



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

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp

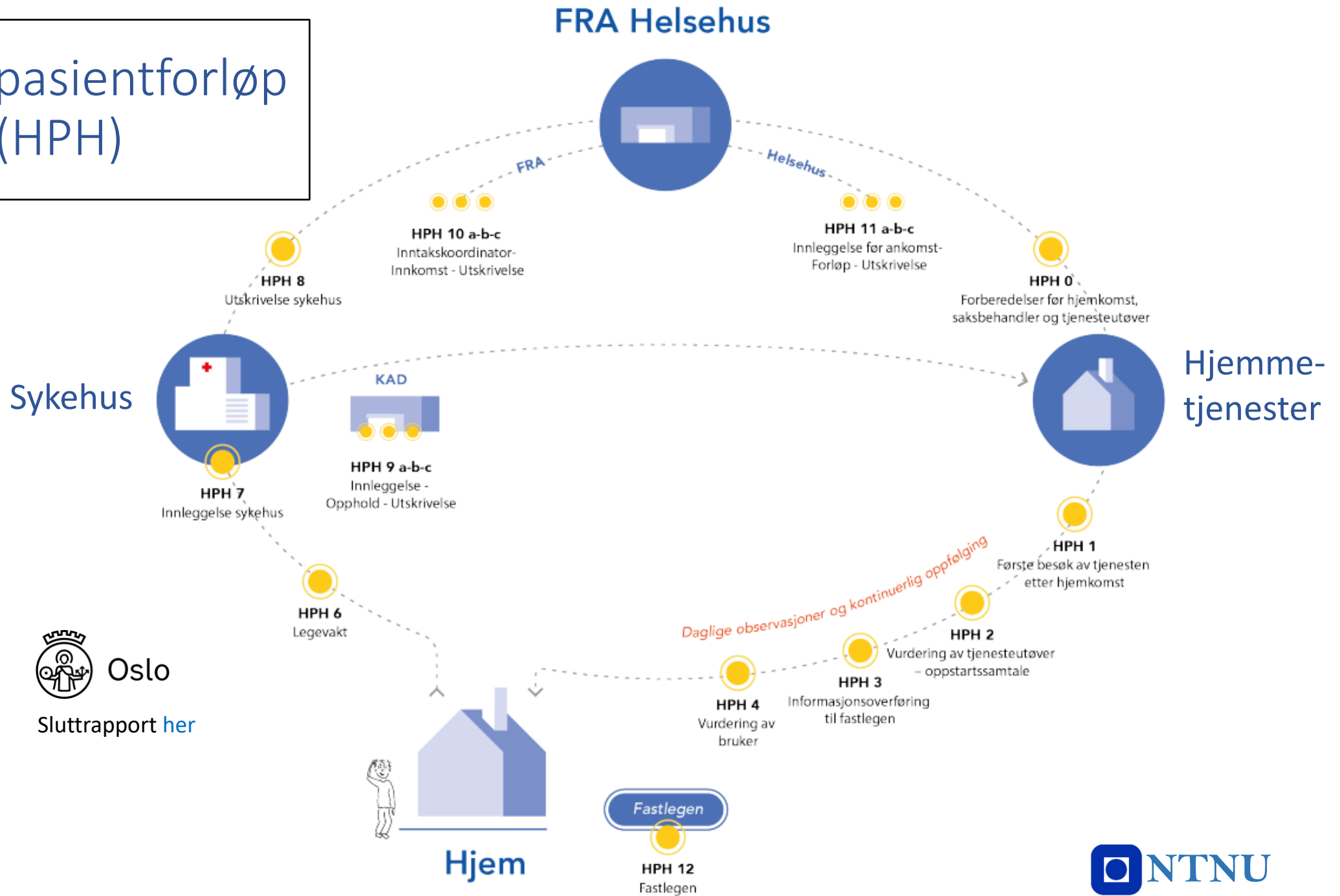
Første samling

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

# Helhetlige pasientforløp i hjemmet (HPH)



# Retningsendring –

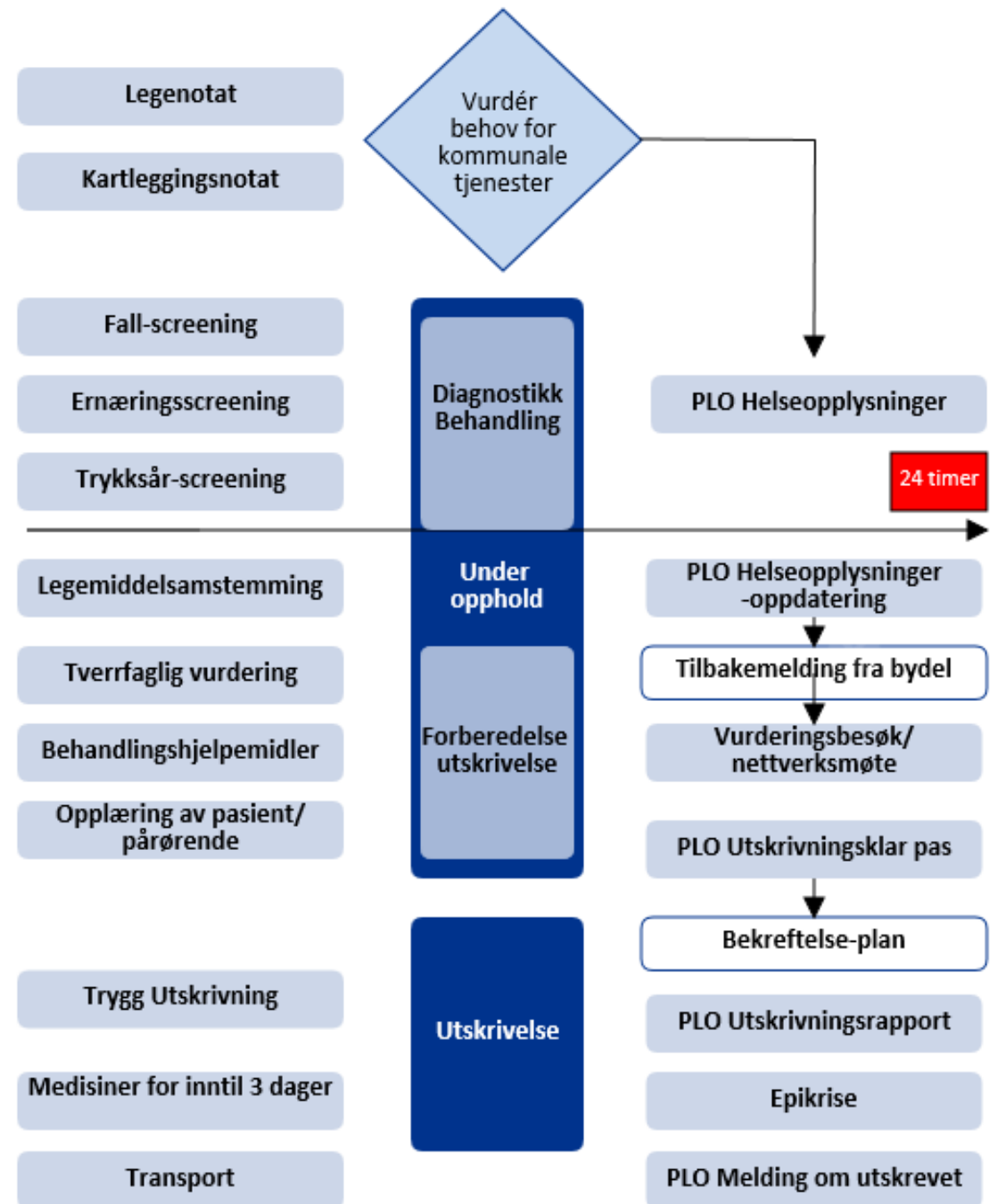


- Styrke arbeidet for bedre helse, mestring og funksjon.
- Utvikle relasjon til bruker og pasient basert på spørsmålet: Hva er viktig for deg?

# Helhetlige forløp for eldre og pasienter med kronisk sykdom

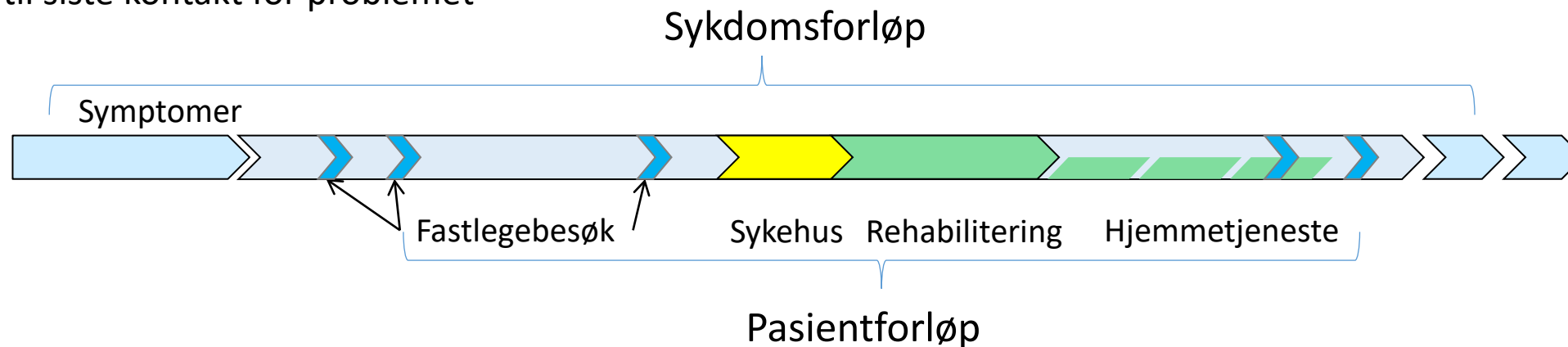
## Prosedyre OUS

<https://ehandboken.ous-hf.no/document/130800>



# 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



## Kvalitetstegn:

Personsentrert

Kontinuitet

Samhandling (koordinering)

Samarbeid

Sømløshet

Informasjonsdrevet

## Utfordringer:

Brudd i regelverk

Brudd i eierskap og styringssystem

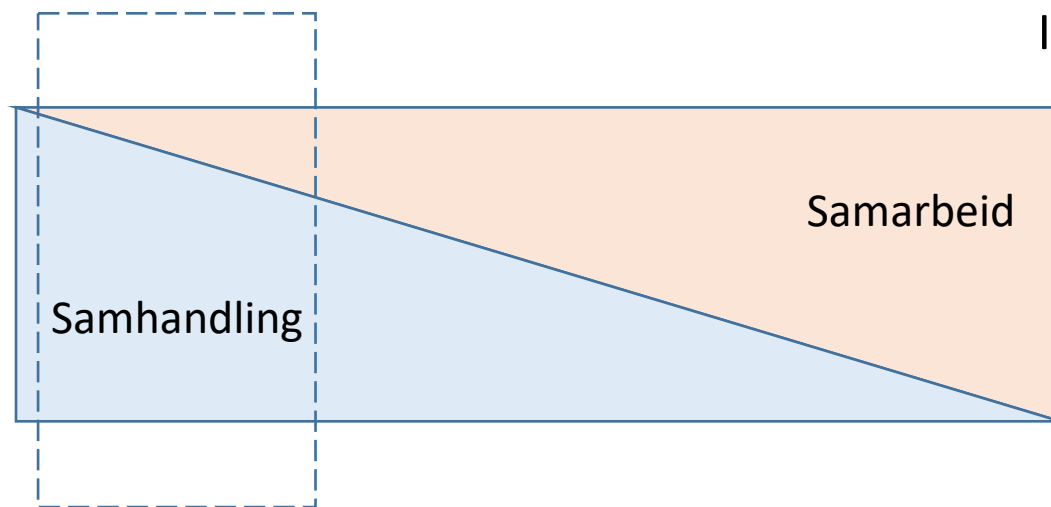
Brudd i finansiering

Brudd i behandling og faglige mål

Brudd i informasjonsflyt

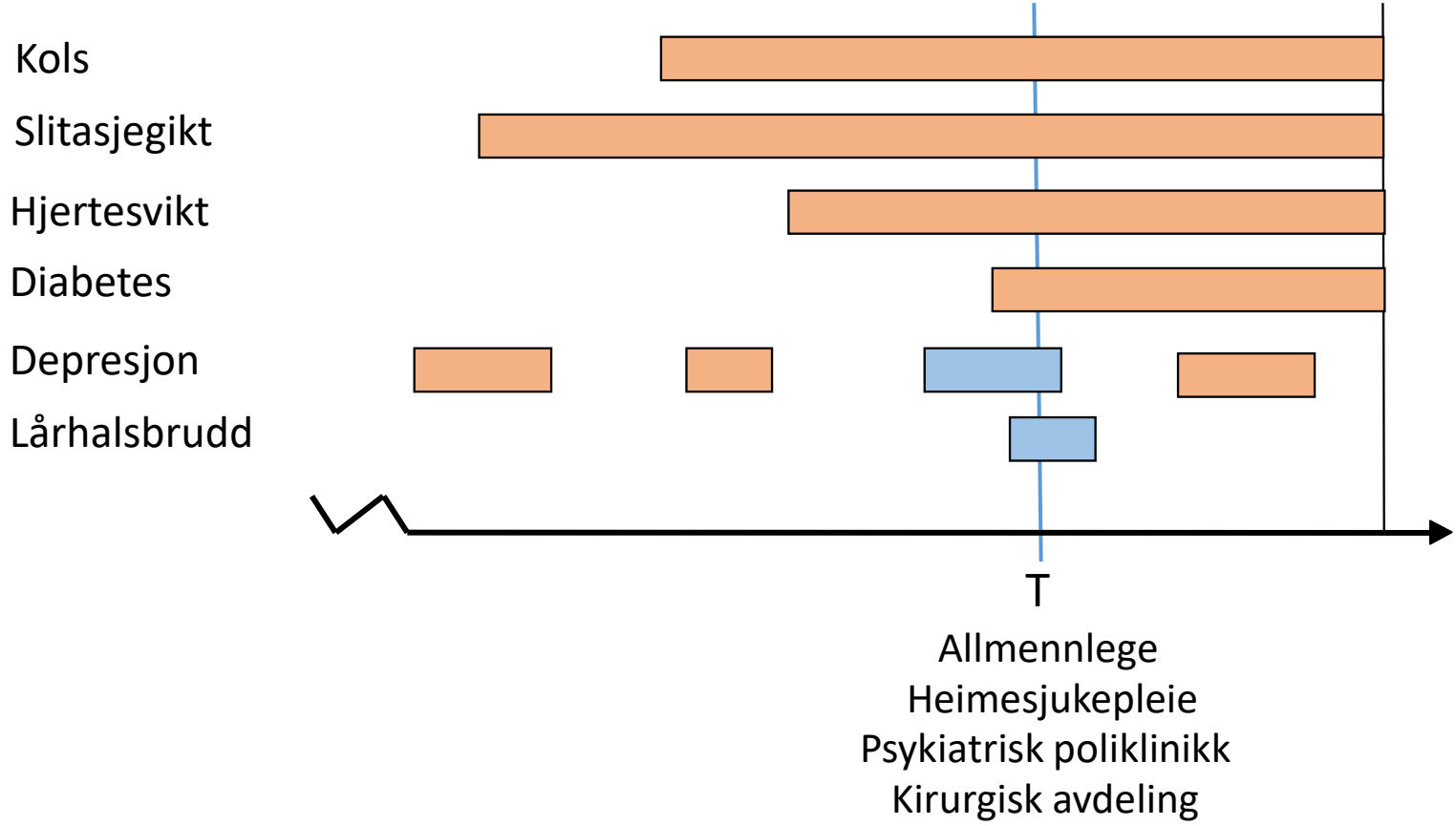
# Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

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





# Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp

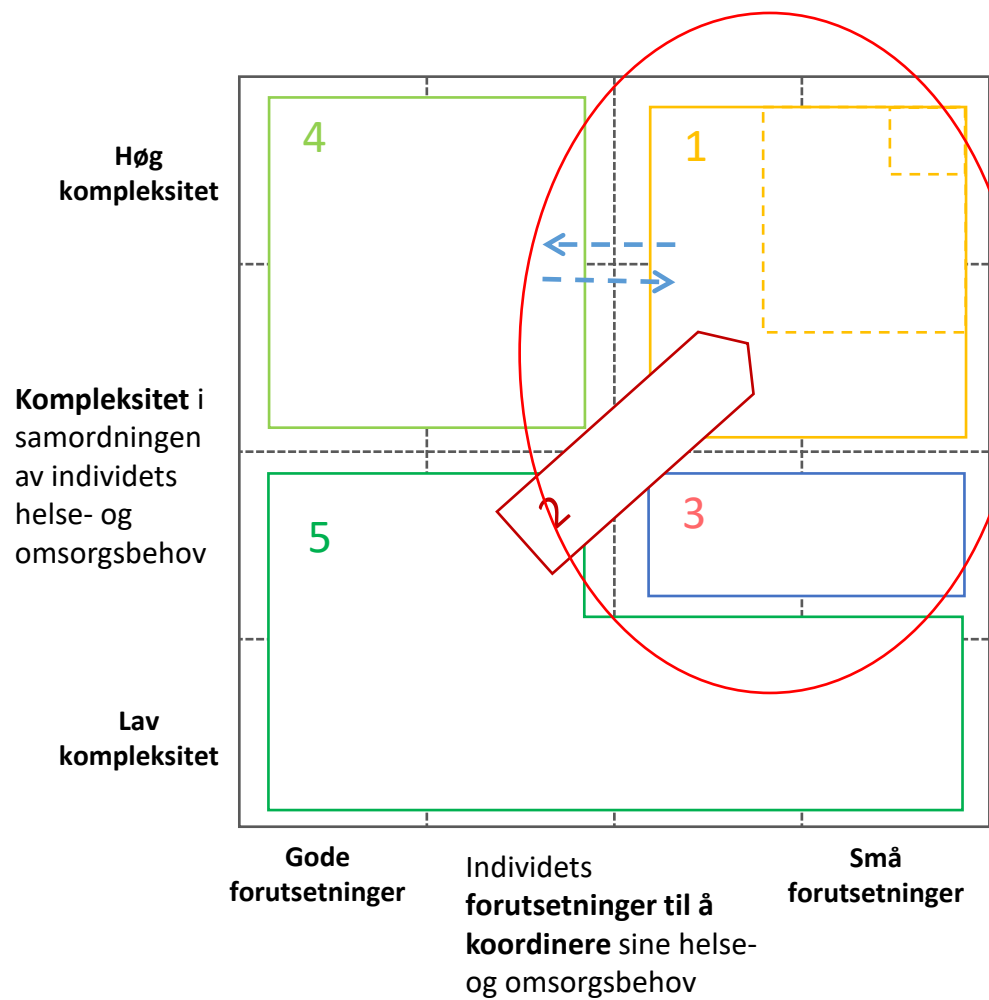


# ”Kulturforskjeller”

	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:**

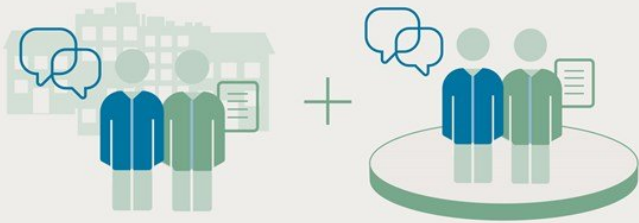
- Personer som er helt frisk
- Personer som har en lettere kronisk sykdom
- Personer med nedsatt psykisk velvære

# ARBEIDSDELING I HELSEFELLESSKAP

Brukere og fastleger deltar på alle nivå

## PARTNERSKAPSMØTET

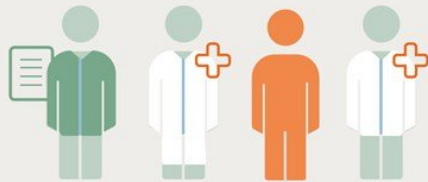
Politisk og administrativ toppledelse i kommuner og helseforetak



Årlig møte for å forankre retning

## STRATEGISK SAMARBEIDSUTVALG

Administrativ og faglig ledelse i kommuner og helseforetak



Utvikle strategier og handlingsplaner

Håndtering av saker og løpende beslutninger

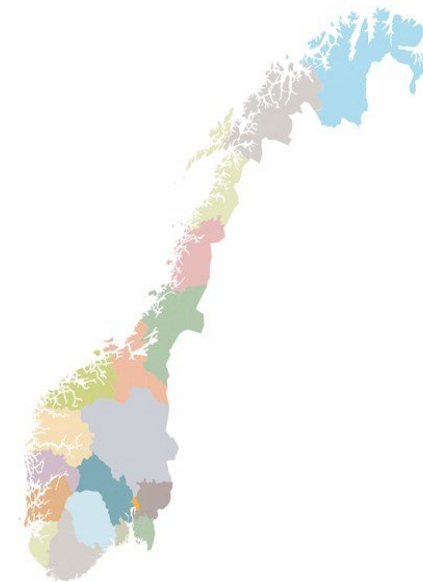
## FAGLIGE SAMARBEIDSUTVALG



Utvikle prosedyrer og tjenestemodeller

## Fire prioriterte grupper

- Barn og unge
- Personer med alvorlig psykisk lidelse
- Personer med flere kroniske sykdommer
- Skrøpelige eldre



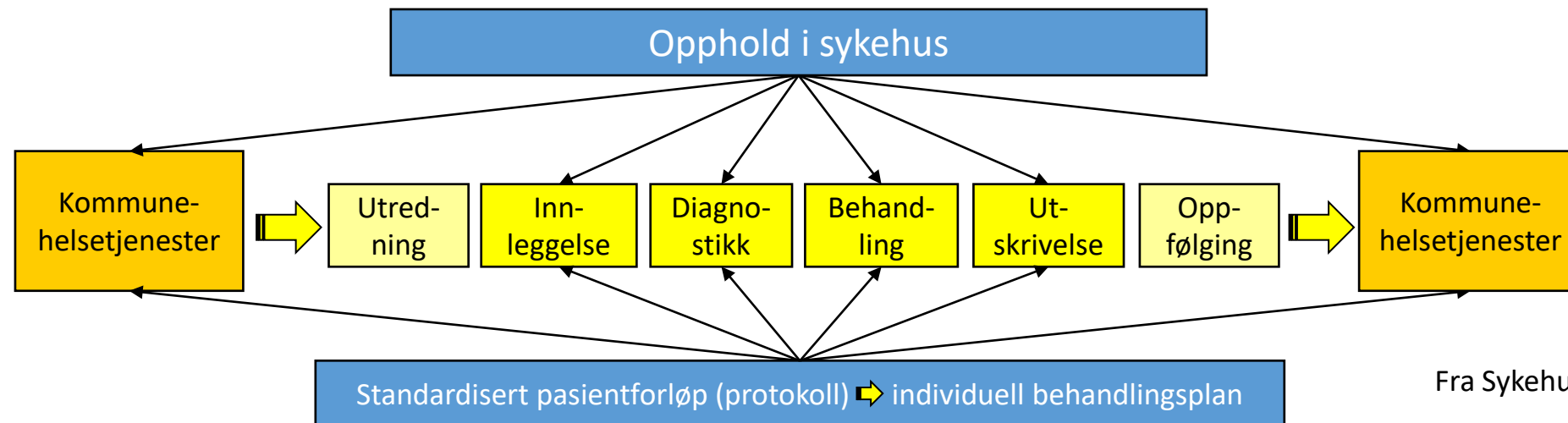


# Helhetlige pasientforløp for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusproblemer

- 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

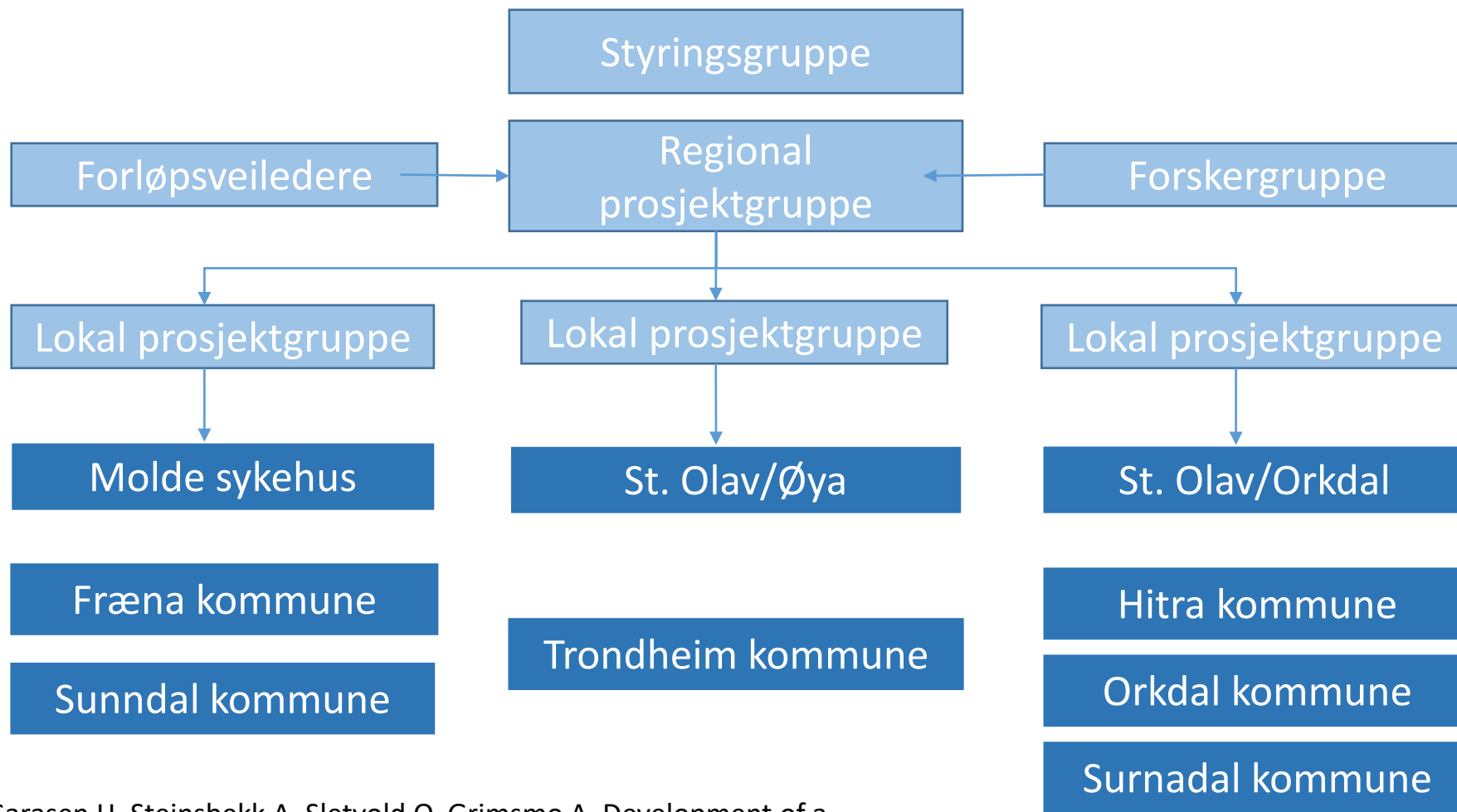
# Steg i utviklingen av pasientforløp

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

3  
Besøk av  
primær-  
sykepleier

4  
Innleggelse  
korttidsopphold  
rehabilitering

5  
Besøk fastlege  
Legemiddel-  
gjennomgang

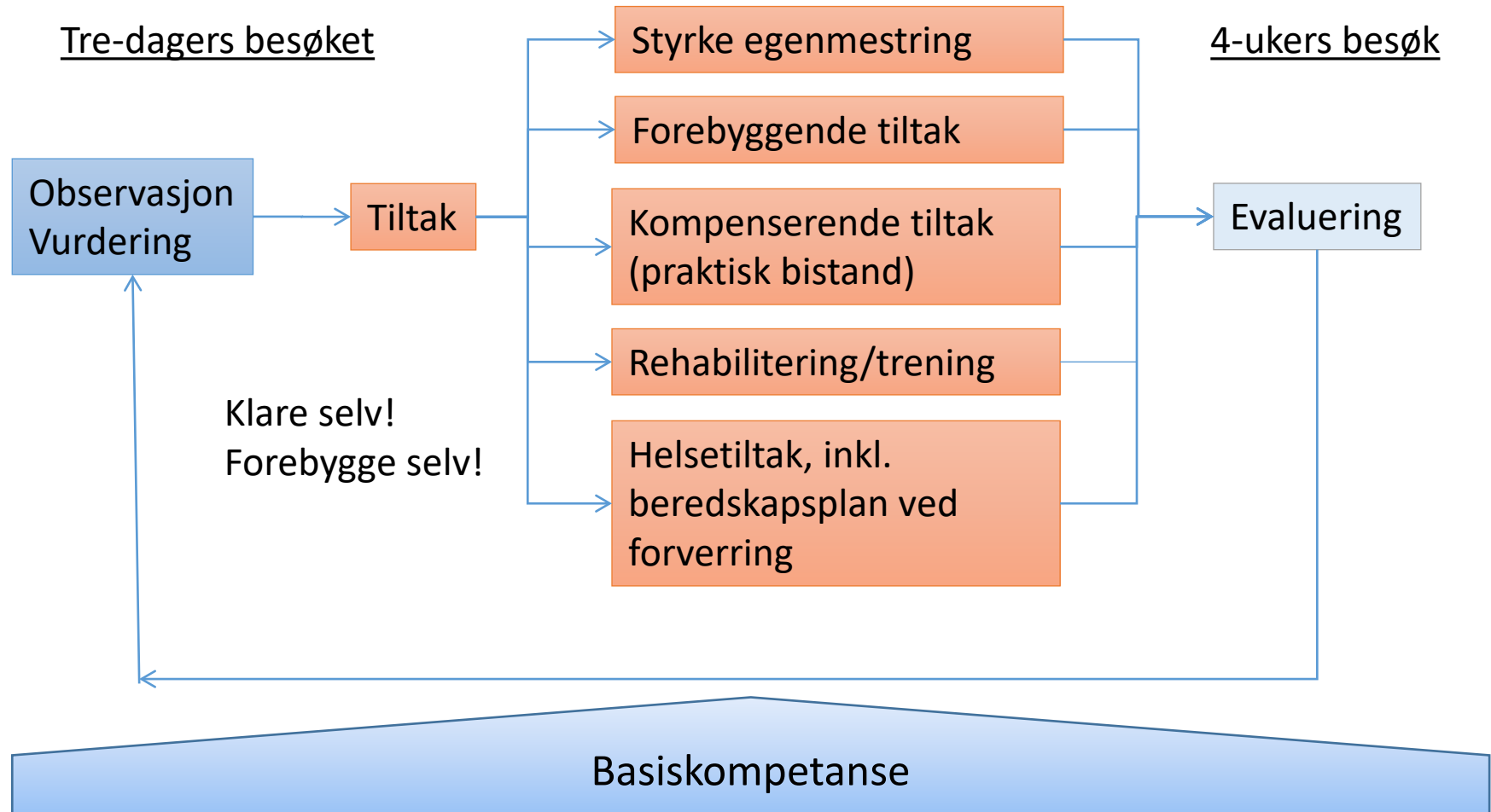
6  
Evaluering etter  
fire uker

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. 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):
15. 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? Surklede? 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 pasient<sup>1</sup>

## 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

<sup>1</sup>Basert 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

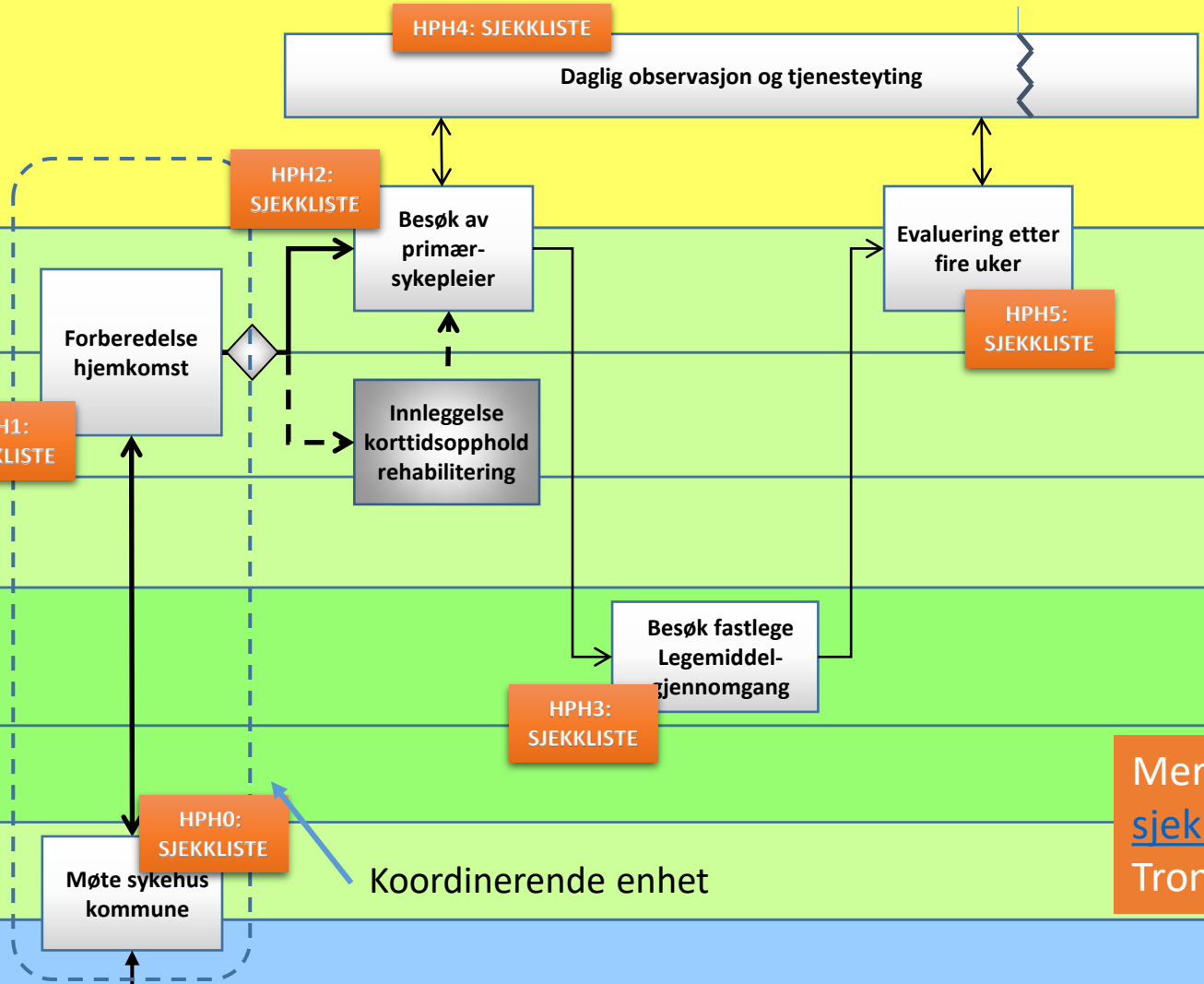
HPH5:  
SJEKKLISTE

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

FARSMODEL

## KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



## ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)



AKTØR 1

AKTØR 1

AKTØR 1

AKTØR 1

AKTØR 1

AKTØR 1

AKTØR 1

## 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 lla 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 kveldens 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 lla 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/SURNADAL:** 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 ligende innbruddsforøk hos firmaet Datacenteret i Surnadal. 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 omss Sør-Trøndelag som medler dette.



**LÆRER FRÅ SEG:** Surnadal er tidleg ute med det som kallast for helseitig pasientforløp. No lærer sjukepleiar Siri Vullum (frå venstre), systemansvarleg på IKT-system i pleie og omsorg, Annett Ranes, fagutviklingsjukepleiar Ann Kristin Tøstet og eringslæiar heimesjukepleiar, 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-kronasetlar med portrett av Aasmund O. Vinje
- 100-kronasetlar med portrett av Camilla Coilett
- 500-kronasetlar med portrett av Edvard Grieg
- 1000-kronasetlar 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](http://www.norges-bank.no) eller ved å kontakte Noregs Bank, tlf 22 31 60 00



## Surnadal har lært å ta vel imot utskrivne pasientar:

# Kursar SIO

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

**Magne Lillegård**  
Magne Lillegård var i.

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

Metoden har sitt utspring i forskning utført av tidlegare kommunalege i Surnadal, Anders Grimsø. Dette er nok også mykje av grunnen til at Surnadal kommune var med i prosjektet på eit tidleg stadium. Etter at Samhandlingsreforma tok opp HPH i seg, var surnadalingene så godt inne i prosessen at helsepersonell frå Surnadal 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 sjukelegen 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 sjandse og sist skal ende opp i at pasienten får rett oppfølging etter heimkomsten frå sjukehuset.

### Lærer, men det tek tid

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

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

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

Heller ikkje surnadalingene 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 tidlegare, seier Annett Ranes. Ho er folkehelsekoordinator i Surnadal, men i denne sammenheng er ho systemansvarleg på Gerila – IKT-systemet som brukast i pleie- og omsorgssektoren.

Helsepersonell i Surnadal 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 versegjøys for ikke å ha brukte bilbelle (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 Surnadalingene er fullt utlært enno – det vil ta nokre år»
- «Sjekklistene 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»





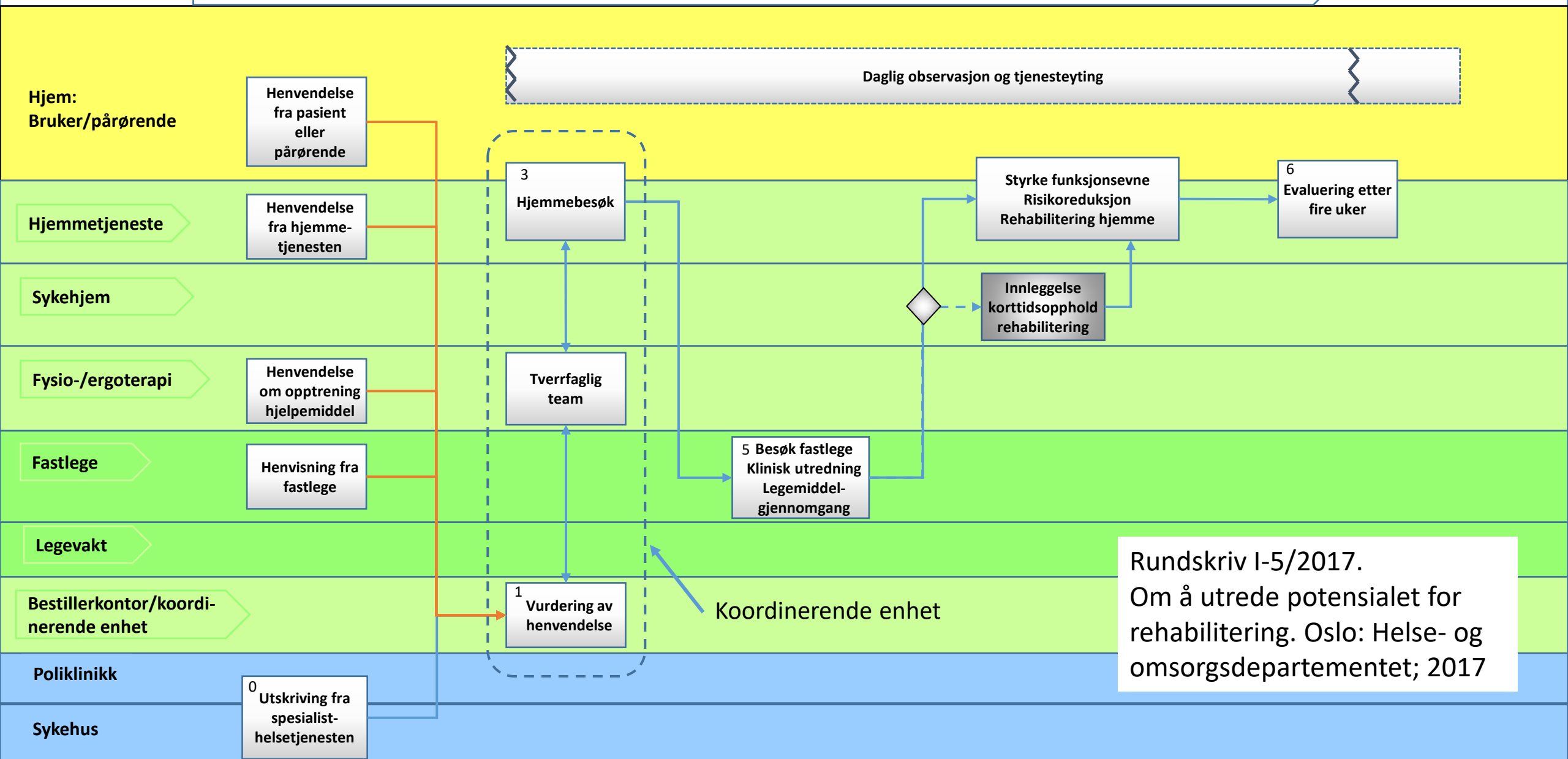
# Erfaringer fra implementering av pasientforløp

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.





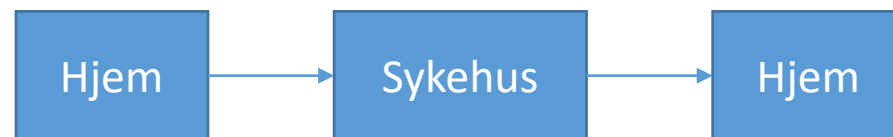
# Suksessfaktorer ved en intermediæravdeling

- Økt (allmenn)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

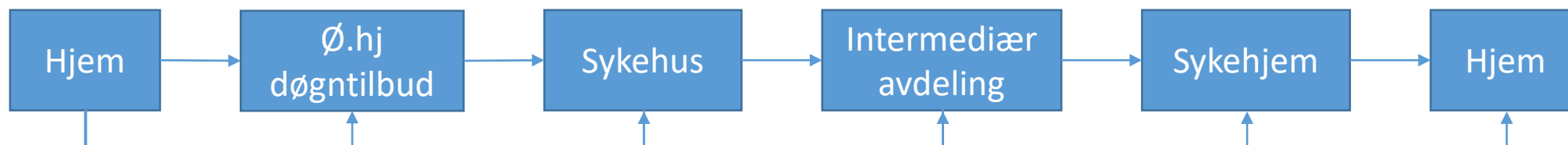


# Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- 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

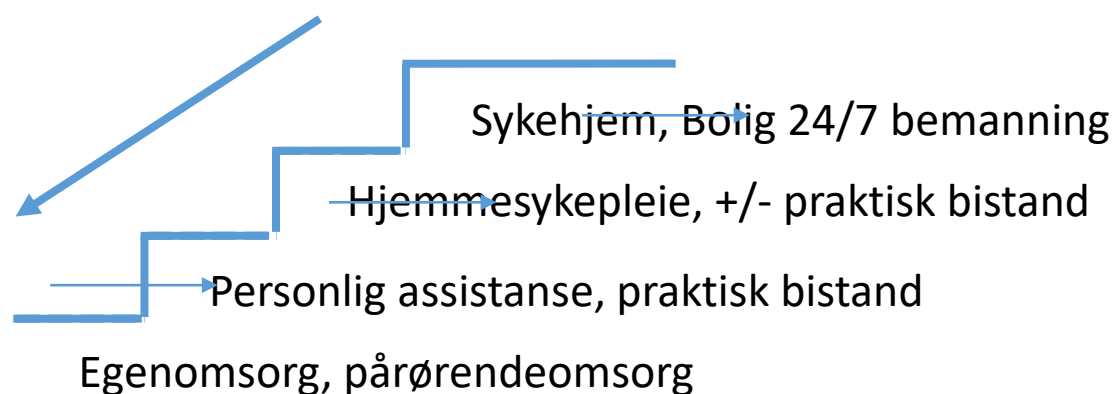
- Sunt kosthold
- God hygiene
- Fysisk trening
- Fallforebygging
- Sosialt nettverk
- Legemiddeloptimalisering/-avmedisinering





# 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



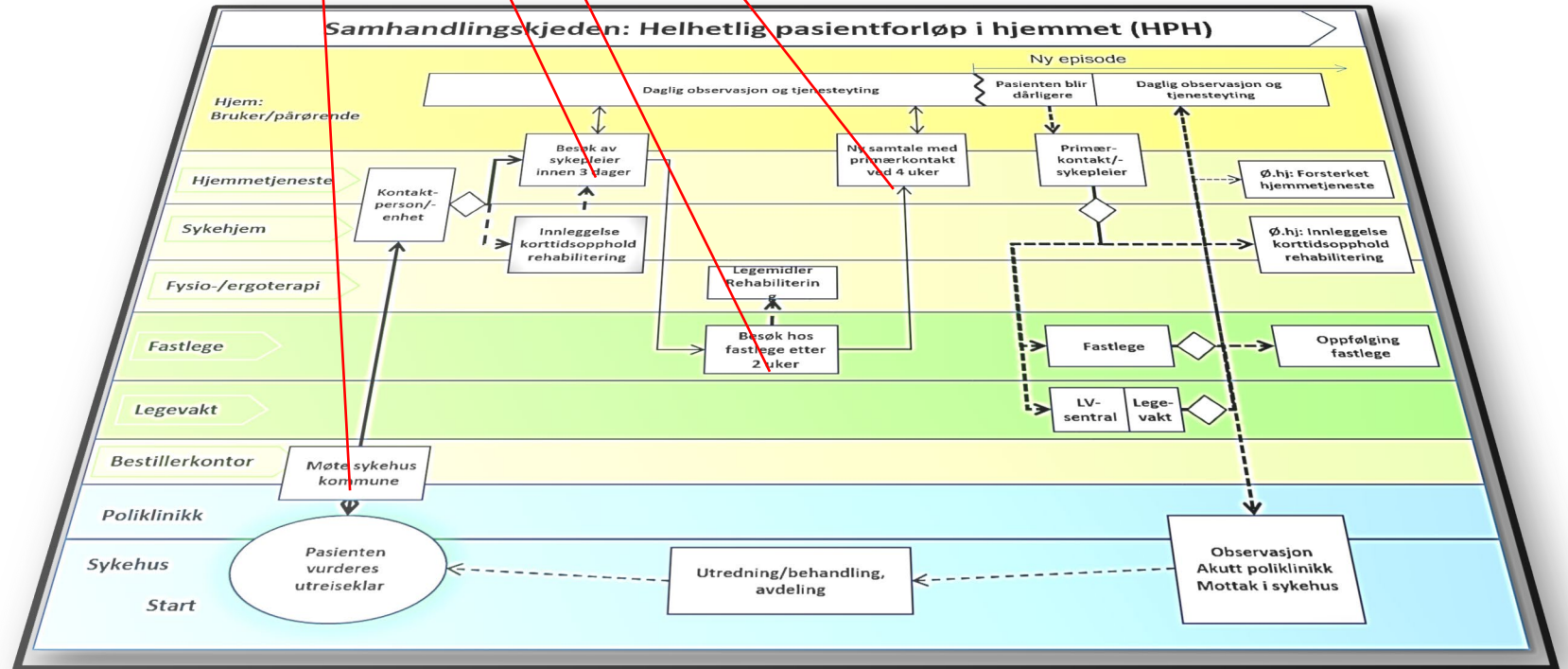


Indikatorsett for gode pasientforløp

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

Pasient / Løpnummer:	Utskrivningsdato	Reinnleggelsesdato	Utførr			Evaluering			Kommentarer
			Ja	Nei	Ikke aktuelt	Hva er viktig for deg? (PSFS)	COPM funksjon	COPM utreise	
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for iverfaglig 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 målestreutment 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/målestreutment 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		
<b>1</b>	<b>Forberedelse av mottak</b>					
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				
<b>2</b>	<b>Besøk av sykepleier innen 3 dager</b>					
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	
<b>3</b>	<b>Vurdert av fastlege innen 2 uker</b>					
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			
<b>4</b>	<b>Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker</b>					
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				
		<b>Prosent etterlevelse av målepunktene</b>			<b>92</b>	
		<b>Opplevelse av endring i funksjon</b>			<b>5</b>	

# Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom

