



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

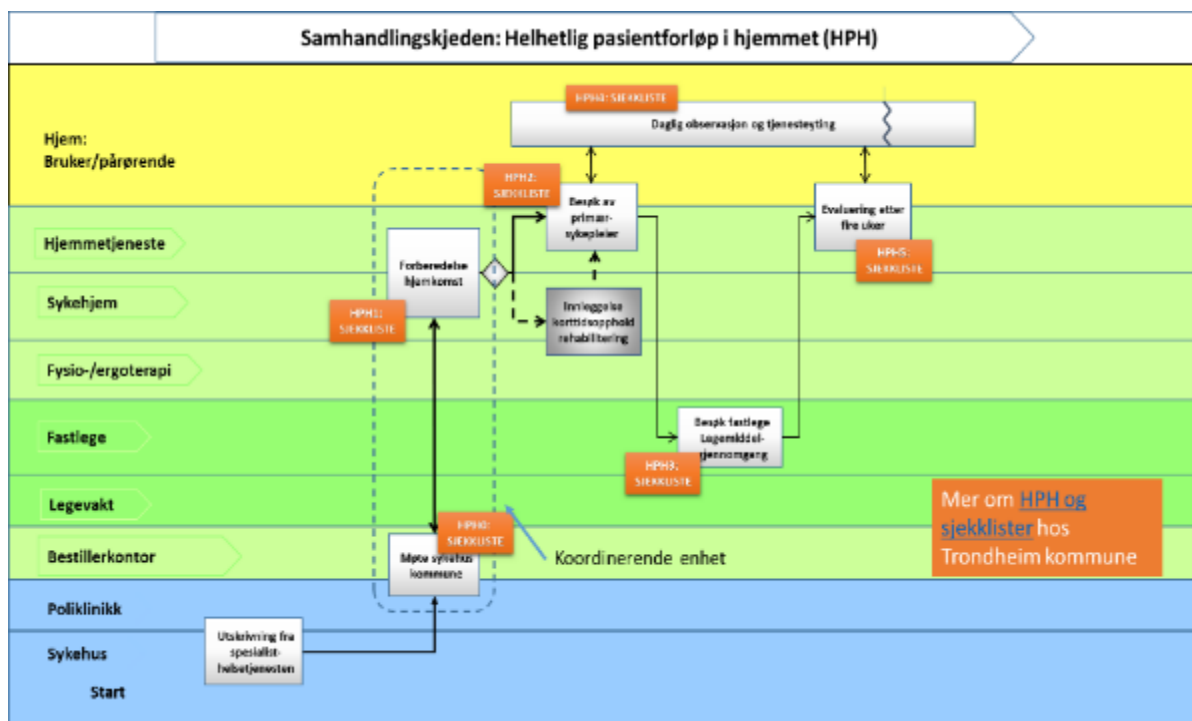
Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp
Første samling

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



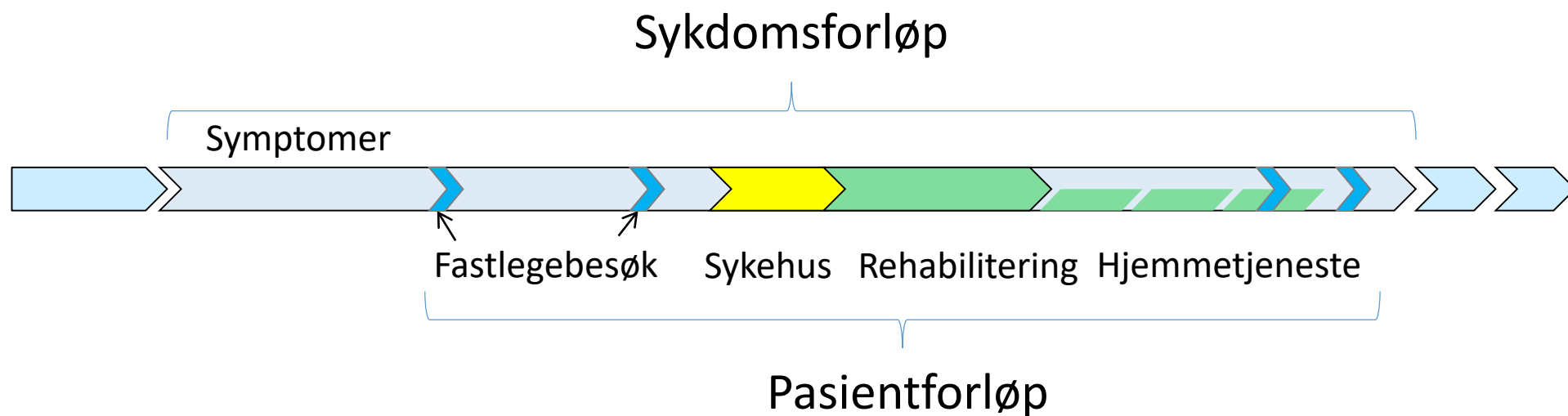
- Trygge overganger
- Personsentrert kartlegging og planlegging
- Fastlegens involvering
- Evaluering av innsatsen
- Observasjon og tidlig identifisering ved forverring

Retningsendring –



- Styrke arbeidet for bedre helse, mestring og funksjon.
- Utvikle relasjon til bruker og pasient basert på spørsmålet: Hva er viktig for deg?

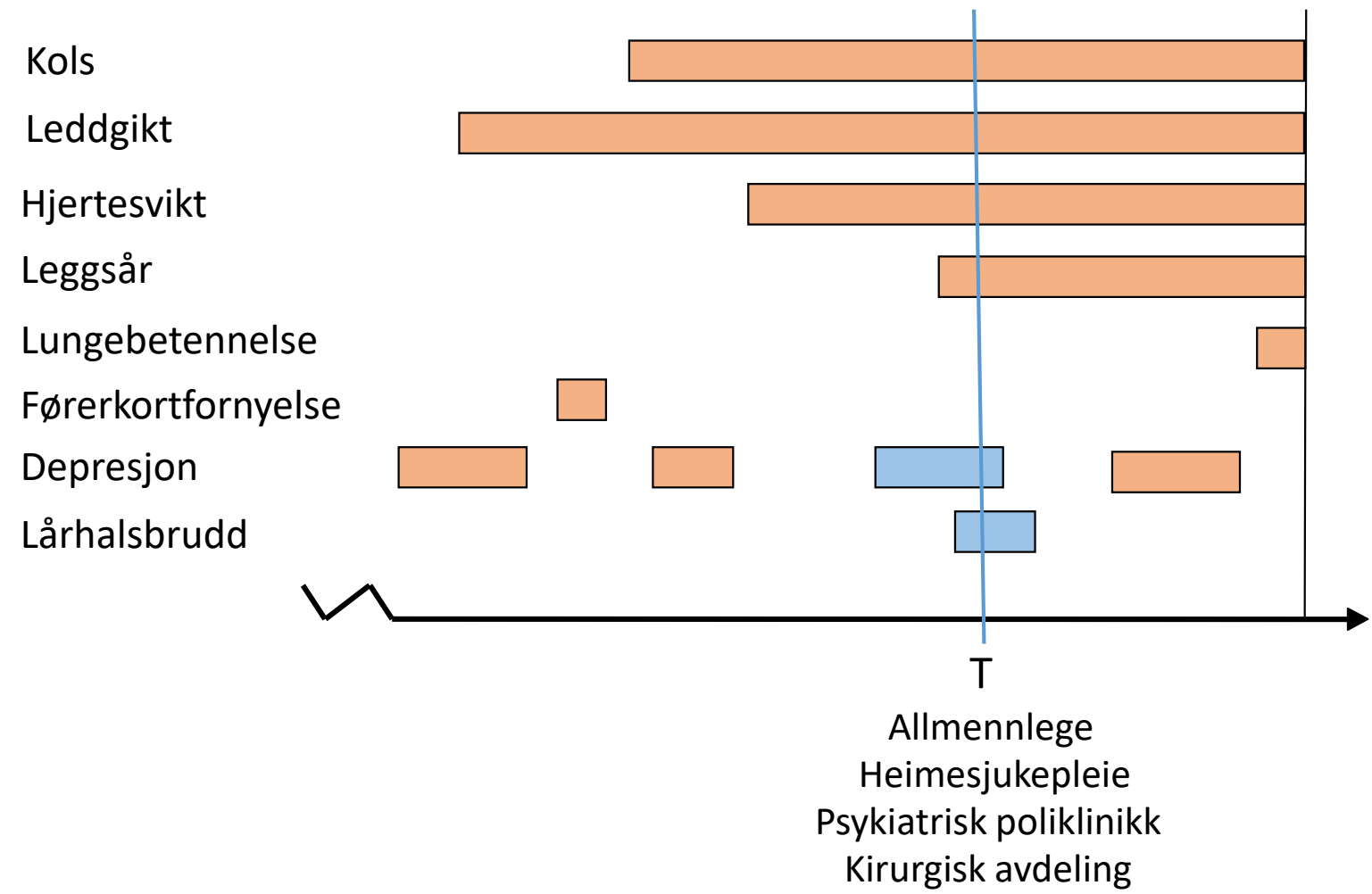
Helhetlige pasientforløp



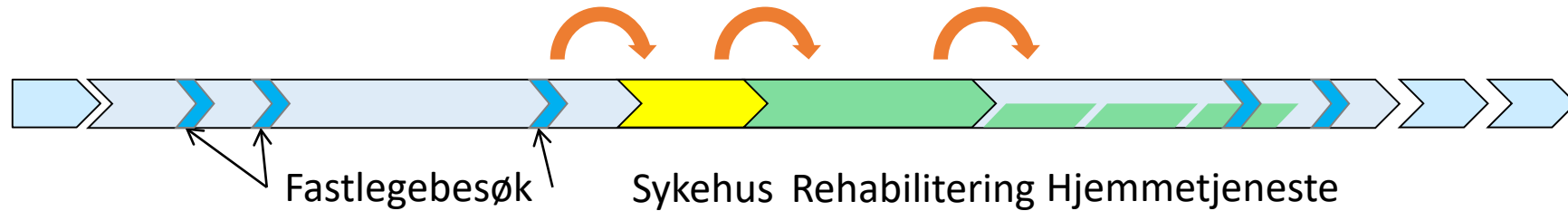
Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet



Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp



Helhetlige pasientforløp



Kjennetegn:

Kontinuitet – god sammenheng i tjenester gjennom god samhandling (koordinering)

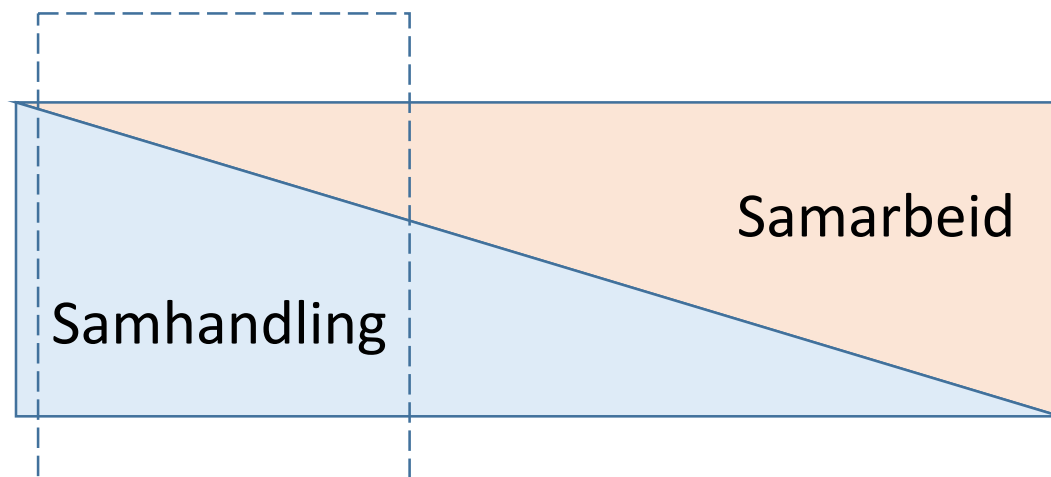
Sømløshet– rettidig, adekvat og smidig overføring av informasjon og oppgaver

Personsentrert – pasienten deltar i beslutninger og utformingen av målsettingen med behandlingen

Informasjonsdrevet - drivkraften i pasientforløpet er opplysninger om pasientens tilstand og behov som går foran i forløpet

Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

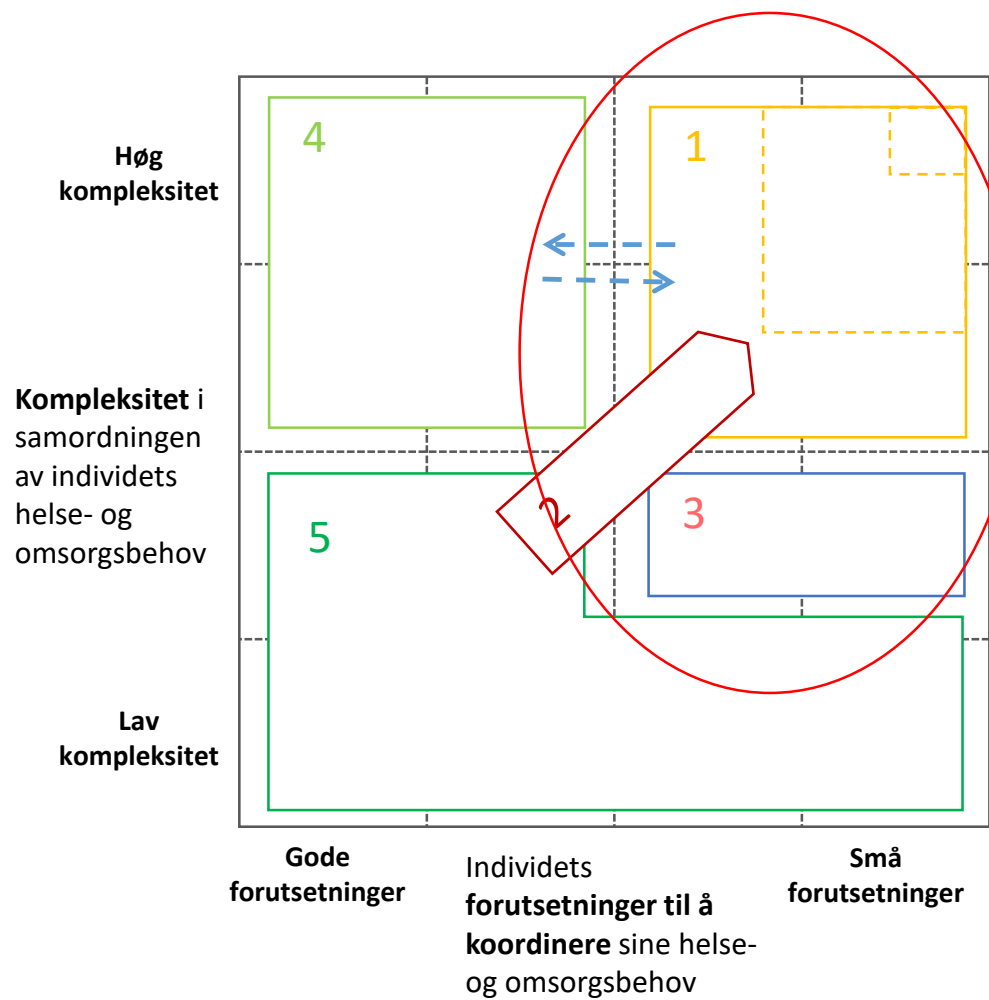
	<u>Operasjonalisering</u>	<u>Eksempler</u>
• Samhandling	Koordinering	Pasientforløp Pakkeforløp
• Samarbeid	Team	Operasjonsteam Ambulerende team



”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



Gruppe 1

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



Gruppe 2

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



Gruppe 3

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

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



Gruppe 4

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



Gruppe 5

I hovedsak psykologisk og somatisk friske individer:

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

Helsefelleskap

Partnerskapsmøtet

Ledelse i kommuner og helseforetak

- Årlig retningsmøte

Strategisk samarbeidsutvalg

Administrativ og faglig ledelse

- Strategi og handlingsplaner
 - Beslutninger

Faglige samarbeidsutvalg

- Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller

Prioriterte grupper

- Barn og unge
- Personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer
- Skrøpelige eldre
- Personer med flere kroniske lidelser

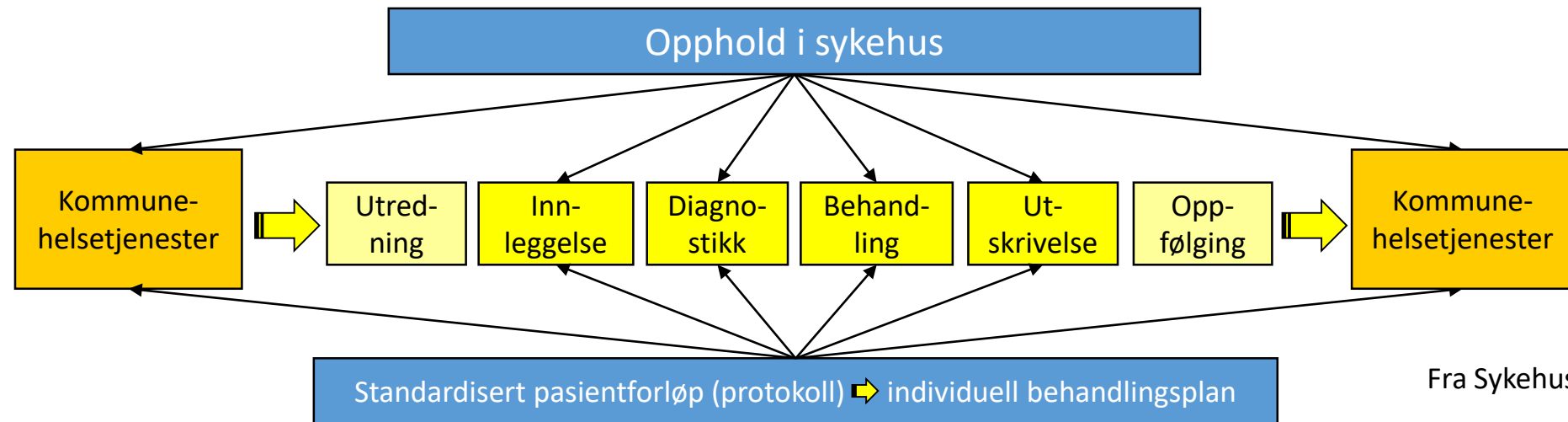


Helhetlige pasientforløp for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- Samarbeid mellom spesialisthelsetjenesten og primærhelsetjenesten
 - Assertive Community Treatment ([ACT/FACT](#))
 - Alderspsykiatriske team ([Sam-Aks](#) Innlandet)
 - Distriktpsikiatrisk senter ([DPS](#))
 - Ambulant akutt team

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

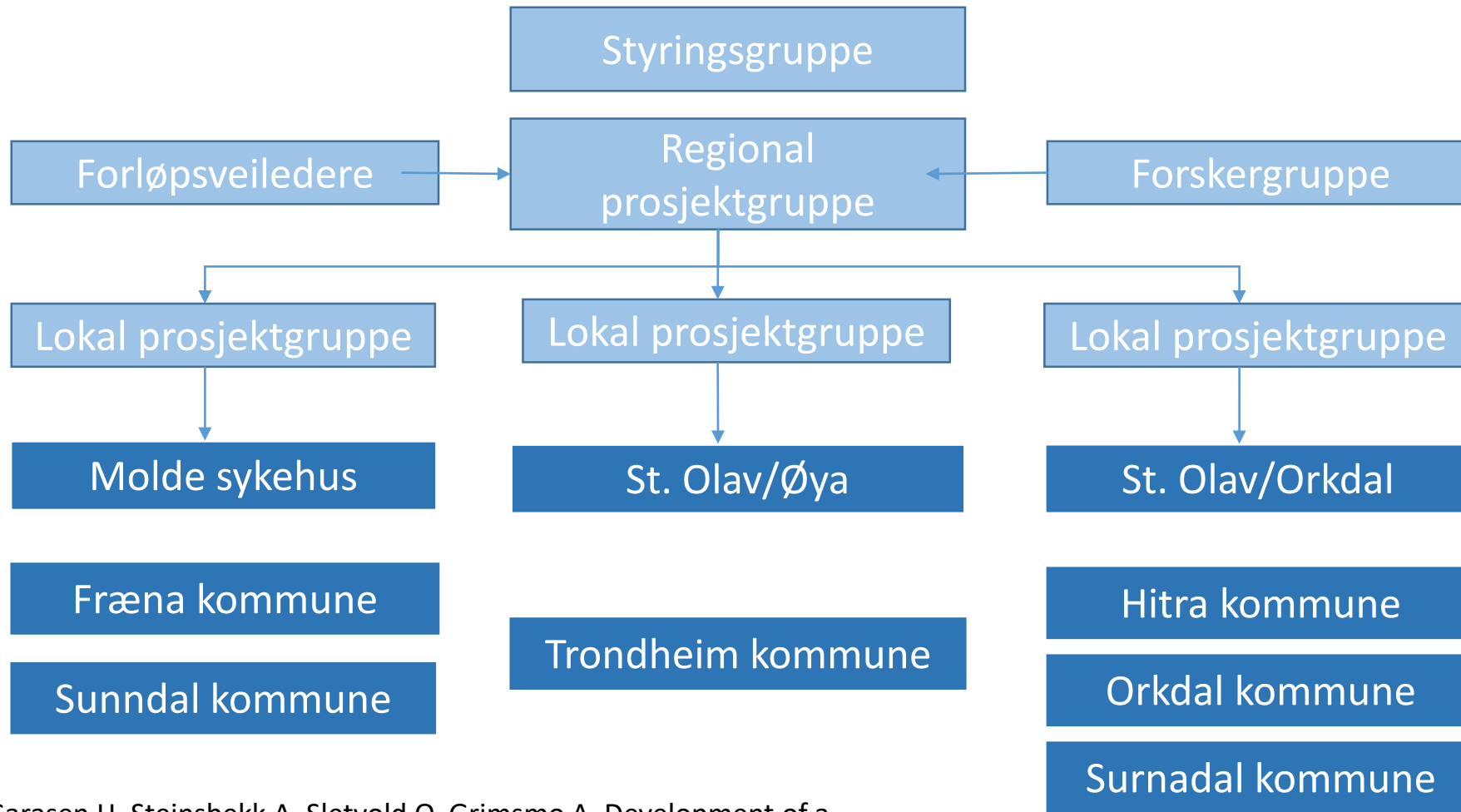


Utarbeide pasientforløp som sikrer informasjonsflyt, tydeliggjør oppgaver og roller og reduserer risiko for svikt



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](#)

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

2
Forberedelse
hjemkomst

4
Innleggelse
korttidsopphold
rehabilitering

3
Besøk av
primær-
sykepleier

5
Besøk fastlege
Legemiddel-
gjennomgang

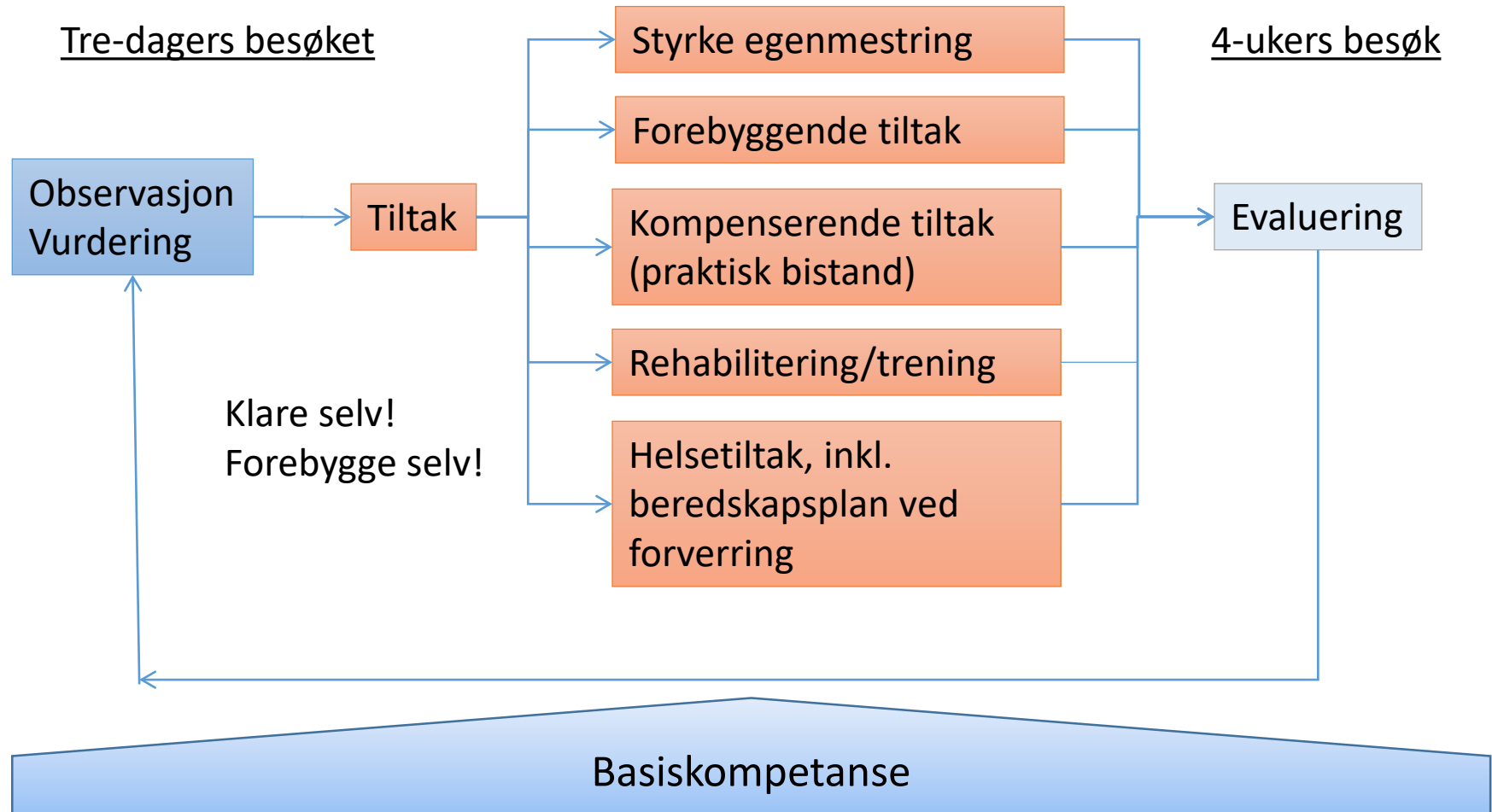
6
Evaluering etter
fire uker

1
Møte sykehus
kommune

Koordinerende enhet


0
Utskrivning fra
spesialist-
helsetjenesten

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. Søvnmonster 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 sykehustillegelse, 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/veltilpasset 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 brannskikkerheten (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? Svakleste? Anstrengt?):
4. Blodtrykk/Puls:
5. Vektendring (ved hjertesvikt):
6. Hevelse i beina:
7. Hud (Farge/ tørr/ varm/ klam?):
8. Tegn til infeksjon (temperatur, urinstre, forvirring, luftveissymptomer, skarpt avgrenset rød hud?):
9. Medisiner (tar bruker sine medisiner? Riktig dose?):
10. Smerter (hvor? Styrke?):
11. Svimme/ Falt?
12. Eliminasjon (urin/ avføring):
13. Matlyst? Væsketilførsel?
14. Søvnmonster:
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 sykehustillegelse, 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

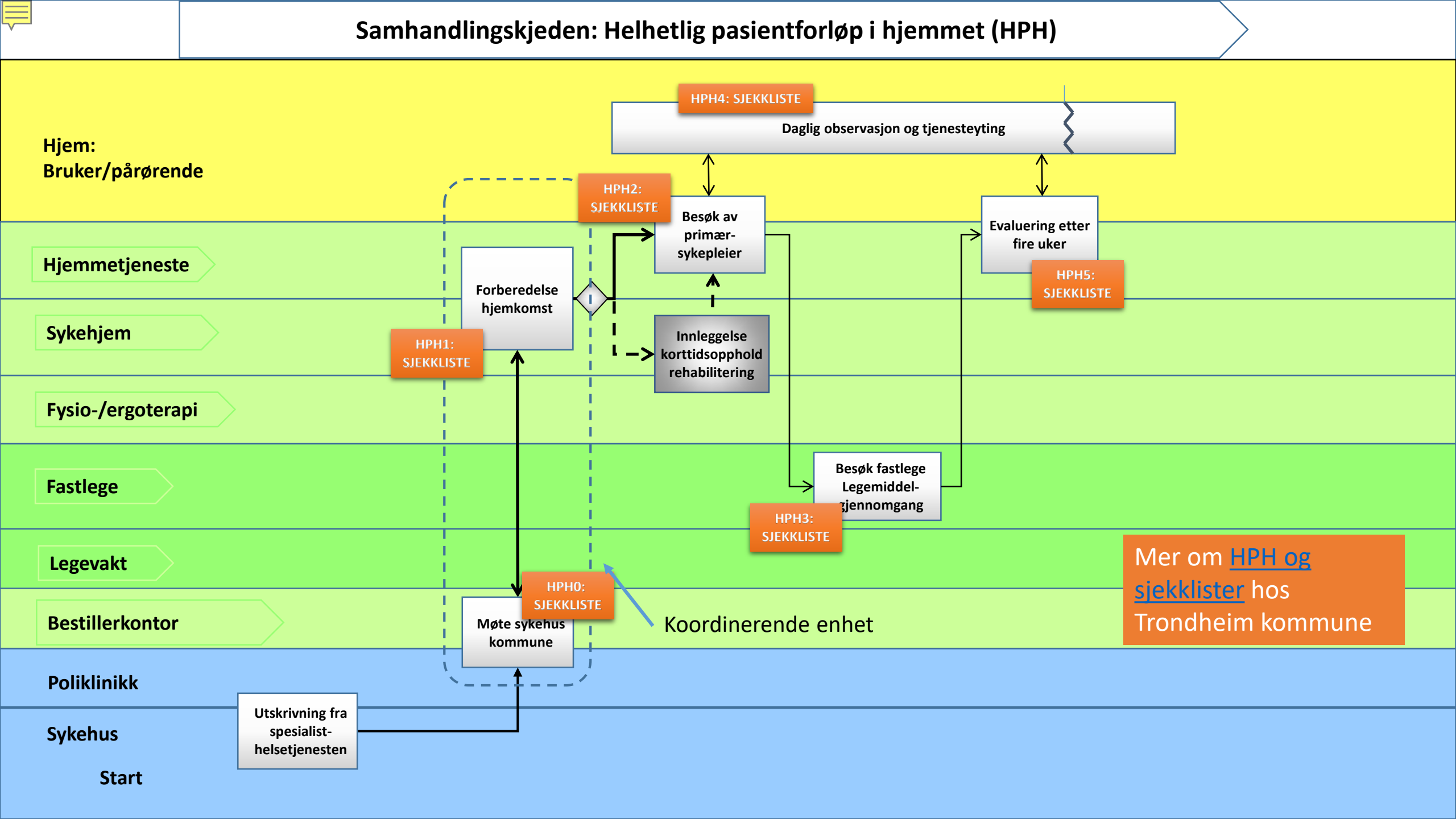
HPH5:
SJEKKLISTE

Evaluering etter
fire uker

HPH4:
SJEKKLISTE

Daglig observasjon og tjenesteyting

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



Tråkkemaskina i drift igjen

SUNNDAL: Satt heil streket Gora 11a tråkkemaskin, men inget opplyst i en episode til Driva at maskina er i drift igjen. "Tråkking er i full gang, det ligger derfor til rette for første leper til kveldens trening. Dette til tross for lise og hard som i løperstansen. Slik som været er nå kreves det forsikring og tråkking liser dag for å sikre gode løypetross, holdt, hører det. Gora 11a ender å være en søkk til Ane Håvor Engeland ved Sunndal Rådskole for god hjelp i forbindelse med utbedring av staden.

Erkjente innbrudd

RINDAL/SUNNDAL: To menn brøst i Kristiansund har skjedd et de forsøkt å ta seg inn i en personverdig i Rindal nær til strand. De første rusa i styrkesida, men ble opplyst av politiet om å ha vært. De to ble plukket under et lignende innbruddsforhold hos firmaet Dapacemont i Sunndal. Politiet fikk da i gress og i helde til dette. Disse stasjonene fra innbrudd i Kristiansund og Tingvoll. Dermed ble den vurdert å skulle seg ut av landet. Det er altså fra Tingvoll som meldt dette.



LÆRER PÅ SEG: Sunndal er tidleg ute med det som kalles for helsehjelp pasienter. No lærer sjukepleier Siri Vulfen (til venstre), systemansvarlig på ICT-system i pleie og omsorg, Anette Rønne, dagvaktingsleder Anni Kristin Tøstet og ansvarlig for sjukepleiere, Margrethe Svendsen, bort dette er sjukepleier til de andre SIO-kommunane.

Byt inn gamle setlar for 1. november 2012

Sjekk skuffar og skap!

Snart måler den førte setelgiva sin verdi. Fristen for innlysing er 1. november 2012 og gjeld for:

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

Setlane kan ein løyse inn følgjande stader:

- Ved Norges Bank hovudkontor i Oslo
- Ved depota til Norges Bank (som ble drifta av Nibank i Stavanger, Bergen, Trondheim og Tromsø)
- I bankar som tilbyr denne tenesta til kundene

Meir informasjon finn du på nettadressene våre: www.norges-bank.no eller ved å kontakte Norges Bank, BF 22 31 60 00

Surnadal har lært å ta vel imot utskrivne pasientar:

Kursar SIO

Surnadal kommune er med i eit prosjekt som forberedning skal medføre færre reisebegjær av heimesønde pasientar. No lærer helsepersonell frå Surnadal bort metodene til dei andre kommunane i

Sambandingsreforma i Ørkdalsregionen (SIO)

Nagve Lillegård
Utdanningsrådgiver

Helsepersonell frå Halsa, Rindal, Herøy, Agdenes, Sjølling, Frøya, Rensha, Bredal og Skau har vært i Surnadal denne uka for å lære mer om SIOs helsehjelp pasienter (HHP). Dette skal etter planen markere at første pasienter som blir sendt heim frå sjukehuset nå legges inn ut.

Metoden har sitt utgangspunkt i forening mellom de tidligere kommunene i Surnadal, Andøy, Gimsøy og Dønnes. Dette er nok også nøkkel til at Surnadal kommune som med i prosjektet på en tidlig stadium. Lærar av SIO-handlingsplanen er nå opp HHP i seg, var surnadalingene så godt inne i prosessen er helsepersonell frå Surnadal no kan lære frå seg metodene til helsepersonell frå de andre kommunane i SIO.

Stiller faste spørsmål
Utgangspunktet for av Gimsøy, dring i gang denne forslaget var at han såg at det skjedde med helsehjelp, fungerer. Blir du spurt og

ringer lege, hantar du raskt på sjukhuset om du treng det. Sjøndag seier han at det ikke er nok som som følger opp pasienter på sjukehuset, og at det i lang tid er opp til helsehjelp behandling pasienter for etter at vedkommende er sendt heim.

Denne metoden i arbeid nå ligger (HHP) at pasienter nå legges inn ut etter utskrivning kan ta.

Metoden går på at sjukepleier fra helsehjelpen til pasienten som skal sendes heim, utskrivning lege og annen helsepersonell på sjukhuset med hjelp av et standardisert sett med spørsmål. I prosessen ligger det at pasienten skal tilføyes informasjon til de ulike etterspørings- og bilde her som er utarbeidet spesielt som også er standardisert. Det som utarbeidet materialet for kommunikasjonsen mellom helsehjelp og helsehjelpen, no som til sjukepleier og som skal ende opp i at pasienten får en oppfølging etter helsehjelpen fra sjukhuset.

Lærer, men det tek tid

«Her i Surnadal har vi samarbeid dette som en metode vi følger i alle våre tilfelle, som er viktig for helsehjelpen», Margrethe Svendsen.

Hu raskt det er til gjort at her i kommunen har det dette på plass i den grad at det no kan lære fra seg metodene til andre.

«Vi lærer å bruke oss og vi å møte beredne oss på å gi andre opplæring, sier ho.

Heller ikke surnadalingene er fullt utlært enda. Det vil ta mer tid og utarbeide til Surnadal helsehjelpen at sjukepleiere stadig ender.

deres til en klinikk fra til det som med spørsmål som følger best.

Verkar positivt

Sjukepleierne fra de andre kommunane blir positivt inntrykt i sine respektive kommuner, og vil altså seie det som lover prosessen vil bli til sine kolleger.

«Etter kvart som kommunane lærer mer om i metoden, skal dette medføre at pasienter som blir sendt heim fra sjukehuset, får så god oppfølging i helsehjelpen som at de ikke blir lagt inn på sjukehuset ut.

«Vi har vel som studietilfelle til at pasienter som har fått denne oppfølginga heller ikke har det samme behovet for helsehjelp som tidligere, sier Anette Rønne. Ho er folkehelsekoordinatør i Surnadal, men i denne sammenheng er ho systemansvarlig på Gerba – ICT-systemet som brukes i pleie- og omsorgsregionen.

UP-kontroll i sentrum

SUNNDAL: Utviklingsprosjektet hadde tidlig startkontroll i de andre kommunane på Sunndalregionen. Til sammen ble det utført 17 samarbeidsforlik i helsehjelpen (1500 kroner), og tre forenklede foredrag for bruk av mobiltelefon under kjøring (1500 kroner).

Erfaringsoverføring lokalt

- «Ein metode vi følgjer for alle pasientane»
- «Heller ikkje Surnadalingene 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»





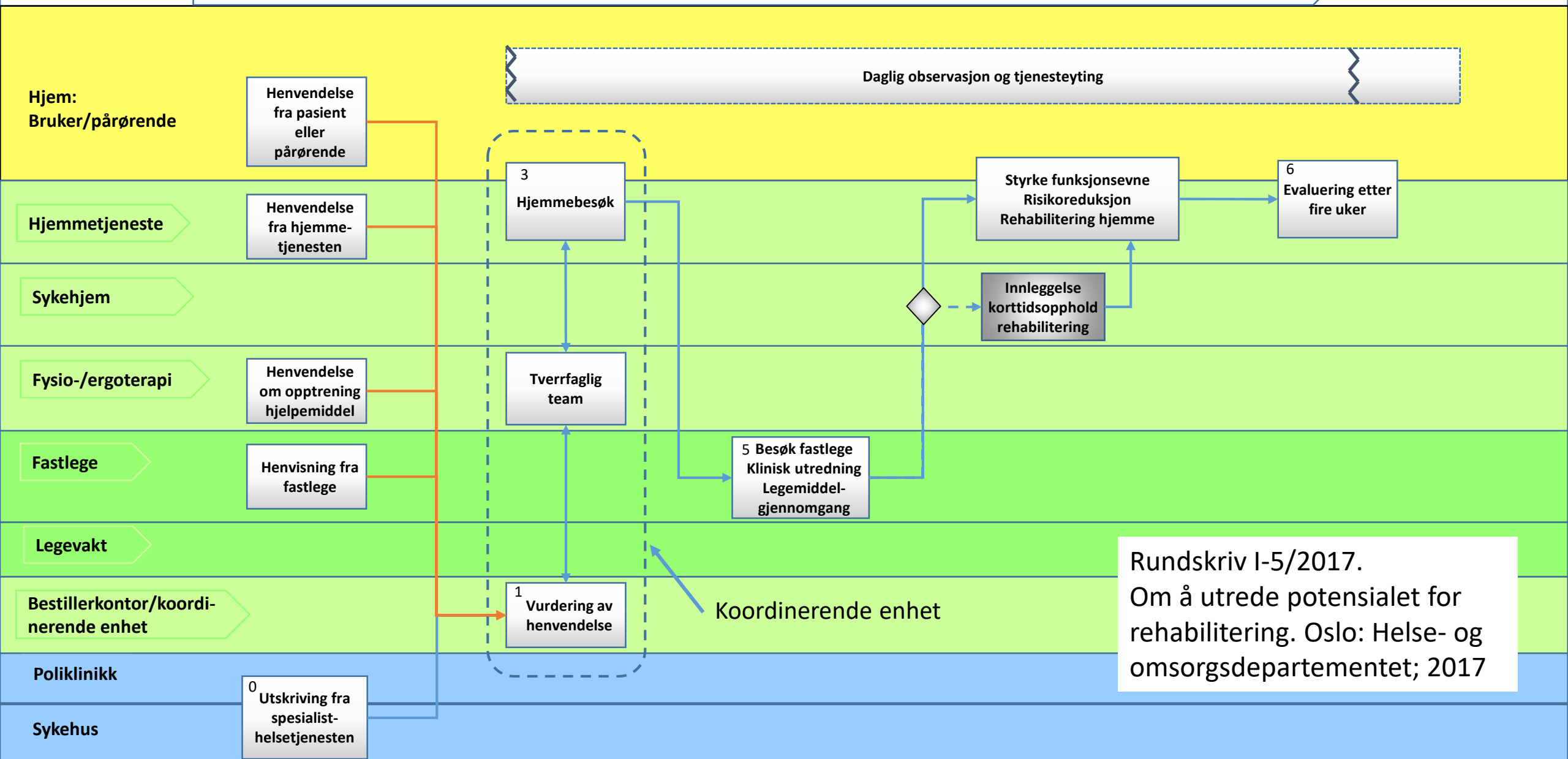
Erfaringer fra implementering av pasientforløp

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

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

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.

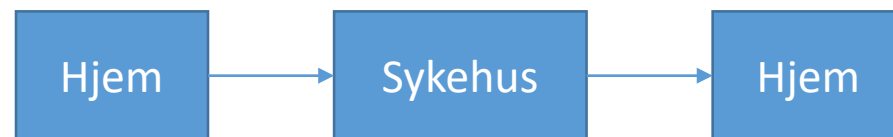
Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- 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)
- 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

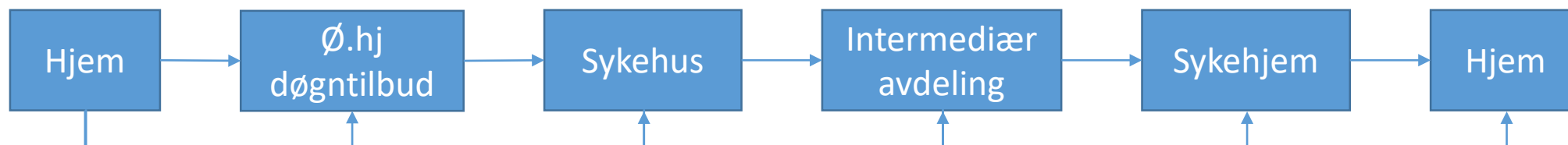


Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediæravdelinger



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

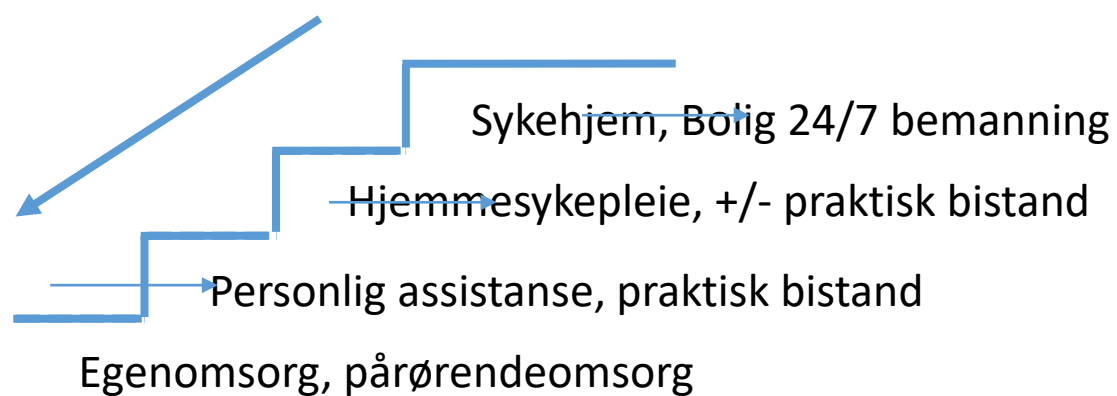
- Sunt kosthold
- God hygiene
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddeloptimalisering/-avmedisinering





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



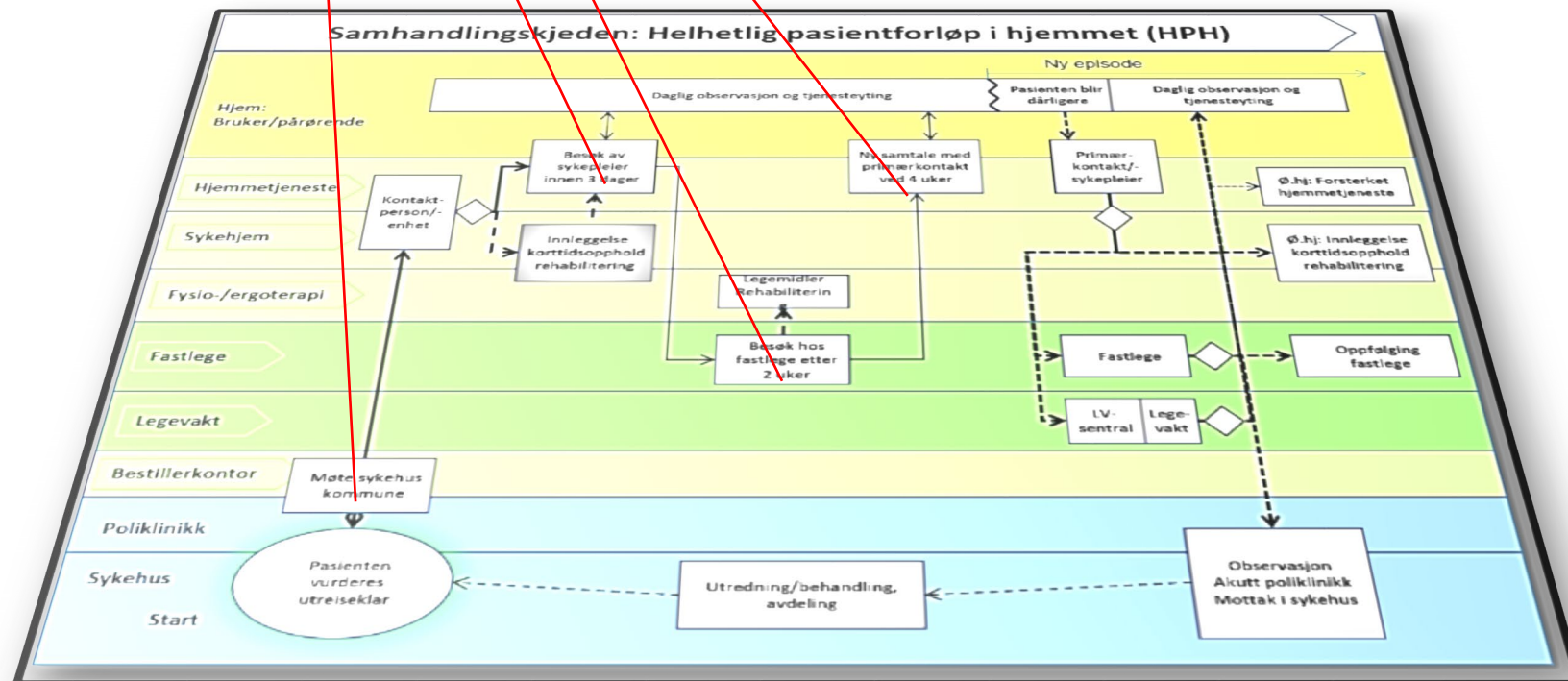


Indikatorsett for gode pasientforløp

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

Pasient / Legebesøker	Behandlingsdato	Dokument		Evaluering		Kommentarer
		Utført	Oppdatert	CDPM funksjon	CDPM utværing	
1	Vurdere henvende seg med tanke på behov for hverdagslig oppfølging					
2	Kommune og sykehuskommunal instruksjon 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 målskrift som er utviklet for deg? eller CDPM					
5	Oppfølgingen styres av et 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 og målskrift som er utviklet for deg? eller CDPM					
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen i samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelse					
Prosent etterlevelse av indikatorsettet						
Oppvurdert 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

