level context. *Int J Integr Care*. 2015;15(Special issue).

Implementering av HPH

Fire strategier:

1. Bygge opp en felles og individuell forståelse og entusiasme
2. Vedlikeholde engasjement og forpliktelse
3. Tilrettelegging, tilpasning og operasjonalisering av de nye rutinene
4. Vurdering og oppfatning av effekt, nytte, «kostnad»

Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. [Hjemmeside](#)

Røsstad T, et al. *Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care.* BMC Health Services Research. [2015;15:86](#)

Primærhelsetjenesten kjente ikke igjen sin rolle slik pasientene ble beskrevet av spesialisthelsetjenesten

Sykepleier kommune Case B

- «Vi må ta vare på hele pasienten, ikke bare det han har vært innlagt for»

Sykepleier kommune Case A

- «Gamle pasienter har mange tilleggsproblemer som det ikke står noe om i faglige retningslinjer»

Hofteopererte

- Demens 30 %
- Diabetes 20 %
- Hjertesvikt 10%
- KOLS 7 %
- Delir 50 %
- osv.
- Skrøpelig 25 %
- Polyfarmasi 50 %

Bo hjemme alene

- Funksjonsevne:
 - fysisk
 - kognitivt
- Ernæring
- Sosialt nettverk
- Boforhold
- Sikkerhet
- Målsetting og preferanser

Pasientene “uteblir” når de skrives ut i primærhelsetjenesten

Sykepleier kommune, case B:

- «Det var bra at vi gikk over til alle pasienter over 70 år for ellers hadde vi ikke hatt noen å bruke programmet på. Vi har jo ikke hatt pasienter siste året som har hatt noen av de tre diagnosene (KOLS, hjertesvikt, slag) som vi startet med»

Sykepleier kommune, case A:

- «De to første forløpene (KOLS, slag) har ikke vært så veldig mye i bruk. Vi har ikke hatt aktuelle pasienter, - (pause) men dem kjem nok før eller siden»

Standardisert rate utskrivninger per år
hjemmesykepleiepasienter per 10,000
innbyggere per år

KOLS	Hjerte svikt	Slag	Hofte brudd
22	13	11	12

Hvis pasienter fordeles likt i hjemmesykepleien, vil hver sykepleier oppleve:

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

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

- Slagpasienter
- Kronisk lungesyke
- Hjertepasienter
- Hofteopererte
- Geriatiske pasienter

Felles kjennetegn for suksess:

- Tidlig mobilisering, tidlig utskriving
- Med vante oppgaver i vante omgivelser
- Kompetanseoverføring fra spesialisthelsetjenesten
 - Deltar i overføring til kommunen og etablering av videre opplegg
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Avtalt systematisk oppfølging etter utskriving
 - Pleie og omsorg
 - Fastlege

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

Fastlege

Legevakt

Bestillerkontor

Poliklinikk

Sykehus

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Daglig observasjon og tjenesteyting

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

Fastlege

Legevakt

Bestillerkontor

Poliklinikk

Sykehus

Start

0 Utskrivning fra
spesialist-
helsetjenesten

1 Møte sykehus
kommune

2 Forberedelse
hjemkomst

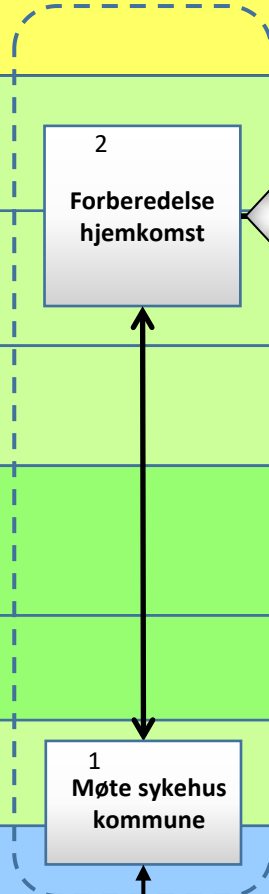
4 Innleggelse
korttidsopphold
rehabilitering

3 Besøk av
primær-
sykepleier

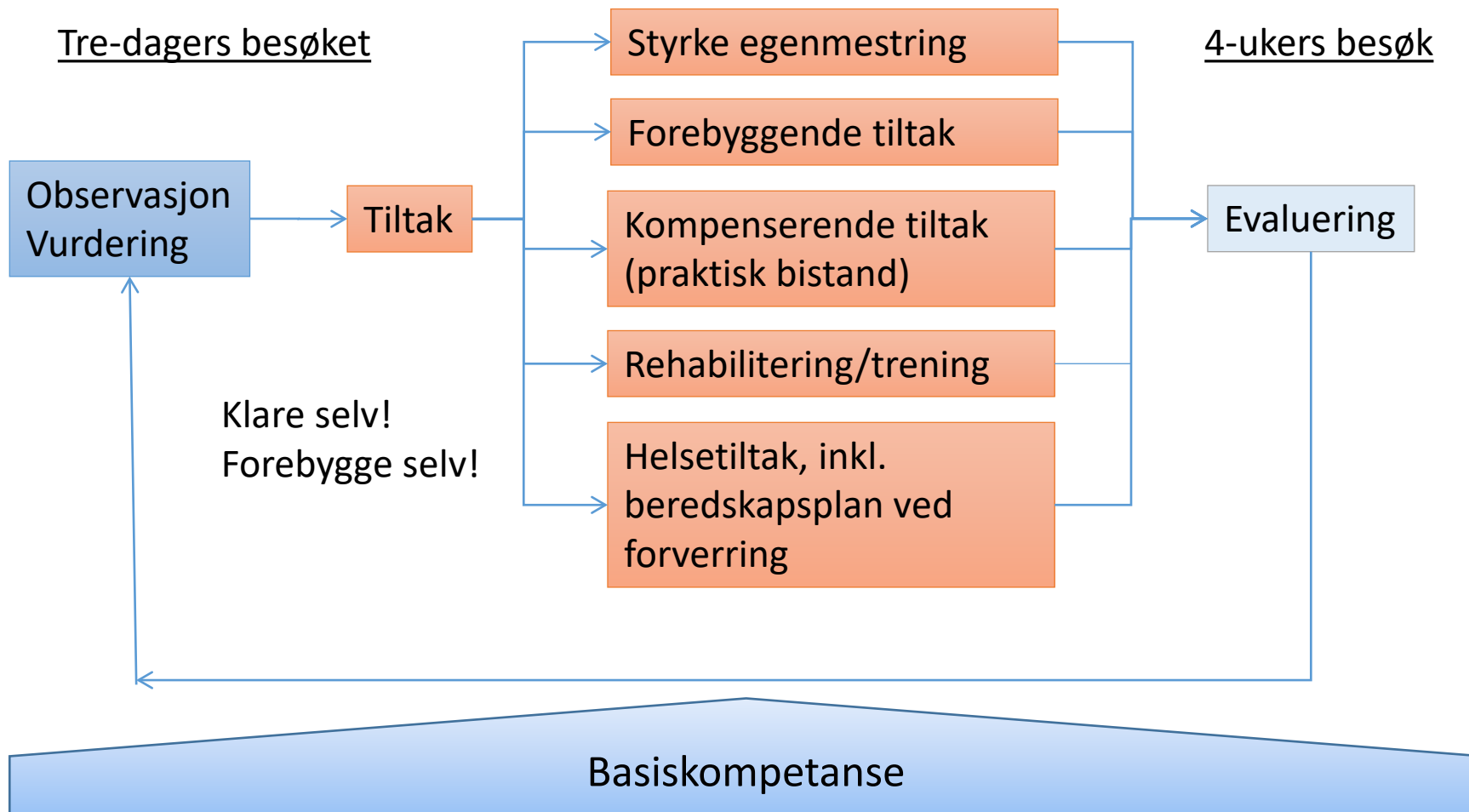
5 Besøk fastlege
Legemiddel-
gjennomgang

6 Evaluering etter
fire uker

Koordinerende enhet




Oppfølgingsplan for pasienten



PIXI; Lommeutgave av sjekklister


x



TRONDHEIM KOMMUNE


HPH 2 - Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst

1. Gå gjennom foreløpig epikrise/medikamentliste og sykepleiesammenfatning før samtale med bruker.
2. Aktuelle diagnoser:
3. Har bruker startet med nye medisiner? (vær obs i forhold til virkning/ bivirkning)
4. Kontroll av medisindosett/Multidose som bruker har i hjemmet/på senkekontor.
5. Avklar administrasjonsmåte i forhold til medikamenthåndtering, må komme tydelig fram på arbeidsliste.
6. Er seponerte medisiner fjernet fra hjemmet?
7. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
8. Blir utstyret brukt riktig?
9. Har bruker trygghetsalarm? Er bruker i stand til å forstå bruken? Test alarmen.
10. Føler bruker seg trygg?
11. Kjenner bruker at han mestrer hverdagen?
12. Forvirringstilstand?
13. Hukommelsesproblemer?
14. Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og mistenksomhet?
15. Søvn mønster natt/dag
16. Beskriv matlyst og næringsinntak (Kvalme? Behov for kostveiledning?):
17. Eliminasjon:
18. Utholdenhet/trettbarhet.



pl 483 - Orikkat vers 25

x



TRONDHEIM KOMMUNE

HPH 5 - Fire-ukers samtale/revurdering av bruker

Helse:

1. Diagnose siste sykehustilleggelse, og andre kroniske tilstander:
2. Endring i brukers helse og hjelpebehov det siste halve året:
3. Videre oppfølging etter siste fastlegekontroll: Spesielle observasjoner framover.
4. Plan for videre kontakt med fastlege:
5. Ernæringsstilstand: Variert/ensidig kosthold. Mengde, hyppighet av måltider:
Vekttap siste halvår:
Behov for oppfølging under måltid:
6. Tannhelse (egne tenner/veitilpasset protese):
Behov for bistand til munnhygiene:
7. Smerter/Tilstrekkelig smertelindret:
8. Eliminasjon (urin/avføring):
9. Syn/Hørsel:


Daglige beslutninger:

10. Beskriv brukers hukommelse:
11. Beskriv brukers ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål:
12. Opplever brukers atferd som adekvat? Mistanke om forvirringstilstand?
13. Har bruker forståelse for sin egen situasjon (Hvis nei; kontakt fastlege for å få brukers samtykkekompetanse vurdert):
14. Er brukers hjemmesituasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helsestilstand):
Er det spesielle utfordringer i forhold til brannsikkerheten (Hvis ja; Følg prosedyre "Forebyggende brannvern for brukere i hjemmetjenesten", denne prosedyren skal i tillegg gjennomgås minimum 1 gang per år):



pl 483 - Orikkat vers 25

x



TRONDHEIM KOMMUNE


HPH 4 - Brå eller gradvis endring/tap av funksjon

Ved akutsituasjon RING 113.
Konferer med sykepleier/vempeleier under utfylling av sjekklisten.

BRÅ ENDRING/ TAP AV FUNKSJON (times/dager/uke):

Observasjon er:

1. Bevissthetstilstand/ forvirring:
2. Mental svikt:
3. Respirasjon (rask? Svakete? Anstrengt?):
4. Blodtrykk/Puls:
5. Vektendring (ved hjertesvikt):
6. Hevelse i beina:
7. Hud (Farge/ tørr/ varm/ klam?):
8. Tegn til infeksjon (temperatur, urinstic, forvirring, luftveissymptomer, skarpt avgrenset rød hud?):
9. Medisiner (tar bruker sine medisiner? Riktig dose?):
10. Smerter (hvor? Styrke?):
11. Svimmel? Falt?
12. Eliminasjon (urin/ avføring):
13. Matlyst? Væsketilførsel?
14. Søvn mønster:
15. Stemningsleie (nedstemthet, engstelse):
16. Behov for å kontakte fastlege/ legevakt (bruk sjekkliste ved rapportering av observasjoner):
17. Behov for økte/endrede tjenester:
18. Informer pårørende:
19. Ved sykehustilleggelse, eller ved legetilsyn skal hjemmjournal legges fram, eller sendes med ambulanse.



pl 483 - Orikkat vers 25



HPHO Melding om utskrivningsklar pasient¹

Formål

Sikre at alle pasienter får et faglig forsvarlig og helhetlig behandlingstilbud i overgangen mellom helse- og omsorgstjenesten i kommunen og helseforetaket.

Omfang

Saksbehandlere Helse og Velferdskontoret – HVK (koordinerende enhet)

Arbeidsbeskrivelse

1. Sykehuset sender elektronisk:

- Varsel om utskrivningsklar pasient
- Epikrise eller tilsvarende informasjon inklusive medisinopplysninger
- Helseopplysning oppdatert fra sykepleietjenesten/evt. rapport fra andre faggrupper

2. HVK vurderer om pasienten er utskrivningsklar, skal hjem eller på et opphold, basert på tidligere helseopplysninger/kartleggingsmøter, samt informasjon som ligger ved melding om utskrivningsklar pasient.

3. HVK legger inn i merknadsfeltet i "melding om utskrivningsklar": *Pasienten skal hjem, se journal 316/317.* eller *Pasienten skal på opphold, se journal 316/317.*

- For nye pasienter må saksbehandler varsle hjemmetjenesten enten via beskjedjournal eller telefon.
- HVK oppretter aktuelle tjenester, og ferdigstiller saksbehandling

¹Basert på samarbeidsavtalen (jf. H&O loven §6-2, punkt 5) mellom Trondheim kommune og St. Olav: "Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter"

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

Fastlege

Legevakt

Bestillerkontor

Poliklinikk

Sykehus

Start

Utskrivning fra
spesialist-
helsetjenesten

Møte sykehus
kommune

HPH0:
SJEKKLISTE

Koordinerende enhet

HPH1:
SJEKKLISTE

Forberedelse
hjemkomst

HPH2:
SJEKKLISTE

Besøk av
primær-
sykepleier

Innleggelse
korttidsopphold
rehabilitering

HPH3:
SJEKKLISTE

Besøk fastlege
Legemiddel-
gjennomgang

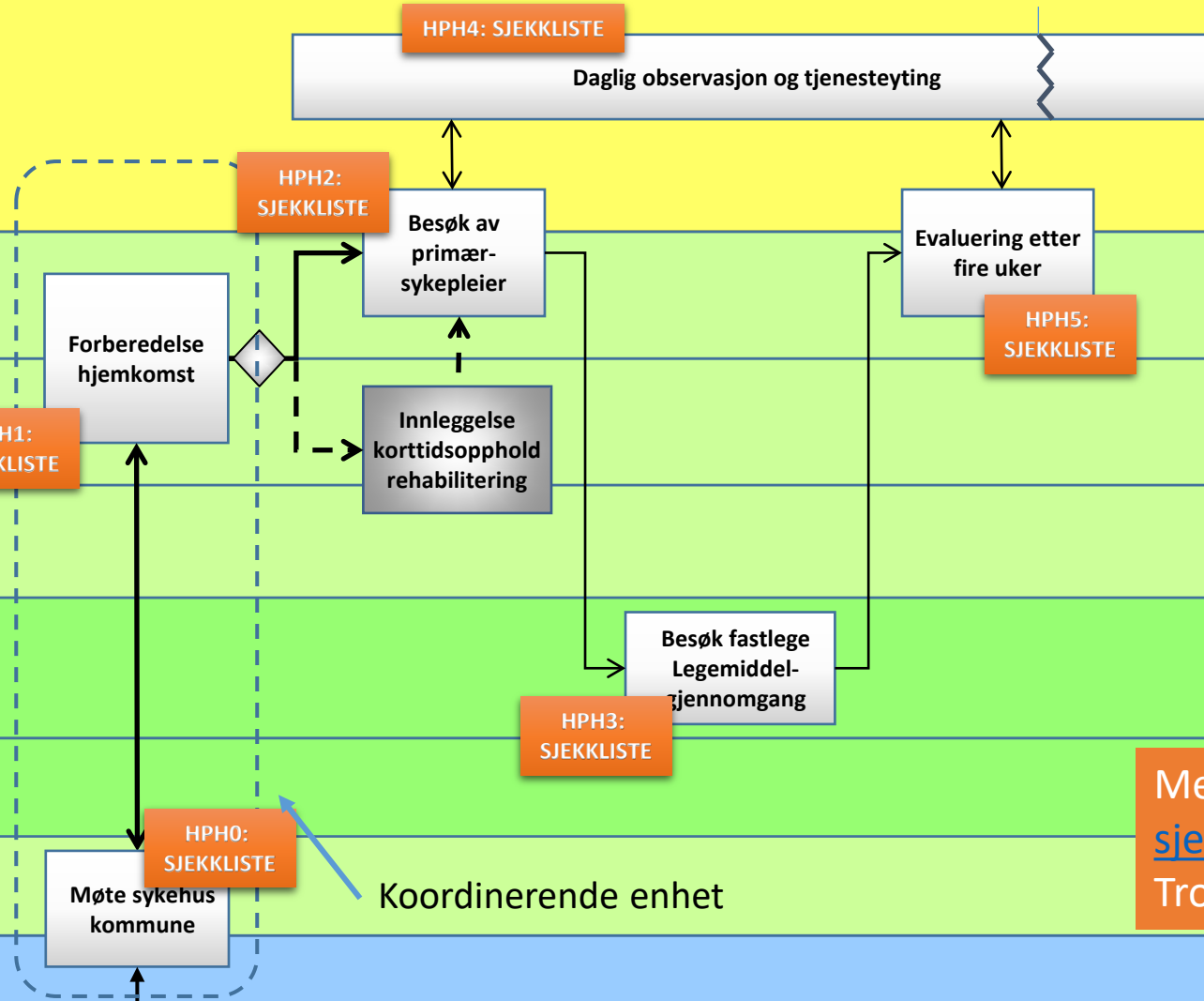
HPH5:
SJEKKLISTE

Evaluering etter
fire uker

HPH4:
SJEKKLISTE

Daglig observasjon og tjenesteyting

Mer om [HPH og sjekklister](#) hos Trondheim kommune



Ny tjenestereise - KS

STEG FOR INNBYGGEREN

Hendelsesforløpet for brukeren og pårørende i kronologisk rekkefølge



BRUKER
FAREMIDDEL

KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)



AKTØR 1
AKTØR 2
AKTØR 3
AKTØR 4
AKTØR 5
AKTØR 6
AKTØR 7

TEKNOLOGI

Hvordan understøtter teknologien arbeidsprosessene?



OPPLÆRING

Hvilken opplæring og informasjon kreves for etablering av ny rutine i dette steget?



Tråkkemaskina i drift igjen

SUNNDAL: Sist helg streiket Grea Ila tråkkemaskin, men laget opplyser i en e-post til Driva at maskina nå er utbedret og i drift igjen. "Tråkking er i full gang, det ligger derfor til rette for flotte løyper til kveldeins trening. Dette til tross for lise og hard snø i løypestraseen. Slik som været er nå kreves det fresing og tråkking hver dag for å sikre gode løypeforhold", heter det. Grea Ila ønsker å rette en takk til Arne Halvor Eng, elsjørd ved Sunndal Båskade for god hjelp i forbindelse med utbedring av skåden.

Erkjente innbrudd

RINDAL/SUNNDAL: To menn bosatt i Kristiansund har erkjent at de forsøkte å ta seg inn i en privatbolig i Rindal natt til mandag. De knuste ruta i ytterdøra, men ble oppdaget av beboerne i huset. De to ble pluggpet under et lignende innbruddsforetak hos firmaet Datacenteret i Sunndal. Politiet fant da tyvsgods i bilen til de to. Dette stammer fra innbrudd i Kristiansund og Tingvoll. Dermed ble det vanskelig å snakke seg ut av knips. Det er omssær Trøndelag som melder dette.



LÆRER FRÅ SEG: Sunndal er tidleg ute med det som kallast for helseitert pasientforløp. No lærer sjukepleiar Siri Vullum (frå venstre), systemansvarleg på IKT-system i pleie og omsorg, Annett Ranes, fagutviklingsjukepleiar Ann Kristin Tøstet og eringsleiar heimesjukepleier, Margrethe Svinvik, bort dette til sjukepleiar frå dei andre SIO-kommunane.

Byt inn gamle setlar før 1. november 2012

Sjekk skuffar og skap!

Snart mister den førre setelutgåva sin verdi. Fristen for innløyning er 1. november 2012 og gjeld for:

- 50-kronesetlar med portrett av Aasmund O. Vinje
- 100-kronesetlar med portrett av Camilla Coilett
- 500-kronesetlar med portrett av Edvard Grieg
- 1000-kronesetlar med portrett av Christian Magnus Falsen

Setlane kan ein løyse inn følgjande stader:

- Ved Noregs Banks hovudkontor i Oslo
- Ved depota til Noregs Bank (som blir drifta av Nokas) i Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø
- I bankar som tilbyr denne tenesta til kundane

Meir informasjon finn du på nettsidene våre: www.norges-bank.no eller ved å kontakte Noregs Bank, tlf 22 31 60 00



Sunnadal har lært å ta vel imot utskrivne pasientar:

Kursar SIO

Sunnadal kommune er med i eit prosjekt som forhåpentleg skal medføre færre reinnleggelsar av heimsendte pasientar. No lærer helsepersonell frå Sunndal bort metoden til dei andre kommunane i Samhandlingsregionen (SIO).

Magne Lillegård
magne.lillegard@vao.no

Helsepersonell frå Halså, Rindal, Hemne, Agdenes, Snillfjord, Frøya, Rønnebu, Meldal og Skam har vore i Sunndal denne veka for å lære meir om såkalla Helseitert pasientforløp (HPI). Dette skal etter planen medføre at færre pasientar blir sendt heim frå sjukehuset innleggast inn att.

Metoden har sitt utspring i forskning utført av tidlegare kommunalege i Sunndal, Anders Grimsø. Dette er nok også mykje av grunnen til at Sunndal kommune var med i prosjektet på eit tidleg stadium. Etter at Samhandlingsreforma tok opp HPI i seg, var sunndalingene så godt inne i prosessen at helsepersonell frå Sunndal no kan lære frå seg metoden til helsepersonell frå dei andre kommunane i SIO.

Stiller faste spørsmål

Utgangspunktet for at Grimsø drog i gang denne forskinga var at han såg at den akuttmedisinske kjeda fungerer. Blir du sjuk og

ringer lege, hamnar du raskt på sjukehuset som du treng det. Samtidig konstaterer han at det ikkje finst noko system som fangar opp kronisk sjuke på same måten, og at det i høg grad er opp til kvar enkelt sjukepleiar i heimkommunen kva behandling pasienten får etter at vedkomande er sendt heim.

Dette medfører i altfor mange tilfelle at pasienten må leggjast inn att etter relativt kort tid. Metoden går på at sjukepleiarar frå heimkommunen til pasienten som skal sendast heim, intervjuar lege og anna helsepersonell på sjukehuset ved hjelp av eit standardisert sett med spørsmål. I prosessen ligg òg at pasienten skal til fastlegen innan 14 dagar etter utskrivning, og blir her stilt ei rekke spørsmål som også er standardisert. Det vert utarbeidd rutinar for kommunikasjonen mellom fastlegen og heimeleivna, noko som til sjands og sist skal ende opp i at pasienten får rett oppfølging etter heimkomsten frå sjukehuset.

Lærer, men det tek tid

Her i Sunndal har vi innarbeidd dette som ein metode vi følgjer i alle slike tilfelle, seier einingsleiar for heimesjukepleien, Margrethe Svinvik.

Ho tykkjer det er litt gjævt at dette som ein metode vi følgjer i alle slike tilfelle, seier einingsleiar for heimesjukepleien, Margrethe Svinvik.

«Vi lærer jo mykje sjølv også av å måtte færdig oss på å gje andre opplæring, seier ho.

Heller ikkje sunndalingene er fullt utlært enno. Det vil ta nokre år, og sjukepleiar Siri Vullum fortel at spjekklistene stadig må en-

drast til ein kjem fram til dei setta med spørsmål som fungerer best.

Verkar positivt

Sjukepleiarane frå dei andre kommunane blir prosessrettleiarar i sine respektive kommunar, og vil altså vere dei som lærer prosessen vidare til sine kollegar.

Etter kvart som kommunane kjem betre inn i metoden, skal dette medføre at pasientar som blir sendt heim frå sjukehuset, får så god oppfølging i heimkommunen at dei ikkje blir lagt inn på sjukehuset att.

«Vi har sett tendensen til at pasientar som har fått denne oppfølginga heller ikkje har det same behovet for heimesjukepleie som tidligere», seier Annett Ranes. Ho er folkehelsekoordinator i Sunndal, men i denne samanhengen er ho systemansvarleg på Cerika – IKT-systemet som brukast i pleie- og omsorgssektoren.

Helsepersonell i Sunndal var ferdige med prosessen i fjor haust, og meiner å sjå at det verkar.

UP-kontroll i sentrum

SUNNDAL: Utviklingspolitiet hadde tirsdag trafikkontroll flere steder på Sunndalsøra. Til sammen ble det utført 17 verneboyst for ikke å ha brukt bilbelte (1500 kroner), og tre forendede forelegg for bruk av mobiltelefon under kjøring (1300 kroner).

Erfaringsoverføring lokalt

- «Ein metode vi følgjer for alle pasientane»
- «Heller ikkje Sunndalingene er fullt utlært enno – det vil ta nokre år»
- «Sjekklistane må stadig endrast slik at vi kjem fram til det som fungerer best»
- «Vi ser tendens til at pasientar som har fått denne oppfølginga ikkje blir lagt inn på sjukehuset att og heller ikkje har same behovet for heimesjukepleie som tidlegare»

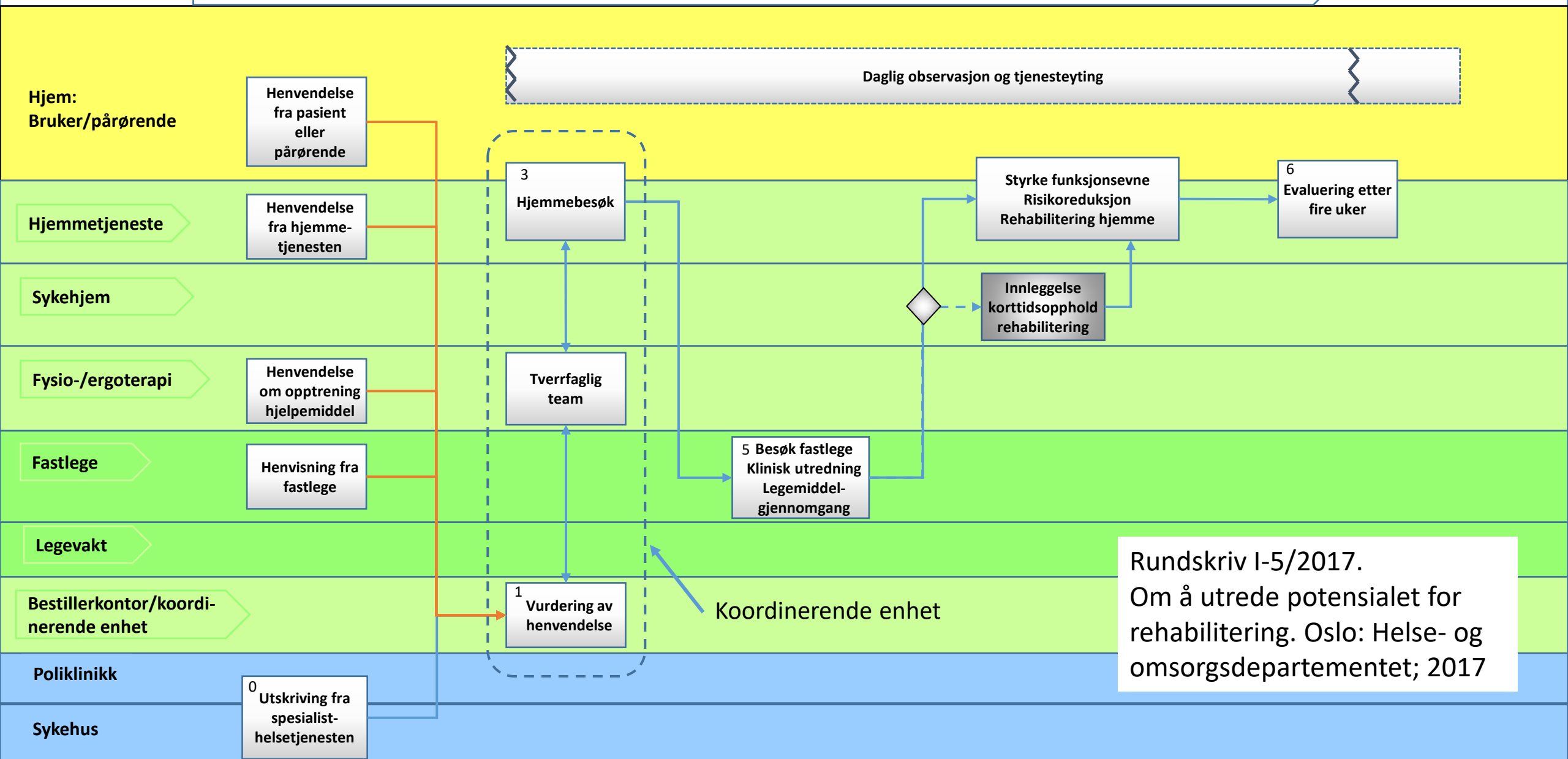
Erfaringer fra implementering av pasientforløp

Viktige faktorer for utfallet:

- Kommunalt vedtak
- Tett oppfølging ved ledere / nøkkelpersonell + Drilling av ansatte
- Tilrettelegge arbeidshverdag + tilpasning til eksisterende rutiner
- Nytte for pasient, og for individuell arbeidstaker, gruppe, leder
- Tilbud til alle pasientene

Røsstad T, Garåsen H, Steinsbekk A, Håland E, Kristoffersen L, Grimsmo A. Implementing a care pathway for elderly patients, a comparative qualitative process evaluation in primary care. BMC Health Services Research. 2015;15:86.

Tidlig identifisering med tidlig intervensjon og forebygging



Rundskriv I-5/2017.
 Om å utrede potensialet for rehabilitering. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet; 2017

Resultater ved utskriving til hjemmet

	Hjem via inter- mediæravdeling	Direkte hjem fra St.Olavs H
Antall pasienter:	68	70
Etter 6 måneder		
• Reinnleggelser:	13	25
• Klarer seg selv:	19	6
Etter 12 måneder		
• Døde	13	22

Garåsen H et al. Scand J Public Health 2008 Mar;36(2):197-204.



Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt lege- og sykepleierbemanning (30 %) understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet (tre uker)
- Ansettelse av erfarne fastleger. Legemiddelgjennomgang, ofte med vesentlig reduksjon i forhold til det som var utskrevet ved sykehuset.
- Tett samarbeid med pårørende
- Institusjonstjeneste og hjemmetjeneste under samme ledelse i samme organisasjon



Comprehensive geriatric care for patients with hip fractures: a prospective, randomised, controlled trial

Prestmo A, Hagen G, Sletvold O, et al.

DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)

	Geriatrigruppen	Ortopedigruppen
Antall pasienter	198	199
Liggetid	12.6	11.0
Direkte hjem	47	20

Evaluering (4 og 12 mnd): Geriatrigruppen hadde færre reinnleggelser, kortere liggetid i sykehjem, høyere bevegelighet, og til en lavere kostnad



Cochrane Database Syst Rev. 2016

doi: 10.1002/14651858.CD006560.pub3

Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings

Conclusions

- Interventions to date have had mixed effects, although are likely to be more effective if targeted at *self care*, *functional difficulties* and *risk factors*.

• Veiledning
• Opplæring
• Motivering
• Egenomsorg

Trening, muskelstyrke
Hjelpemidler

• Bivirkninger, polyfarmasi
• Tap av kontakt med helsetjenesten
• Depresjon
• Tap av sosialt nettverk
• Immobilitet
• Underernæring
• Fall, brann, delir, etc

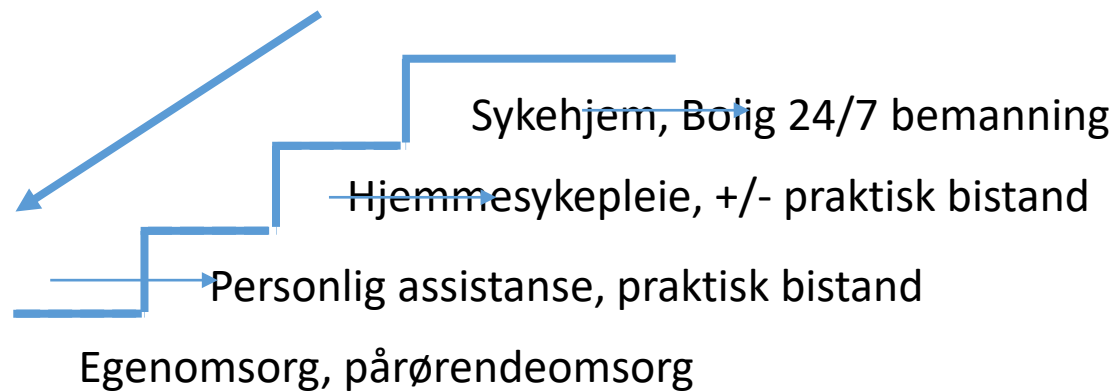
Dokumenterte forebyggende tiltak ved multisykdom

- Sunt kosthold
- God hygiene
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddeloptimalisering/-avmedisinering



Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende
innsatstjenester

Rehabilitering
Risikoreduksjon
Opplæring
Forebygging
Dagtilbud
Transport
Velferdsteknologi
mm.

Veileder om oppfølging av personer med store og sammensatte behov

1. Bedre oppfølging av pasienter og brukere med omfattende behov for tjenester krever tydelig ledelse
2. Hvem er pasienter og brukere med store og sammensatte behov
3. Myndiggjorte pasienter, brukere, fagpersoner og team
4. Metoder og verktøy for systematisk kvalitetsforbedring for helhetlige og koordinerte tjenester
5. Kompetansebehov og kompetanseplanlegging
6. Hvordan observere, oppdage og identifisere behov for tjenester
7. Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team
8. Helhetlige pasientforløp

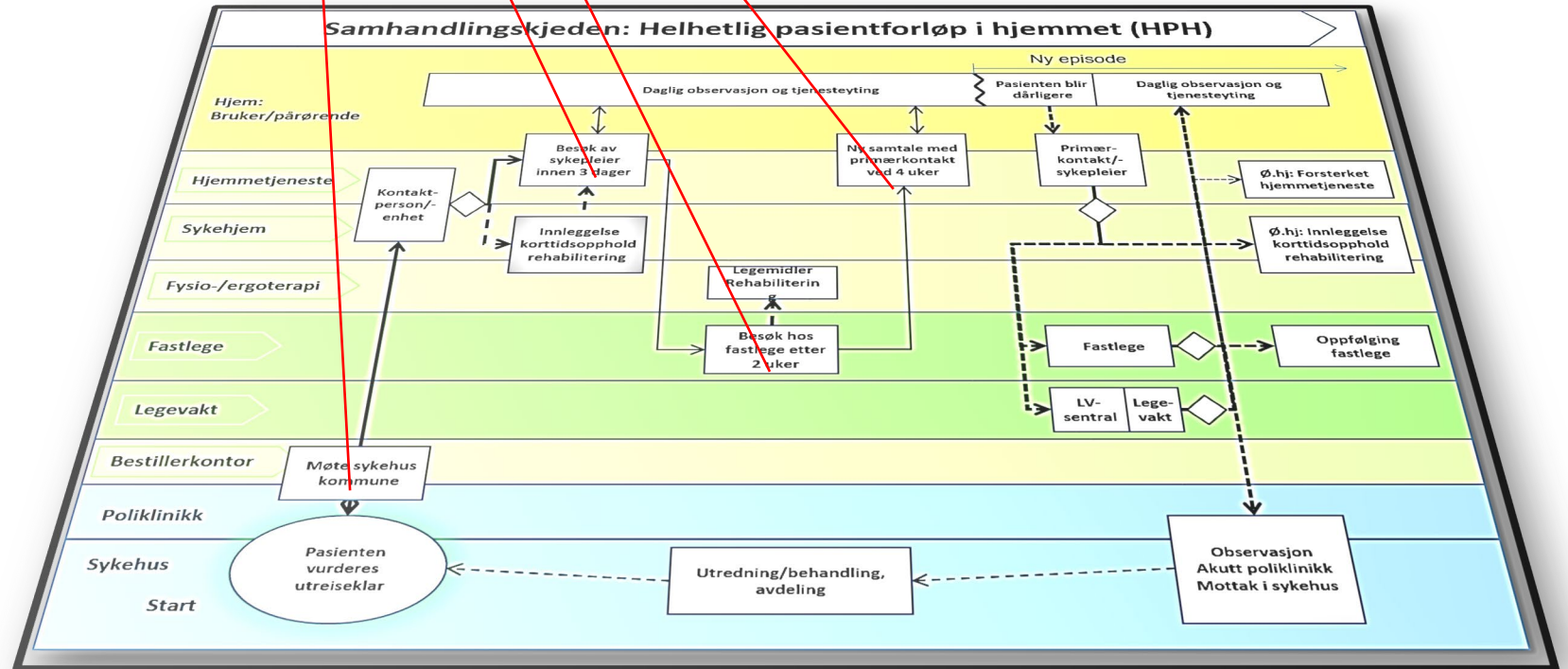


Indikatorsett for gode pasientforløp

Indikatorsett for gode pasientforløp, fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal:

Pasient / Løpnummer:	Utskrivningsdato	Reinleggelsesdato	Utført		Hva er viktig for deg? (PSFS)	Evaluering		Kommentarer	
			Ja	Nei		COPM funksjon	COPM utreise		
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for iverksett oppfølging								
2	Kommune og sykehus/kommunal institusjon har planlagt utreisen sammen								
3	Informasjon og forberedelse av utreise er gjort sammen med pasient/pårørende								
4	Vurdering av pasientens funksjon er foretatt i henhold til sjekkliste og målestrekningsinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM								
5	Oppfølgingen styres av det som er viktig for pasienten								
6	Fastlege: Klinisk utredning og legemiddelgjennomgang								
7	Ny vurdering etter 4 uker av pasientens funksjon foretatt i henhold til sjekkliste/målestrekningsinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM								
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøking								
Prosent etterlevelse av indikatorsettet									
Opplevd nytte / resultater									

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



EPJ-nr.:		Henvendelse om vurdering fra: <input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus <input type="checkbox"/> Vært innlagt KØH/ØHD			STATUS: <input type="checkbox"/> Ny søker om tjenester <input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand	
Initialer:		<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> Fysio. / ergo.	<input type="checkbox"/> Hjemmetjenesten	<input type="checkbox"/> Mottar hjemmesykepleie	<input type="checkbox"/> Ønsker institusjonsplass <input type="checkbox"/> Annet
		<input type="checkbox"/> Pasient/pårørende	<input type="checkbox"/> Annet:			

Målepunkter for det Gode pasientforløpet

		Utført			Kommentarer
		Ja	Nei	Ikke aktuelt	
1	Forberedelse av mottak				
1a	Tilstrekkelig informasjon for videre oppfølging av pasienten er mottatt / innhentet via e-link eller samtale.	x			
1b	Sjekkliste for forberedelse av hjemkomst er gjennomført og dokumentert.	x			
1c	Behov for innsatsteam / rehabilitering er vurdert.	x			
2	Besøk av sykepleier innen 3 dager				
2a	Sjekkliste for hjemmebesøk / innkomst er gjennomført.	x			
2b	"Hva er viktig for deg?" samtale er gjennomført.	x		3	
2c	4 meter gangtest er gjennomført			x	For tidlig for pasienten
3	Vurdert av fastlege innen 2 uker				
3a	Hjemmesykepleien har sendt fastlegen informasjon før konsultasjon	x			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	x			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.		x		
4	Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker				
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	x			
4b	"Har vi lykket med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	x		8	
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført	x			0,7 m/s
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt	x			
Prosent etterlevelse av målepunktene		92			
Opplevelse av endring i funksjon					5

Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom

