

Begynnelsen på fortsettelsen

Veien videre...

Lederforankring kan ikke overvurderes

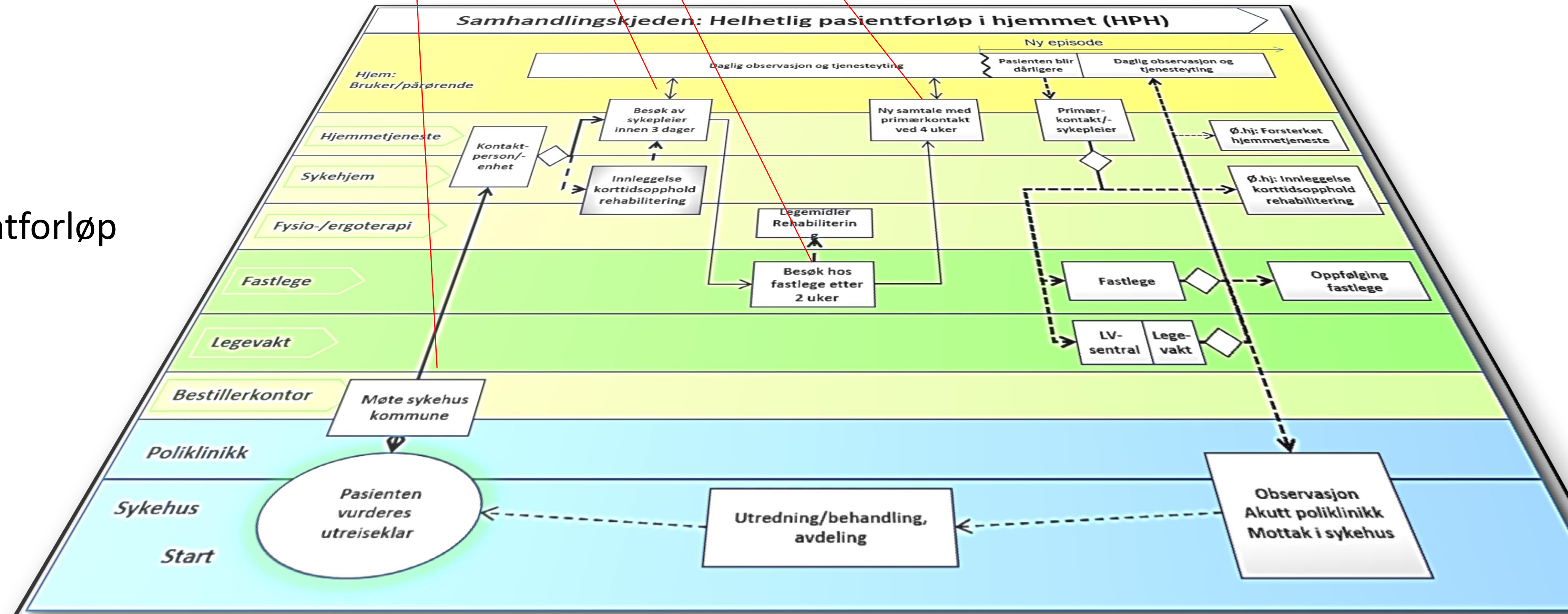


Målepunkter for gode pasientforløp

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

Pasient / Løpnummer: Utskrivningsdato: Reinnleggelsesdato:	Utført	Ikke utført	Hva er viktig for deg? (PSES)	Evaluering		Kommentarer
				COPM funksjon	COPM utrease	
1. Vurdere henvendelsen med tanke på behov for tverrfaglig 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 måleinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM						
5. Oppfølgingen støres 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/måleinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM						
8. Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelse						
Prosent etterlevelse av indikatorsettet						
Opplevd nytte / resultater						

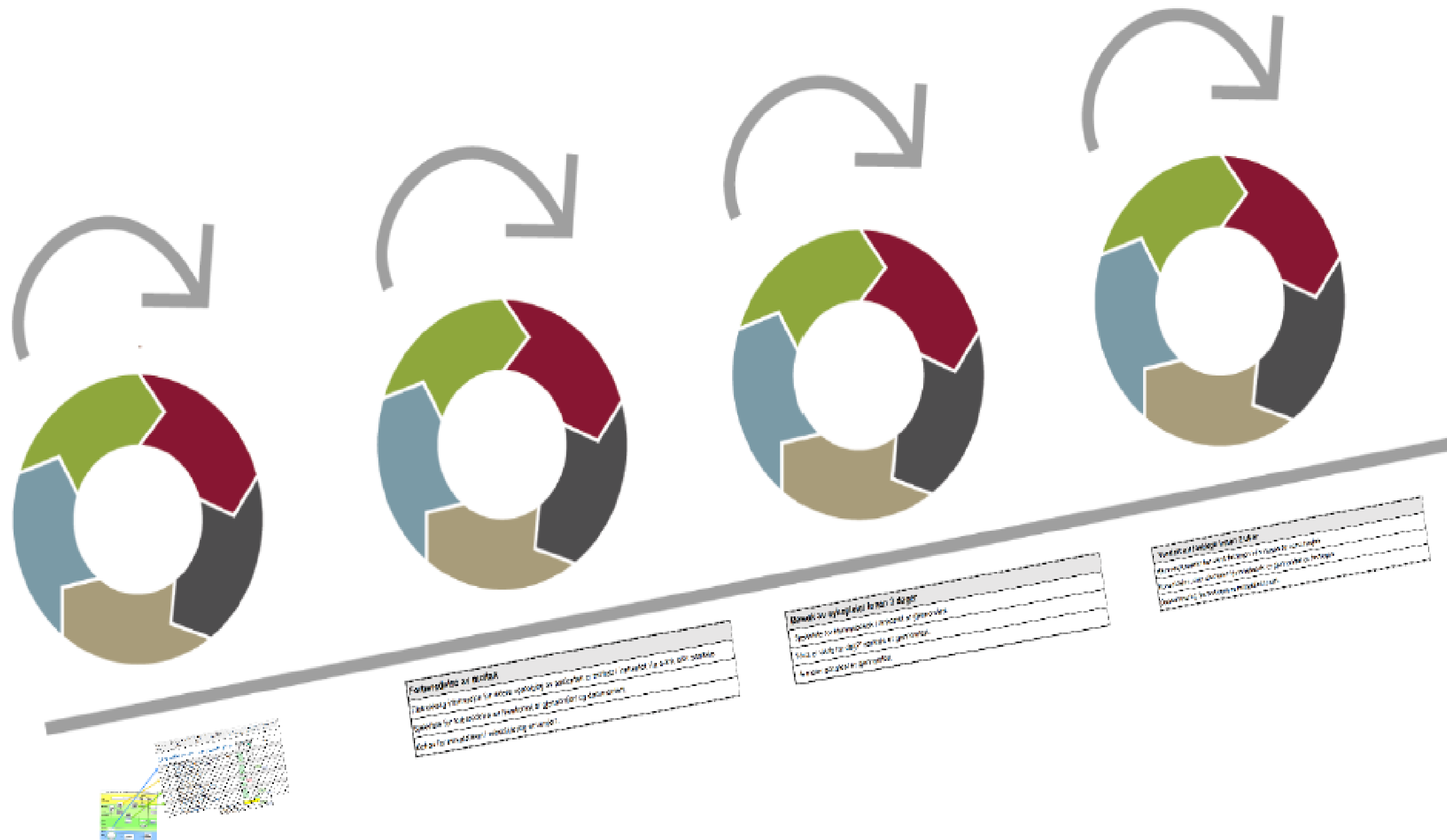
HPH – flytskjema for gode pasientforløp



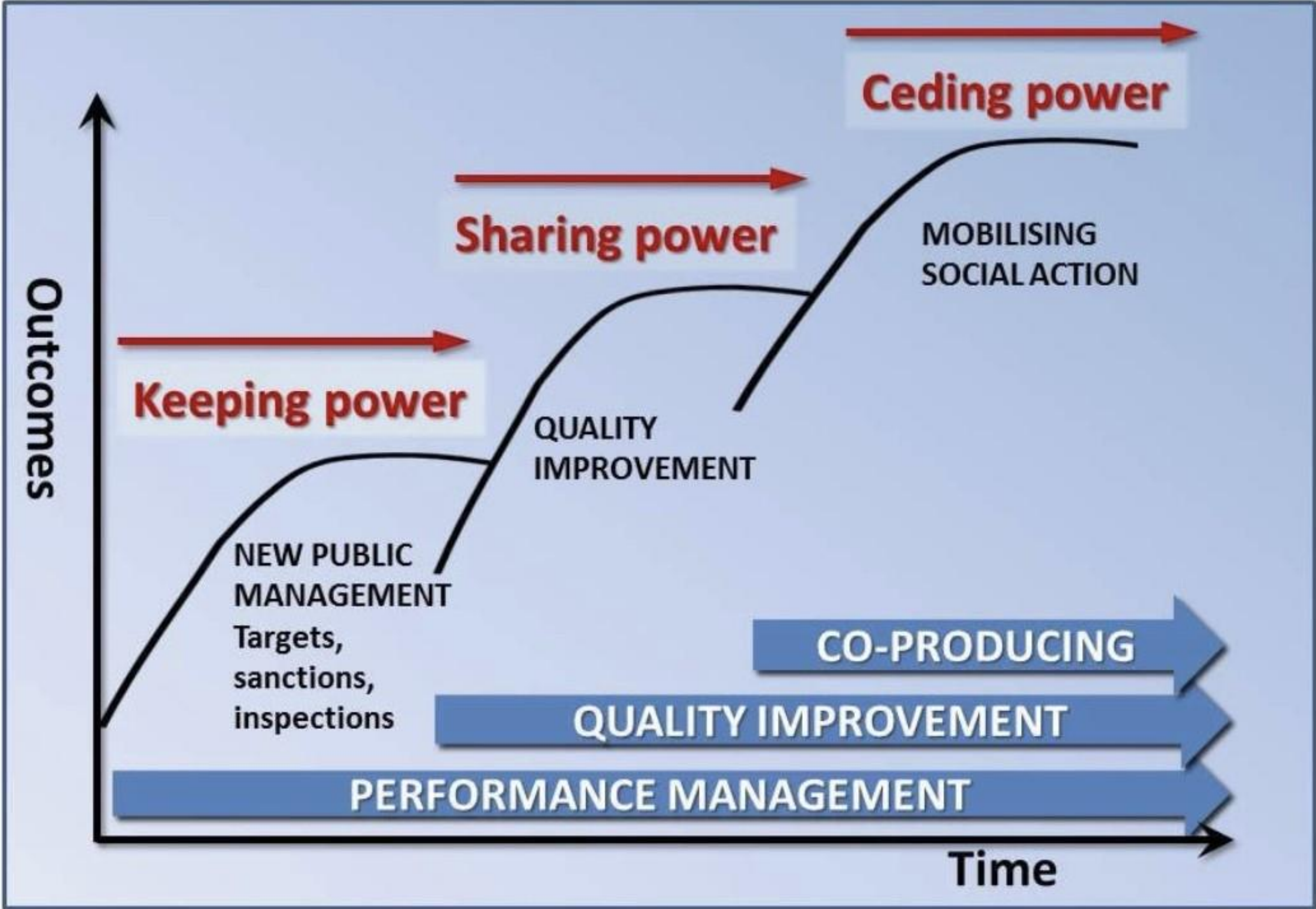
EPJ-nr.:		Henvendelse om vurdering fra:			<input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Vært innlagt KØH/ØHD	STATUS:			<input type="checkbox"/> Ny søker om tjenester	<input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand	
Initialer:		<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> 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			0,6 m/s	
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 lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	x			7	
4c	Andre 4 meter gangtest er gjennomført	x			1,0 m/s	
4d	Oppfølging / evaluering innen 6 mnd er planlagt			x		
		Prosent etterlevelse av målepunktene			92 %	
		Opplevelse av endring i funksjon			4	
		Mål for 4 meter gangtest oppnådd?			Ja	



Getting to the Third Curve





Hva er viktig for deg?

Pasient ID:

Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
 Veldig vanskelig Ingen vansker

	1. samtale	2. samtale
<i>Komme meg hjem</i>	<i>5</i>	<i>10</i>
<i>Bli sterkere i høyre fot</i>	<i>3</i>	<i>5</i>
<i>Bli kvitt oksygenet</i>	<i>5</i>	<i>10</i>

Gjennomsnitt

4.3 *8.3*

Opplevd nytte

8.3 ← - *4.3* = **4**

Forbedring som resultat av trening økt metodemestring



Kunnskapsbasert utvikling av god samhandling

Røsstad et al. *BMC Health Services Research* 2013, **13**:121
<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/13/121>



RESEARCH ARTICLE

Open Access

Development of a patient-centred care pathway across healthcare providers: a qualitative study

Tove Røsstad^{1,2*}, Helge Garåsen^{1,2}, Aslak Steinsbekk¹, Olav Sletvold^{3,4} and Anders Grimsmo^{1,5}

Abstract

Background: Different models for care pathways involving both specialist and primary care have been developed to ensure adequate follow-up after discharge. These care pathways have mainly been developed and run by specialist care and have been disease-based. In this study, primary care providers took the initiative to develop a model for integrated care pathways across care levels for older patients in need of home care services after discharge. Initially, the objective was to develop pathways for patients diagnosed with heart failure, COPD and stroke. The aim of this paper is to investigate the process and the experiences of the participants in this developmental work. The participants were drawn from three hospitals, six municipalities and patient organizations in Central Norway.

Methods: This qualitative study used focus group interviews, written material and observations. Representatives from the hospitals, municipalities and patient organizations taking part in the development process were chosen as informants.

Results: The development process was very challenging because of the differing perspectives on care and different organizational structures in specialist care and primary care. In this study, the disease perspective, being dominant in specialist care, was not found to be suitable for use in primary health care because of the need to cover a broader perspective including the patient's functioning, social situation and his or her preferences. Furthermore, managing several different disease-based care pathways was found to be unsuitable in home care services, as well as unsuitable for a population characterized by a substantial degree of comorbidity. The outcome of the development process was a consensus that outlined a single, common patient-centred care pathway for transition from hospital to follow-up in primary care. The pathway was suitable for most common diseases and included functional and social aspects as well as disease follow-up, thus merging the differing perspectives. The disease-based care pathways were kept for use within the hospitals.

Conclusions: Disease-based care pathways for older patients were found to be neither feasible nor sustainable in primary care. A common patient-centred care pathway that could meet the needs of multi-morbid patients was recommended.

Keywords: Care coordination, Continuity of patient care, Healthcare disparities, Multi-morbidity, Patient discharge, Primary care, Home care services, Interdisciplinary communication, Organizational culture, Health services for the aged

HORIZONT 2020

Vil bruke SELFIE til å forbedre helsetilbudet

EU-prosjektet SELFIE er UiB og Uni Research med på å utgreie gode modeller for behandling av samansette lidinger, som er venta å bli ei av dei største folkehelseproblema i Europa.



TEK EIN SELFIE: UiB og Uni Research deltek i EU-prosjektet SELFIE som skal kartlegge modeller for behandling av samansette lidinger. Frå venstre: seniorforskar Kamrul Islam (Uni Research), professor Jan Erik Askildsen (UiB) og professor Sabine Ruths (UiB og Uni Research). Opphavsrett: SELFIE

Ingen nevnt, to glemmt

