



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

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp

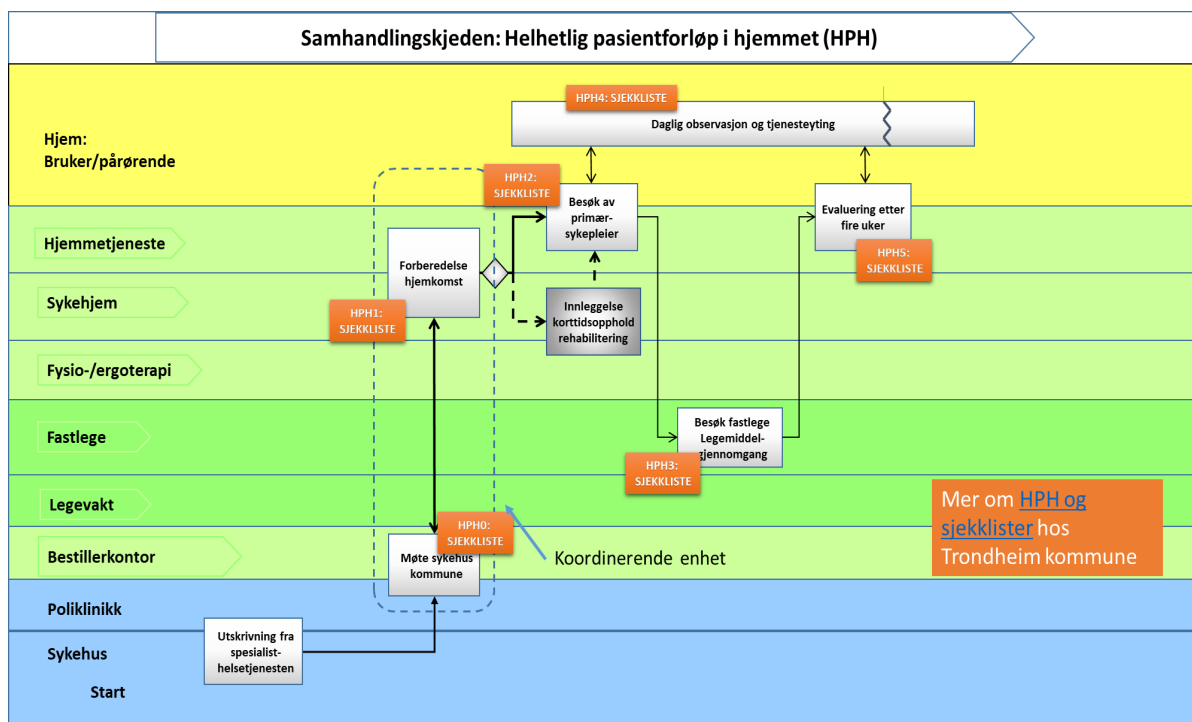
Første samling

Anders Grimsmo

Institutt for samfunnsmedisin, NTNU

Norsk Helsenett

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



- Trygge overganger
- Personsentrert kartlegging og planlegging
- Sjekklister
- Involvere fastlegene
- Evaluering av innsatsen
- Observasjon og tidlig identifisering ved forverring

Retningsendring –

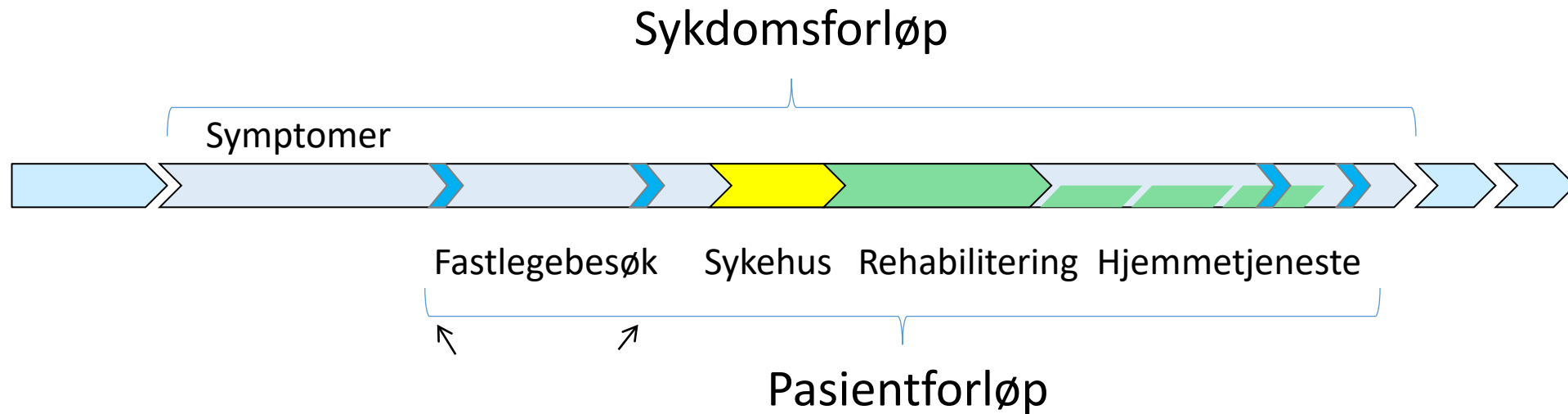


- Styrke arbeidet med mestring og funksjonevne
- Utvikle relasjon til bruker og pasient basert på spørsmålet: Hva er viktig for deg?



Pasientforløp

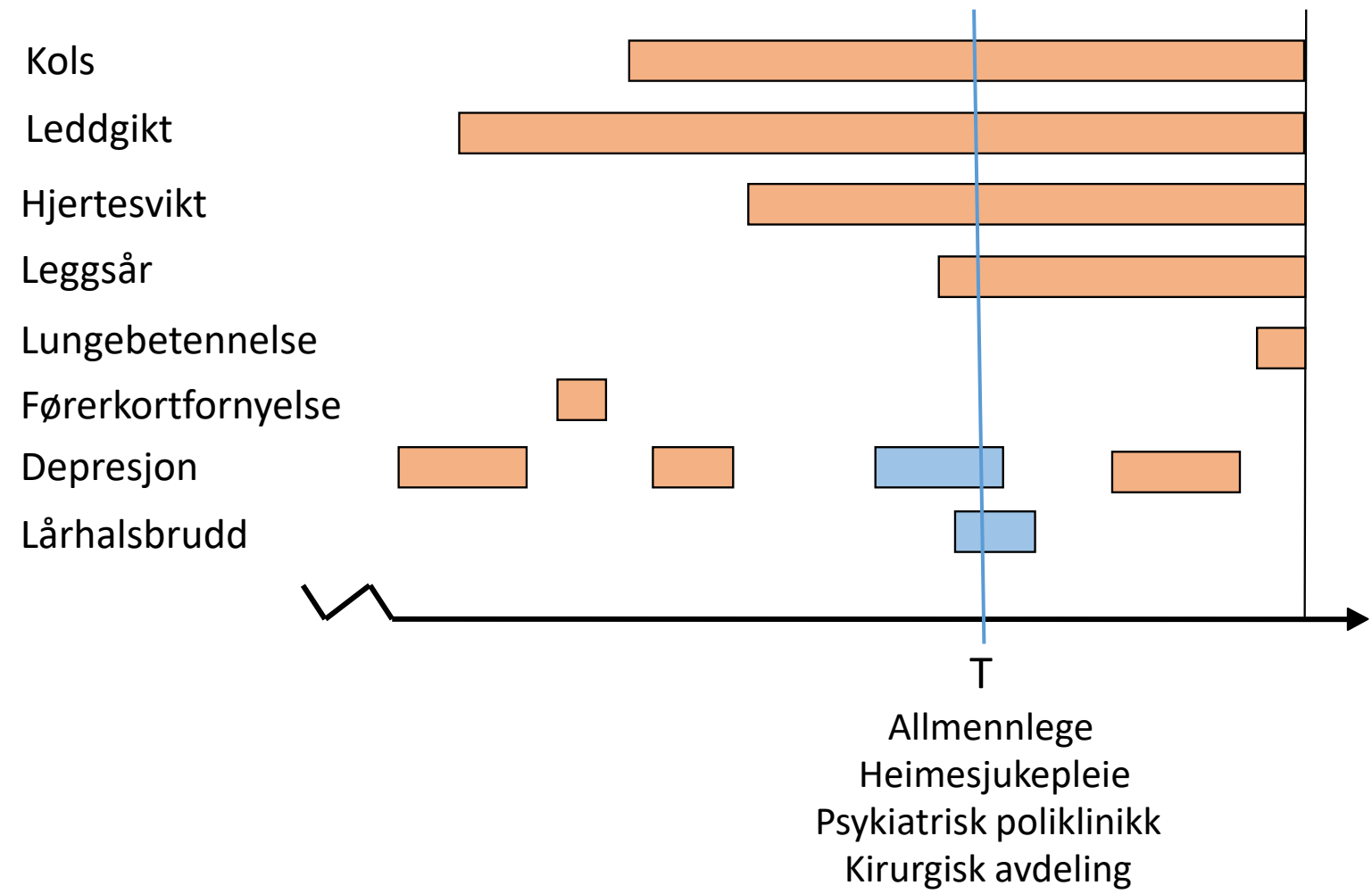
Helsetjenestens viktigste verdikjede



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



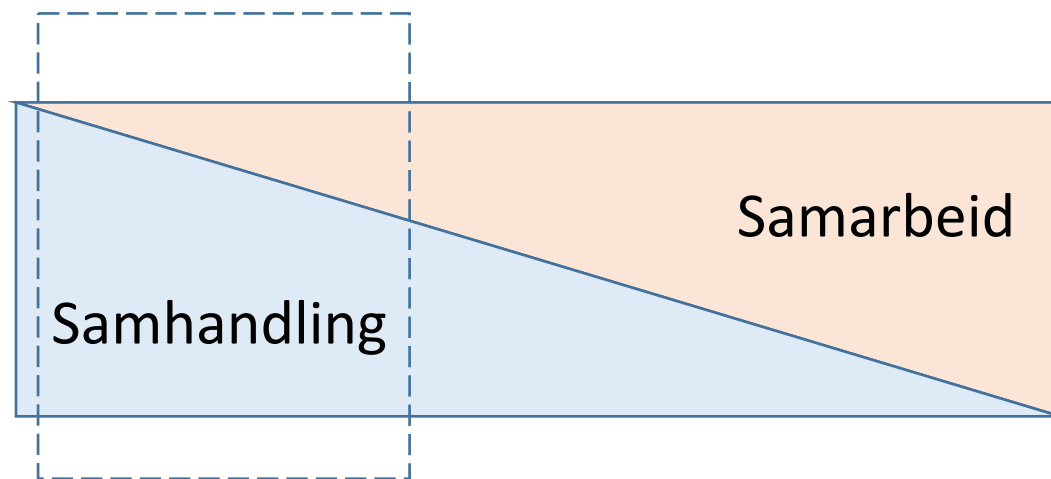
Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp





Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

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



”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 Ofte liten/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 kommunehelsetjenesten, sporadisk med pårørende	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, tett med evt. pårørende

BMJ Does exercise help depression?
Self management education for diabetes
Familial hypercholesterolaemia
A child with neck swelling

344(1) 48-50 1500-1508 1709-2754
9 June 2012 bmj.com

INTEGRATED CARE
A story of hard won success

Helhetlig pasientforløp

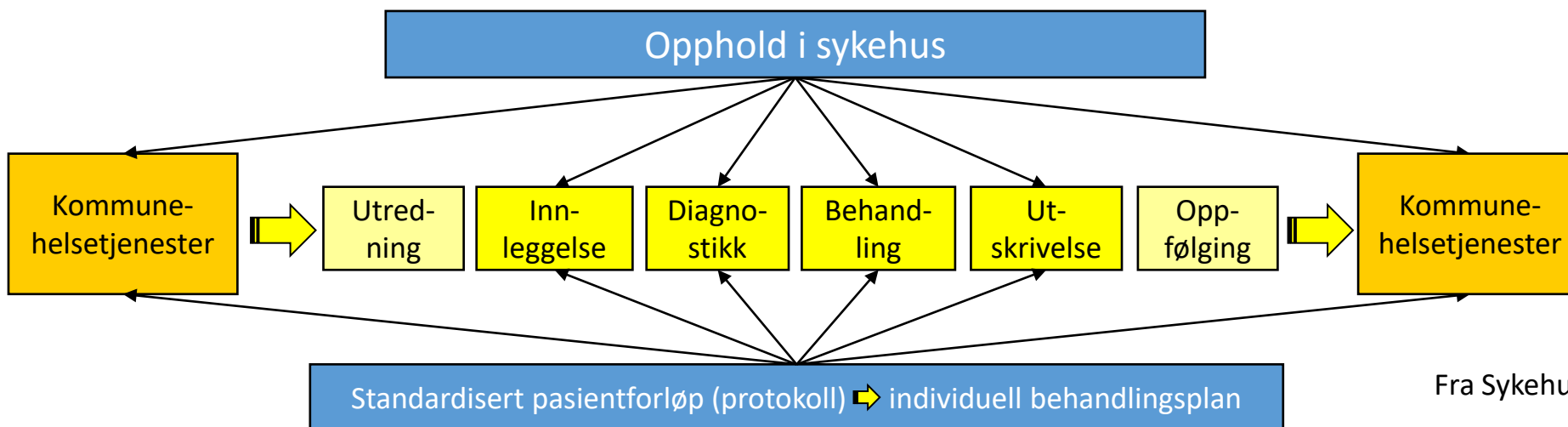
“But the biggest obstacles to integrated care are cultural”

<http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3529>

Leder: <http://www.bmj.com/content/344/bmj.e3959>

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



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



Pasienter med bare én diagnose finnes omtrent ikke i hjemmesykepleien

Pasienter med hjemmesykepleie og forekomst av kroniske lidelser (alder > 17, N = 168 285)

	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
<i>Pasienter med hjemmesykepleie</i>				
Antall pasienter per 10.000 innbyggere*	49	64	13	12
Gjennomsnittlig antall kroniske sykdommer per pasient	4.8	4.4	4.0	4.2
Andel pasienter med to eller flere kroniske sykdommer (%)	99	95	94	93

Grimsmo A et al. Disease-specific clinical pathways – are they feasible in primary care? A mixed-methods study. Scand J Prim Health Care. 2018;36:152-60.

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
- Kompetanse fra spesialisthelsetjenesten
 - Deltar i overføring til kommunen og etablering av videre opplegg
- Pasient- og pårørendeopplæring
- Avtalt systematisk oppfølging etter utskriving
 - Pleie og omsorg
 - Fastlege

Verhaegh KJ et al. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. [Health Affairs. 2014;33\(9\):1531-9](#)

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



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





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

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

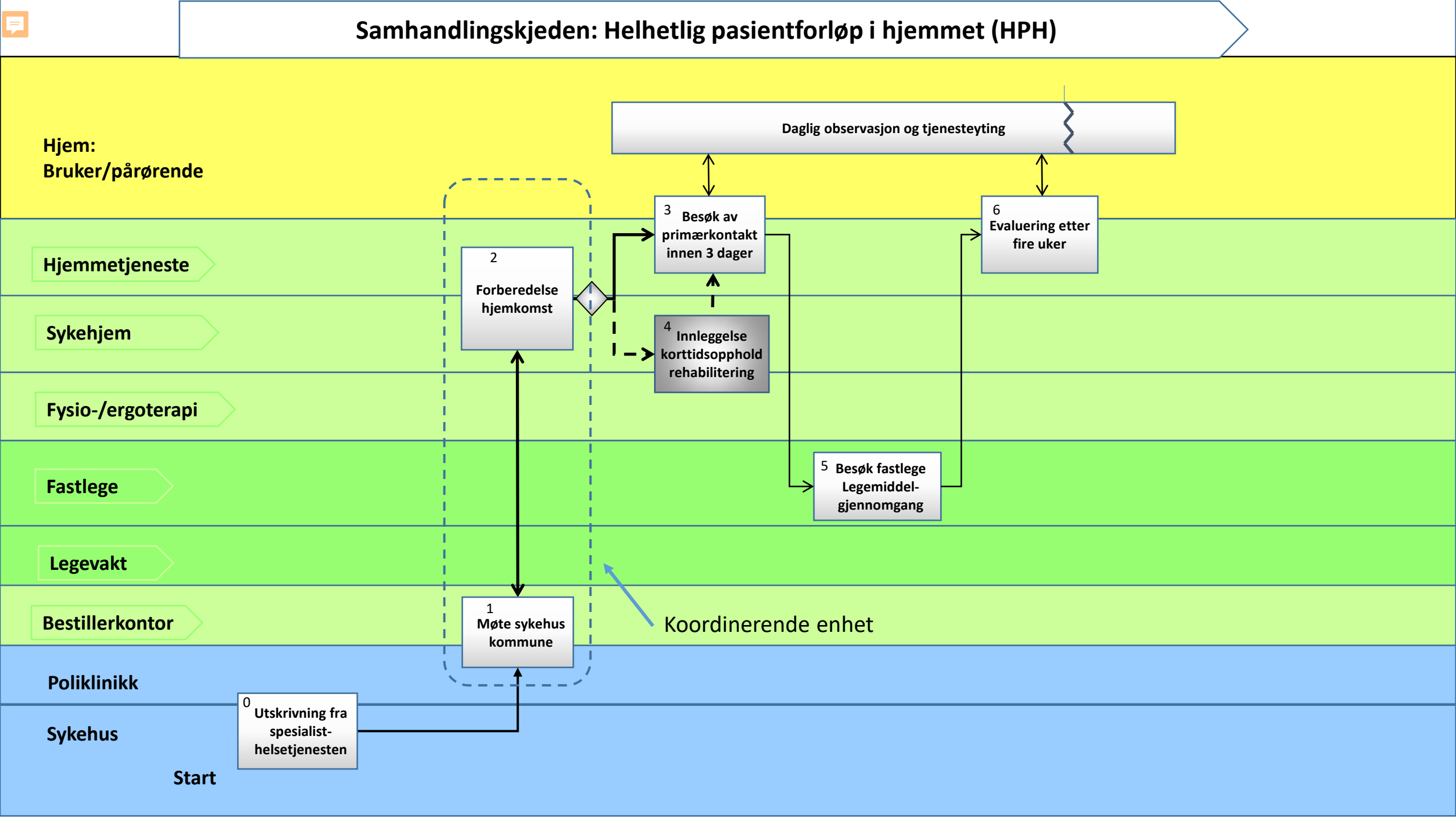
DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)62409-0](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(14)62409-0)



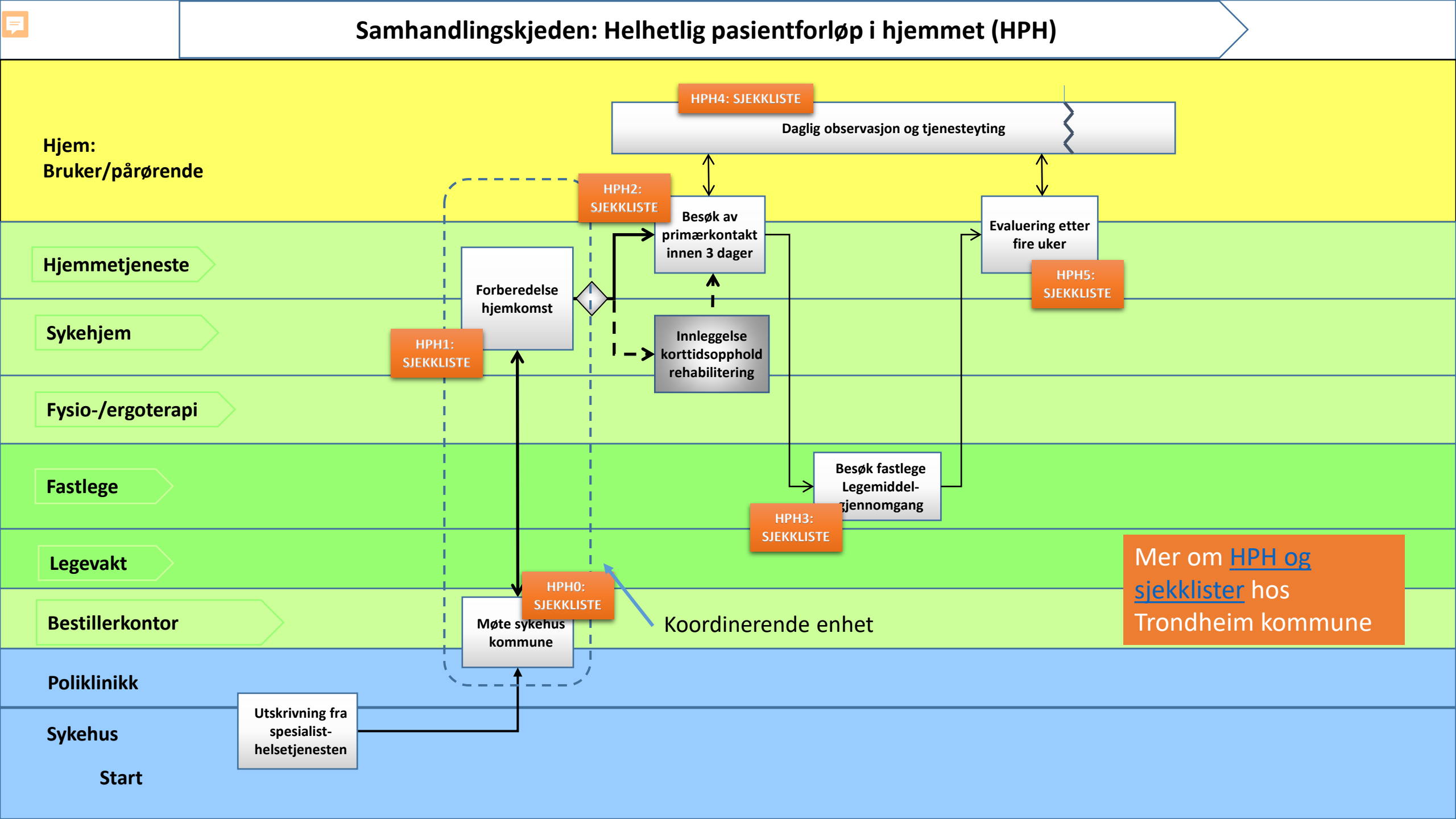
	Geriatrigruppen	Ortopedigruppen
Antall pasienter	198	199
Liggetid	12.6	11.0
Direkte hjem	47	20

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

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)




Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)




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 medisindose/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? Surklete? Anstrengt?):
4. Blodtrykk/Puls:
5. Vektendring (ved hjertesvikt):
6. Hevelse i beina:
7. Hud (Farge/ tørr/ varm/ klam?):
8. Tegn til infeksjon (temperatur, urinstix, forvirring, luftveissymptomer, skarpt avgrenset rød hud?):
9. Medisiner (tar bruker sine medisiner? Riktig dose?):
10. Smerter (hvor? Styrke?):
11. Svimme/ Fall?
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.

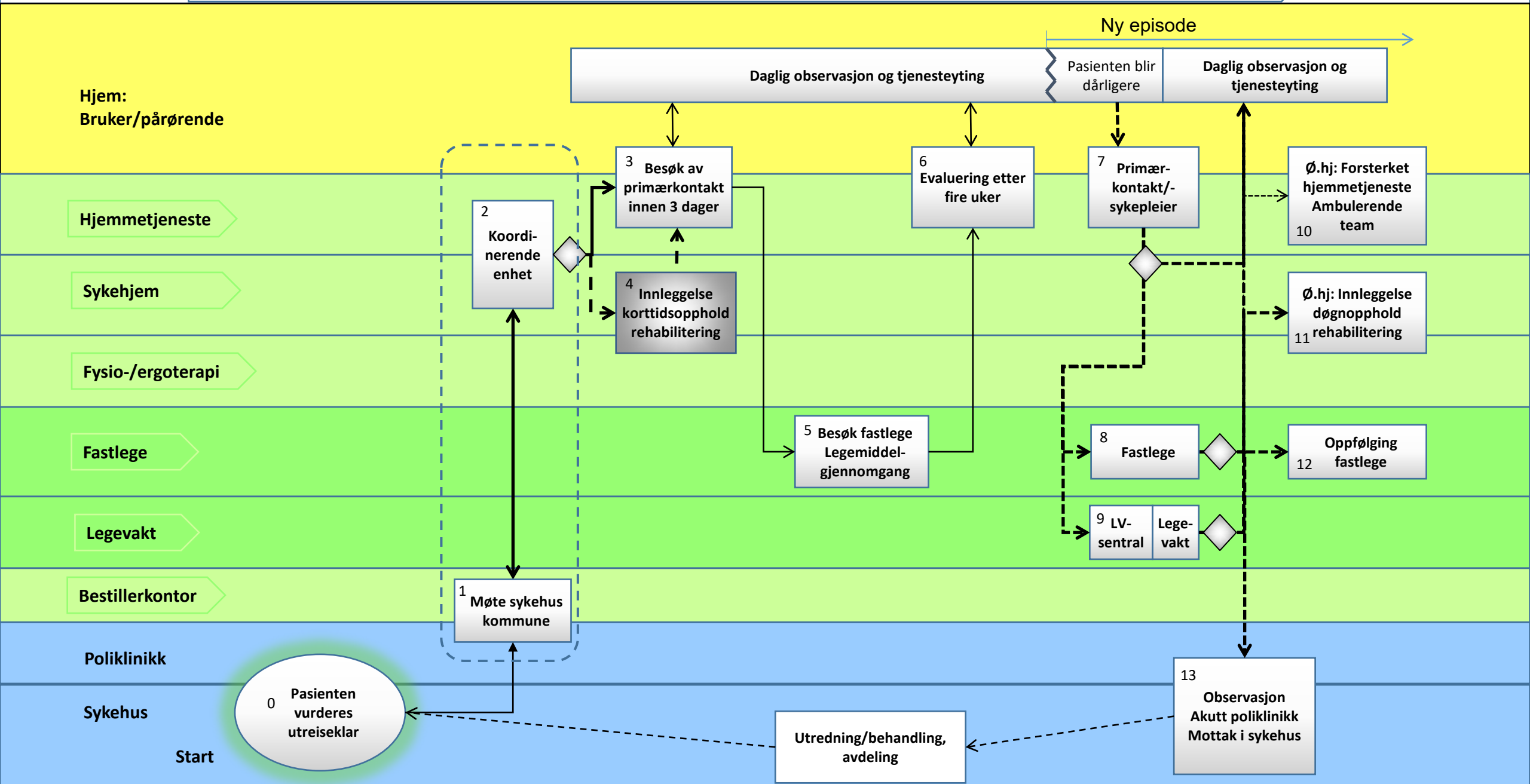
3. HVK legger inn i merknadsfeltet i "melding om utskrivningsklar": *Pasienten skal hjem, se journal 316/317.* eller *Pasienten skal på opphold, se journal 316/317.*

- For nye pasienter må saksbehandler varsle hjemmetjenesten enten via beskjed i journal 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)



Utfordringer ved utskriving

Utskrivningsdagen: et system av rutinemessige forsinkelser:

- Venting på ferdigstilling av dokumenter som skal følge pasienten.
- Venting på andre pasienter for samordning av transport

Uklar mandatfordeling

Sykepleiere i sykehus:

"Vi har fått tilbakemelding fra kommunene om at de synes vi lover altfor mye om hva pasienten skal få

"Vi kan ikke si at når en kommer hjem skal dere gjøre sånn og sånn.... Så i stedet for at vi fyller ut - det er noen faste rubrikker – så skriver ikke vi noe på behov, vi da"

Utstrakt «uformell» muntlig kommunikasjon

Sykepleiere i hjemmetjenesten:

"Det meste av det som står i pleierapportene og epikrisen har vi allerede orientert oss om gjennom kontakter med sykehuset. Å vente til pasienten og rapportene kommer blir for seint.

"Det lureste er å reise på sykehuset å snakke med pasienten selv



International Journal
of Integrated Care

A collaborate chain out of phace

Paulsen B, Romøren TI, Grimsmo A.



Gruppearbeid

- Identifiser egne forbedringsområder i kommunen/sykehuset
 - Hvilke utfordringer har dere i overgangen fra sykehus til kommunen per i dag?
 - Blir Forskriften om utskrivningsklare pasienter fulgt?
 - Ser dere noen områder der det kan være behov for å «rydde i egne rekker»?
 - Får pasientene tildelt en primærkontakt – i kommunen, i sykehus?

Ny tjenestereise - KS

Tjenstedesign

STEG FOR INNBYGGEREN

Hendelsesforløpet for brukeren og pårørende i kronologisk rekkefølge.



KONTAKTPUNKTER

Hvor foregår møtet mellom bruker / pårørende og tjenesten?



ARBEIDS-PROSESSER I KOMMUNEN

Hvilke oppgaver utføres? Hvem utfører oppgavene? (Roller)



TEKNOLOGI

Hvordan understøtter teknologien arbeidsprosessene?



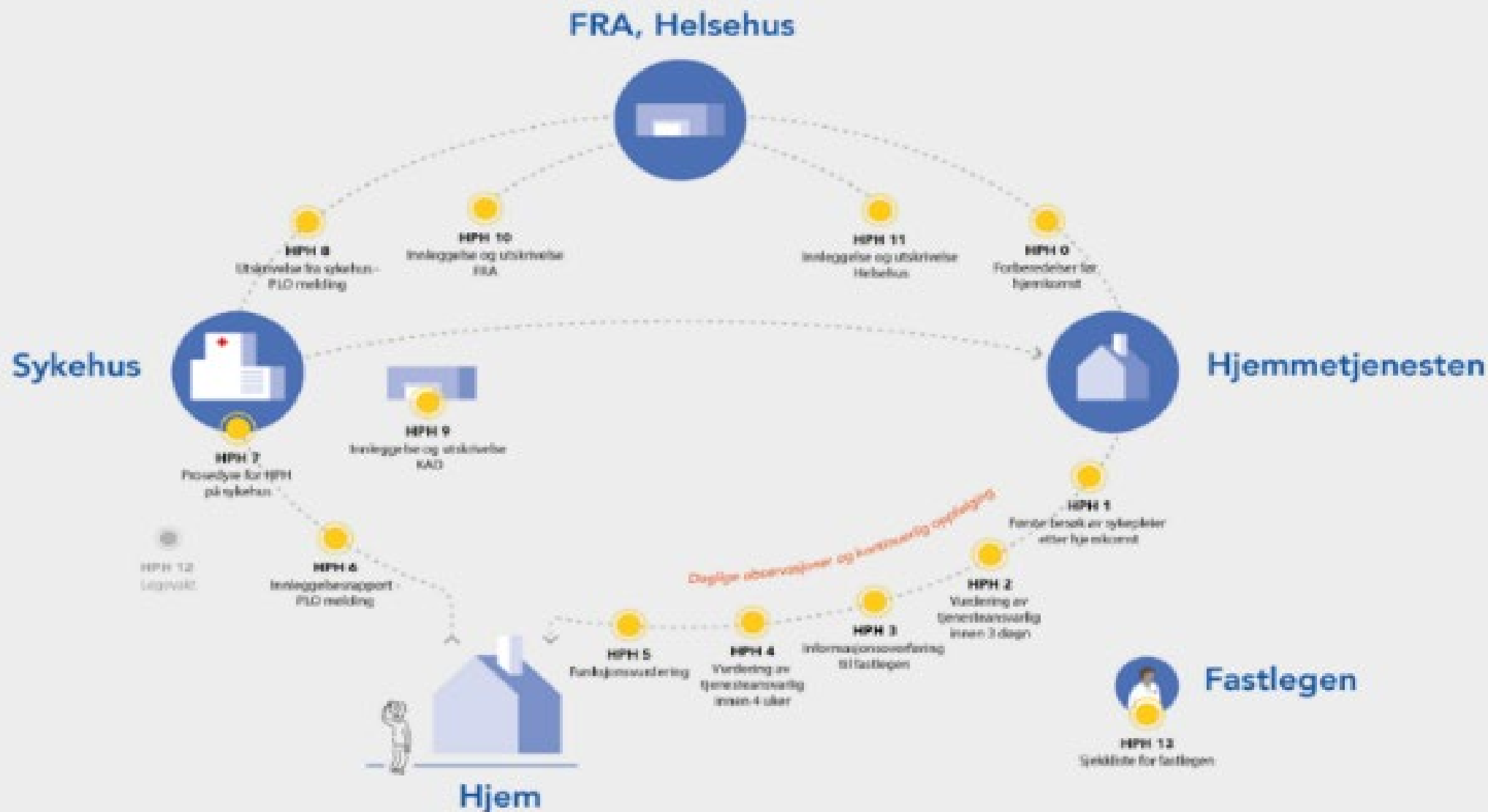
OPPLÆRING

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

Hva er viktig for brukerne
Roller, ansvar, arbeidsprosesser
Sjekklister
Behov for kompetanse/opplæring
Samarbeidspartnere
Behov for teknologi

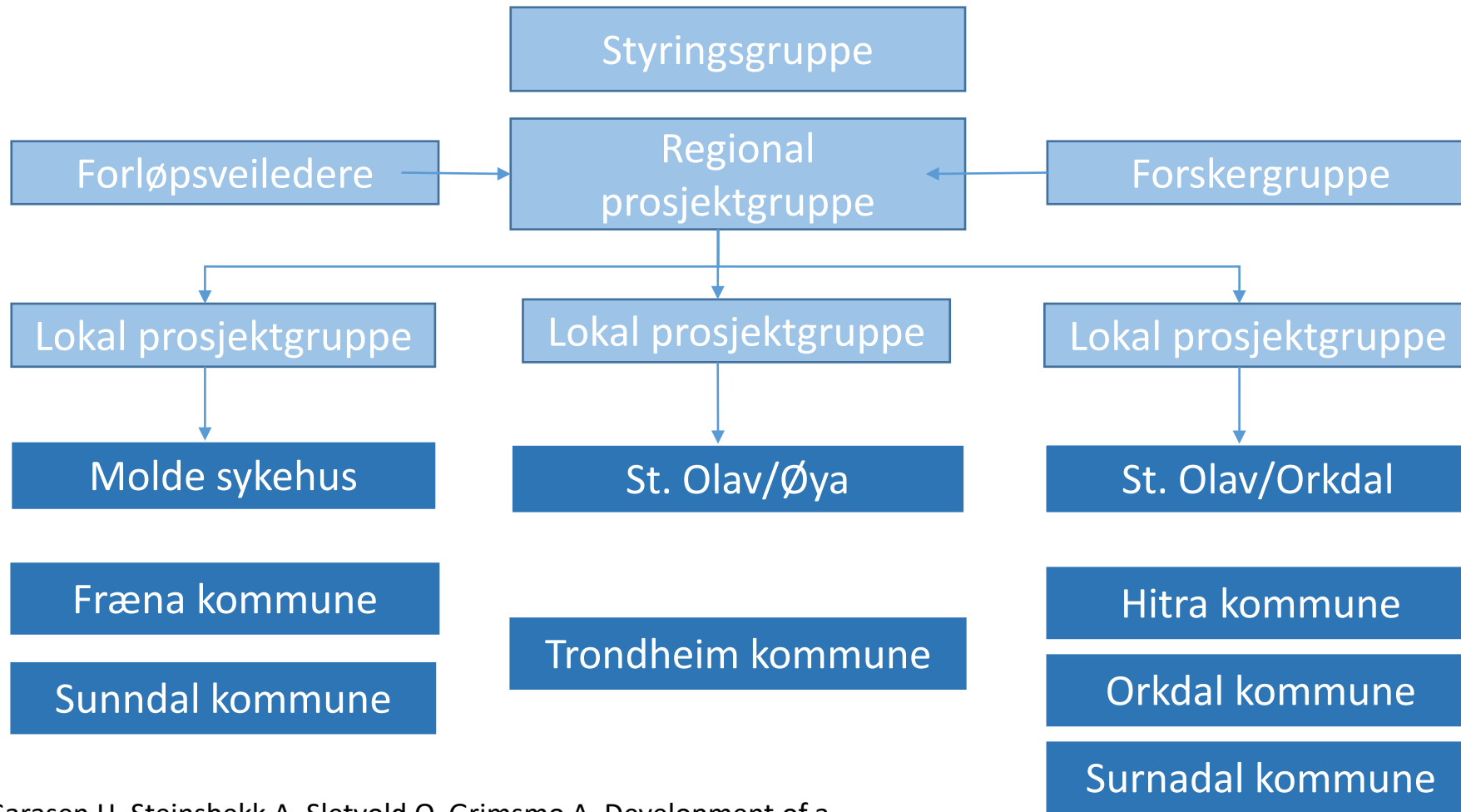


Oslomodellen for helhetlig pasientforløp





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



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

Strategi for utvikling og implementering av HPH

Implementeringsmetode

Normalisation process theory:

a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-63.pdf>

Hjemmeside

<http://www.normalizationprocess.org/>

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»

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](#)

Strategi for utvikling og implementering av HPH

Implementeringsmetode

Normalisation process theory:

a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions

<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1741-7015-8-63.pdf>

Hjemmeside

<http://www.normalizationprocess.org/>

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»

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](#)



Status tre år etter introduksjonen

Sykehus: i liten grad implementert

Allmennlegene: kom med litt etterhvert

Kommuner:

- 2 kommuner brukte forløpet fullt ut, og hadde videreutviklet det

- 2 kommuner brukte deler av pasientforløpet

- 2 kommuner sluttet når prosjektet var over

Haland E, Rosstad T, Osmundsen TC.
Care pathways as boundary objects
between primary and secondary care:
Experiences from Norwegian home care
services. [Health. 2015;19\(6\):635-51.](#)

Hva hadde betydning for resultatet?

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/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 lignende innbruddsforetak hos firmaet Datasenteret 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 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-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 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.lillegard@vao.no

Helsepersonell frå Halså, Rindal, Hemne, Agdenes, Snillfjord, Frøya, Rønnøya, Meldal og Skam har vore i Surnadal denne veka for å lære meir om såkalla Helseitert pasientforløp (HPH). 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 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 tillegg mange tilfelle til 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 heimelesten, 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 eringsleiar for heimesjukepleien, Margrethe Svinvik.

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

Ho tykkjer det er litt gjævt at dette som ein metode vi følgjer i alle slike tilfelle, seier eringsleiar 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 prosessrettlærar 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 ved 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 Surnadal, men i denne samanhengen er ho systemansvarleg på Gerila – IKT-systemet som brukast i pleie- og omsorgssektoren.

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

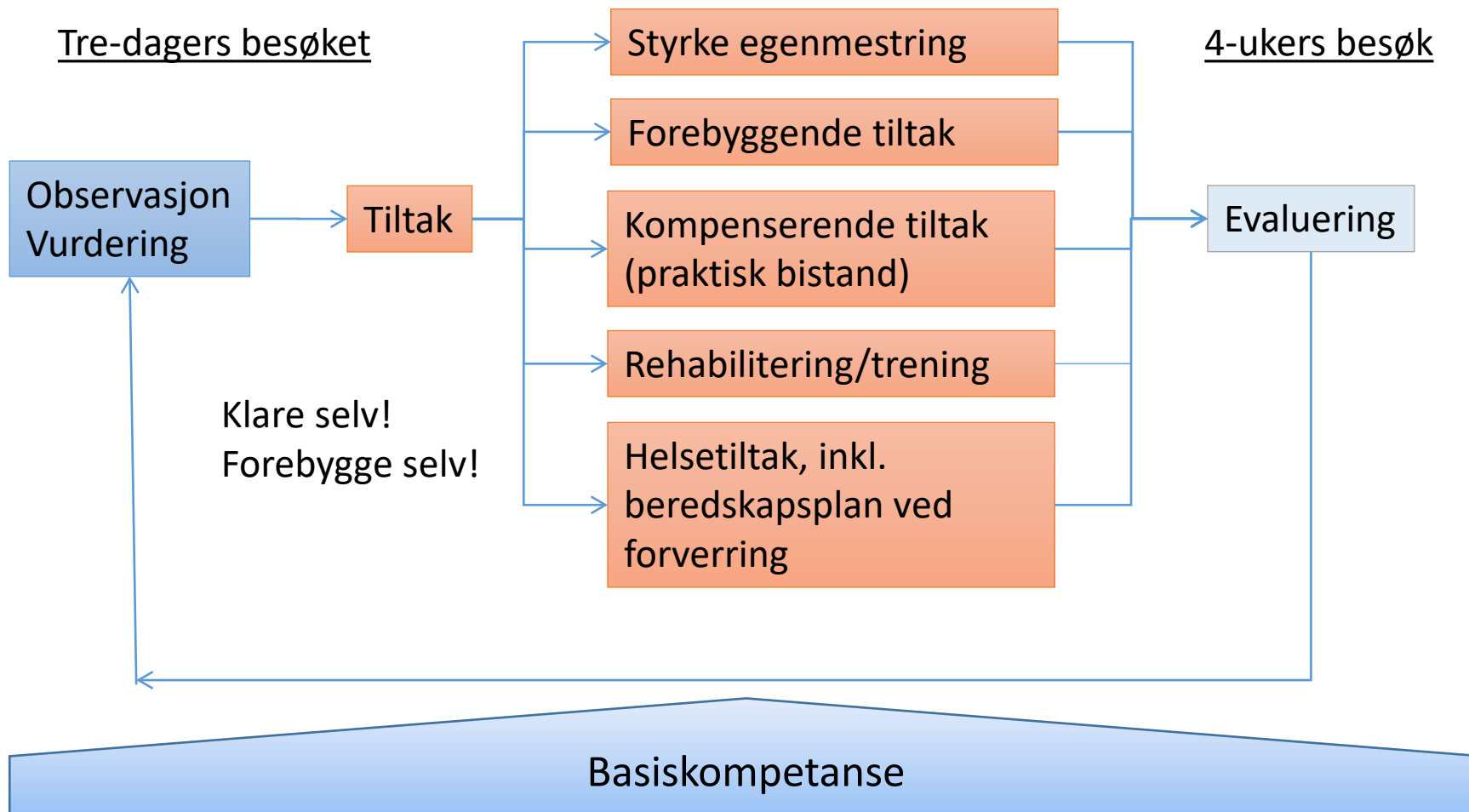
UP-kontroll i sentrum

SUNNDAL: Utviklingspolitiet hadde tirsdag trafikkontroll flere steder på Sunndalsøra. Til sammen ble det utført 17 verneboyst for ikke å ha bremsebelte (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»
- «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»

Oppfølgingsplan for pasienten





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.

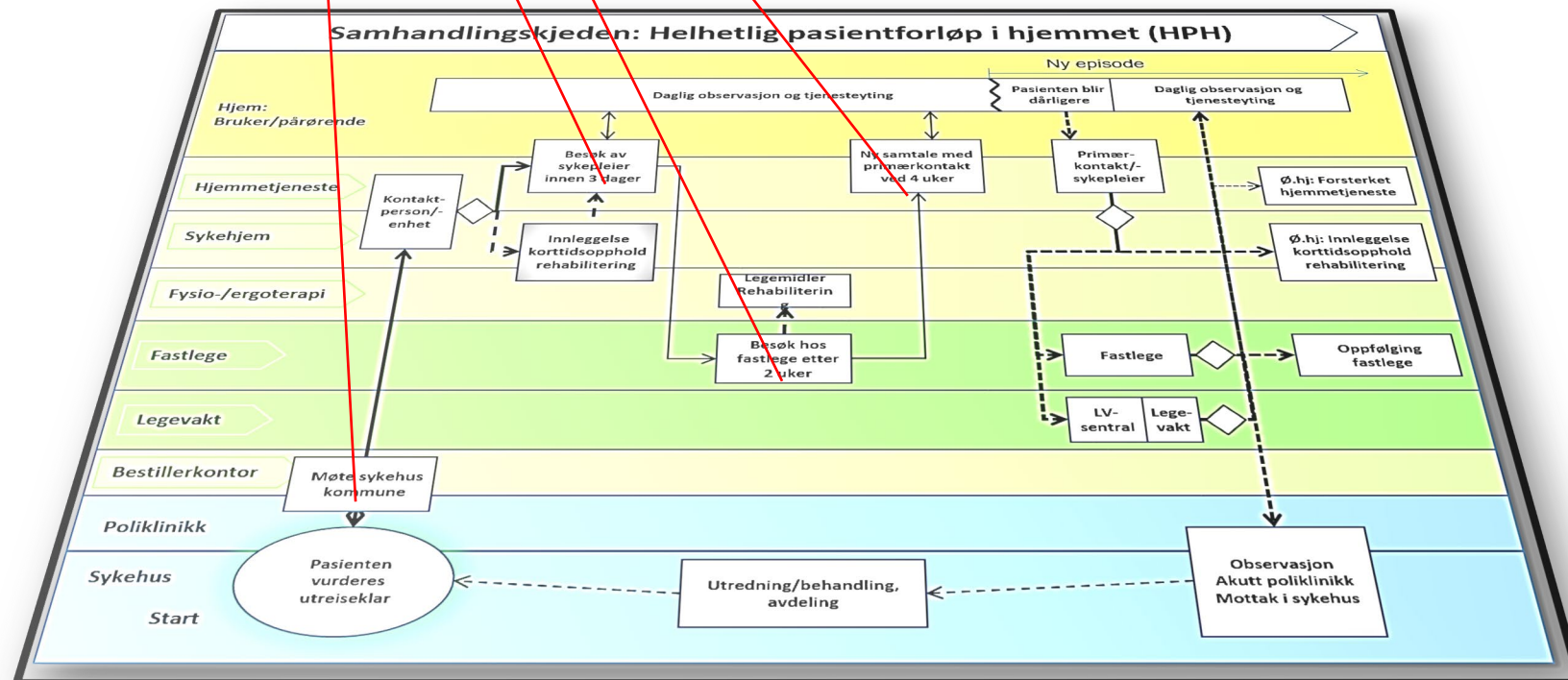


Indikatorsett for gode pasientforløp

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

Pasient / Løpnummer:	Utskrivingsdato	Reinleggelsesdato	Utført		Hva er viktig for deg? (IPSES)	Evaluering		Kommentarer
			Ja	Nei		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 målestreptom 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/målestreptom 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

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

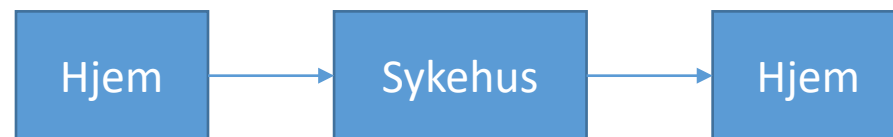
Prioriterte grupper

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

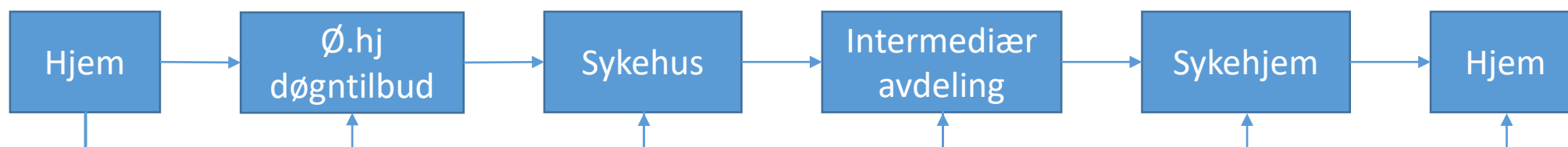


Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp



- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediaeravdelinger



Gruppearbeid 2

- Hvordan best forankre og organisere arbeidet med helhetlig pasientforløp i den kommunen eller sykehuset der dere arbeider?

A Forståelse og entusiasme

Opplevelse av behov for endringer
Nye rutiner, prosedyrer
Sjekklister
Opplæring

B Vedlikeholde engasjement

Forankring på alle nivå
Ledelse og organisering av innføringen
Oppslutning fra alle
Opplevde hindringer

C Tilrettelegging og operasjonalisering

Ressurstilgang, mandat
Tilpassing av journalsystemet
Tilrettelegging av arbeidsdagen/-lister
Tilbud til hvilke pasienter/brukere

D Opplevelse av effekt/nytte/»kostnad

Samarbeidet med sykehus og fastleger
For pasienter og brukere
For ledelsen
For den enkelte ansatte