

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

Nasjonalt læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp
Første samling

Anders Grimsmo

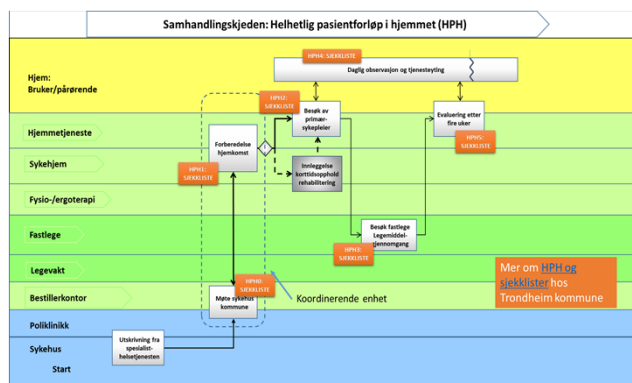
Institutt for samfunnsmedisin, NTNU
Norsk Helsenett

norsk**helsenett**



Min kliniske bakgrunn er allmennlege i Surnadal på Nord-Møre i 25 år. Akademisk bakgrunn er helsetjenesteforskning, de siste 15 år med vekt på samhandling og samarbeid. Ledet et større prosjekt i evalueringen av Samhandlingsreformen. Har også ledet Norsk senter for elektronisk pasientjournal i 7 år. Er nå involvert i innføringen av Helseplattformen i Midt-Norge, og et nasjonalt nettverk for gode pasientforløp. Samhandlingsreformen lagt frem i 2012 ble beskrevet som en koordinerings- og retningsreform. Et av hovedmålene var gode pasientforløp, men også mer personsentrert, og mer forebygging og langsiktig bærekraft var viktige mål. I dette læringsnettverket har vi satt fokus på gode pasientforløp og en pasientsentrert helsetjeneste.

Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)



Kjennetegn:

Personsentrert

Kontinuitet

Koordinert

Sømløs

Samarbeid

Helhetlige pasientforløp i hjemmet ble utviklet i et samarbeid mellom tre sykehus og 6 kommuner i Midt-Norge. Arbeidet startet i 2007 og var i starten en del av et EU-prosjekt i samarbeid med Barcelona og Athen. I hjemmet høres kanskje litt rart ut, men det handler at målet er at innbyggere skal kunne greie seg selv på best mulig måte hjemme så lenge som mulig. «Her bor jeg og hit vil jeg igjen»

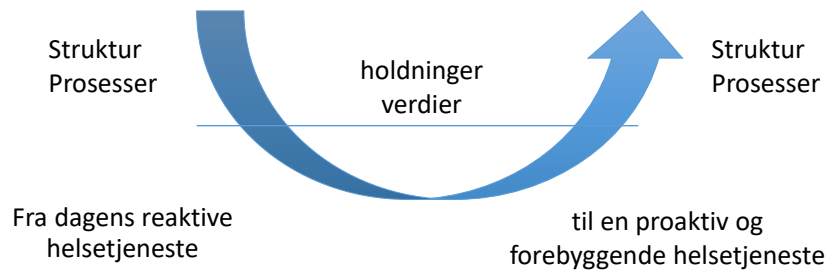
- Personsentrert - deltar i beslutninger og det tas hensyn til pasientpreferanser og den byrden som valg av behandling påfører pasienten (KLIKK)
- Kontinuitet – god sammenheng i tjenester levert av den enkelte helsearbeider (personlig kontinuitet), av samarbeidende personell (organisatorisk kontinuitet)
- Koordinert - samhandling innad og mellom tjenester
- Samarbeid – at to eller flere virksomheter solidarisk og samtidig har ansvar over tid for de behov for helsetjenester som en enkelt pasient har
- Sømløs – rettidig, adekvat og smidig overføring av informasjon og oppgaver til den eller de som skal følge opp pasienten videre

Endre fokus



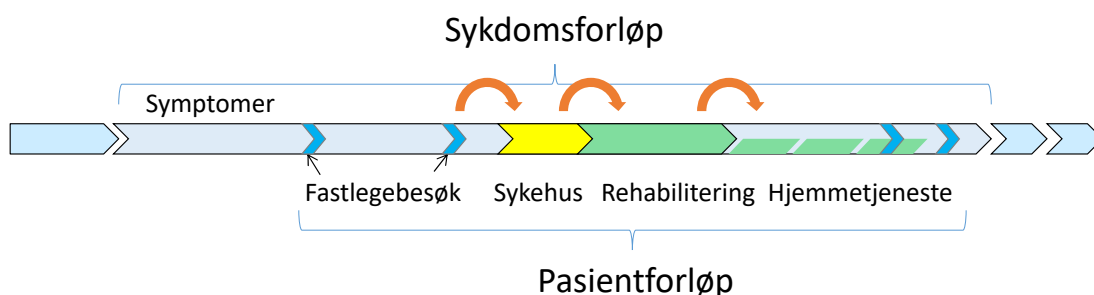
”Hva er i veien med deg?”

”Hva er viktig for deg?”



Vi argumenterer for en mer personsentrert utviklingsretning med en større vektlegging av egenmestring og funksjon med utgangspunkt i spørsmålet til bruker og pasient «Hva er viktig for deg». Med dette ønsker vi også et skifte fra en i hovedsak reaktiv helsetjeneste til å bli med proaktive og forbyggende

Pasientforløp – helsetjenestens viktigste verdikjede

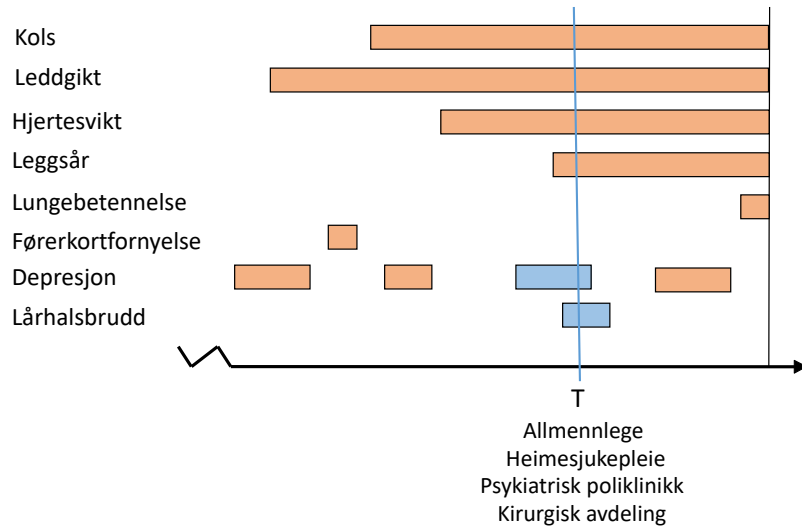


Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet

Hovedoverskriften i samhandlingsreformen har vært helhetlige pasientforløp. Det er også den viktigste "verdikjeden" i helse- og omsorgssektoren. Hver aktør har sin rolle og sitt ansvar. Her er pasientforløpet fremstilt i sin enkleste form. Pasientforløpet må ikke forveksles med et sykdomsforløp som kan vare lenger i begge ender.

Regelverket ble revidert i samband med samhandlingsreformen har ikke endret vesentlig på det skarpe skille mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. På noen felter, som finansiering, har kompleksiteten økt. Ved interkommunalt samarbeid er det innført et nytt mellomnivå og fare for nye barrierer eller brudd i kjeden. Mange frykter også at styringen av disse virksomhetene blir vanskelig.

Innbyggere med multisykdom har flere parallelle pasientforløp



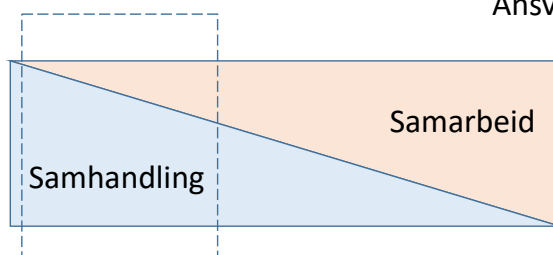
Økningen i antall eldre fører til at andelen pasienter med flere kroniske sykdommer og komplekse behov øker. Diagrammet viser at denne personen har fire varige pasientforløp, ett tilbakevendende forløp. På et tidspunkt T har pasienten flere parallelle pågående pasientforløp og ett akutt tilfelle (lårhalsbrudd) og mottar behandling fra flere hold.

Dette er noe som dagens EPJ-systemer overhodet ikke takler. Pasientopplysningene logges i forhold til person, kontakttidspunkt og tjenesteyter, ikke hvilket problem det gjelder hvis pasienten har flere.

Forsøker man som i dette tilfellet etterpå å kjøre statistikk, vil man kunne få ut at leggsår blir behandlet med antidepressiva fordi legemidlet ble skrevet ut samtidig som pasienten var til f.eks. fastlegen for leggsår. Hvis vi ikke får en problemorientert journal, vil denne problematikken bli enda mer uoversiktlig når vi får «en innbygger en journal». Statistikkuthenting blir mer usikker, og derav kvalitetssikring og forskning også.

Hva er forskjellen på samarbeid og samhandling?

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



Vil først definere to begreper som mange blander sammen. Vi hadde ikke hatt to ord hvis det de betydde det samme.

Samhandling handler om koordinering av oppgaver, eng: Care coordination. Eksempler er pasientforløp. Pakkeforløp er pasientforløp med «stoppeklokke». I forløp overføres ansvar fra en aktør til neste (henvisning). Forløp er informasjonsdrevet. De stopper opp eller forsinkes hvis ikke informasjon går foran. – et kronisk problem i helsetjenesten.

Samarbeid handler om å arbeide i team. Man har et felles gruppeansvar. Skiller seg fra koordinering ved at informasjon oftest deles i samtid – synkront i motsetning til asynkront og segmentert.

Det er likevel ikke et skarp skille mellom samhandling og samarbeid. De utfyller hverandre. (Klikk). Helsetjenesten domineres av samhandling og ligger til ve i diagrammet. Noe er planlagt og nødvendig, men noe har sammenheng med at helsetjenesten fragmentert.

”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. utskrivning. 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



Hovedforskjellen mellom PHT og SHT er at SHT i de fleste spesialiteter fokuserer på et problem – gjerne det vi kaller innleggelsesårsak. Primærhelsetjenesten må ta seg av hele pasienten og ikke bare den medisinske behandlingen

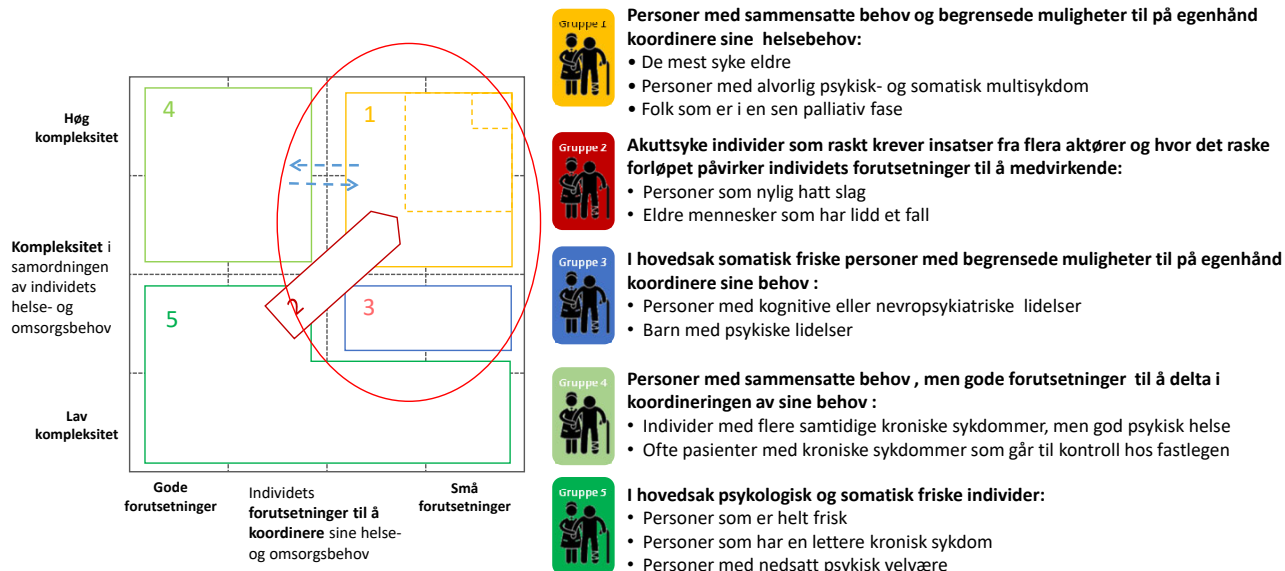
Faglige retningslinjer er laget for enkeltdiagnoser. Finnes knapt for innbyggere med flere kroniske sykdommer. 90 % av pasientene over 70 år har mer enn én kronisk sykdom.

Beslutninger: Helsepersonell i kommunene har mye større frihet og fleksibilitet.

Kommunehjulet rusler langsomt sammenlignet med spesialisthelsetjenesten.

Pasientrollen i offentlige dokumenter ligner mest på den vi kjenner i sykehus, der pasienten gjerne har fullstendig overgitt seg. Pasientrollen hjemme er annerledes. «Herre i eget hus».

Grupper med behov for koordinering og samarbeid



Kilde: Samordnet vård og omsorg: En analys av samordningsutmaningar i ett fragmenterat vård- og omsorgssystem, PM 2016:1. Myndigheten för vård- och omsorgsanalys



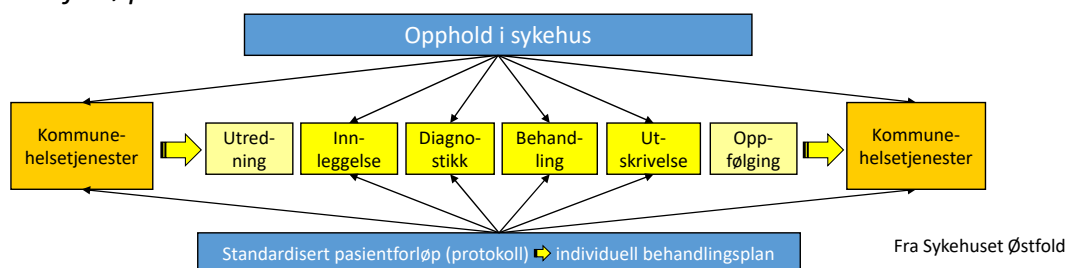
Her er pasientene inndelt etter behovenes kompleksitet og personens forutsetninger til å kunne koordinere sine helsebehov.

Når primærhelsetjenestemeldingen beskriver behovet for «oppfølgingsteam» så gjelder det først og fremst personer i gruppene 1, 2 og 3, men langt fra alle. Det er innbyggere som i tillegg til svekket helse også har redusert evne til å ta vare på sine behov av f.eks. psykiske eller kognitive årsaker. Det er også disse gruppene som ofte mottar hjelp fra flere hold hvor samhandling/koordinering av tjenestene er viktig. Gruppe 4 representerer de typiske fastlegepasientene. De greier sammen med fastlegen sin å ivareta sine behov for helsehjelp. Det er denne gruppen som er målet primærhelsetjenestetteam.

En halvmillion personer i Norge er hjelpetrequende. Om lag 250 000 mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester tjenester og tilhører i alt vesentlig gruppe 1-3. Disse mottar tjenester fra flere instanser og utgjør derfor de som har behov for koordinering av tjenester. De bruker faktisk alle deler av helsetjenesten.

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



Tilbake til pasientforløpet som jeg startet med. Samhandlingsreformen beskriver at: «Kommuner skal i samarbeid med sykehus kunne tilby helhetlige og integrerte tjenester før og etter sykehusopphold, basert på sammenhengende pasientforløp» (KLIKK)

Utvikling av såkalte behandlingslinjer har pågått i mange år og hatt relativt stor suksess i sykehus mht. å øke kapasiteten, korte liggetid og redusere avvik. Det startet med Kaiser Permanente i USA. De siste 10 årene har de fleste sykehusene i Norge prøvd å implementere tilsvarende forløp. (KLIKK)

Flere steder startet man arbeid med å koble primærhelsetjenesten på – før og etter. (KLIKK)

Kjennetegnene på forløp er mål om bedre koordinering, oftest med utgangspunkt i en bestemt diagnose og underlaget er faglige retningslinjer.

Det var de to siste punktene som ble det største problemet.

De som har behov for utvikling av pasientforløp på tvers av virksomheter, er pasienter med komplekse og sammensatte behov. Det er pasienter som bruker hele helsetjenesten. Hvilke grupper er det da? De fleste av dem har hjemmetjenester.

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

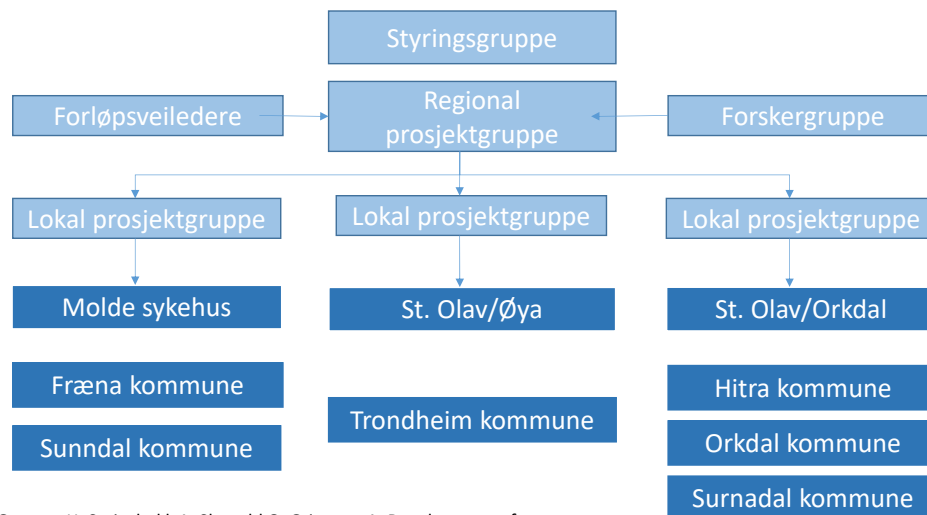


Det blir tre steg dere skal gjennom i dette programmet. Til dels gikk de to første oppgavene litt om hverandre. Hva tror dere ble den mest krevende delen av arbeidet? Det ble implementeringen.

Forskning og erfaringer forteller at implementeringen i gjennomsnitt krever ti ganger mer ressurser enn utviklingsarbeid, dvs. mer enn de to første trinnene. I gjennomsnitt går det seks år fra en større pilot starter til den begynner å gå i pluss når det gjelder gevinster.

Vi hadde samhandlingsreformen fra 2012 til 2016. Nå er det Helsefelleskap som gjelder 2021 - 2023. Men i følge nåværende helseminister er det også denne gangen helhetlige pasientforløp som står øverst på listen. Det er helseforetakene som har fått ansvaret for å igangsette arbeidet. Faren er stor for at det som i samhandlingsreformen blir en konsentrasjon på utskrivning og utvalgte diagnoser og ikke et 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



I HPH prosjektet ble opprettet en styringsgruppe der både klinikere og var pasienter godt representert sammen med representanter for ledelsen i sykehusene og kommunene, samt en regional prosjektgruppe der hovedlinjene og et rammeverk ble trukket.

Andre viktige oppgaver var forankring i virksomhetene og ledelse, samt gjøre vedtak og gi av mandater

Den regionale prosjektgruppen i område B fikk støtte av forløpsveiledere fra det regionale helseforetaket, Helse Midt-Norge, som hadde lang erfaring fra denne typen arbeid. Likeledes ble det etablert en forskergruppe som skulle bistå forskningsbaserte kunnskaper om pasientforløp. Konflikten som oppstod var mellom veilederne og klinisk helsepersonell fra kommunene.

Prosjektorganisering

- Prosjekt-/koordineringsgruppe – representanter for klinisk ledelse i virksomhetene
 - Virksomhetsovergrepene 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).



Prosjektgruppene i fikk ansvaret for lokal tilpasning og implementering av forløpet i overgangen mellom primærhelsetjenesten og sykehuset – et for hvert sykehusområde. Seks kommuner og tre sykehus ble invitert med. Det hadde en særdeles utløsende effekt i samarbeidet at en representant fra geriatri var med fra sykehuset

Kommunene organiserte i tillegg sin egen interne forløpsgruppe i kommunen. I de lokale prosjektgruppene var klinisk leder for hjemmetjenestene fra hver kommune representert, samt representanter fra de viktigste sykehusavdelingene representert.

Representasjonen må være balansert og likeverd må vektlegges. Det må være en gjennomgående representasjon slik at det operative planet får målbare sine syn til styringsgruppen

Plikten som kommuner og foretak har fått i Helse- og omsorgsloven til å inngå bindende samarbeidsavtaler bør utdypes og utnyttes bedre i neste runde

Vi startet med at gruppene skulle utvikle forløp for henholdsvis KOLS, hjertesvikt, slag og lårhalsbrudd som ble prioritert pga. hyppige innleggelser. Men det skar seg.

Helsepersonellet kjente seg ikke igjen i beskrivelsene som forløpsveilederne la frem. Hele prosjektet var omtrent i ferd med å gå i oppløsning.

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](#)



1. Motivasjon og forståelse blant lederne var på plass. Utfordring var å utvikle forståelse om den enkelte ansatte. Hjelpepleierne ble utfordret mest mht. endringer.
 - a. Mange ansatte især i starten, usikre på hvordan forstå og bruke sjekklisene.
 - b. Det var nødvendig med kompetansehevning og opplæring
2. Involvering av nøkkelpersoner til å drive arbeidet fremover, veilede og bidra til at den nye arbeidsformen kontinuerlig står på dagsordenen.
 - a. Det er lurt å holde det mest mulig i «linja», dvs. i størst mulig grad bruke organisasjonen og rollene slik de vanligvis er.
 - b. Alle ansatte fikk et heldagskurs hvor utfordringene i hjemmetjenesten fremover ble presentert, intensjonene med pasientforløpet og en detaljert gjennomgang av sjekklisene
3. Kommunene hadde initialt ingen ekstra ressurser, men tre av kommunene fikk etterhvert
 - a. Tilrettelegging i pasientjournalssystemet var viktig, slik at sjekklisene lett kom frem Kommunene som lyktes, brukte arbeidslisene til å lage rom for HPH
 - b. I alle kommunene ble det rapportert at gjennomføring ble utfordret av uforutsigbare forhold som sykefravær, nøkkelpersoner som sluttet og større parallelle omorganisasjoner i tjenesten.
 - c. De som lyktes gjorde et viktig grep – del valgte å følge HPH opplegget for alle pasientene sine HPH kom på dagsordenen i alle møter og ble et ledelsesverktøy.
4. Vurdering og oppfatning av nytte og effekt gjelder både i forhold til pasientene, samarbeidspartnere og hjemmetjenesten og den enkelte ansatte
 - a. Flertallet av de som vi intervjuet mente at HPH hadde økt kvaliteten.
 - b. Kommunene var skuffet over sykehusenes innsats. Problemer med å forstå hverandres roller. De som representerte sykehusene ikke hadde fått et tilstrekkelig mandat
 - c. Fastlegene engasjerte seg også lite i HPH i begynnelsen, men kom seg etter

hvert. Første reaksjon var skal det legges enda mer arbeid på oss.

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



Hoftebrudd er en akuttinnleggelse, diagnose og behandlingen er konkret. Noen steder organisert som «fast-track». Men dette er innbyggere med en høy medisinsk kompleksitet som kommer tilbake til kommunen, og ikke til fastlegen i første omgang. Faglige retningslinjer er rettet spesifikt mot medisinsk behandling av enkeltsykdommer og omtaler i liten grad andre vanlige utfordringer knyttet nedsatt funksjonsevne fysisk og kognitivt, ernæring, redusert sosialt nettverk, boforhold, polyfarmasi, pasientens egne målsettinger og preferanser, og tiltak må til som gjør det mulig for dem å fortsette å bo hjemme. De overføres fra en 24/7 oppfølging i sykehus til å skulle greie seg selv 96-98 % av tiden (KLIKK)

Som dere også ser her, handler det sjelden bare om et hoftebrudd. Det er en dobbel kompleksitet – en medisinsk og en funksjonell og sosial kompleksitet

Pasientene “uteblir” når de skrives ut i primærhelsetjenesten

Sykepleier kommune, case B:

- «Det var bra at vi gikk over til alle pasienter over 70 år for ellers hadde vi ikke hatt noen å bruke programmet på. Vi har jo ikke hatt pasienter siste året som har hatt noen av de tre diagnosene (KOLS, hjertesvikt, slag) som vi startet med»

Sykepleier kommune, case A:

- «De to første forløpene (KOLS, slag) har ikke vært så veldig mye i brukt. Vi har ikke hatt aktuelle pasienter, - (pause) men dem kjem nok før eller siden»

Standardisert rate utskrivninger per år
hjemmesykepleiepasienter per 10,000
innbyggere per år

KOLS	Hjerte svikt	Slag	Hofte brudd
22	13	11	12

Hvis pasienter fordeles likt i hjemme-
sykepleien, vil hver sykepleier oppleve:

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



I tillegg til at helsepersonell ikke gjenkjente pasientene og sin rolle tilknytning til forløp og fokus bare på én diagnose, ble det også erfaring at det ble så få pasienter at ikke alle sykepleierne i løpet av et år fikk opplevet å bruke protokollene som var utviklet.

En kommune på 10.000 innbyggere mottar i gjennomsnitt 2 innbyggere per måned hvor grunnen for innleggelse er KOLS. For de andre diagnosene blir det ca 1 pasient i måneden. Fordeles oppgaven med å ta i mot pasientene over tid på alle sykepleierne i hjemmetjenesten går det 2 år mellom hver gang en sykepleier får ansvaret for å legge til rette for en innbygger med KOLS, enda sjeldnere for de andre diagnosene.

Til sammen utgjør disse 4 kroniske sykdommene til sammen 10% av innleggelsene av de som mottar hjemmesykepleie.

Helsefaglige tiltak – med dokumentert effekt

Pasientgrupper

- Slagpasienter
- Kronisk lungesyke
- Hjertepasienter
- Hofteopererte
- Geriatrike 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



Hvis man velger å se på det som er felles for store pasientgrupper i rehabiliteringsforsøk med suksess er det stor overlapping og det handler i stor grad om kompetanse som kommunene har.

Tidlig mobilisering og tidlig utskriving er to uavhengige faktorer som begge gir raskere rehabilitering. Pasienten skal selvfølgelig være ferdigbehandlet før utskriving.

Jo nærmere hjemmet, helst i hjemmet, jo bedre resultater har man oppnådd i rehabilitering, både på kort og lang sikt. Hjemmet aktiviserer.

Felles for prosjekter med suksess er også at spesialisthelsetjenesten «rykker ut» innen 48 timer etter utskriving og deltar i planleggingen. Videre følger opp med veiledende kontakter.

Vi har ikke funnet evidens på at spesialisering av personell i primærhelsetjenesten gir samme effekt. Faren er heller at man bygger opp parallelle tjenester med spesialisering i primærhelsetjenesten. Spesialisering er heller ikke bærekraftig. Selv for de største pasientgruppene blir antallet pasienter for lavt når de fordeles på alle ansatte i kommunen. For å forsvare et spesialisttilbud tilgjengelig 24/7 for f.eks. KOLS-pasienter, må befolkningsgrunnet være større enn de to Trøndelagsfylkene til sammen.

Verhaegh KJ, MacNeil-Vroomen JL, Eslami S, Geerlings SE, de Rooij SE, Buurman BM. Transitional care interventions prevent hospital readmissions for adults with chronic illnesses. Health Affairs. 2014;33(9):1531-9

Samhandlingskjeden: Helhetlig pasientforløp i hjemmet (HPH)

Hjem:
Bruker/pårørende

Hjemmetjeneste

Sykehjem

Fysio-/ergoterapi

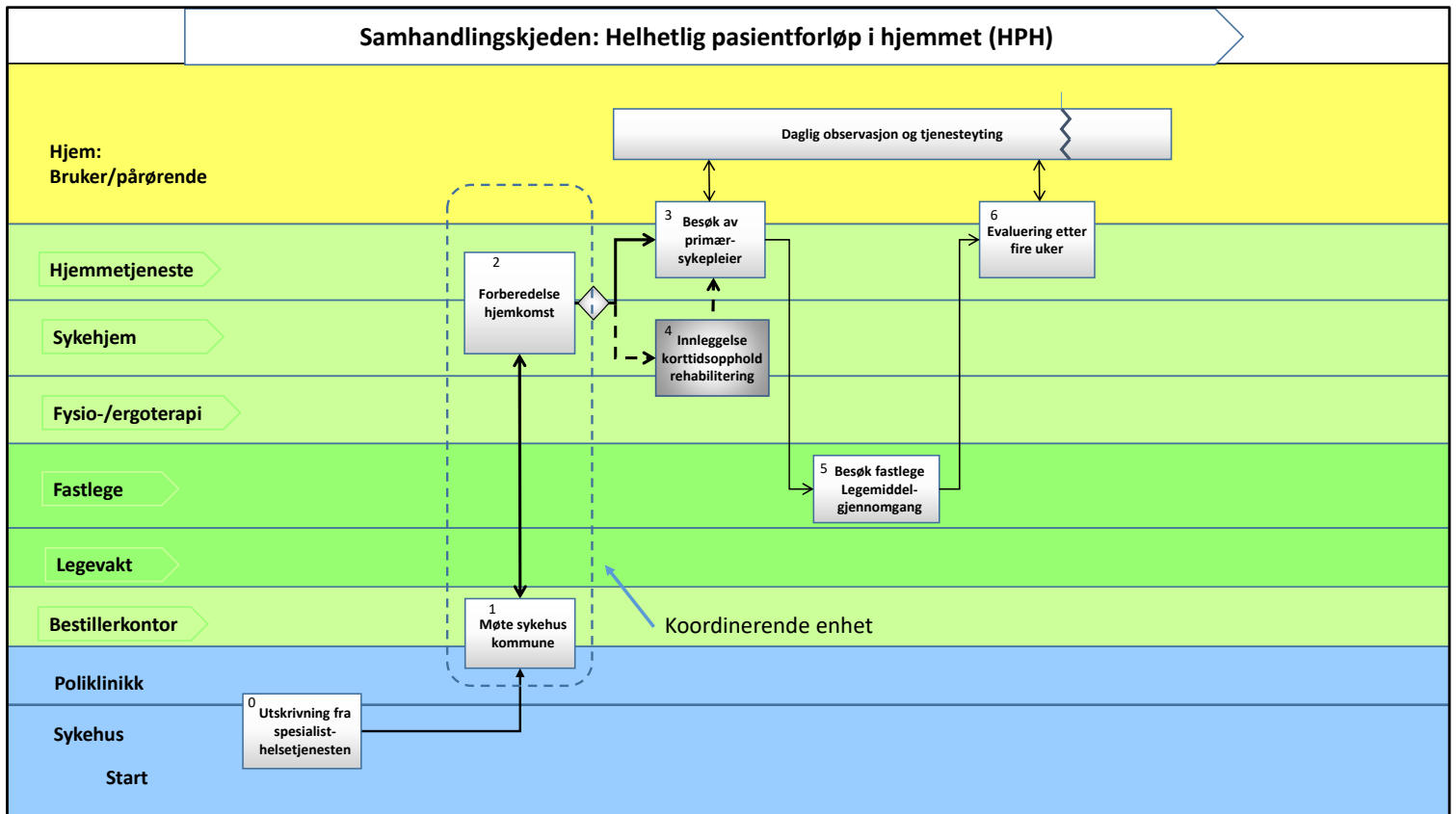
Fastlege

Legevakt

Bestillerkontor

Poliklinikk

Sykehus

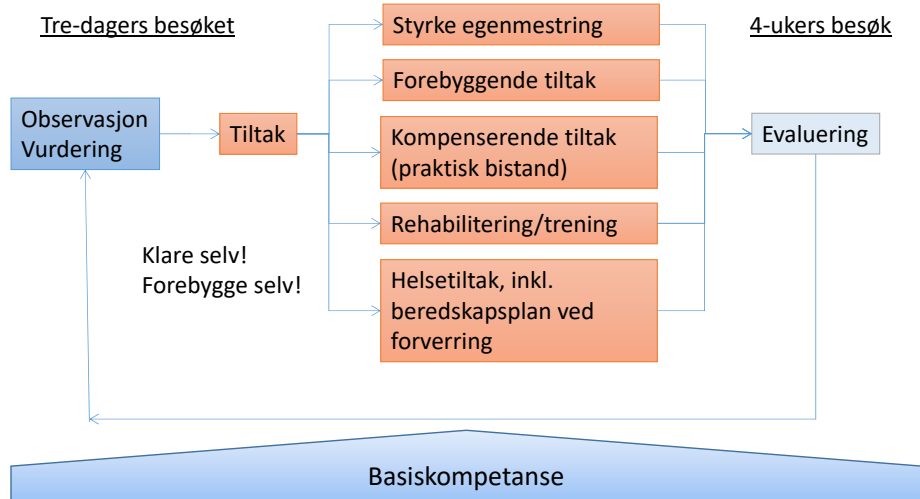


Hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

Utskrivning av pasient:

Pasientens meldes utskrivningsklar (0) og informasjon utveksles, enten i et fysisk møte (1) eller elektronisk eller per video (2). Hjemmetjenester etableres, primær-sykepleier blir oppnevnt og behov kartlagt innen tre dager (3), evt. først etter et intermediær-/korttidsopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (5). Det hele blir evaluert av primær-sykepleier evt. justert etter 4 uker (6). Det samme opplegget kan benyttes ved nye pasienter og årlige gjennomganger. Disse boksene er ikke tilfeldig valgt. Det er basert på elementer som forskning har vist kan være avgjørende beslutningspunkter. Derfor gjør dere lurt i bruke dem når dere skal ta neste skritt som er å utvikle sjekklister. Den stiplede boksen representerer «mottaksapparatet» i kommunene. Disse er organisert forskjellig.

Oppfølgingsplan for pasienten



Er erfaringene fra HPH prosjektet har vært at man må øke basiskompetansen i hjemmetjenesten. Basiskompetanse skiller seg fra fagkompetanse ved å handle om det generelle som underbygger helsepersonells ansvars- og rolleforståelse. De ansatte trengte et løft mht. å bli flinkere til å observere/vurdere, kommunisere og kunne iverksette tiltak og evaluere. Samtidig ble fokus mer mot forebygging, egenmestring og rehabilitering. Det handler også om et felles målbilde, etikk og juss. En slik generaliststrategi bidrar til at alle pasienter får et bedre tilbud – ikke bare utvalgte diagnoser.

Overskriftene her er også overskrifter for innholdet i sjekklisterne.

PIXI; Lommeutgave av sjekklister

TRONDHEIM KOMMUNE

HPH 2 - Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager etter hjemkomst

1. Gå gjennom brevlegging, sykkel-/medisinasjonsliste og sykepleierkommunikasjon for siste tid med bruker
2. Aktuelle diagnoser
3. Har bruker startet med nye medikamenter? (varr obs i forhold til v/tilsag/ brukt/brøst)
4. Kontroll av medisinbeholdning/medisindose som bruker har i hjemmet/på sykehuset
5. Avklar administrasjonssaker i forhold til medisinbeholdning, medlemmer trykkløst barn på arbeidstid
6. Er sponserede medikamenter fjernet fra hjemmet?
7. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
8. Alle utstyr brukt riktig?
9. Har bruker rengjøring? Er bruker i stand til å forstå bruk av? Test alarmen
10. Føler bruker seg trygg?
11. Kjenner bruker at hun/mester helsehjelp?
12. Forvirringstilstand?
13. Måltidssituasjonen?
14. Ansporende medisjoner, medisinbeholdning, instruksjon og ernæringsplan?
15. Spenningsnivå /dag
16. Beskriv utførelse og næringstilstand (kvalitet/behov for kostvektforring?)
17. Omsorgssjener
18. Uttholdenhet/trykkløst

TRONDHEIM KOMMUNE

HPH 5 - Fire-ukers samtale/revidering av bruker

Indeks:

1. Diagnose siste sykehusinnleggelse, og andre kroniske tilstander
2. Grading i brukers helse og hjelpebehov det siste halve året
3. Videre oppfølging etter siste ferdige/eksiterte. Spesielle observasjoner, forløp
4. Plan for videre kontakt med ferdige/eksiterte. Inntrengningsplan, varer/evnetid, forholds, mengde, hyppighet av møter
5. Vektige siste halvår
6. Behov for oppfølging under møter
7. Samtale (egen tenner/vekt/ansatt pratere)
8. Behov for bistand til mat/hygiene
9. Spørsmål/tilbakemelding/overfølelse
10. Omsorgssjener (utv/avløst)
11. Spj/tenner

Oppfølgingssaker:

10. Beskriv brukers helse/tilstand
11. Beskriv brukers ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål
12. Opplever brukers atferd som adekvat? Mistanke om forverringstilstand?
13. Har bruker forståelse for sin egen situasjon (dets mål, konsekvenser for å bli brukers samtykket/ansvar vurdert)?
14. Er brukers hjemmessituasjon forvalgt (barn, sikkerhet, helse/tilstand)?
15. Er det spesielle utfordringer i forhold til helse/tilstand (dets ut, f.eks. prosedyrer/forebyggende behandling for brukere i hjemmet/tenner), slike prosedyrer skal i tillegg gjennomføres minimum 1 gang per år.

TRONDHEIM KOMMUNE

HPH 4 - Brå eller gradvis endring/tap av funksjon

Ved akutttilfelle ring 113. Dokumenter med sykepleier/medisiner under utførelse av pleieplan.

Med utgangspunkt i utgangspunkt (dette/dager/døgn)

Observasjoner:

1. Bevissthetstilstand/forvirring
2. Muntal uttale
3. Bevegelse (raskt/sakte/ansveng?)
4. Blodtrykk/puls
5. Vektforring (med helsevett)
6. Hævelse i lemmer
7. Hud (farge/ var/ varm/ kløst)
8. tegn på infeksjon (rødt/hvitt, sår, forvring, luftveisproblemer, skarp angrep/med helse)
9. Medisiner (har bruker sine medikamenter riktig dose?)
10. Smerte (hvor/ styrke?)
11. Sjener/tilfelle
12. Omsorgssjener (utv/avløst)
13. Helse/trykkløst
14. Spenningsnivå
15. Spenningsnivå (medisiner, engstelse)
16. Behov for å kontakte lege/legekontroll (bruk sjekklister ved oppfølging av observasjoner)
17. Behov for å endre/andre tjenester
18. Indikator på innleggelse
19. Ved sykehusinnleggelse, eller ved lege/trykkløst skal hjemmejournal legges fram, eller sendes med ambulansetjeneste



I starten fikk alle delt ut sjekklister som de kunne ha i lommen. Det fungerte som en huskeliste. Likevel, det viktigste var at de dokumenterte observasjoner og tiltak i pasientjournalen.

Sjekklistene har det faglige innholdet, f.eks ernæring, funksjonsnivå, ADL, mestring, sosialt nettverk, legemiddeloppfølging, etc. og er beregnet til å kunne brukes av alt helsepersonell i kommunen

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 medisinfoplysninger
- Helseopplysning oppdatert fra sykepleietjenesten/evt. rapport fra andre faggrupper

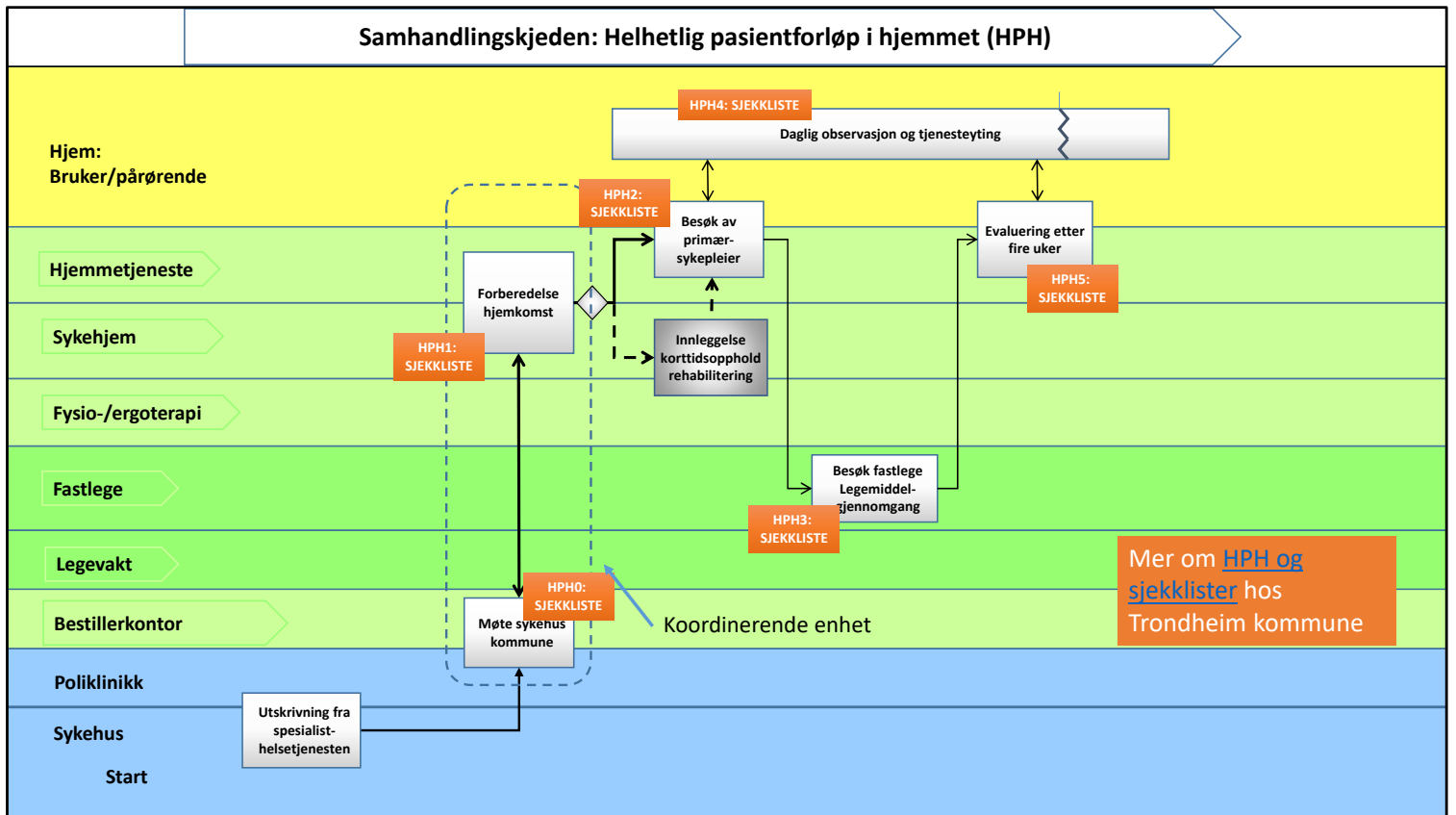
2. HVK vurderer om pasienten er utskrivningsklar, skal hjem eller på et opphold, basert på tidligere helseopplysninger/kartleggingsmøter, samt informasjon som ligger ved melding om utskrivningsklar pasient.

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

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





For hver boks er det utarbeidet prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold.

Sjekklister skal integrere ulike temaer slik at de blir inn i et forløp som alle utøvere i tjenesten skal kunne mestre. F.eks. ernæring er viktig, men det bør ikke være en egen sjekklister for ernæring, men relevante spørsmål om ernæring bør være integrert i hele forløpet. Hvilke spørsmål skal vi stille til sykehuset ved utskrivning, hva skal vi undersøke på første hjemmebesøk, osv. En inndeling av sjekklister etter tema og ikke forløp vil kunne bety en fragmentering og det er ineffektivt. En sjekklister for ernæring kan være nyttig når man setter det i gang som et tiltak for en pasient.

Sjekklister øker ikke bare sikkerhet og kvalitet, men fungerer også som et ledelsesverktøy. Leder i distrikt: «For første gang opplever jeg å ha oversikt over hva pasientene mottar av tjenester og hjelp». Listene brukes i medarbeidersamtaler

Ny tjenestereise - KS

STEG FOR INNBYGGEREN
Hendelsesforløpet for brukeren og påberøpse i kronologisk rekkefølge.

KONTAKTPUNKTER
Hvor foregår møtet mellom bruker / påberøpse og behandler?

ARBEIDS-PROSSESSER 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 svinget?



På KS hjemmeside finnes et verktøy som benytter svømmebaner og post-it lapper til utvikling av tjenesteforløp i kommunen

DRIVA Fredag 10. februar 2012

Tråkkemaskina i drift igjen

SUNNDAL: Den tidligere gamle Gira 10 tråkkemaskin, som har vært ute i en periode på drift, er nå tilbake i drift igjen. Maskinen er blitt reparert og ligger derfor tilgjengelig for alle som har behov for den. Den ble kjøpt av kommunen for å bruke på drift og har nå blitt reparert av en av de lokale mekanikere i Sunndal. Maskinen er nå tilbake i drift og er tilgjengelig for alle som har behov for den. Den ble kjøpt av kommunen for å bruke på drift og har nå blitt reparert av en av de lokale mekanikere i Sunndal. Maskinen er nå tilbake i drift og er tilgjengelig for alle som har behov for den.

Erkjente innbrudd

SUNNDAL/SUNNDAL: To personer er blitt arrestert etter innbrudd i et hus i Sunndal. Innbruddet skjedde i lørdags kveld. Politiet fikk melding om innbruddet kl. 22.00. To personer ble arrestert etter at de ble funnet i huset. De er på sikt for innbrudd og stjaling av gjenstander. De er nå i varetekt i Sunndal fengsel.

Surndal har lært å ta vel imot utskrivne pasienter: Kursar SiO

Surndal kommune er med i et prosjekt som handler om å ta vel imot utskrivne pasienter. Kursar SiO er et kursprogram som er utviklet for å hjelpe kommuner og helsepersonell til å håndtere utskrivne pasienter på en trygg og god måte. Kursen er utviklet av NTNU og er nå tilgjengelig for alle kommuner i Norge.

Byt inn gamle setlar for 1. november 2012

Sjekk skuffar og skap! Stort miljø den første halvdel av året. Fristen for innlevering er 1. november 2012 og gjeld for:

- 50-kronestolar med portrett av Asmund O. Vibe
- 100-kronestolar med portrett av Camilla Collet
- 500-kronestolar med portrett av Edvard Grieg
- 1000-kronestolar med portrett av Christen Magnus Fabun

Setlone kan ein layse inn følgjande stader:

- Ved Noregs Bank hovudkontor (Oslo)
- Ved depotet til Noregs Bank (som blir drifta av NKK) i Østanger, Stegaa, Trondheim og Trondheim
- I butikar som tilbyr denne tenesta til kundane

Mer informasjon finn du på nettstidene våre: www.norges-bank.no eller ved å kontakte Noregs Bank, tlf 22 31 00 00

Stiller faste spørsmål? Helsepersonell er viktig for å sikre at utskrivne pasienter får den beste omsorgen. Det er viktig at kommuner og helsepersonell samarbeider for å sikre at utskrivne pasienter får den beste omsorgen. Det er viktig at kommuner og helsepersonell samarbeider for å sikre at utskrivne pasienter får den beste omsorgen.

UP-kontroll i Sentrum **SUNNDAL:** Utskrivningskontroll i Sentrum. Utskrivningskontroll i Sentrum er et program som er utviklet for å hjelpe kommuner og helsepersonell til å håndtere utskrivne pasienter på en trygg og god måte. Utskrivningskontroll i Sentrum er et program som er utviklet for å hjelpe kommuner og helsepersonell til å håndtere utskrivne pasienter på en trygg og god måte.

Erfaringsoverføring lokalt

- «Ein metode vi følgjer for alle pasientane»
- «Heller ikkje Surndalingene 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»



Det er en fordel at kommuner samarbeider. Spesielt i små kommuner kan det bli «ensomt» som leder for hjemmesykepleien uten kolleger på samme nivå.

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.

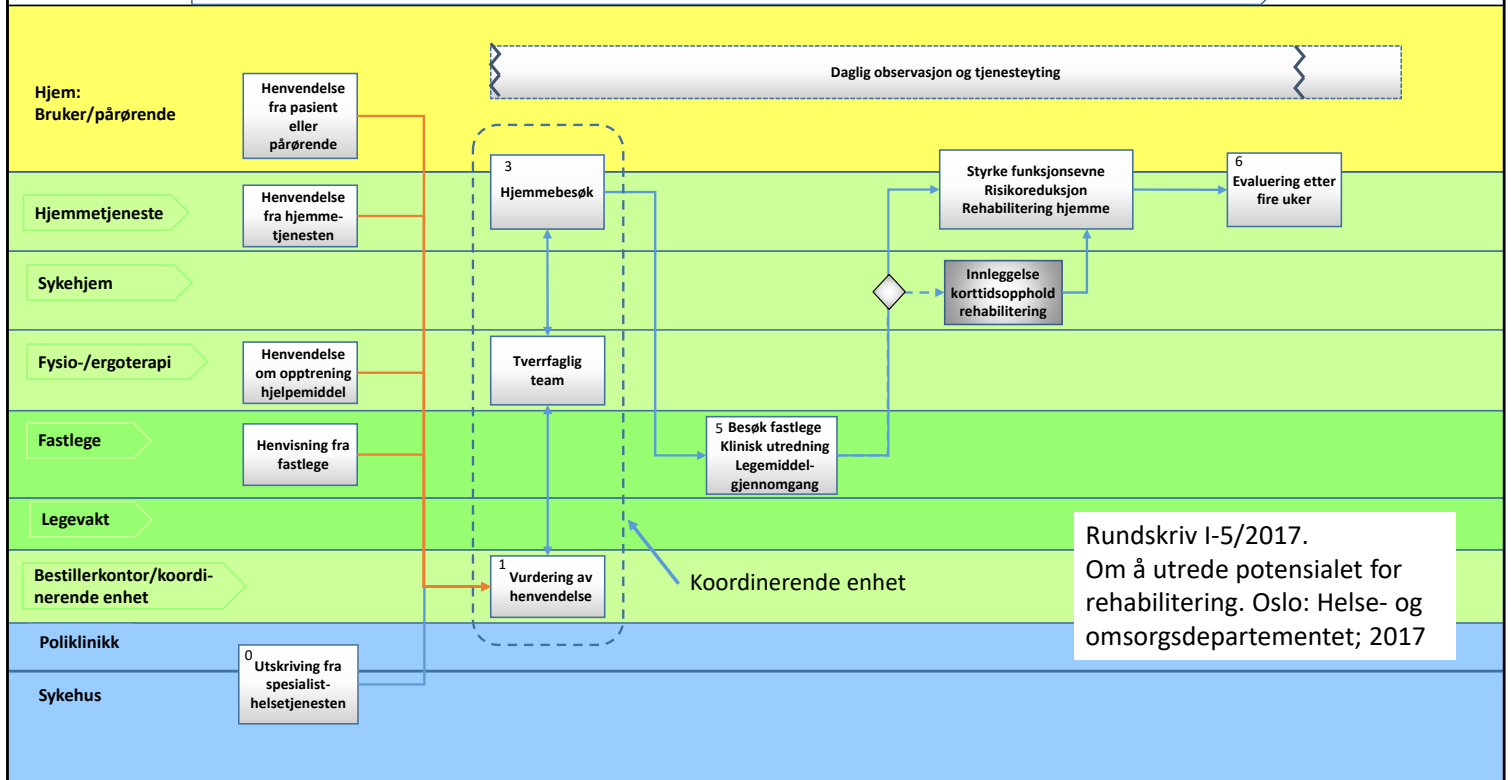


Det er viktig å understreke at det er en sammenhengende kjede av faktorer som påvirker gjennomføringen. Ingen enkeltfaktor pekte seg ut

- Kommunalt vedtak handler ikke bare om penger. Alle omstillinger har en «pukkeffekt» og krever mer ressurser en periode, men handler også om å forplikte politikere og administrasjon til å følge opp, samt om å få mandat og legitimitet i egne rekker til å gjøre endringer. Det siste kan være en stor barriere.
- Gjennomføringen må være i linja og knyttet til de rollene og oppgavene personellet vanligvis har.
- Den som fører arbeidslister må få mandat til å tilpasse listen til de oppgavene som ligger i HPH
- I de to kommunene som lyktes var det ingen tvil om nytteeffekten. Lederne fortalte at de for første gang fikk god oversikt over hva de ansatte gjorde. Det ble en del av medarbeidersamtalen. De ansatte opplevde en heving faglig og en mer forutsigbar arbeidsdag.
- Med «alle» pasienter menes ikke bare de som skrives ut fra sykehuset, men nye som skrives inn i hjemmetjenesten og årlig/halvårlig gjennomgang av pasienter som skal nytt vedtak.

Leser dere artikkelen, får dere en mer detaljert innsikt i utfordringene. Som sagt, de er hverken små eller alltid forutsigbare.

Tidlig identifisering med tidlig intervensjon og forebygging



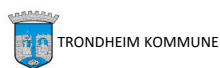
Figuren illustrerer at HPH kan brukes på alle som melder et behov og ved fornying av vedtak. Når det brukes på alle blir det en daglig rutine. Utskriving fra sykehus kan det gå lenge imellom

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.



Ingen medikamentell behandling har noen gang vært i nærheten av og gi slike resultater som vist her. Undersøkelsen forteller at et strukturert opplegg for observasjon og rehabilitering og god tid til å planlegge flyttingen hjem har stor effekt. Saupstad opplegget fikk god omtale i samhandlingsreformen. Mange kommuner, spesielt ved interkommunalt samarbeid har opprettet intermediæravdeling. Det sørgelige er at ingen har satt seg inn i hva som var suksessfaktorer. Fagmyndighetene har heller ikke bidratt på dette feltet.

Oppholdet var tre uker – altså det som er et vanlig korttidsopphold, og vel å merke – pasientene ble tatt i mot før de var utskrivningsklare. Ordningene som kommunene har opprettet operer med et maksimalt opphold på tre dager i intermediæravdelingen.

Viktige suksessfaktorer ved Saupstad intermediæravdeling var ellers:

- Økt lege- og sykepleierbemanning understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring
- Tilbud om rehabilitering og bedre tid til å legge til å planlegge tilbakeføring til hjemmet
- 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

Disse suksessfaktorene møter en utfordring nå intermediært tilbudet ikke befinner seg der hjemmetjenesten og pårørende holder til.

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)
- Ansettelse av erfarne fastleger. 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



Det er det få intermediæravdelinger som har lagt opp til det som var suksessfaktorene. Flere av disse punktene ble vanskelig å gjennomføre med interkommunale ordninger, som i tillegg medførte et svekket samarbeid med andre kommunale tjenester og utvikling av disse.

Ved innføringen økte andelen reinnleggelse og det ble også registrert økt dødelighet i sykehjem etter utskrivning. Det er derfor gode grunner til å revurdere bruken og opplegget av korte mellomopphold i institusjon mot utskrivning direkte hjem. Intermediæravdelingene (mange navn) er flere steder nå blitt den viktigste flaskehalsen ved utskrivning av pasienter. Pasientene blir liggende. Men dette kan også sykehusene gjøre noe med (KLIKK)

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



Denne studien forteller at sykehusene også har et stort forbedringspotensial i utskrivningsprosessen. Det gikk mye bedre med pasientene som straks etter operasjonen ble flyttet over til geriatrisk avdeling og utskrevet derfra.

Det viktigste likevel er hva både forrige og denne studien med all tydelighet forteller: Når det multisyke pasienter, får man de beste resultatene når man ivaretar hele pasienten. Det at en del sykehus presser på for å få opprettet diagnosespesifikke forløp ut i kommunehelsetjenesten, vil være å gå feil vei. Noen må ivareta helheten og det må bli kommunehelsetjenesten først og fremst. Men så klart, for å ivareta helheten, må vi ha en spesialisthelsetjeneste som vi kan bruke når det er behov for det.

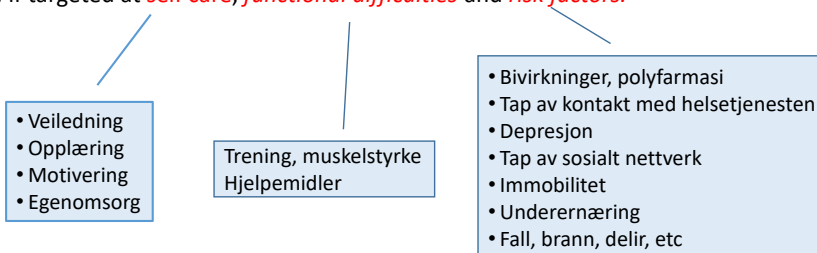
Cochrane Database Syst Rev. 2016

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*.



Både trening/rehabilitering og mange av de risikoreduerende tiltakene kan den vanlige hjemmetjenesten ta ansvar for.

- En helhetlig og bred gjennomgang av pasienten og iverksetting av hverdagsrehabilitering er et av svarene. I en studie av 320 pasienter over 70 år med fokus på bedring av funksjonsevne, ble det også funnet en signifikant høyere overlevelse etter to år.

Kommentarer til risikoreduksjon:

- Når det gjelder legemidler har hjemmetjenesten en viktig observasjonsrolle. Dessverre ser det ut til at bruk av multidoser har svekket denne rollen.
- Mange som passerer 85 år får mindre kontakt med sin fastlege. Her vil jeg legge skylda både på fastlegene og hjemmesykepleien, men også hvordan kommunehelsetjenesten er organisert. Pasienter skrives ut fra sykehus med avansert medisinsk behandling ofte uten at det er et organisert samarbeid mellom fastlege og hjemmesykepleie ved eller etter ankomst hjem.
- Når det gjelder depresjon, viser forskning at det også er assosiert med en forverring av forløpet til flere somatiske sykdommer. Jf. også resultater fra HUNT
- Underernæring er ofte tilfelle, men må ikke forveksles med normal kroppsutvikling. Når pasienten helt mot slutten ikke orker spise, så skal man ikke begynne med iv.
- Mange dør i løpet av et år etter et hoftebrudd. Det mest effektive tiltaket mot fall er muskel og balansetrening (som ved rehabilitering)

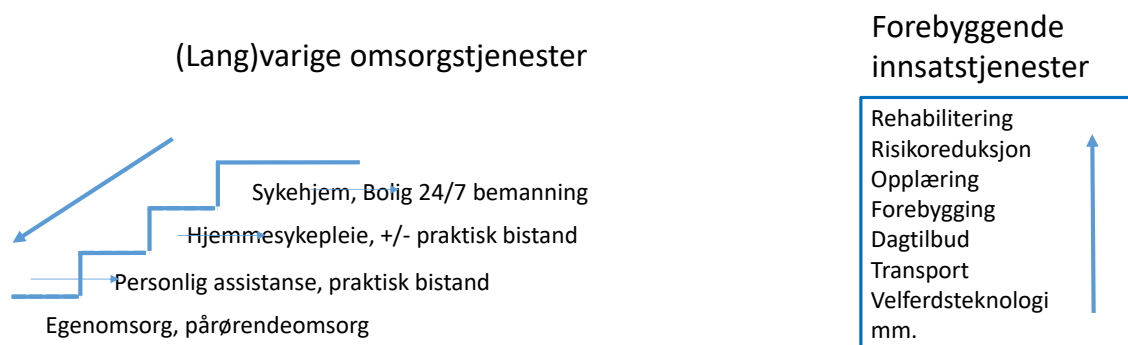
Dokumenterte forebyggende tiltak ved multisykdom

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



- Helt på slutten av livet vil det komme et «naturlig vekttap», hvor også BT, Kolesterol andre funksjonstester faller. Da vil det kunne være vanskelig å skille hva som er vekttap som skyldes feilernæring og hva som er naturlig. Vekttap skal likevel alltid tas på alvor og eldre bør regelmessig veies. Protein og kaloritilskudd, samt Vit D er det som virker. Spesielt skal man være oppmerksom på feil- og underernæring blant demente. Overvekt midt i livet øker risikoen for hjerte- karsykdommer, mens godt hold i eldre alder er en fordel.
- Fysisk aktivitet og styrketrening i eldre alder gir en bedre alderdom – bedre funksjonsevne både fysisk og kognitivt, mindre smerte
- Grunnen til å ta opp fall og hoftebrudd spesielt er den høye dødeligheten som følger, samt at et stort antall lar seg forebygge. I gj.snitt er 1/4 av de som får hoftebrudd og blir operert døde ett år etterpå. For de over 85 år er det nær 40 % som dør følgende år. Forebygging skjer ved aktivitet og trening, vit D og egnet skotøy, spesielt på vinters tid.
- Forebygging av ensomhet og isolasjon skjer ved støtte i vedlikehold av sosialt nettverk er tilbud om transport. Det best dokumenterte, og relativt rimelig er dagtilbud/dagsenter/eldresenter. Det girt økt livskvalitet, bedre kognitiv funksjon og øker levealder. Det reduserer behovet for helsetjenester med inntil 35 % og det utsetter behovet for sykehjem.
- Mange eldre er overdoserte og har uheldig sammensetning av legemidler. Viktige grunner er aldersforandringene – gradvis lavere vekt, lavere blodtrykk, lavere kolesterol, nedsatt nyrefunksjon mm. En stor gruppe legemidler (antikolinerg virkning) som er utbredt å bruke, bidrar til at skrøpeligheten inntreer tidligere enn naturlig.

Omsorgstrappa



Omsorgstrappa finnes det mange utgaver av. Dette er en av de enkleste. Omsorgstrappa representerer det som vi kan kalle pasientforløpet i primærhelsetjenesten.

Et skifte fra å levere tjenester (standardisert) til å dekke behov (individuell) – behov sett med brukerens øyne (Bydel Stovner)

Poenget med tidlig intervensjon og forebygging er å forsinke at brukere og pasienter klatrer opp trappa. Dette dreier seg om å utsette innrulling i varige tjenester. På sykehjemmene defineres en plass som varig hvis tiden passerer 60 dager. Jeg har sett på omsorgsstatistikk, og jeg tror den samme definisjonen vil fungere godt også for praktisk bistand og hjemmesykepleie, og burde heller ikke være vanskeligere å registrere.

Hensikten er å finne et rimelig og enkelt skille i forhold til innsatstjenester (KLIKK), fordi disse bør øke skal vi utsette behovet for varige tjenester. De som er listet her har vi rimelig god dokumentasjon på virker utsettende. Det som vi ikke har tilsvarende god oversikt over er god balanse i ressursbruk mellom varige tjenester og innsatstjenester. Fokus har vært på sykehjemsplasser som er dyrest. Det som er interessant er at innsatstjenester ser ut til å kaste mest av seg på sikt allerede på første trinn, når pasienter eller bruker henvender seg om omsorgstjenester første gang.

Denne inndelingen gir et rimelig godt grunnlag for å studere effekten av tiltak – innføring pasientforløp og innføring av innsatsteam – og mht. balansen i ressursbruk.

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



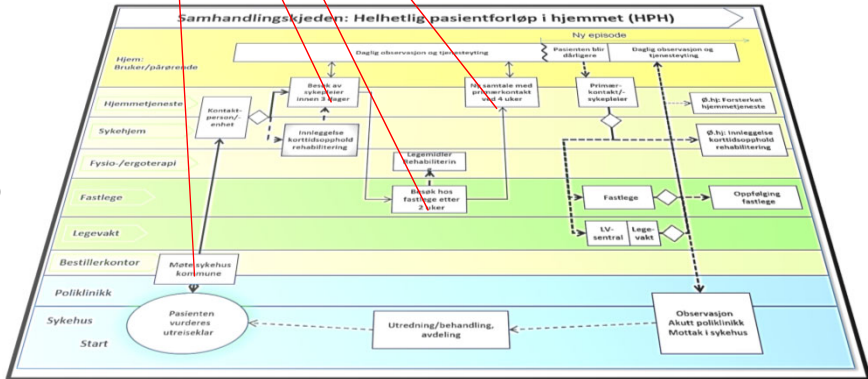
Veilederen ble publisert siste uke i november. Den primære målgruppen er ledere og administrasjon av primærhelsetjenester, men også spesialisthelsetjenester i den grad de involveres i tverrfaglig samarbeid.

Indikatorsett for gode pasientforløp

Indikatorsett for gode pasientforløp. Fylles ut av primærkontakt, dokumenteres i pasientens journal.

Kriterium / Legeundersøkelse / Helseundersøkelse / Helseundersøkelse / Helseundersøkelse	Kategori		Kategori		Kategori	
	Ja	Nei	Ja	Nei	Ja	Nei
1. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
2. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
3. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
4. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
5. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
6. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
7. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
8. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
9. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
10. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
11. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
12. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
13. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
14. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
15. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
16. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
17. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
18. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
19. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
20. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
21. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
22. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
23. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
24. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
25. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
26. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
27. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
28. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
29. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
30. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
31. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
32. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
33. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
34. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
35. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
36. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
37. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
38. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
39. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
40. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
41. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
42. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
43. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
44. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
45. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
46. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
47. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
48. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
49. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
50. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
51. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
52. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
53. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
54. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
55. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
56. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
57. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
58. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
59. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
60. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
61. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
62. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
63. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
64. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
65. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
66. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
67. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
68. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
69. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
70. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
71. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
72. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
73. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
74. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
75. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
76. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
77. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
78. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
79. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
80. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
81. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
82. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
83. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
84. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
85. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
86. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
87. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
88. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
89. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
90. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
91. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
92. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
93. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
94. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
95. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
96. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
97. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
98. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
99. Hjemtjenesten er tilgjengelig						
100. Hjemtjenesten er tilgjengelig						

HPH – flytskjema for gode pasientforløp



Det er helt sentralt for å lykkes at man operasjonaliserer det som skal gjennomføres på en slik måte at det kan måles. Det skaper eierskap, motivasjon og muligheter til justeringer underveis.

I samarbeidsavtalene mellom foretak og kommuner er det nesten ikke blitt gjort, og man vet ikke om det man er blitt enig om er blitt gjennomført. Det er mange indikasjoner på at lite skjer.

Vi trodde at vi hadde kontroll i HPH prosjektet. Vi ringte rundt til kommunene regelmessig. Alt vi fikk høre var at alt var i orden og alle var fornøyde. I ettertid ved gjennomgang av journaler og vedtak fant vi at det ikke stemte.

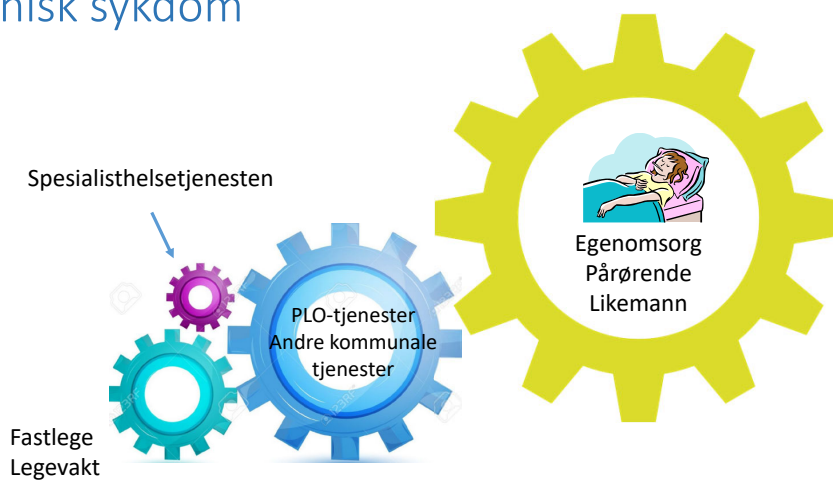
EPJ-nr.:		Henvendelse om vurdering fra:	<input type="checkbox"/> Vært innlagt på sykehus	<input type="checkbox"/> Vært innlagt KØH/ØHD	STATUS:	<input type="checkbox"/> Ny søker om tjenester	<input type="checkbox"/> Mottar praktisk bistand
Initialer:		<input type="checkbox"/> Fastlege	<input type="checkbox"/> 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 innsatssteam / 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	Hjemmesykepleieren har sendt fastlegen informasjon for konsultasjon	x			
3b	Konsultasjon, eller alternativt hjemmebesøk, er gjennomført av fastlegen.	x			
3c	Oppsummering fra fastlegen er mottatt/innhentet.		x		
4	Oppfølging / evaluering er gjort innen 5 uker				
4a	Sjekkliste for oppfølging og evaluering er gjennomført.	x			
4b	"Har vi lykkes med det som er viktig for deg?" - samtale er gjennomført.	x		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

Dette er et skjema hvor man enkelt kan krysse av for gjennomføring av forløpet, dvs. boksene og sjekklistene.

Behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom



norsk**helsenett**

 NTNU

Figuren er et forsøk på å illustrere omfanget av deltagelse i behandling og oppfølging av pasienter med kronisk sykdom – multiple kroniske sykdommer. Det desidert mest omfattende er egenomsorg. Betydningen av pårørende ser vi først og fremst i det store skillet i behov for kommunale tjenester mellom de som har ektefelle/samboer og de som er enslig.

Dette handler om de største pasientgruppene i helsetjenesten, som tar 80% av budsjettet. Spesialisthelsetjenestens bidrag i omsorgen for multisyke i et pasientforløp er lite, og knytter seg i hovedsak til diagnostikk. Når det gjelder behandling av kronisk sykdom, og multisykdom spesielt, med noen få unntak, så oppnås like gode eller bedre resultater ved behandling hjemme.

Når det gjelder ressurser til forskning så går nesten alt til det lille tannhjulet. Resultatet er at vi de siste par 10-år har hatt akselererende produksjon av faglige retningslinjer, men omtrent bare om enkeltsykdommer. Pasienter med multisykdom blir systematisk ekskludert fra denne forskningen – altså de største og mest kompliserte pasientgruppene som kommunene har ansvaret for. Det betyr at det også er spesialisthelsetjenesten som hele tiden definerer hva som er viktigst. Utslaget blir at det tas lite hensyn til den behandlingsbyrden som blir påført multisyke pasienter og pårørende først og fremst, men også helsetjenesten i kommunene. Det ble tydelig demonstrert forslaget til prioriteringsregler som kom i 2014. Også der var pasienter med multisykdom ekskludert.