

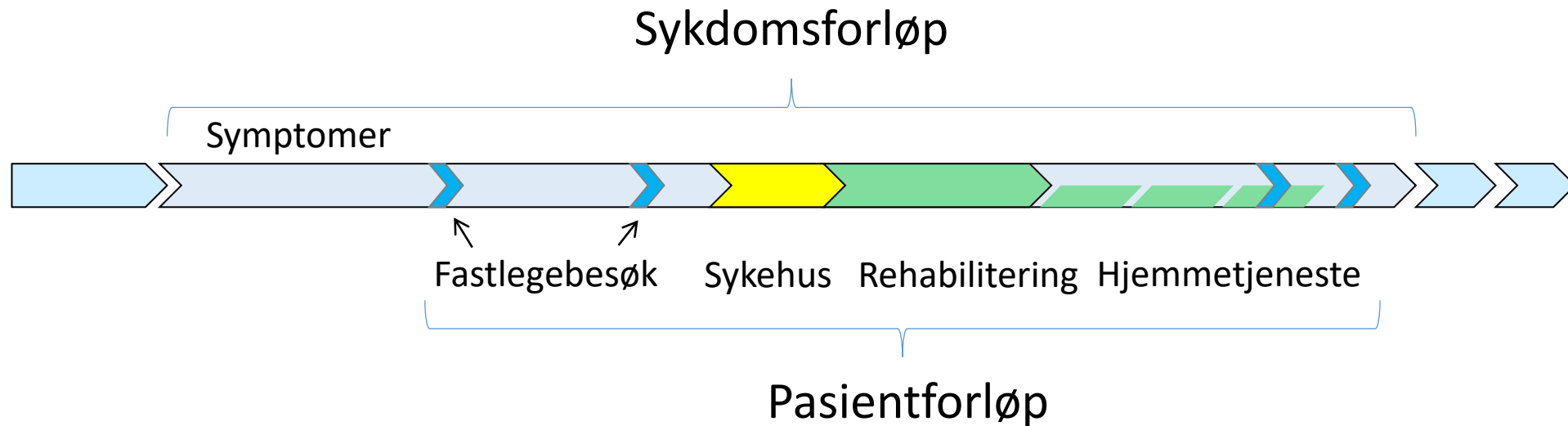
Tidlig innsats i gode pasientforløp. Hva innebærer det og hvorfor er dette viktig?

Anders Grimsmo

Andre nettverkssamling

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

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

Spesialisering i hjemmesykepleien – bærekraftig?

Antall og andel pasienter i hjemmesykepleien som blir innlagt per år

Diagnose	KOLS	Hjerte- svikt	Slag	Hofte- brudd
Andel pasienter innlagt for hoveddiagnosen	22	15	83	100
Gjennomsnittlig antall innleggelser per pasient innlagt	2.1	1.6	1.1	1.3
Antall innleggelser per 10.000 innbyggere	23	15	12	15

Hvis pasienter deles likt på sykepleiere i hjemmesykepleien, vil hver oppleve:

- 0,5 pasienter per år innlagt for KOLS
- 0,3 pasienter per år innlagt for hjertesvikt
- 0,2 pasienter per år innlagt for slag
- 0,4 pasienter per år innlagt for hoftebrudd

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](#)

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

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Henvendelse fra pasient eller pårørende

Hjemmetjeneste

Henvendelse fra hjemmetjenesten

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

Henvendelse om opptrening hjelpemiddel

Fastlege

Henvising fra fastlege

Legevakt

Bestillerkontor/koordinerende enhet

Poliklinikk

Sykehus

Start

Utskrivning fra spesialisthelsetjenesten

HPH1: SJEKKLISTE

Koordinerende enhet

HPH0: SJEKKLISTE

Møte sykehus kommune

HPH2: SJEKKLISTE

Besøk av primær-sykepleier

Innleggelse korttidsopphold rehabilitering

HPH3: SJEKKLISTE

Besøk fastlege
Legemiddelgjennomgang

HPH4: SJEKKLISTE

Daglig observasjon og tjenesteyting

HPH5: SJEKKLISTE

Evaluering etter fire uker

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

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.

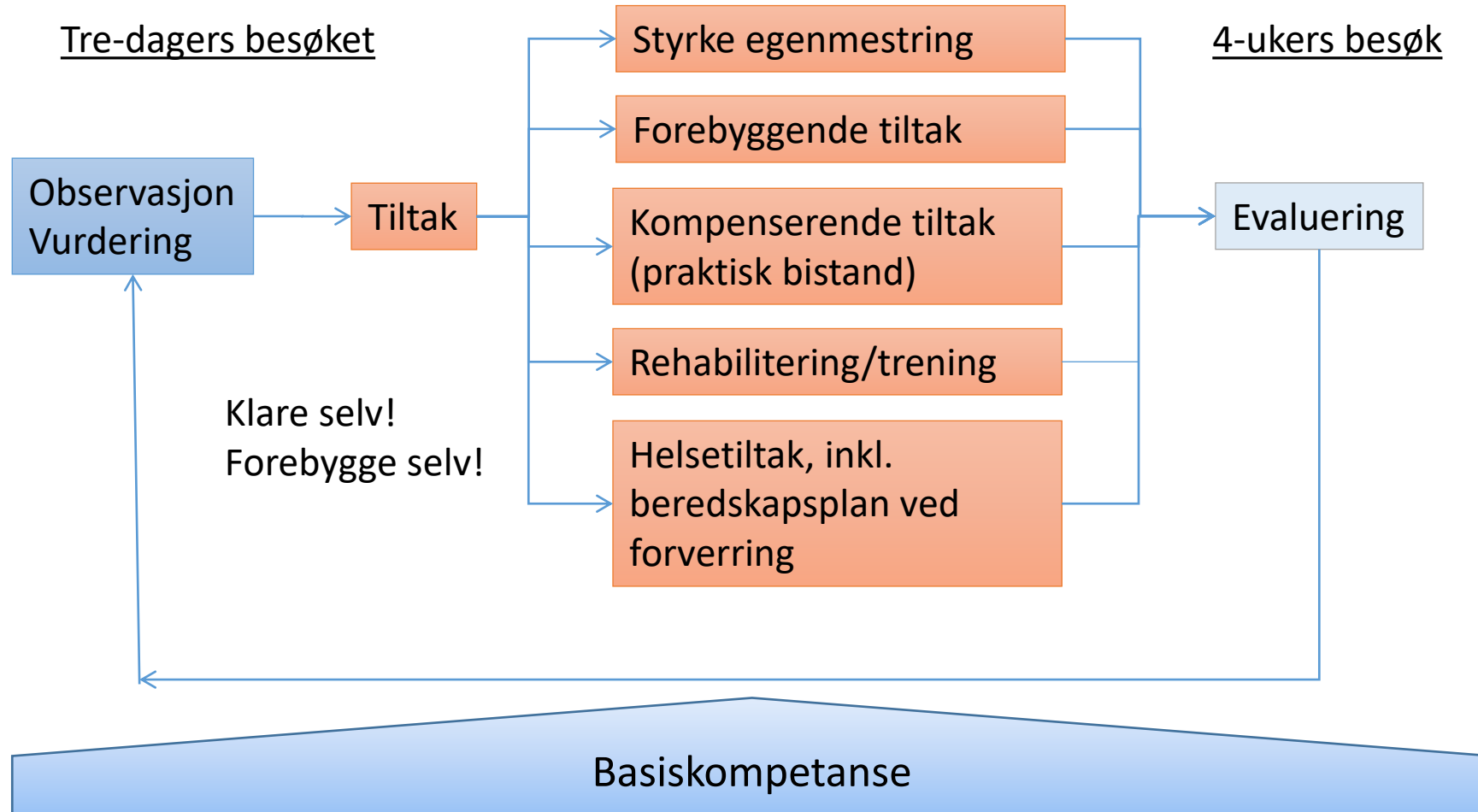
3. HVK legger inn i merknadsfeltet i "melding om utskrivningsklar": *Pasienten skal hjem, se journal 316/317.* eller *Pasienten skal på opphold, se journal 316/317.*

- For nye pasienter må saksbehandler varsle hjemmetjenesten enten via beskjed i journal eller telefon.
- HVK oppretter aktuelle tjenester, og ferdigstiller saksbehandling

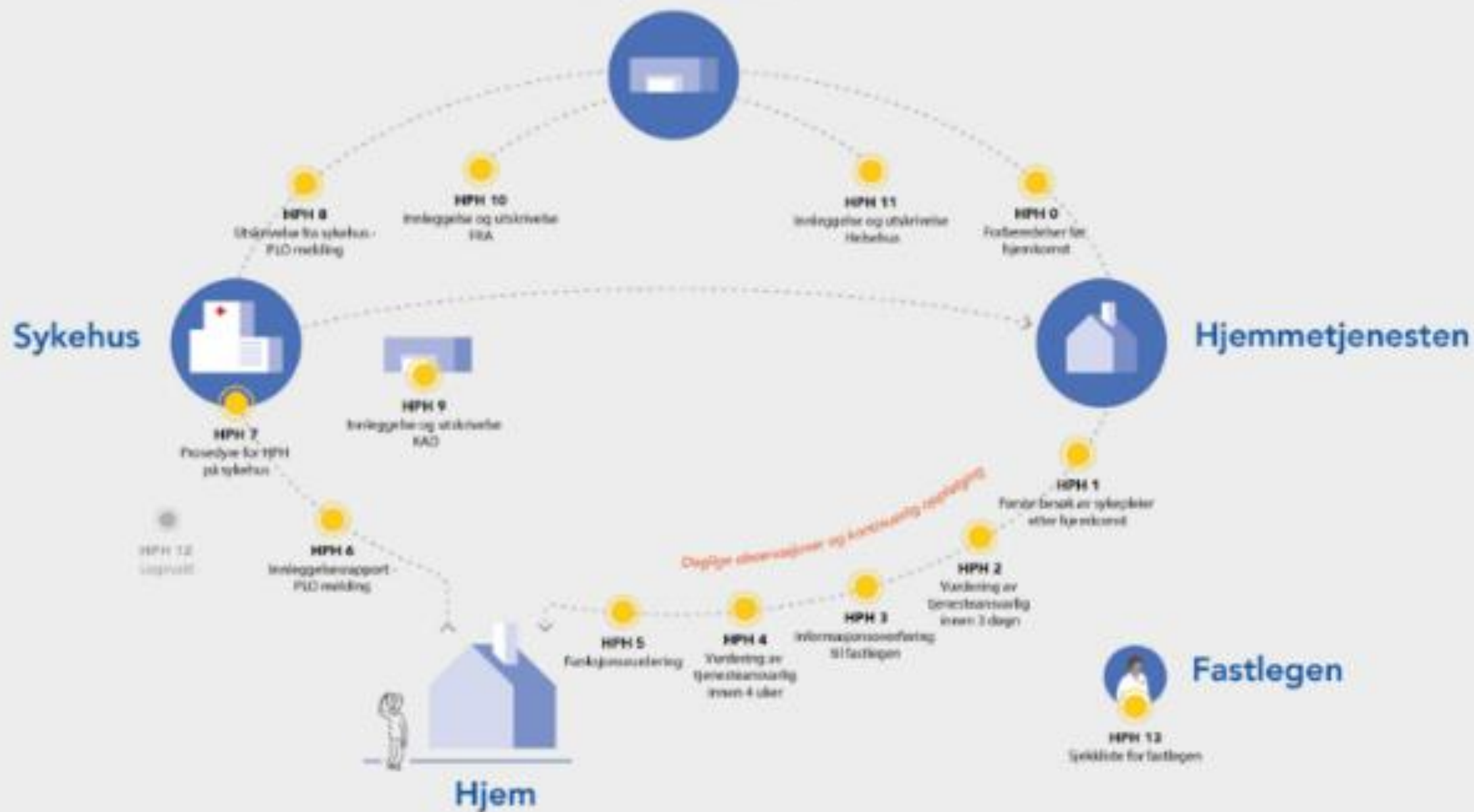
¹Basert på samarbeidsavtalen (jf. H&O loven §6-2, punkt 5) mellom Trondheim kommune og St. Olav: "Retningslinjer for samarbeid om utskrivningsklare pasienter"



Oppfølgingsplan for pasienten



FRA, Helsehus



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.

Gruppeoppgave 1

- Hva er status i trinn 1 og 2 og hvordan komme videre?
 - Forankring og organisering
 - Involvering og samarbeidet med partnere i pasientforløp
 - Utformingen av pasientforløpet
 - Utarbeidelse av sjekklister
 - Tilrettelegging i arbeidshverdagen og opplæring av personell

Tidlig innsats i gode pasientforløp

Hvorfor og hvordan?

Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

Undersøkelse/validering

Planlegging, intervensjon

Informasjon, oppfølging

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Tidlig identifisering/forebyggende risikokartlegging

- Formål:
 - Tidlig identifisere personer som står i økende fare for å kunne bli alvorlig syke, pådra seg skader og lidelser, bli reinnlagt, med den hensikt å kunne behandle og forebygge

- Omfang:

- Arbeidsbeskrivelse:

Kjennetegn på økende risiko:

Funksjonsfall/4 m gangtest

Multiple kroniske sykdommer

Polyfarmasi

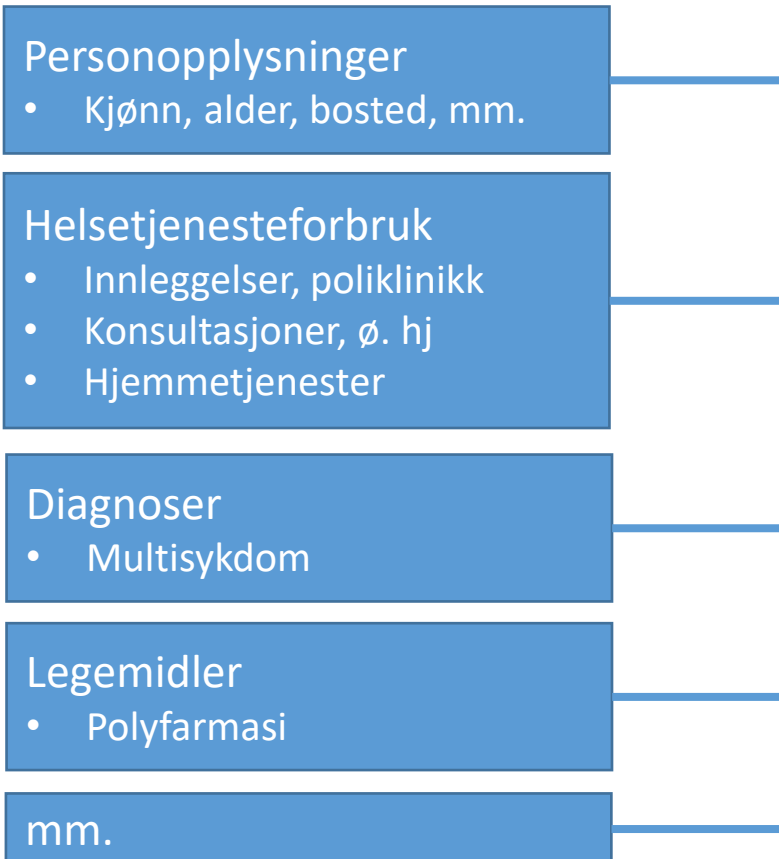
Økt bruk av legevakt

Sykehusinnleggelseser

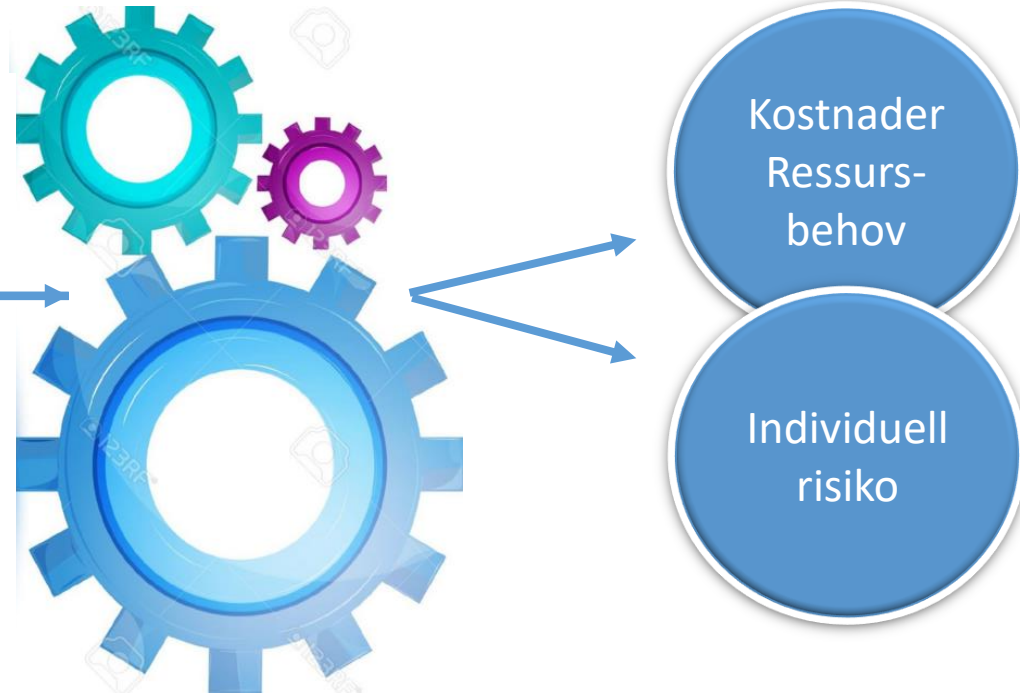
Økende bruk av andre helse- og sosialtjenester

Demografiske og sosio-økonomiske faktorer

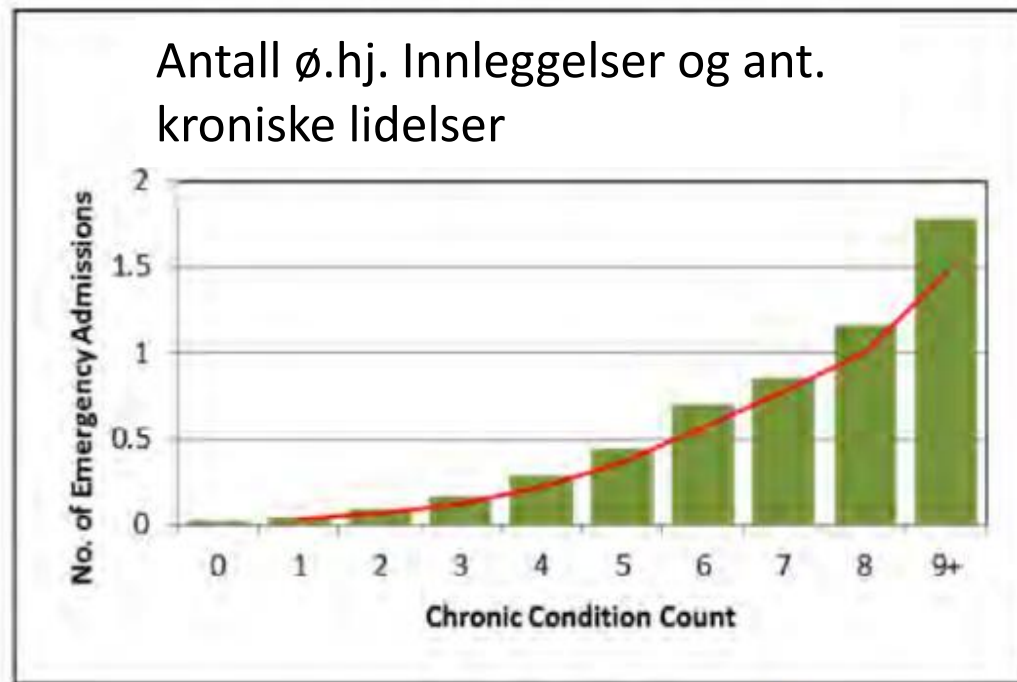
Datakilder



Prediksjonsmodeller



Antall kroniske lidelser er god indikator på risiko for ø.hj. innleggelser og leveutsikter



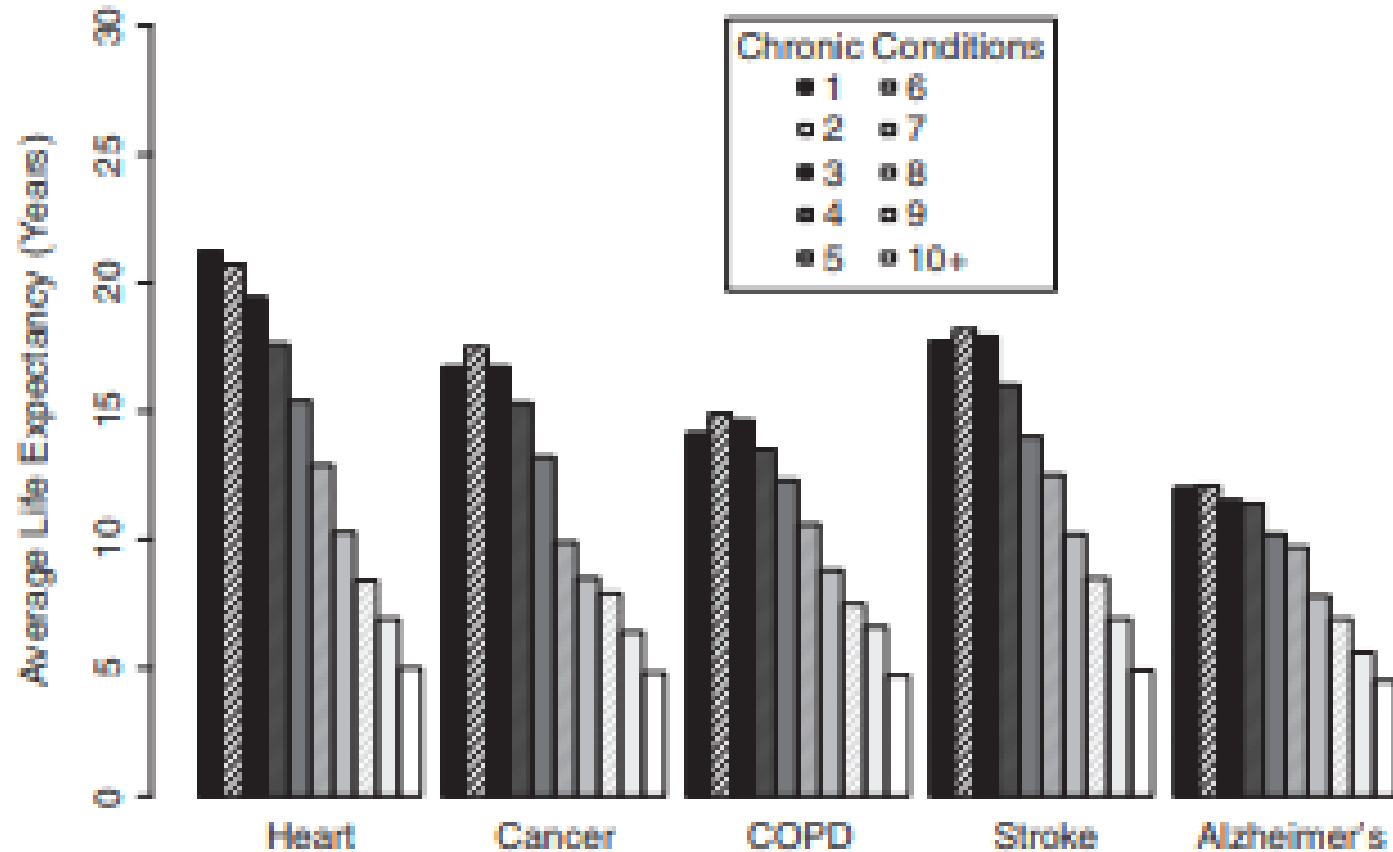
Source: Central Southern Commissioning Support unit, NHS¹¹⁹

Redusert leveutsikt 67 år gammel
sammenlignet med ingen kronisk sykdom:

5 kroniske lidelser	8 år
10 kroniske lidelser	18 år

DuGoff, E. H. et al. (2014). Multiple Chronic Conditions and Life Expectancy: A Life Table Analysis. *Med Care*, 52(8), 688-694

**Average Life Expectancy at Age 67
By Leading Causes of Chronic Disease Death**



Jo flere kroniske sykdommer, jo mer lik blir pasientene

Samtidig blir diagnosespesifikke faglige retningslinjer blir mindre relevante

Funksjonstesting: 4 meter gangtest

Måler allment fysisk funksjonsnivå og funksjonsfall, predikerer falltendens og leveutsikter. Brukes også som supplerende undersøkelse i utredning av depresjon og demens

Demonstrasjon: [video](#) (Ergoterapitjenesten Trondheim)

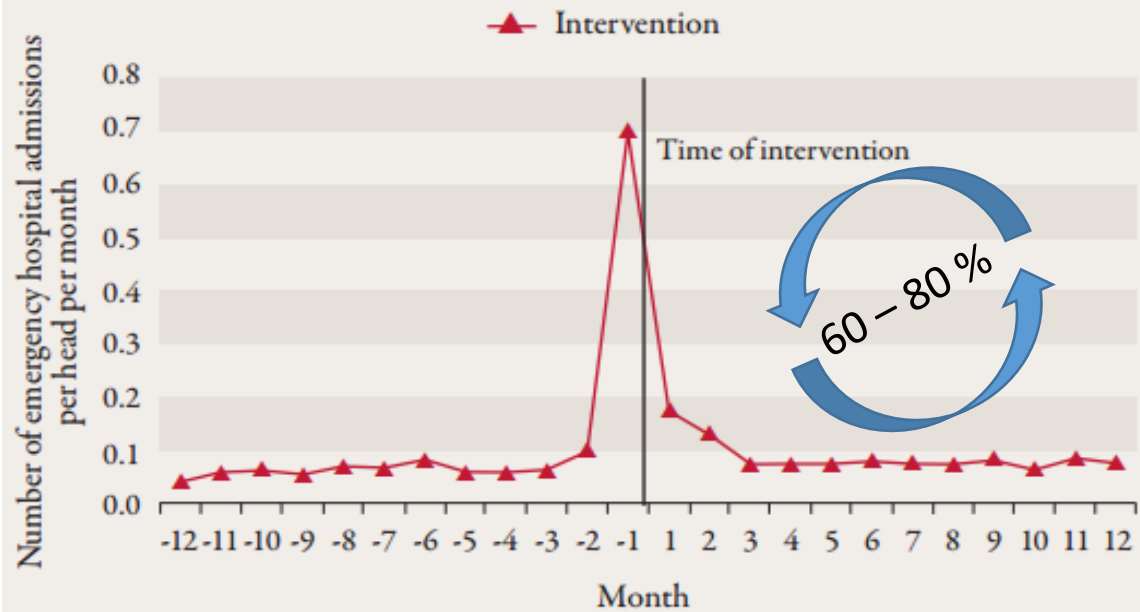
Beskrivelse og vurderinger:

- Foretrukket ganghastighet – testen som forteller «alt» om eldre mennesker? – [Fysioterapeuten 5/2013](#)
- Testing av fysisk funksjon hos eldre - [Legetidsskriftet 2013](#)

Litteratur: Cesari M. Role of gait speed in the assessment of older patients. [JAMA](#). 2011;305(1):93-4



Figure 3a and 3b: Example of analysis of control group and intervention group

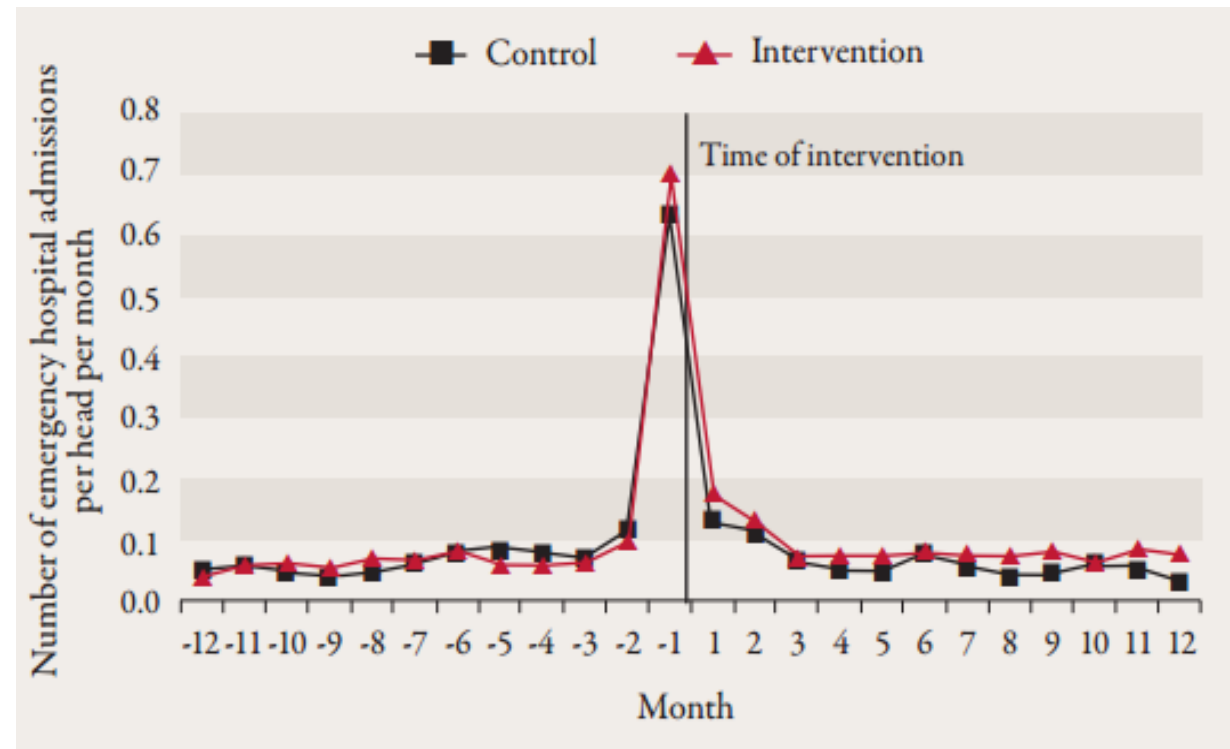


Tidlig intervensjon

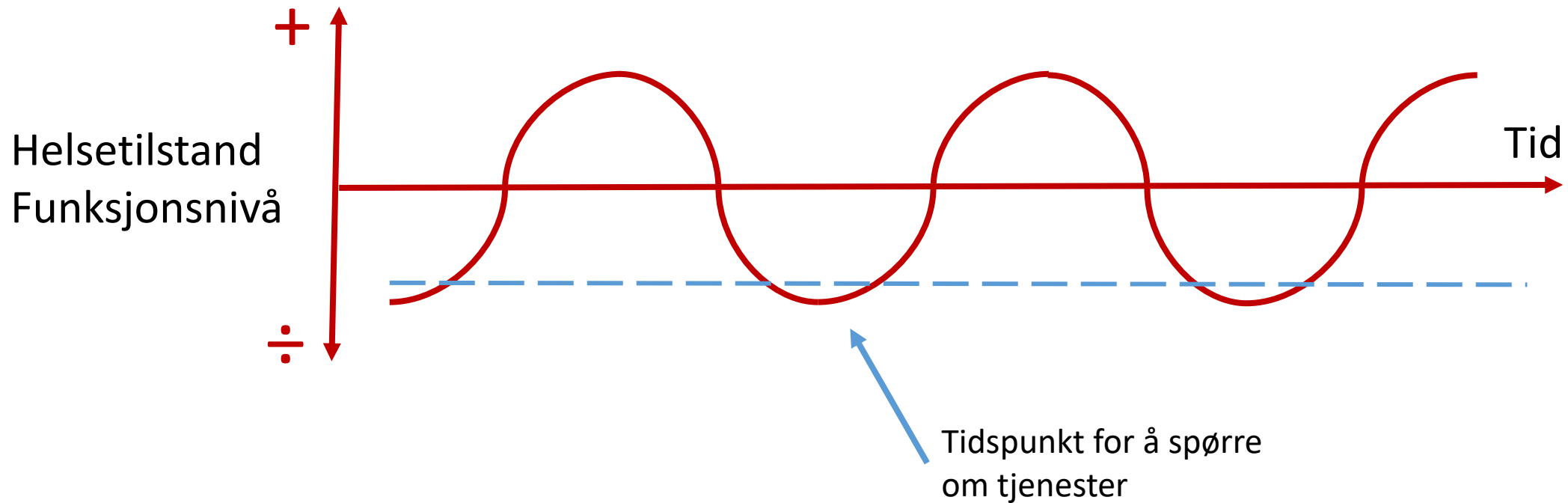
5 % av de som legges inn ett enkelt år står for 1/3 av av alle akuttinnleggelser dette året. (figur 3a)

Georghiou T et al. [Nuffieldtrust](#) 2011

Figur 3b viser et forsøk hvor man sammenlignet en gruppe som fikk tidligintervensjon (rød) mot en kontrollgruppe (svart). Det ble raskere færre innleggelser i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen



«Vandringen mot midten»



Om proaktivt utredning og forebygging

«Hva er viktig for deg»
Samvalg

F.eks. depresjon,
begynnende demens,
hjertesvikt, nyresvikt,
diabetes, bivirkninger,

mm

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig id

mm

Søknad/søknad

Planlegging, intervensjon

Informasjon, oppfølging

- Henvendelse om hjemmehjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang, og avmedisinering

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Uteblivelse, kontinuitet, Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Se: [Rundskriv I-5-2017 Om å utrede potensialet for rehabilitering](#)

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

Oppsummerende forskningsstudier

Effekter av rehabilitering

- Blir boende lengre hjemme
- Mindre behov for institusjonsplasser
- Færre innleggelses i sykehus
- Økt bevegelsesevne og mindre ustø
- Reduserte kommunale utgifter

Hva virker?

- Tverrfaglig tilnærming
- Sammensatte tiltak
- Progressiv styrketrening
- Funksjons- og ferdighetstrening

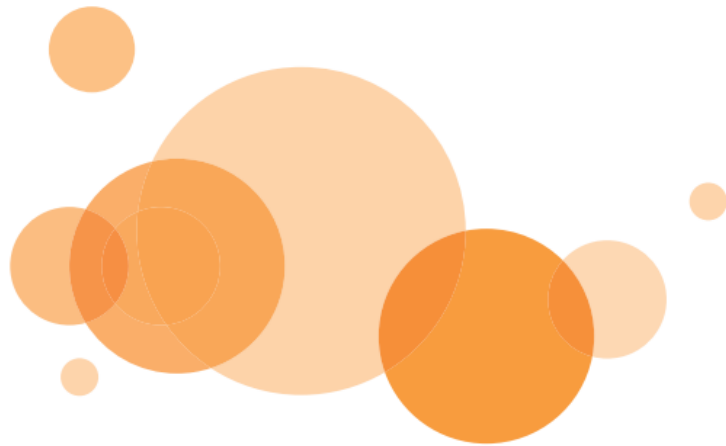




Helse- og omsorgsdepartementet

Særtrykk til
Prop. 1 S (2016–2017)

Opptrappingsplan for habilitering og rehabilitering (2017–2019)



Rundskriv I-5/2017.

Om å utrede potensialet for rehabilitering

Helse- og omsorgsdepartementet anbefaler på denne bakgrunn at kommunene i sin saksbehandling utreder rehabiliteringsbehov og rehabiliteringspotensialet, før det iverksettes permanente tiltak som kompenserer for tap av funksjonsevne.

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.



TRONDHEIM KOMMUNE



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

Hofteopererte

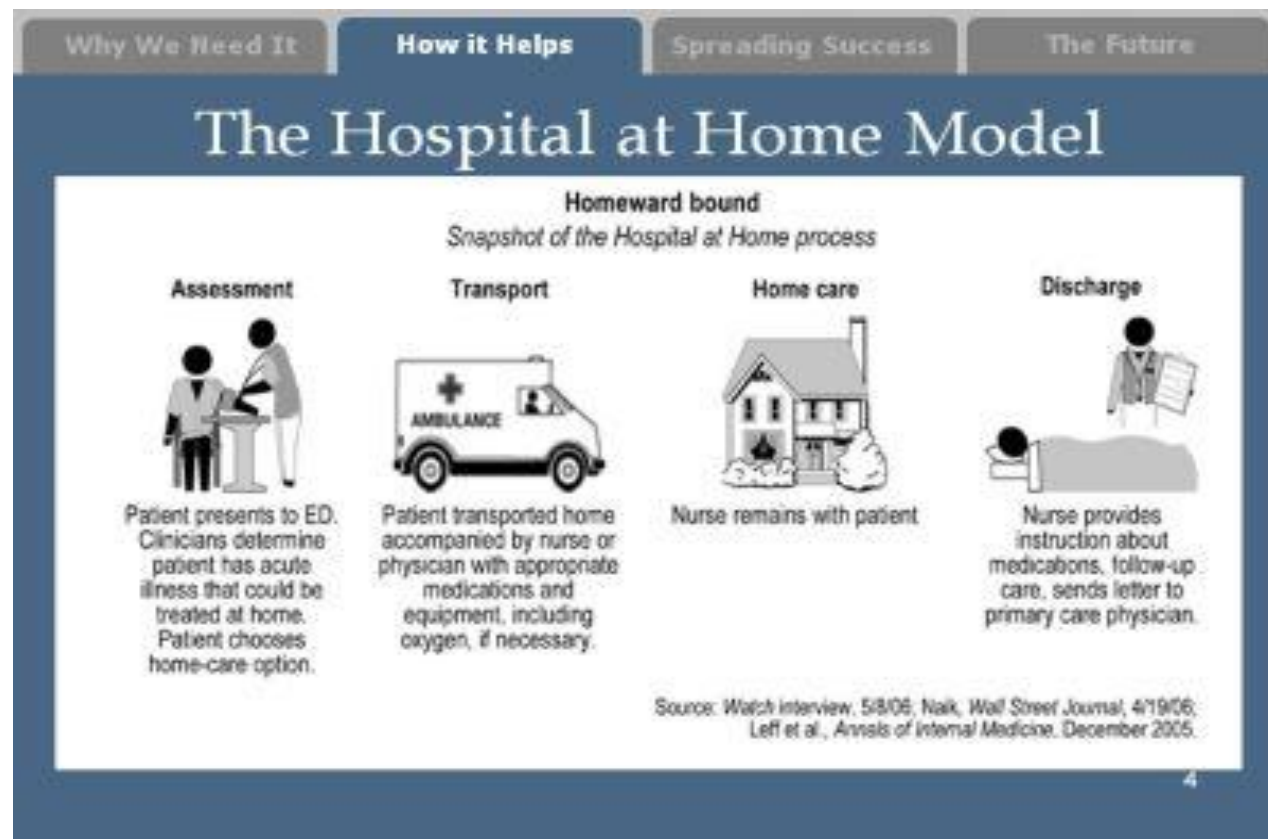
- Demens 30 %
- Diabetes 20 %
- Hjertesvikt 10%
- KOLS 7 %
- Delir 50 %
- osv.
- Skrøpelig 25 %
- Polyfarmasi 50 %

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

«Hospital at home»



- «Kjente pasienter» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager)
- Teamet bidrar også tidligere hjemreise. Skrives ut når hjemmetjenesten har fått nok informasjon og veiledning til å ta over
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon



Organisering av proaktiv intervensjon og forebygging

← Involvering og medbestemmelse →

Tidlig identifisering

- Henvendelse om hjelp
- Rekruttering ved funn
- Forebyggende hjemmebesøk
- Sjekklistor
- Forebyggende risiko kartlegging

Undersøkelse/validering

- Individuelle mål og preferanser
- Hjemmebesøk/bosituasjon
- Funksjonsvurdering
- Medisinsk vurdering av underliggende årsak til funksjonsfall
- Legemiddelgjennomgang

Planlegging, intervensjon

- Tverrfaglig planlegging av bredt sammensatte tiltak
- Funksjonsforbedring: hjelpemidler, styrketrening, rehabilitering
- Risikoreduksjon: f.eks. Isolasjon/ensomhet, feilernæring, fall, brann

Informasjon, oppfølging

- Motivering
- Styrke egenomsorg
- Involvering av pårørende
- Oppfølging med telefon, hjemmebesøk eller av frivillige
- Dagopphold
- Velferdstjenester og velferdsteknologi

Dokumenterte forebyggende tiltak seint i livet

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



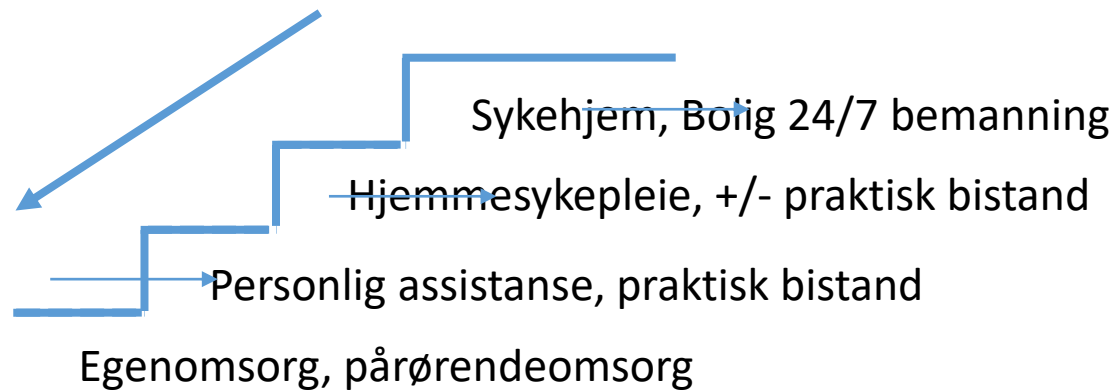
Oppfølging av personer med store og sammensatte behov

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



Omsorgstrappa

(Lang)varige omsorgstjenester



Forebyggende
innsatstjenester

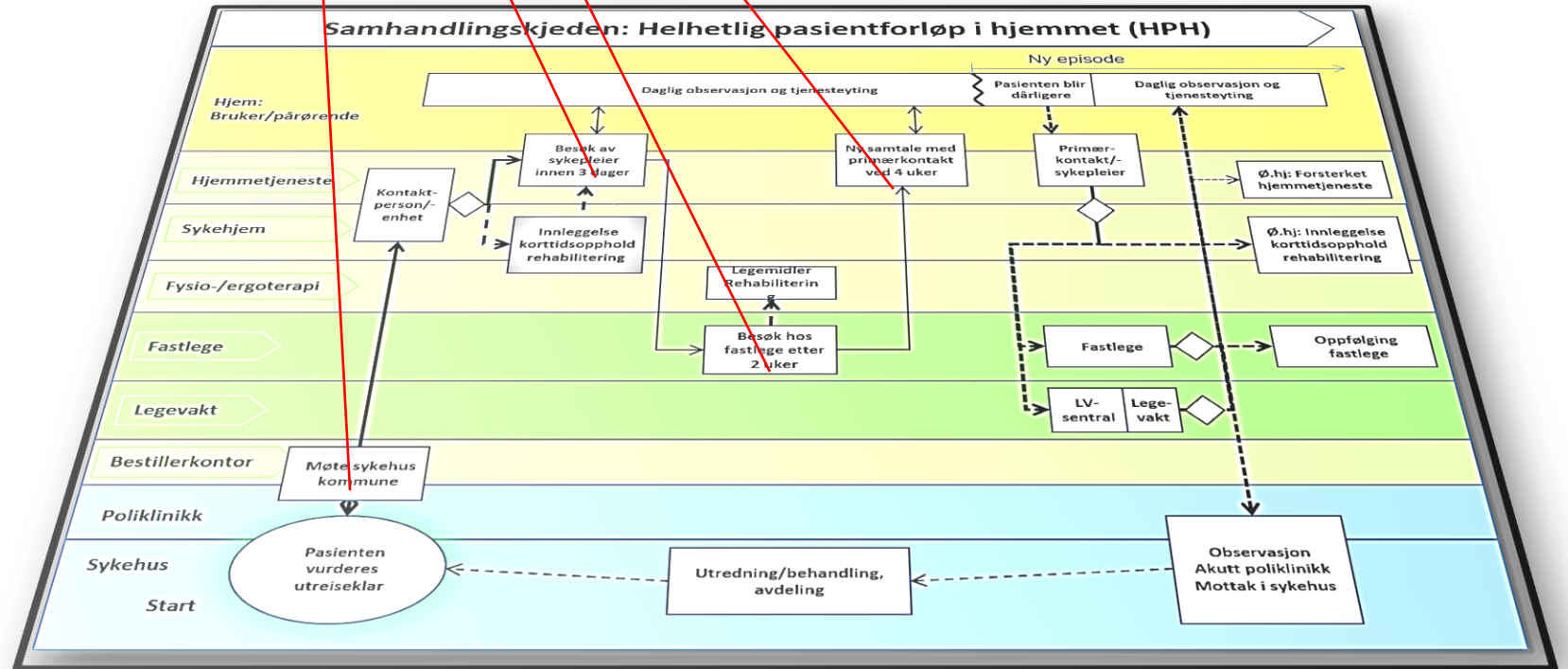
Rehabilitering
Risikoreduksjon
Opplæring
Forebygging
Dagtilbud
Transport
Velferdsteknologi
mm.

Indikatorsett for gode pasientforløp

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

Pasient / Løpnummer	Hjemleggedato	Utførelse			Hva er viktig for deg? (DSEI)	Evaluering		Kommentarer
		Ja	Nei	Ikke aktuelt		COPM funksjon	COPM utreise	
1	Vurdere henvendelsen med tanke på behov for hverdaglig 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 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/måleinstrument som «Hva er viktig for deg?» eller COPM							
8	Pasientens opplevelse av oppfølgingen / samhandlingen er kartlagt ved intervju eller spørreundersøkelser							
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			
Oppløst av endring i funksjon					5

Gruppeoppgave 2

- Hvordan bli en mer proaktiv tjeneste?
 - Observere, oppdage og identifisere behov for tjenester
 - Strukturert oppfølging gjennom tverrfaglige team
 - Tidlig intervensjon og forebygging