



Gode pasientforløp!

Sigrid J. Askum, fagleder

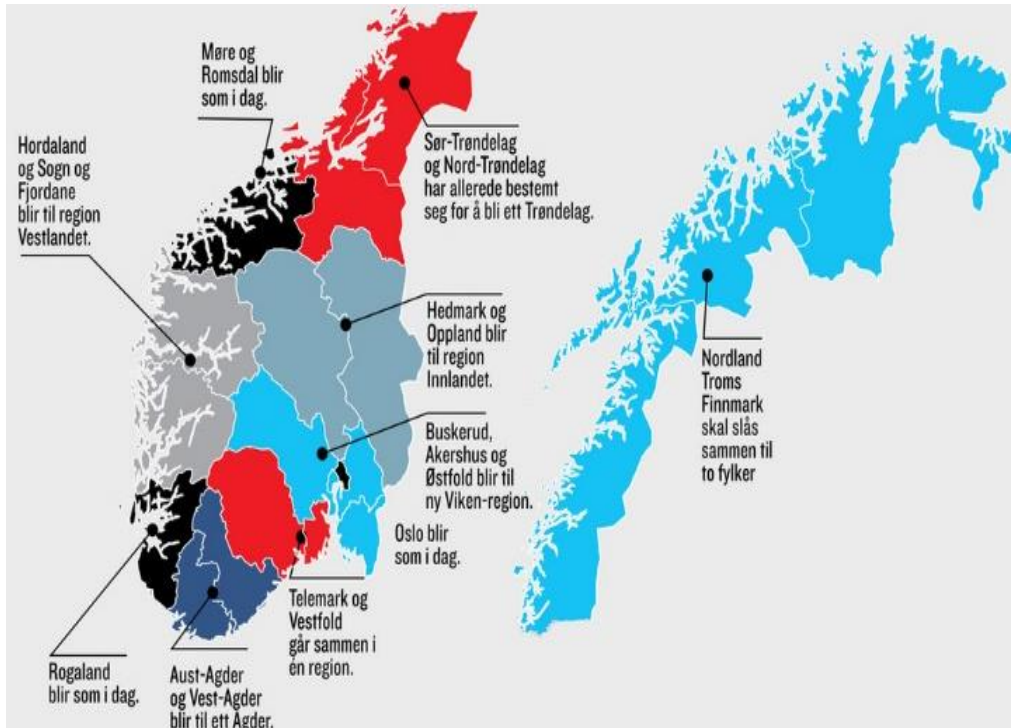
Arbeidet skal resultere i at:

brukeren opplever å være likeverdig i utarbeidelse av sitt pasientforløp

kommuner og helseforetak arbeider systematisk med pasientforløp og dokumenterer effekten for brukerne

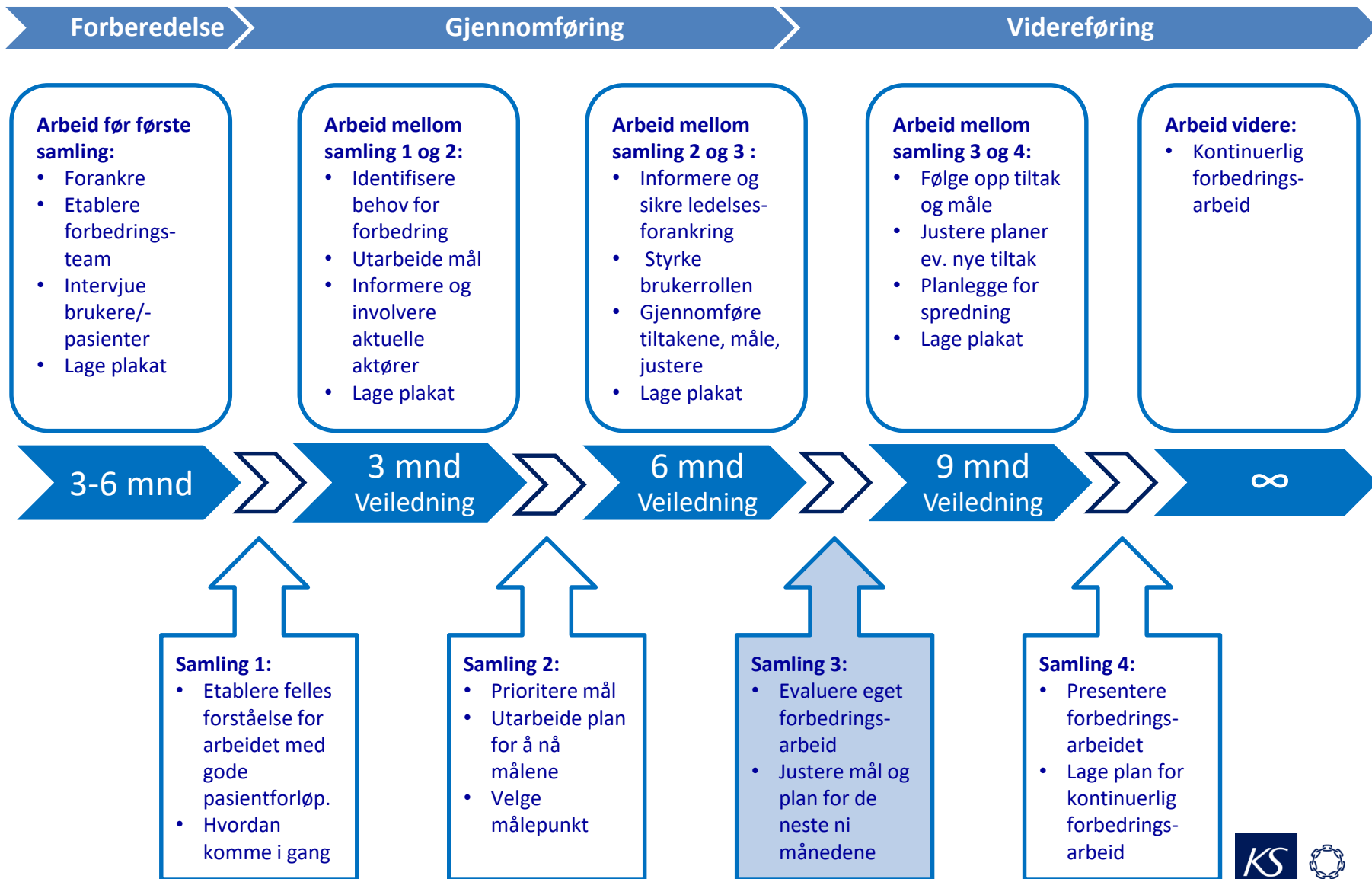
at kulturen i kommuner og helseforetak er preget av helsefremmende mestring

Læringsnettverk 2016-2019



- Agder
- Rogaland
- Nordland
- Hedmark/Oppland
- Oslo 3 bydeler/OUS
- Møre og Romsdal
- **Ofoten, Troms og Finnmark**
- Østfold

Læringsnettverk for gode pasientforløp



Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårør
ende

Hjemmetje
neste

Sykehjem

Fysio-
/ergoterapi

Fastleg
e

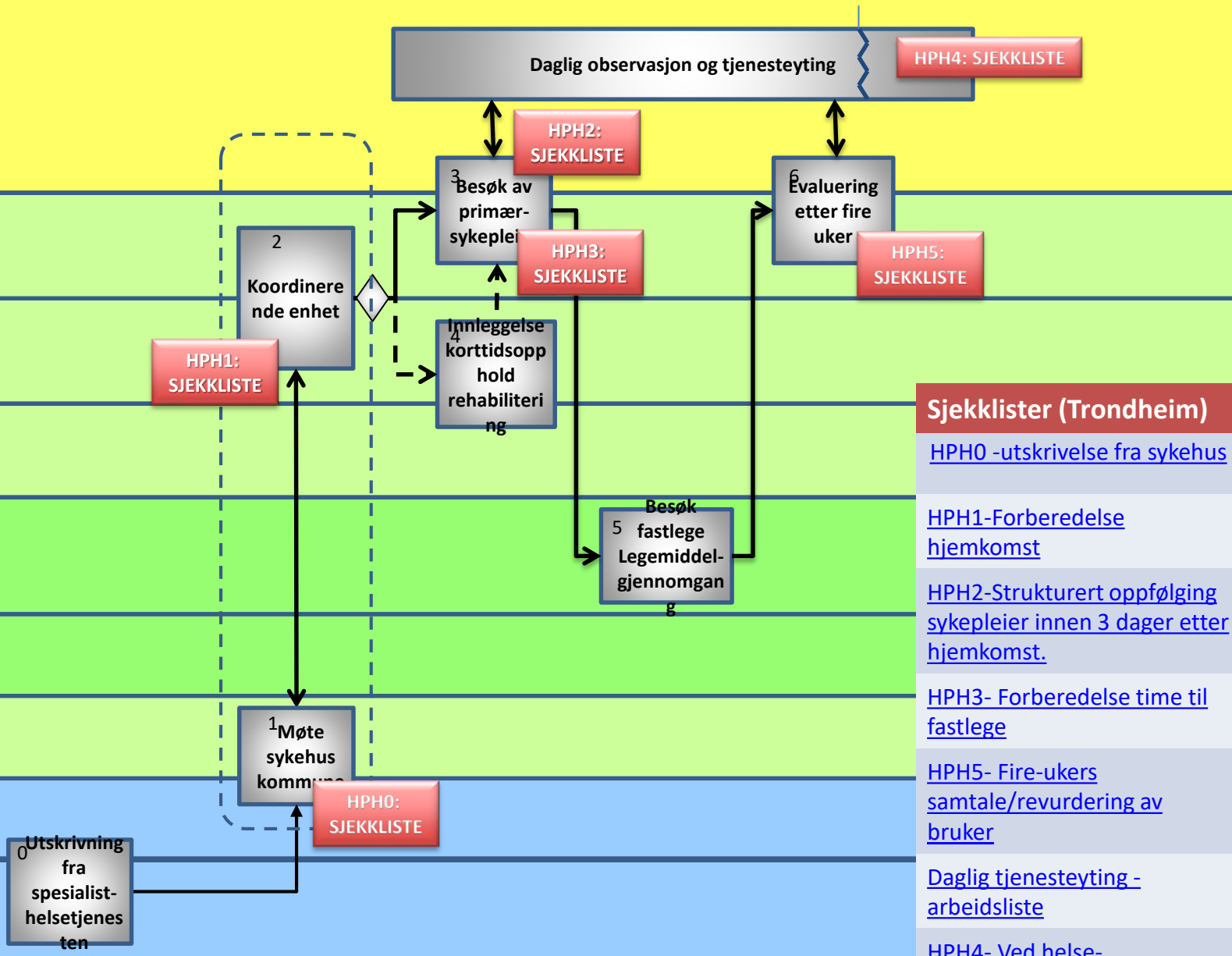
Legeva
kt

Bestillerko
ntor

Poliklin
ikk

Sykehu
s

Start



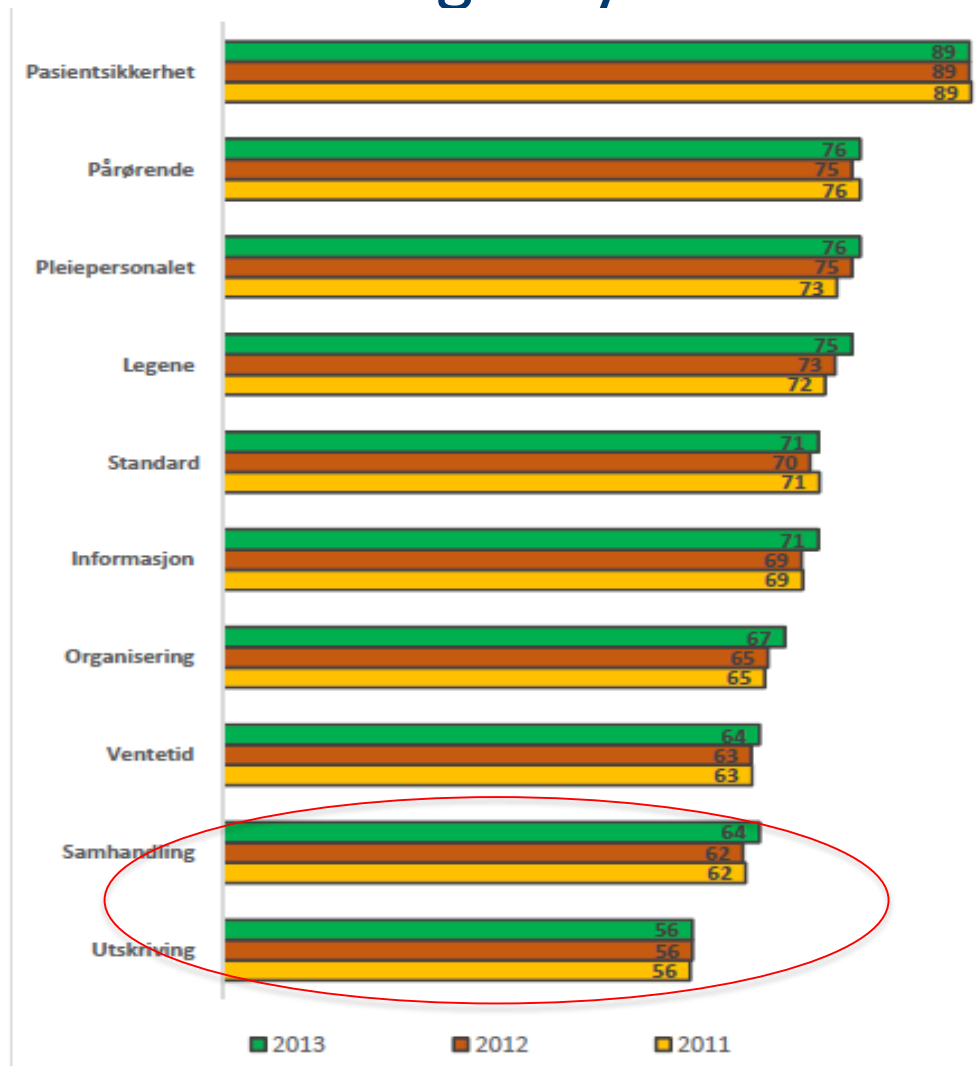
- ### Sjekkliste (Trondheim)
- [HPH0 -utskrivelse fra sykehus](#)
 - [HPH1-Forberedelse hjemkomst](#)
 - [HPH2-Strukturert oppfølging sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst.](#)
 - [HPH3- Forberedelse time til fastlege](#)
 - [HPH5- Fire-ukers samtale/revurdering av bruker](#)
 - [Daglig tjenesteyting - arbeidsliste](#)
 - [HPH4- Ved helse-/funksjonssvikt, fall, kontakt med legevakt/AMK](#)

EPJ-nr.:		Henveldeelse 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	Hjemmesykepleieren 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 lyktes 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

Pasienterfaringer sykehus 2011-2013



Figur 1. Pasienterfaringsindikatorene og gjennomsnittverdier. Resultater for 2011, 2012 og 2013. Tallene er vektet.

Fra parter til partnere



Pasient ID:

Hva er viktig for deg?

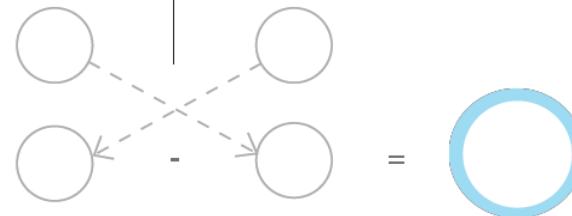
Hvor vanskelig synes du det er å utføre aktiviteten nå?

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

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

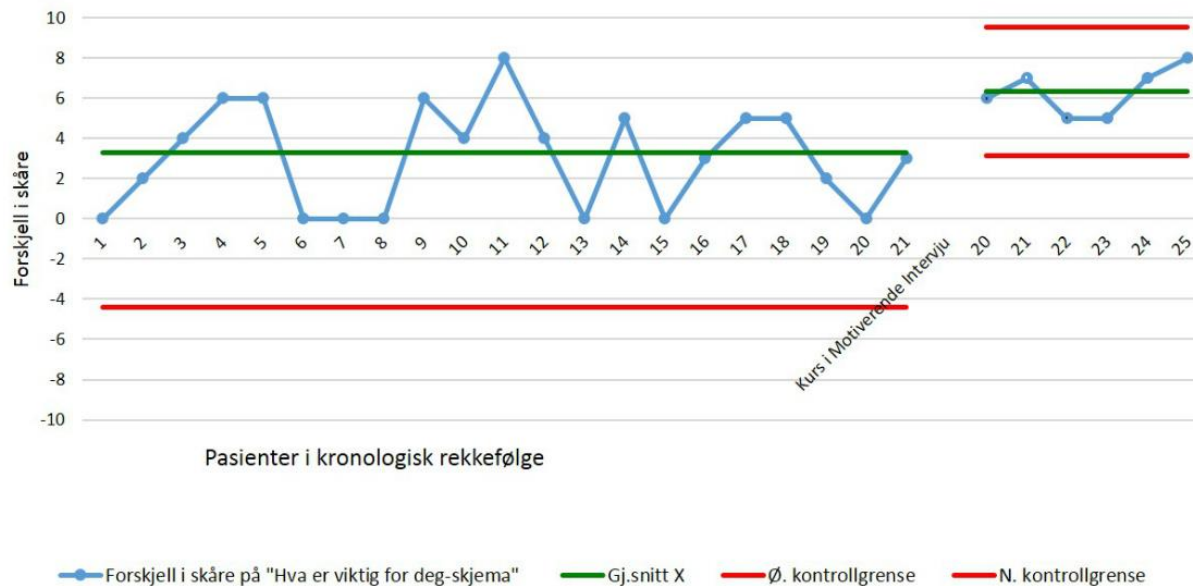
Gjennomsnitt

Opplevd nytte



Pasientnr	Forskjell i skåre på "Hva er viktig for deg-skjema"
1	0
2	2
3	4
4	6
5	6
6	0
7	0
8	0
9	6
10	4
11	8
12	4
13	0
14	5
15	0
16	3
17	5
18	5
19	2
20	0
21	3
Kurs i Motiverende Intervju	
20	6
21	7
22	5
23	5
24	7
25	8

Opplevd nytte: "Hva er viktig for deg-skjema" første halvår 2014



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}

HORIZONT 2020

Vil bruke SELFIE til å forbedre helsetilbødet

EU-prosjektet SELFIE er UiB og Uni Research med på å utgreie gode modellar for behandling av samansette lidningar, 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 modellar for behandling av samansette lidningar. Frå venstre: seniorforskar Kamrul Islam (Uni Research), professor Jan Erik Askildsen (UiB) og professor Sabine Rurhs (UiB og Uni Research). Opphavstrett: SELFIE

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.

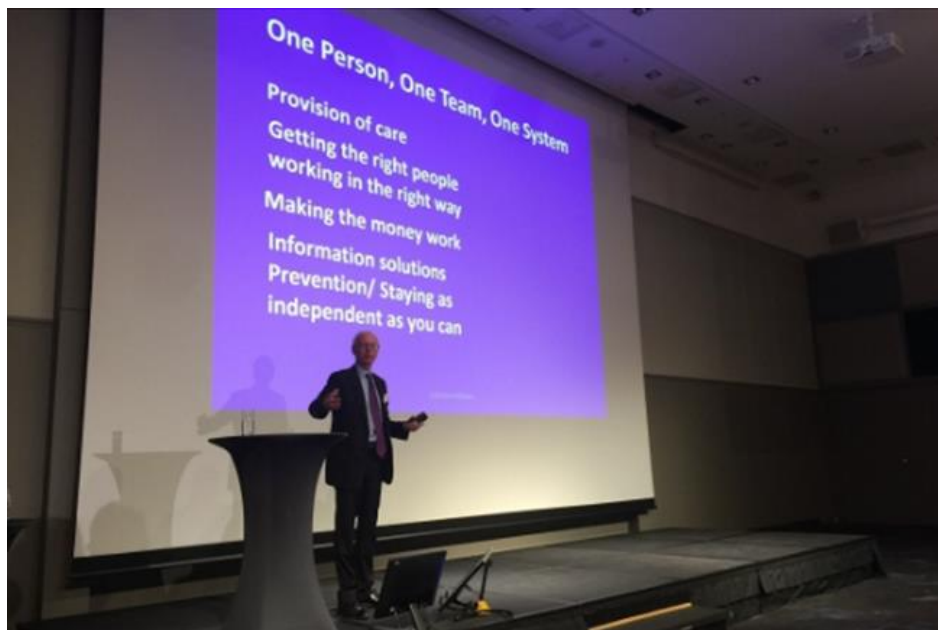
Methods: This qualitative study used focus group interviews, written material and observations. Representatives from the hospitals, municipalities and patient organizations taking part in the development process were chosen as informants.

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

Erfaringskonferansen 2018



Sir John Oldham ledet et utvalg som i 2014 la fram en rapport om sammenhengende helsetjenester i England. Foto: KS

Gode pasientforløp – en suksesshistorie

Onsdag 10. januar var nærmere 200 mennesker samlet i Oslo til Gode pasientforløps første erfaringskonferanse.

Publisert 18.01.2018



Ekspedisjonssjef Petter Øgar leder Kommuntjenesteavdelingen i Helse- og omsorgsdepartementet. Han sa i sin innledning at departementet har hatt sterk tro på at læringsnettverkene for gode pasientforløp kan bidra til en reell kvalitetsutvikling i helse- og omsorgstjenestene. Nå konstaterer han at Gode pasientforløp er en suksesshistorie som har utgjort en reell forskjell.

Om Gode pasientforløp

I læringsnettverket opplevde vi en frigjørende og inspirerende tiltro til våre egne ressurser.

Det var ingen som sa at vi skulle gjøre det på den eller den måten, men vi skjønnte jo at det er lurt å ta hensyn til de erfaringer som allerede er gjort.

Vi hadde hverken tid eller evne til å finne opp alt på nytt, og et læringsnettverk med mange kommuner ga oss muligheten til å herme etter hva de andre hadde gjort – og lage det til vårt eget.

Susanne Monica Prøsch, fastlege i Sandefjord kommune - Helsekonferansen 2017



Eksempel fra Bodø og Nordlandsykehuset



Etablerte et samarbeid i læringsnettverket:
Utførte målinger for innleggelsesrapporter og Epikriser utført i perioden mai-juni 2017

Funn

- 36% innleggelsesrapporter mangler
- 60% Epikriser mangler

Resultatet av samarbeidet

- Bedre samhandling og kommunikasjon mellom kommune og sykehus
- Ny funksjon i EPJ system hos kommune og sykehus som støtter arbeidsflyt
- Se verdien av avvik for å utføre forbedring og gjøre hverandre bedre

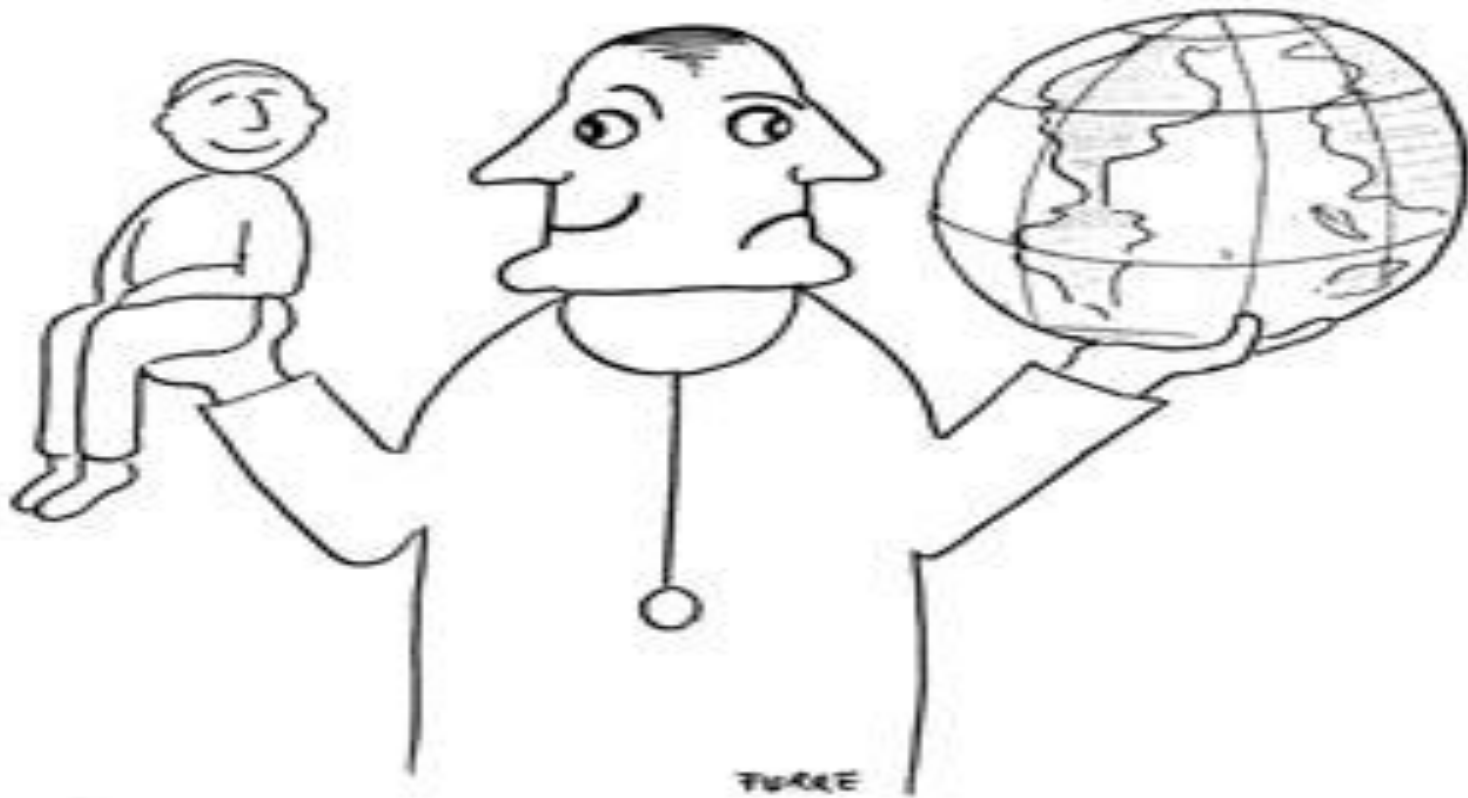


*Kristine Bjørk-Rasmussen, fagsykepleier ved ortopedisk avdeling på Sørlandet sykehus og Anne Lyngroth, prosjektleder for Gode pasientforløp i Østre Agder har begge arbeidet med felles PLO-meldinger på Agder.
Foto: Kristin Tveitnes*

- Vi trengte et meldingsløft på Agder

30 kommuner på Agder sendte 30 forskjellige rapporter til sykehuset. Nå er arbeidet med å implementere felles PLO-meldinger i gang. Deltakelse i læringsnettverk ga inspirasjon til å gjøre noe med tre viktige meldinger som det arbeides med daglig

Hvordan lede og utvikle samarbeid i en komplisert helseverden?



Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

Dato	FOR-2016-10-28-1250
Departement	Helse- og omsorgsdepartementet
Publisert	I 2016 hefte 14
Ikrafttredelse	01.01.2017
Sist endret	
Endrer	FOR-2002-12-20-1731
Gjelder for	Norge
Hjemmel	LOV-1984-03-30-15-§7, LOV-1999-07-02-61-§2-1a, LOV-1999-07-02-61-§3-4a, LOV-2011-06-24-30-§3-1, LOV-2011-06-24-30-§4-2, LOV-1983-06-03-54-§1-3a
Kunngjort	28.10.2016 kl. 14.20
Korttittel	Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

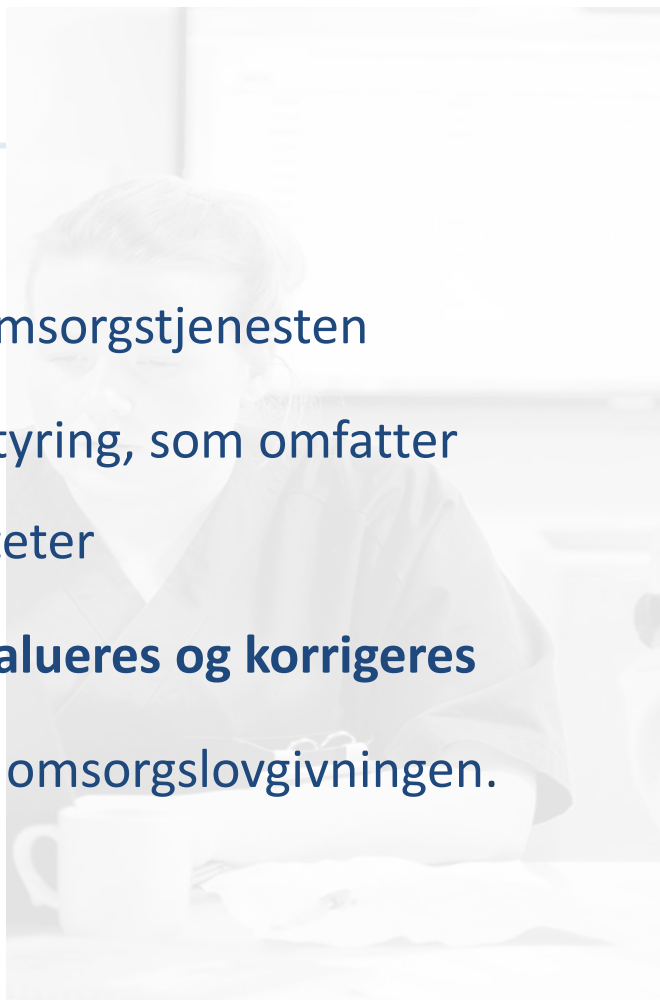
Hjemmel: Fastsatt ved kgl.res. 28. oktober 2016 med hjemmel i lov 30. mars 1984 nr. 15 om statlig tilsyn med helse- og omsorgstjenesten m.m. (helsetilsynsloven) § 7, lov 2. juli 1999 nr. 61 om spesialisthelsetjenesten m.m. (spesialisthelsetjenesteloven) § 2-1a tredje ledd og § 3-4a andre ledd, lov 24. juni 2011 nr. 30 om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. (helse- og omsorgstjenesteloven) § 3-1 tredje ledd og § 4-2 andre ledd og lov 3. juni 1983 nr. 54 om tannhelsetjenesten (tannhelsetjenesteloven) § 1-3a. Fremmet av Helse- og omsorgsdepartementet.

§ 1. Formål

Formålet med forskriften er å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

§ 4 Definisjon

Styringssystem for helse- og omsorgstjenesten er den del av virksomhetens styring, som omfatter hvordan virksomhetens aktiviteter **planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres** i samsvar med krav i helse- og omsorgslovgivningen.



© Foto: Stig Marlon Weston, Helsedirektoratet

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse- og omsorgstjenesten

18

“

**Alle i helsevesenet har to jobber
når de kommer på arbeid;
å gjøre jobben
og gjøre den bedre.**

**Dette er essensen i
kvalitetsforbedringsarbeidet.**

Paul Batalden
Professor Emeritus
Dartmouth Institute



© Foto: Stig Marlon Weston, Helsedirektoratet