

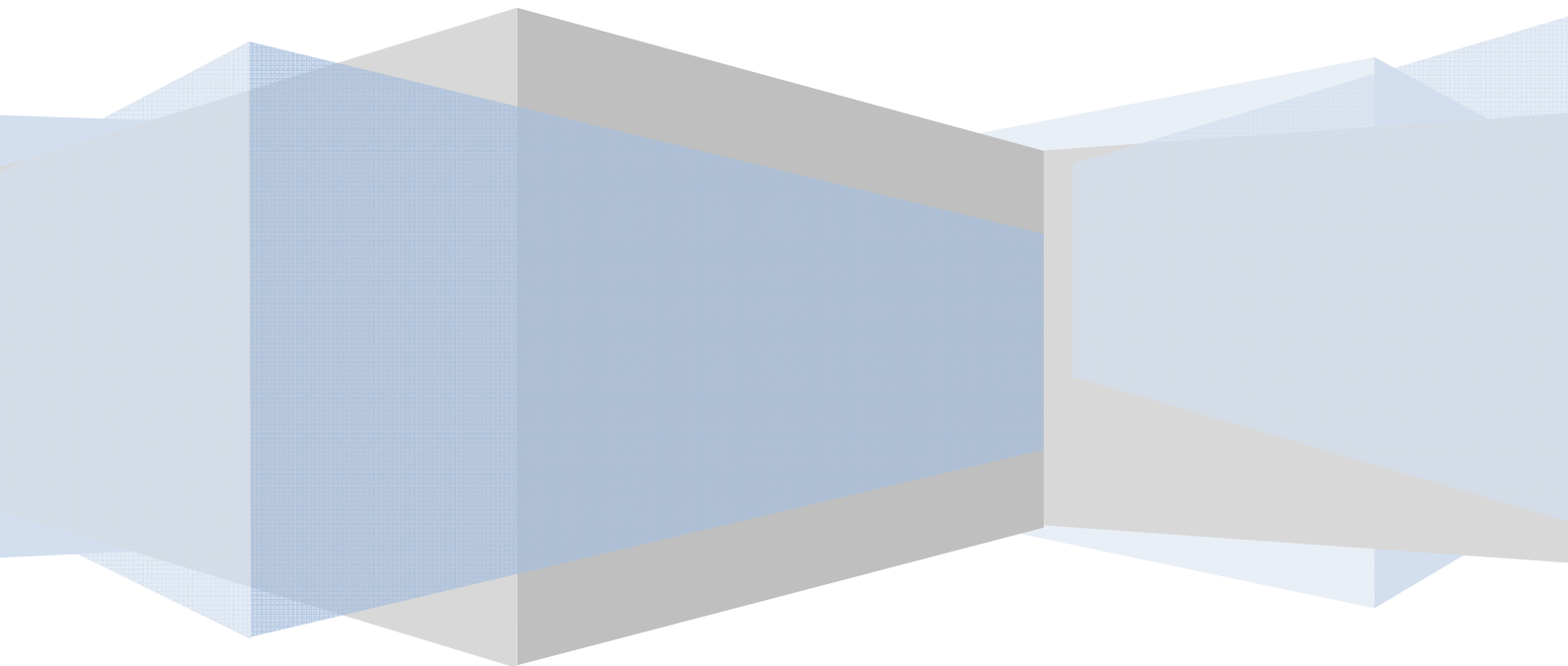
## **Vedlegg 1**

Arbeidsutvalg for tjenesteavtale 2 mellom Helse Nord-Nord-Trøndelag, kommunene i Nord-Trøndelag og brukerorganisasjonene.

# **Helhetlig pasientforløp for brukere med behov for koordinerte tjenester**

Versjon 1.0 30.04.2013

Svenn Morten Iversen, Olav Bremnes og Trine Sæter



## *Innhold*

1	Bakgrunn .....	3
2	Helhetlig pasientforløp .....	4
2.1	Hva er et helhetlig pasientforløp .....	4
2.2	Utfordringer ved etablering av helhetlige pasientforløp.....	5
3	Koordinerende enheter og koordinatorene i kommuner og helseforetak .....	8
3.1	Koordinator .....	8
3.2	Koordinerende enhet.....	8
4	Lokalmedisinske tjenester – forebyggende tiltak og alternativ til innleggelse i sykehus .....	10
4.1	Hva er de lokalmedisinske tjenester .....	10
4.2	Hvordan fange opp forverring av kronisk sykdom tidligere .....	11
4.3	Valg av behandlingsnivå.....	13
4.4	Kommunalt hastetilbud .....	14
4.5	Flytting av kompetanse som alternativ til flytting av pasient.....	15
4.6	Forebyggende tiltak .....	16
5	Innleggelse .....	17
5.1	Hvem legger pasienter/brukere inn i sykehus, og hvor innlegges de fra .....	17
5.2	Pasient/bruker medvirkning .....	18
5.3	Hovedelementer i pasientforløp ved uplanlagte behov for helsetjenester .....	18
5.4	Alternativer til innleggelse .....	19
5.5	Informasjonsutveksling ved innleggelse i sykehus .....	19
6	Utskrivning .....	21
6.1	Utskrivningsklar pasient/bruker, men er kommunen klar til å ta imot .....	21
6.2	Kommunikasjonsflyt før, under og etter innleggelser .....	21
6.3	Kommunale tiltak etter utskrivelse.....	22
7	Hvordan sikre et helhetlig pasientforløp - anbefalte tiltak og oppsummering .....	26
7.1	Koordinering av tjenesten.....	26
7.2	Ved innleggelse/poliklinikk/ambulant virksomhet .....	26
7.3	Under sykehusopphold/poliklinikk/ambulant virksomhet .....	27
7.4	Ved utskrivning/poliklinikk/ambulant virksomhet .....	27
7.5	Pasienter/brukere med hyppige innleggelser.....	27

7.6	Videre arbeid med helhetlig pasientforløp.....	28
8	Referanser.....	29

# 1 Bakgrunn

Samhandlingsreformen, (1) og Nasjonal Helse og omsorgsplan (2) har som mål å styrke samarbeidet i helsesektoren og få kommunene til å ta et større ansvar for behandlingen av pasienter.

Tjenesteavtale 2 har som formål å sikre at pasienter og brukere med behov for koordinerte tjenester får et helhetlig, sammenhengende og faglig forsvarlig tjenestetilbud. Formålet skal oppnås gjennom å konkretisere ansvars- og oppgavefordelingen mellom HNT og kommunen, samt å etablere samarbeidsrutiner for å ivareta en forsvarlig beslutningsprosess og nødvendig informasjonsflyt.

Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten tenker forskjellig om pasientforløp. Mens pasientforløp i sykehus er utviklet i forhold til faglige retningslinjer for enkeltdiagnoser, er hovedmålet i forløpet i kommunehelsetjenesten å ivareta pasientens/brukerens samlede medisinske behov og funksjonsevne og legge til rette for at pasienten/brukeren skal greie seg selv på best mulig måte

I tråd med dette er det mest effektivt og størst behov for at helsepersonell og annet personell i kommunene styrker sin basiskompetanse når kommunene skal ta over et større ansvar i behandlingen og oppfølging av pasientene/brukerne. Beskrivelsen av pasientforløpet er opptakten til samtidig å kunne se hvilke elektroniske løsninger som kan støtte samhandlingen og pasientforløpet. Inntil elektroniske meldinger er implementert kan faks eller post brukes ved kommunikasjon avhengig av hastegrad.

Det er tatt utgangspunkt fra litteratur, samt to større utviklingsprosjekt; "[Helhetlig pasientforløp i hjemmet](#)" og "[Samhandlingsreformen i Orkdalsområdet](#)". I prosjektene har det vært en nedenfra og opp prosess, hvor til sammen 7 + 8 kommuner, samt St Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal har deltatt, i tillegg til Trondheim kommune, og betydelige ressurser fra NTNU. En forventer at forutsetninger og utfordringer for disse prosjekter er overførbare til Nord-Trøndelag, og en har valgt å benytte artikkelen "[Veien fram til helhetlig pasientforløp](#)" av professor Anders Grimsmo som grunnlag for videre arbeid.

Samarbeidsavtalene og de 12 tjenesteavtalene mellom kommunene og Helse Nord-Trøndelag viser hvordan ulike aspekt av samhandlingen må samordnes for å bygge opp om et helhetlig pasientforløp. I denne rapporten har vi særlig fokus på hva som er sentrale tiltak for mennesker som har behov for koordinerte tjenester, utover det som er beskrevet i tjenesteavtale 3 og 5. Dette for at denne pasientgruppen skal få et best mulig tjenestetilbud uavhengig av om det er kommunen eller helseforetaket som har ansvaret. Ofte er det i overgangen problemer oppstår, enten det er internt i organisasjonene eller mellom de ulike samarbeidspartnerne.

## 2 Helhetlig pasientforløp

Det brukes ulike begreper på pasientforløp. Det er begreper som behandlingslinjer, pasientforløp, samhandlingsforløp, helhetlige pasientforløp med flere. Pasientbegrepet er mye brukt, men samtidig bruker flere av samarbeidspartnerne begreper som bruker, tjenestemottaker og klient. Når man oppsøker lege i kommunen eller ønsker behandling på sykehus brukes begrepet pasient. Behandlingslinjer brukes ofte om interne forløp internt i sykehuset.

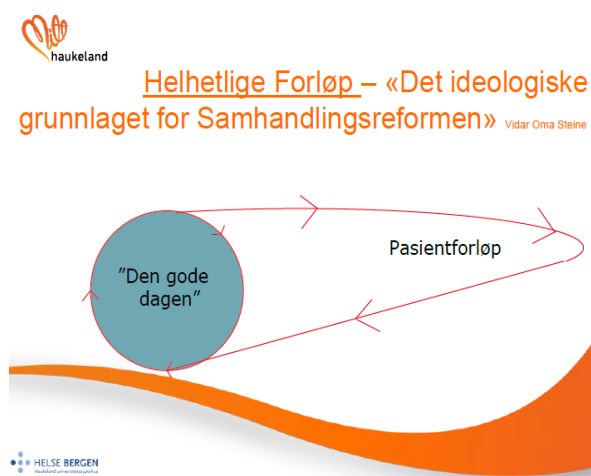
### 2.1 Hva er et helhetlig pasientforløp

Helhetlige pasientforløp beskriver forløpet fra en får behov for helsehjelp og helt til pasienten/brukeren er tilbake i en avklart og stabilisert situasjon, med den nødvendige oppfølging. Det er denne siste forståelsen vi har lagt til grunn for vårt arbeid, og bruker konsekvent begrepet «Helhetlig pasientforløp».

En kan dele pasientforløp inn i for eksempel diagnosespesifikke forløp og funksjonsrelaterte forløp. Vi har hatt fokus på forløp for pasienter/brukere med behov for koordinerte tjenester uavhengig av diagnose, og som ofte er knyttet til funksjonsnivå. Det er mange som er involvert i samhandling for denne pasientgruppen både i kommunen, NAV og helseforetak. Derfor blir det viktig å ha en mest mulig felles forståelse av hvordan slike helhetlige pasientforløp er bygd opp, og hvilke forventninger en kan ha til hverandre i de ulike fasene av et forløp.

Tradisjonelt er pasientforløp i spesialisthelsetjenesten beskrevet som et lineært forløp fra innleggelse til utskrivelse. I kommunehelsetjenesten, og særlig for pasienter/brukere som faller inn under Tjenesteavtale 2, vil beskrivelser av forløp ofte fortone seg som sirkler eller elipser som bringer pasienten/brukeren tilbake til samme funksjonsnivå som før en forverring av helse/tap av funksjonsnivå. Figur 1 og 2 er lånt fra Dr. Johannes Kolnes sitt foredrag ved Samhandlings-konferansen i Nord-Trøndelag 2013.

Figur 1



Figur 2



Johannes Kolnes, Haukeland Universitetssjukehus, 2013

Generelt vil en pasient/bruker som har «ikke planlagt» innleggelse, ha behov for helsetjenester med målsetning om å gjenopprette funksjonsnivå. Akuttkjeden starter tiltak med målsetning om å føre pasienten/brukeren tilbake til utgangspunktet, så raskt som mulig og med riktig bruk av ressurser. Når pasienter/brukere med kroniske sykdommer og/eller behov for sammensatte og koordinerte helsetjenester får en forverring av helsetilstanden, vil en hurtig erkjennelse av endret hjelpebehov gi grunnlag for tidlig intervensjon. I et tett samarbeid innad i kommunehelsetjenesten, og mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste, vil pasienter/brukere kunne tilbys effektiv førstevalgs behandling, kommunalt øyeblikkelig hjelp tilbud, observasjons plasser ved legevakt eller ved felles akuttmottak, samt andre aktuelle tilbud.

Selvhjelpsplan/kriseplan er et hjelpemiddel for å den enkelte pasient/bruker, for bedre å håndtere egen sykdom når en merker tidlige tegn til forverring. Dette er et tiltak som er anbefalt i flere nasjonale retningslinjer for pasientgrupper med koordineringsbehov, men også andre. Dette kan brukes både i kommuner og helseforetak, eller i et samarbeid. Mer bevissthet, kunnskap og mestring av egen sykdom er sentralt.

## 2.2 utfordringer ved etablering av helhetlige pasientforløp

Kulturforskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten kan beskrives som angitt i tabell 1. Gjensidig kjennskap til organisering og kultur er nødvendig for god samhandling mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Tabell 1

# Kulturforskjeller

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskrivning
Helseproblemer	Gjerne flere parallelt og hele spektret av diagnoser	Ett problem, evt. fokus på ett om gangen.
Behandling	ADL-orientert tilrettelegging, og pasienten deltar mye selv. Lite/langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Pasient – helsepersonell forhold	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte samtidig. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, og ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas gjerne i møter med flere og med adheranse først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid med andre	Med mange, også utenfor helsetjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende



I tillegg til overføring mellom kommunehelsetjeneste og spesialisthelsetjenesten er det store utfordringer i å koordinere helsetjenester i overgang barn/voksen, hvor oppfølging fra barnelege ikke alltid videreføres i voksen poliklinikk, selv om pasienten/brukeren fortsatt har behov for sammensatte og koordinerte tjenester også i voksenlivet. Redusert tilbud mottas ofte med utrygghet for både pasient/bruker og foreldre. Reduksjon eller avslutning av langvarig tilbud fra spesialisthelsetjenesten bør planlegges og forberedes i god tid, slik at det ikke forekommer brudd i behandling, ansvar eller tiltak.

For pasienter/brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester er det nødvendig med et særskilt fokus på overgang mellom barnehage – skolenivåer – arbeid. Brukermedvirkning og taushetsplikt må ivaretas, samtidig som en må etablere de nødvendige støttende tiltak og tilrettelegginger fra ulike instanser. Ansvarsgrupper, individuell plan og individuell opplæringsplan er viktige virkemidler, men krever koordinering. Hovedansvaret for Individuell plan ligger i kommunen når det er tjenester fra begge nivåer.

I arbeidet med samhandlingsreformen fokuseres det på anvarsfordeling og kommunikasjonsflyt mellom 1. og 2. linjetjeneste. For pasientgrupper som berøres av tjenesteavtale 2 vil det fortsatt være utfordringer med koordinering av kommunale tjenester, samt informasjonsflyt mellom de ulike kommunale tilbud som hjemmesykepleie, fastlege, avlastningsplasser, bo og service sentre, kommunale rehabiliteringsplasser, barnevern osv. Tidligere ble koordinator oppnevnt som del av individuell plan, men Forskrift om habilitering og rehabilitering, individuell plan og koordinator gir en utvidet rett til å få utnevnt koordinator også uten individuell plan.

En metode for arbeid med helhetlige pasientforløp, er å ta utgangspunkt i tabell 2, og sammen drøfte:

- hva som er aktuelle tiltak i de ulike fasene av et forløp
- hvilke forventninger har vi til hverandre i de ulike fasene
- kan nye tiltak bidra til å forenkle pasientforløpet

Tabell 2

Roller / tiltak	Tiltak i hjemmet / kommunen	Tiltak i DPS / Sykehus	Tiltak i hjemmet / kommunen
Pasient/bruker			
Pårørende			
Kommunale legetjenester			
Kommunale tjenester			
Koordinator			
DMS			
DPS / Sykehus			
NAV			



### **3 Koordinerende enheter og koordinatore i kommuner og helseforetak**

For pasienter/brukere med behov for langvarige og koordinerte tjenester skal både kommunen og helseforetaket tilby koordinator. Koordinatoren skal sørge for nødvendig oppfølging av den enkelte pasient/bruker, samt sikre samordning av tjenestetilbudet og fremdrift i arbeidet med individuell plan (Lov om kommunale helse – og omsorgstjenester §7-2 og Lov om spesialisthelsetjeneste §2-5a). Koordinerende enhet har systemansvar for at dette fungerer.

#### **3.1 Koordinator**

Kommunene har ordninger for utnevning av koordinator i tilknytning til pasienter/brukere med Individuell plan og ansvarsgruppe. Det varierer mellom kommunene hvordan dette gjøres og hvem som har koordinatorrollen, men rollen tilfaller oftest helsesøster/sykepleier/vernepleier eller fysioterapeut/ergoterapeut. Utnevning av koordinator bør være en lederoppgave, og koordinatore bør få tilstrekkelig opplæring i rollen.

Koordinator i helseforetak benyttes for pasienter/brukere med behov for komplekse eller langvarige og koordinerte tjenester. Koordinator erstatter pasientansvarlig lege, og utpekes av ansvarlig på avdelingen. Koordinator «Bør være lege», men kan være annet helsepersonell.

Det bør utarbeides felles retningslinjer for samarbeid mellom helseforetaket og kommunene rundt arbeid med individuell plan og koordinator. Koordinatorrollen må beskrives både i kommune og helseforetak. Det er viktig med samarbeidsrutiner mellom koordinator i kommune og helseforetak, samt skille mellom koordinatorfunksjonen på system og individnivå.

#### **3.2 Koordinerende enhet**

Krav om koordinerende enhet i helseforetak og kommuner er hjemlet i helse – og omsorgstjenesteloven, spesialisthelsetjenesteloven og Forskrift om habilitering, rehabilitering, individuell plan og koordinator .

Koordinerende enhet for habilitering og rehabilitering (KE) i Helse Nord-Trøndelag HF har eksistert siden 2001, og består av ledere for Habiliteringstjenesten for voksne, Habiliteringstjenesten for barn og unge og Avdeling for fysikalsk medisin og rehabilitering. De har mandat til å representere sine klinikker, henholdsvis psykiatrisk klinikk, barn- og familieklinikken og rehabiliteringsklinikken. I tillegg er det etablert kontaktpersoner fra medisinsk og kirurgisk klinikk ved begge sykehusene. KE har en 20 % stillingsressurs som brukes til sekretær/kontaktpersonfunksjon. Sekretær i KE møter i regional koordinerende enhet (RKE), som består av kontaktperson fra hver av de tre HF 'ene i Helse Midt-Norge. De

regionale koordinerende enhetene har igjen nasjonale møter, og har kontakt inn mot Helsedirektoratet.

Det er ulik organisering av Koordinerende enhet (KE) fra kommune til kommune. Noen kommuner har organisert sitt KE inn i brukerkontor, andre har KE som en selvstendig enhet og andre igjen har en person som skal ivareta både funksjonen Koordinerende enhet og re-/habiliteringskoordinator på individnivå. For de kommunene som har etablerte koordinerende enheter, er det for de fleste internt organisert på en slik måte at det favner målgruppen for tjenesteavtale 2. Av Nord-Trøndelags kommuner samt Bindal og Osen, er det 8 kommuner som har en synlig link på nett til kommunens koordinerende enhet.

Det må gjøres et betydelig arbeid for å gjøre ansvarsfordeling mellom koordinerende enheter og koordinatorene kjent både internt, og på tvers av behandlingsnivå

## 4 Lokalmedisinske tjenester – forebyggende tiltak og alternativ til innleggelse i sykehus

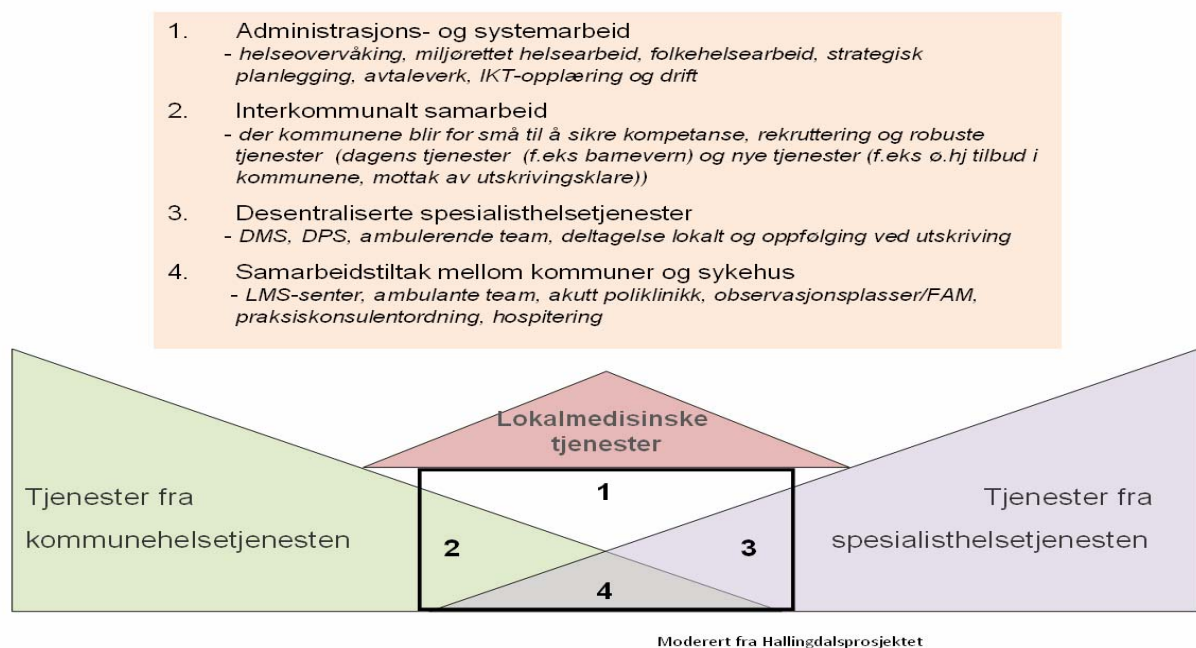
Kapitlet omfatter virksomhet, samarbeid og tiltak som kan inngå i lokalmedisinske tjenester, og som kan bidra til å forebygge innleggelser i sykehus

### 4.1 Hva er de lokalmedisinske tjenester

Kort oppsummering

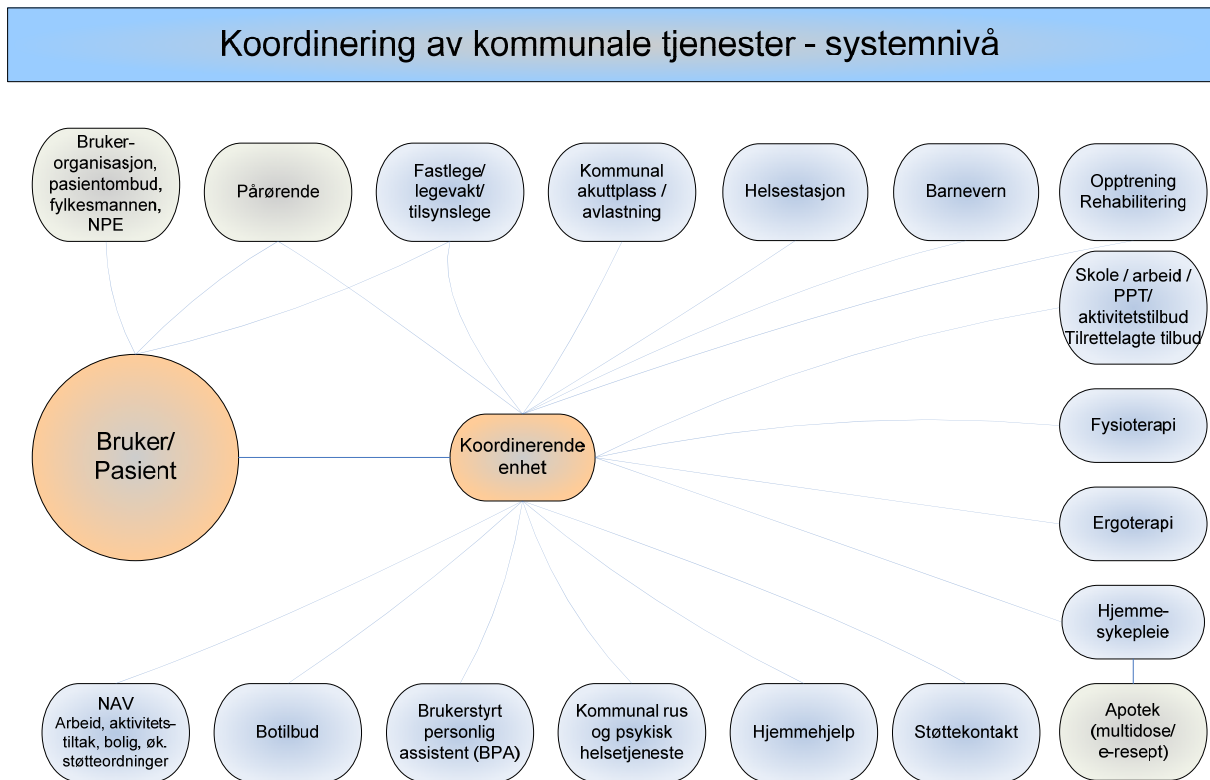
- Lokalt hastetilbud i kommunen. (sykehjem/forsterket hjemmetjeneste) Pasienter/brukere med funksjonssvikt og avklart diagnose og behandling
- Observasjons plasser - Legevakt/Felles akuttmottak (FAM) Pasienter/brukere med uavklart diagnose med fare for å trenge rask behandling - f.eks. smerter i brystet, magesmerter
- Akuttpoliklinikk. I spesialisthelsetjenesten. Utvidet tilbud/åpningstid, mandat til timereservasjon påfølgende dag.
- Systematisk oppfølging etter utskriving (rehabilitering) - hjemme eller ved interimopphold. Redusere reinnleggelser i sykehus og behov for kommunale tjenester
- Rådgiving fra spesialisthelsetjenesten, når kommunehelsetjenesten har behov for tilførsel av kompetanse.
- Forebygging/rehabilitering. Årlig besøk til alle over 75 år , evt. 79 år- rehabilitering Utredning ved NTNU har vist at et hastetilbud, interimplasser og plasser for forebyggende rehabilitering krever mange av de samme fasilitetene, samme kompetanse og bemanningsfaktor, og kan med fordel organiseres og samlokaliseres og slik bli mer robuste og gjennomførbart i mindre kommuner, evt. i lokalt samarbeid

Figur 5



Kommunale tjenester omfatter både legetjenester, samt pleie og omsorg, og en rekke andre tiltak for å ivareta pasientens/brukerens ulike behov . NAV og apotek er viktige støttespillere for en del /er/brukere med behov for koordinerte tjenester.

Figur 6



## 4.2 Hvordan fange opp forverring av kronisk sykdom tidligere

Hvilke tiltak som skal velges når pasienter/brukere viser tegn til å bli dårligere kan være vanskelig å vurdere, både ved forverring av kronisk lidelse, samt når det tilkommer annen sykdom som reduserer funksjonsnivået i en slik grad at medikasjon alene ikke er tilstrekkelige tiltak.

I tidlig fase er symptomer lite spesifikke og tilstanden kan raskt endre seg - både til det verre og til det bedre. Utgangspunktet kan være et hjemmebesøk eller en pasient/bruker som blir akutt dårlig på et fremmed sted. I vanskelige situasjoner er det derfor avgjørende med mulighet til å konferere med relevant kompetanse og kjennskap til alternative lokale tiltak. Telefon, evt. nødsamband, og muntlig formidling er det mest fleksible og effektive i slike sammenhenger.

Det vanligste har vært at hjemmetjenesten har kontaktet legevakten, men LV-sentral og legevakt har mange ganger ikke annen informasjonstilgang enn det pasienten/brukeren og hjemmetjenesten kan fortelle.

Figur 7



Mange eldre og kronisk syke greier seg hjemme, men med små marginer. Vanlige sykdommer, forverring av grunnlidelsen, eller redusert mulighet for pleie tidligere gitt av pårørende kan raskt utløse stort hjelpebehov, og evt. behov for medisinsk behandling. Mange er også utsatt for en gradvis funksjonssvikt som ofte kan forebygges. Hjemmetjenestens dyktighet til å observere, samt mandat og kompetanse til å iverksette tiltak kan være avgjørende for det videre forløpet. Enkle observasjoner som registrering av pustefrekvens og PEF hos KOLS pasienter, samt regelmessig vektregistrering av hjertesviktpasienter vil kunne fange opp forverringer i et tidlig stadium, slik at en negativ utvikling av helsetilstanden kan snus før det blir nødvendig med innleggelse i sykehus.

I kommunehelsetjenesten er et bredt spekter av sykdommer representert, spredt i et lavt antall, og hver pasient/bruker har flere sykdommer. På bakgrunn av dette må prosedyrer og sjekklister i første rekke bygge på helsepersonellens basiskompetanse. Hyppige innleggelser av kronisk syke og eldre er belastende, og virker negativt på pasientens/brukerens helse over tid. I den grad individuelle diagnosespesifikke tiltak skal gjennomføres må det skje ved deltagelse og samarbeid med fastlege og evt. spesialisthelsetjenesten. Målet ved forverring er tidlig intervensjon, dvs. at hjemmetjenesten blir gitt mandat til å starte avtalt behandling ved forverring, og fortrinnsvis slik at fastlegen, eller spesialist/spesialavdeling, neste dag blir involvert og kan følge opp.

Det er forsøkt med hell i Trondheim at hjemmetjenesten får utarbeidet et triage-liknende skjema for individuelle pasienter/brukere av fastlege eller spesialist. Skjemaet forteller hva som skal observeres, hvor mye det haster og hvilke tiltak som er relevante. Førstevalg behandling for KOLS er mest utprøvd, og tilsvarende kan settes opp for hjertesvikt, astma, epilepsi, alvorlig psykisk sykdom og andre kronisk residiverende sykdommer. Individuelle skjema for «førstevalg behandling» må kunne legges i kjernejournalen, slik at siste oppdatert informasjon alltid er tilgjengelig for det helsepersonellet som blir kontaktet. Papirskjema hjemme hos pasienten/brukeren fungerer også godt, men krever avtale om hvordan parter skal informeres og oppdateres.

Tilgang til Helseportalen og kjernejournal vil kunne forbedre beslutningsgrunnlaget ved behov for ikke planlagte tjenester både for hjemmetjenestene og legevaktpersonell. Dette er elektroniske løsninger som det arbeides med, men som ikke er tilgjengelige ennå. Uavhengig av fremtidige elektroniske kommunikasjonsløsninger må det derfor utarbeides lokale prosedyrer for hvordan hjemmetjenesten skal forholde seg når pasienter/brukere blir dårligere - generelt og individuelt. Det omfatter å utarbeide rutiner for etablering av førstevalg behandling for individuelle pasienter/brukere, hvilke lokale hastetilbud som kan benyttes og av hvem, inklusive informasjon om dette til legevakten, avtale med spesialisthelsetjenesten om å kunne få konferere med relevant ekspertise (f.eks. bakvakt og spesialsykepleier), mulighet og mandat til å reservere time for pasienten/brukeren hos fastlegen eller ved akutt poliklinikk neste dag.

### 4.3 Valg av behandlingsnivå

Det er legevakslegen eller fastlegen som har mandat til å rekvirere bruk av hastetilbud i kommunen og innleggelse i sykehus med mindre annet er avtalt om individuelle pasienter/brukere (Nasjonal veileder om lovpålagte avtaler pkt. 5.3, 5.4 og 5.12). Rekvirerende lege skal fylle ut en Henvisning i begge situasjoner. Hjemmetjenesten varsles umiddelbart hvis de ikke allerede er informert, for å unngå unødvendige besøk og, for å kunne gi informasjon til sykehus, sykehjem eller evt. uttrykkende team om pasienter/brukere som mottar kommunale tjenester (Innleggelsesrapport). Hvis de kommunale tjenestene har felles journalsystem kan et notat med oppsummerende kunnskaper om pasienten/brukeren erstatte innleggelsesrapporten. For alle pasienter/brukere som mottar hjemmetjenester bør sykepleier og fastlege/legevakt diskutere alternativer til innleggelse i sykehus, i de tilfeller hvor det ikke er åpenlyst at innleggelse er nødvendig.

Det er av stor betydning hvilke lokale tilbud som finnes. En stor del av «unødvendige innleggelse» i sykehus har sammenheng med mangel på lokale hastetilbud og/eller mangel på informasjon om pasienten/brukeren. Det er en utfordring i å koordinere de lokalmedisinske tjenester til sømløse tjenester, særlig utenom på kveld, natt og helg når fastlege, brukerkontor og koordinatorene ikke er tilgjengelige.

Sammenslåing av legevakter i større ordninger har vært en ønsket utvikling, i samsvar med forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt fra Nasjonalt kompetansesenter for legevakts medisin. Denne utviklingen har imidlertid ført til at legevaktens kunnskaper om pasientene/brukerne og lokale tilbud parallelt er blitt mindre. Undersøkelser viser også at

mangel på informasjon kan føre til innleggelser som kunne vært unngått. Helseportalen Helsenorge.no og Kjernejournal vil kunne bli viktig i denne sammenhengen ikke bare som beslutningstøtte for den som har legevakt, men også for veiledning og rådgivning av pasienter/brukere som henvender seg til legevaktsentralen. Legevaktsamarbeidet bør i størst mulig grad falle sammen med organiseringen av andre lokalmedisinske tjenester - hastetilbudet i kommunene, observasjons plasser, ambulerende utrykningstjenester, akuttpoliklinikk, akuttmottak.

#### 4.4 Kommunalt hastetilbud

Et kommunalt hastetilbud består av to komplementære tilbud: Observasjons plasser for pasienter/brukere som evt. vil kunne trenge rask overføring til sykehus i form av akutt innleggelse, og et lokalt hastetilbud basert på innleggelse i sykehjem eller muligheten til umiddelbart å etablere et forsterket tilbud i hjemmet.

Observasjons plasser kan organiseres i et felles akuttmottak (FAM), dvs. der legevakt og sykehus har felles lokaler for mottak av øyeblikkelig hjelp. Observasjons plasser er også aktuelt i samband med store kommunale eller interkommunale legevaktsordninger. I Norge har lokale sykestuer tidligere hatt en funksjon som en kombinasjon av et lokalt hastetilbud og observasjons plasser, særlig i områder med lang transportveg til nærmeste sykehus. I sykehusnære områder har en i mindre grad hatt tradisjon for å etablere slike funksjoner. Observasjons plasser fordrer kontinuerlig tilsyn av sykepleier, samt hyppig legetilsyn uten ventetid. Det er i tillegg behov for tilgang til nødvendig utrustning for aktuell diagnostikk. Til forskjell fra et hastetilbud i sykehjem eller i hjemmet, omtalt over, omhandler observasjons plasser uavklarte symptomer som potensielt kan representere alvorlig sykdom som vil kunne kreve rask innleggelse og behandling. Dette egner seg for et samarbeid mellom mange kommuner og plassering nært sykehus eller i tett samarbeid med sykehus. Der avstandene er store kan det i nært samarbeid med spesialisthelsetjenesten være aktuelt å etablere observasjons plasser ved distrikts medisinske sentra. Flere forsøk med FAM og observasjonssenger viser at man kan redusere antallet innleggelser med et slikt tilbud. Oslo legevakt har 16 observasjonssenger.

En norsk undersøkelse fant at et tilbud om sykestue var assosiert med 40 % færre innleggelser i vanlig sykehus hvor det var lang avstand, behov for sykepleie og ønske om å være nær pårørende. Dette omfattet og fungerte også som et alternativ til reinnleggelser. Et lokalt hastetilbud gjelder pasienter/brukere med en akutt eller subakutt funksjonssvikt som skyldes forverring pga. akutt interkurrent sykdom (forbigående mildere sykdom som urinveisinfeksjon, influensa etc. evt. i tillegg til en hoveddiagnose) eller tilbakefall av kronisk sykdom. Forutsetningen er sikker diagnose som kan behandles med de fasilitetene som kommunehelsetjenesten har. Tilbudet gjelder også pasienter/brukere som uten vesentlig risiko kan observeres som f.eks. ved sterk svimmelhet, fall uten tegn til skade, feber, vannlatnings- og avføringsproblemer, etc. Lokalt hastetilbud i kommunen vil forhindre de påkjenningsene og helseskadene som gjentatt forflytting og transport kan påføre skrøpelige eldre og kronisk syke. I gjennomsnitt har flertallet av de aktuelle pasientene/brukerne 2-3 betydningsfulle/aktive diagnoser, og det er den akutte funksjonssvikten mer enn diagnosen(e) som er årsaken til innleggelse av mange pasienter/brukere. Samlet er funksjonssvikt anslått å gjelde 20 % av innleggelsene i medisinsk avdeling for

pasienter/brukere over 80 år. Det inkluderer også uavklarte akutte medisinske tilstander med funksjonssvikt som skal og må legges inn.

Når en ny episode oppstår (funksjonssvikt, forverrelse eller ny sykdom), vil hjemmesykepleier ofte være den første til å ta valg for hva som bør skje videre med pasienter/brukere som allerede har et kommunalt tilbud. Utarbeidelse av klare mandater og lokale retningslinjer for gir muligheter til tidlig intervensjon, evt. økt kommunal innsats og evt. oppfølging av fastlege.

Interims-/korttidsopphold i sykehjem etter sykehusopphold reduserer både antallet reinnleggelses og behovet for kommunale tjenester, og aller viktigst gir det økt overlevelse, Jfr Grimsmo. Om lag 1/3 av pasientene/brukerne som legges inn på sykehus blir re-innlagt i løpet av to måneder. Dette kan reduseres med en tredjedel, jfr. erfaringer fra Saupstad interimavdeling i Trondheim. Grunnlaget var en økt lege- og sykepleierbemanning som ble understøttet av tettere samarbeid med spesialisthelsetjenesten og kompetanseoverføring, men likevel til en kostnad som ligger godt under døgnprisen i sykehus og evt. prisen kommunene må betale for utskrivningsklare pasienter/brukere. Suksessen med interimavdelingen på Saupstad kan tilskrives flere forhold i tillegg til ressursøkningen. Oppholdet gav bedre tid til å legge til rette for tilbakeføring til hjemmet og man samarbeidet tett med pårørende. Et tredje forhold er at forskning viser at resultatene av rehabilitering er bedre jo nærmere hjemmet tilbudet blir gitt, og aller best hjemme. Det er derfor et viktig at når man planlegger en interimavdeling i felleskap mellom flere kommuner at man vet at man lokalt kan ivareta det som har vært suksessfaktorene ved Saupstad.

#### **4.5 Flytting av kompetanse som alternativ til flytting av pasient**

Det blir hevdet at innleggelses kunne vært unngått om primærhelsetjenesten i en del tilfeller kunne tilby pasienter/brukere samtale og undersøkelse hos spesialist samme eller neste dag. Da dreier det seg om å skape trygghet. Spesielt gjelder det kronisk tilbakevendende somatiske sykdommer og psykiatri. Poliklinisk undersøkelse kan også være tilstrekkelig og av og til beste løsning, og slik forhindre unødvendig innleggelse. Mange sykehusavdelinger har et dårlig utbygd poliklinisk akuttilbud, selv innenfor normal arbeidstid. Tilbud om akuttpoliklinikk bør inngå i avtalene mellom kommunene og spesialisthelsetjenesten. Det kan handle om endret eller utvidet åpningstid, generell akuttpoliklinikk tilknyttet f.eks. en observasjonsavdeling, et sykepleiebasert poliklinikktilbud (f.eks. for hjertesvikt, ved lindrende behandling), samt et system og et mandat for å kunne melde at en pasient/bruker kommer når poliklinikken åpner. Krav om henvisning må gjelde og hvis henvisende lege kunne rekvirere prøver i samme anledning, vil det spare tid.

Ved et interkommunalt samarbeid vil det i større grad kunne bli annet helsepersonell enn kommunens egne som får ansvaret for tilbakeføringen. Det blir også større avstand praktisk og psykologisk i forhold til pårørende. Prosjektet "*Helhetlig pasientforløp i hjemmet*" har vist at systematisk oppfølging av pasientene/brukerne også er gjennomførbart hjemme. Faglig er det mye som taler for å finne lokale samarbeidsløsninger hvor man i størst mulig grad kan etablere rehabiliteringsplasser så desentralisert som mulig. HOD sa det samme i høringen om en Nasjonal helse og omsorgsplan. "Spesielt er det viktig at pasienter/brukere som bør få et rehabiliteringstilbud i nær tilknytning til hjemmet, eller som har stort behov for tverrfaglig oppfølging over tid, får tilbud i kommunen."



Det er holdepunkter for at etablering av øyeblikkelig hjelp og rehabiliteringstilbud er med på å styrke både kompetanse og kapasitet i pleie- og omsorgstjenesten lokalt og vil derfor ikke fortrenger andre behov, men heller bedre tilgangen til kvalifisert personell i kommunene. Lindrende behandling er krevende både faglig og ressursmessig og foregår både i sykehusavdelinger, sykehjem og i hjemmet. I kommunal sammenheng blir det ofte en form for delt omsorg hvor spesialisthelsetjenesten deltar med veiledning. Internasjonale undersøkelser har vist at de fleste pasienter/brukere i en palliativ situasjon ønsker å tilbringe så mye tid som mulig i hjemmet, og at over halvparten ønsker å dø der. Det er derfor viktig at kommunene med støtte fra spesialisthelsetjenesten i størst mulig grad greier å påta seg denne oppgaven.

#### **4.6 Forebyggende tiltak**

Forebyggende hjemmebesøk til alle over 79 år en gang per år gjennomføres i enkelte kommuner. Ambulerende innsatsteam bestående av fysioterapeut og ergoterapeut gjennomfører undersøkelse, og følger opp funn med tiltak i hjemmet, tilbud om gruppetrening m.m. Hovedhensikten er å fange opp personer med et gradvis langsomt funksjonsfall. Ambulerende innsatsteam kobles også inn når hjemmetjenesten eller fastlege eller andre ser at det er behov for tiltak pga. redusert funksjon. Forskning viser at rehabilitering i første rekke ved fysisk trening har en gjennomgripende effekt på funksjonsevnen. Pasienter/brukere som får en gradvis funksjonssvikt tilhører ikke noen bestemt diagnose eller diagnosegruppe, men kan bli "rekruttert" fra alle sykdomsforløp eller være bare relatert til alder alene uten noe påvisbar underliggende kronisk sykdom. I internasjonal litteratur blir begrepet "frail patients" brukt. "Kardinalsymptomet" på multifunksjonssvikt er svekket muskelkraft og som også brukes diagnostisk. Basert på amerikanske studier utgjør pasienter/brukere med generell funksjonssvikt om lag 7 % av de over 65 år, og 25 – 40 % for gruppen over 80 år, som også stemmer godt med tall fra Norge over hvor mange som mottar hjemmetjenester. Tidlig intervensjon mot underernæring hos eldre vil også bidra til å opprettholde muskelkraft og funksjonsnivå.

Yngre pasienter/brukere med behov for koordinerte helsetjenester forventes ha en oppfølging som avdekker funksjonssvikt. Hos de eldre vil endringer skje langsomt, inntil hjelpebehov utløses.

## 5 Innleggelse

Mens pasientforløpet ved utskriving følger en standardisert plan, vil forløpet når pasienten/brukeren blir akutt syk eller dårligere være mindre forutsigbart. Det vil kunne involvere helsepersonell som heller ikke kjenner pasienten/brukeren eller tjenestene denne mottar.

### 5.1 Hvem legger pasienter/brukere inn i sykehus, og hvor innlegges de fra

Grovt sett forteller statistikk at om lag halvparten av innleggelsene i sykehus er det spesialisthelsetjenesten selv som står for, etter at pasienten/brukeren først er blitt undersøkt poliklinisk. Den andre halvparten innlegges av kommunehelsetjenesten, og det er hovedsakelig øyeblikkelig hjelp. Legevaktsentralen og legevakten er formelt underlagt kommunene og det er legevaktslegen som står for 70 til 80 % av kommunenes "forbruk"/halvpart av døgnplasser i sykehus. Bare en liten andel legges inn av fastlegen. Med samhandlingsreformen blir derfor legevaktordningen helt sentral i kommunenes muligheter til å påvirke pasientforløp og bruk av lokale tjenester. Det er ulike ordninger for legevakt, hvor enkelte områder har interkommunale løsninger på ulike deler av døgnet, og hvor enkelte også har daglegevakt. For å sikre best mulig oppfølging bør en tilstrebe at pasienten/brukeren vurderes hos sin fastlege, eller i det minste ved fastlegens kontor hvor, i den grad dette er mulig. Dette for å sikre at beslutninger om tiltak tas på grunnlag av best tilgjengelig informasjon.

Legevakt vil ha begrensede opplysninger om pasientens/brukerens helse, og lokale alternative tiltak til innleggelse i sykehus. På kveld, natt og helg er det større sjanser for at hjemmetjenesten ikke har god kjennskap til pasienten/brukeren. Innleggelse vil ofte skje uten at hjemmetjenesten er informert, eller at innleggende lege kjenner til at pasienten har hjemmetjenester. Ved akutte innleggelse av pasienter/brukere som allerede mottar sammensatte helsetjenester vil ofte spesialisthelsetjenesten kunne bidra med medisinske opplysninger til legevaktslegen når denne ikke kjenner pasienten/brukeren godt fra tidligere. Konferanse mellom legevaktslege med vakthavende lege ved aktuell sykehusavdeling vil kunne bidra til å avklare hvilket nivå av helsetjenester pasienten/brukeren har behov for. For pasienter/brukere med kommunale tjenester vil pleiere/ansatte i kommunen kunne gi informasjon om endringer i pasientens funksjonsnivå. Denne informasjon kan være svært viktig både mtp diagnose, behandling og pleiebehov.

Ved 68% av alle innleggelse på norske sykehus kommer pasienten/brukeren fra eget hjem, uten tidligere kommunale tjenester. Kun 14% av innleggelse gjelder for pasienter som mottar kommunale tjenester i eget hjem eller i institusjon. Tiltak som forsterker kommunale tjenester før pasienten/brukeren innlegges vil ha en begrenset effekt, med størst bedringspotensiale for pasienter/brukere som har hyppige innleggelse. Kommunale tiltak for å ta imot utskrivningsklare pasienter tidligere, uten at det skaper reinnleggelse, vil ivareta flere pasienter innlagt på sykehus.

## 5.2 Pasient/bruker medvirkning

Pasientens/brukerens autonomi må respekteres ved innleggelser, med unntak for de aktuelle paragrafer i Lov om psykisk helsevern. Pasienten/brukeren har fritt sykehusvalg, såfremt det ikke er behov for akutt innleggelse. En del pasienter/brukere i livets slutfase vil ha sterkt ønske om å unngå innleggelse, selv om det er et klart medisinsk behov, og kommunal helsetjeneste må etterstrebe å oppfylle slike ønsker.

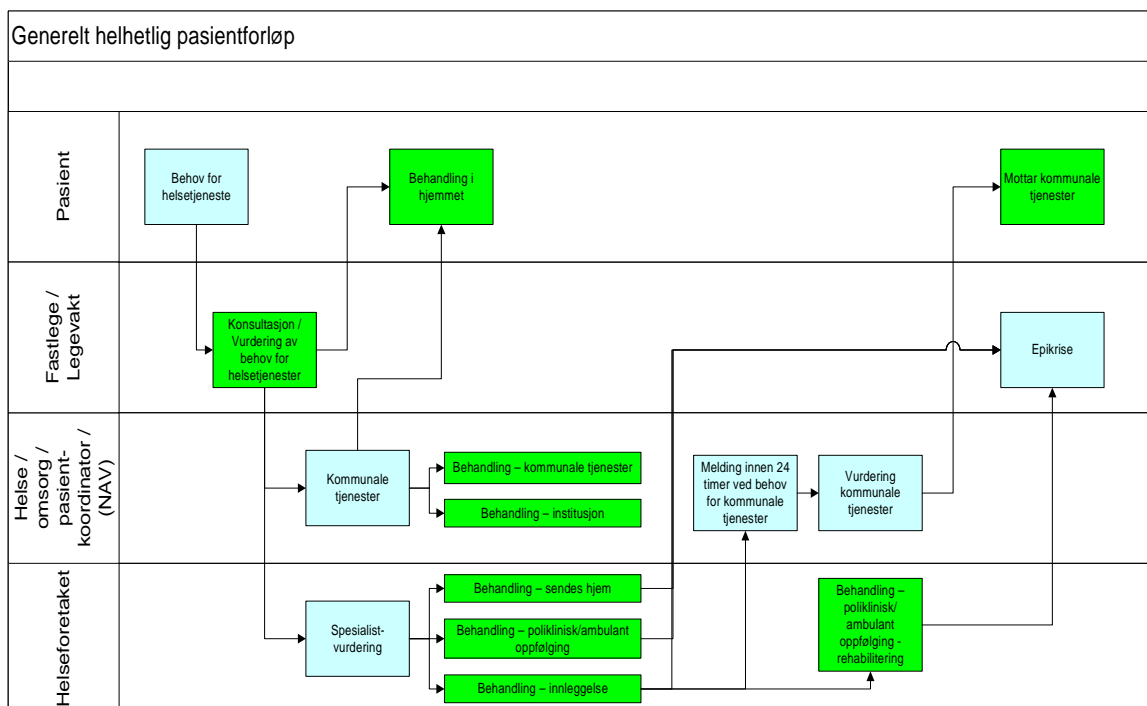
Tradisjonelt har brukermedvirkning stått svakt i spesialisthelsetjenesten, hvor de fleste beslutninger er tatt før pasienten/brukeren får vitittgang. Særlig for pasienter/brukere med sammensatte behov vil det være behov for økt brukermedvirkning under innleggelse. Enten i form av pasienten/brukeren selv, eller også med hjelp fra kommunens koordinerende enhet.

Pårørende må ivaretas på en god måte i de ulike faser av forløpet. De må gis informasjon om plan for videre utredning og behandling. Det må gis generell informasjon når bruker ikke vil at pårørende skal informeres. I fagområdene rus og psykiatri vil pasienter/brukere ofte frabe seg at pårørende får full innsikt i behandling og behandlingsplan. Pårørende vil oftest være en meget verdifull ressurs både før, under og etter innleggelse. Pårørende er meget viktige ved innleggelser av barn, og særlig der det foreligger behov for habiliteringstjenester.

## 5.3 Hovedelementer i pasientforløp ved uplanlagte behov for helsetjenester

Figur 8 viser hvem som er hovedaktører og alternative tiltak. Det er i første rekke brukere som allerede mottar kommunale tjenester som blir belyst her i figuren.

Figur 8



Hovedelementer i pasientforløp ved uplanlagte behov for helsetjenester: Pasienten/brukeren føler behov for helsehjelp, og tar kontakt med fastlege/legevakt/113. For pasienter/brukere som allerede mottar hjemmebaserte kommunale tjenester vil hjemmesykepleier oppdage funksjonssvikt eller forverring av helsetilstanden. De kan følge tiltaksplan/førstevalg behandling/kriseplan.

#### 5.4 Alternativer til innleggelse

Tettere oppfølging hjemme kan suppleres med at fastlege eller legevakt kontaktes. Disse har flere opsjoner: Medisinske tiltak i hjemmet i tillegg til forsterket hjemmetjeneste, senere bare tett oppfølging av fastlegen, kommunalt ø.hj. tilbud, eller plass i sykehjem. Fastlege og legevakt kan benytte de samme alternativene for pasienter/brukere som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester

Tiltak som akutt poliklinikk, observasjons plasser/Felles Akutt Mottak og innleggelse i sykehus involverer spesialisthelsetjenesten. Vurderingssamtaler ved en psykiatrisk poliklinikk som kjenner pasienten/brukeren over kanskje flere ti-år vil gi et langt bedre beslutningsgrunnlag mtp frivillig innleggelse, enn en samtale med legevakslege som ikke kjenner pasienten/brukeren, og ikke har journalopplysninger tilgjengelig. Ved langsomme forverringer hos pasienter/brukere med svært sammensatte og kompliserte medisinske behov vil vurdering av pasientens/brukerens behov for tiltak i felleskap mellom spesialisthelsetjeneste og kommunehelsetjeneste være nødvendig for å gi riktig behandling. Kjennskap til hverandres tjenestetilbud og arbeidsmetoder på tvers av behandlingsnivå vil redusere urealistiske forventninger, og bedre samarbeidet.

#### 5.5 Informasjonsutveksling ved innleggelse i sykehus

Hjemmetjenesten bør helst varsles umiddelbart ved innleggelse for å unngå unødvendige besøk eller bekymringer og evt. for å kunne gi informasjonen om pasienter/brukere som mottar kommunale tjenester (Innleggelsesrapport).

Dialogmeldinger skal kunne sendes elektronisk mellom fastleger, kommuner, sykehus og legevakt. Ennå har ikke alle tatt i bruk disse, men de tekniske løsningene er bebudet å være på plass i løpet av 2013.

Det kan være behov for en betydelig informasjonsutveksling ved innleggelse i sykehus. Både sykehus og kommunehelsetjenesten bruker mye tid i telefonen på å finne de som kan svare, og gi nødvendig informasjon. Elektronisk meldingsutveksling i form av Dialogmeldinger vil gjøre dette lettere for begge parter (Forespørsel/svar på spørsmål, eller Forespørsel om status/plan for utskriving, og svar med Helseopplysninger ved søknad). Fastlegen bør også varsles om innleggelse tidlig, gjerne som kopi av meldingen til pleie- og omsorg. Fastlegen kan ha nyere nødvendig informasjon som innleggende lege ikke har kjent til og som fastlegen må vurdere skal sendes sykehuset (Medisinske opplysninger).

For pasienter/brukere som omfattes av tjenesteavtale 2 vil det i tillegg være utfordringer med koordinering av tjeneste innad i sykehuset. Under innleggelse vil det ofte være behov for tilsyn fra ulike spesialiteter, samt rekvirering av ulike medisinske undersøkelser som kan kreve spesielle tiltak før de kan gjennomføres. Et eksempel kan være behovet for sedasjon

ved MR , eller koordinering av andre undersøkelser ved tannbehandling under sedasjon, andre eksempler er fysioterapi, ergoterapi, billeddiagnostikk m.m.

## 6 Utskrivning

Pasientforløpet ved utskrivning av pasienter/brukere som bor hjemme og som trenger kommunale tjenester er basert på at det blir inngått en detaljert avtale om innhold, oppgaver og gjennomføring mellom sykehus og samarbeidende kommuner. Figur 1 illustrerer hovedelementene som må inngå i avtalene knyttet til pasientforløpet ved utskrivning fra sykehus. Hovedelementene i en strukturert utskrivingsprosess ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks beskrives prosedyrer og sjekklister tilpasset lokale forhold. Utskrivingsforløpet starter med tidlig varslings om at pasienten/brukeren er innlagt (Melding om innlagt pasient/bruker). Varsel sendes så tidlig som mulig også for de som ikke har kommunale tjenester, men vil trenge slike tjenester etter utskrivelse. Forskriften om utskrivningsklare pasienter/brukere stiller krav om at melding om innleggelse, pasientens/brukerens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt blir sendt kommunen innen 24 timer.

### 6.1 Utskrivningsklar pasient/bruker, men er kommunen klar til å ta imot

Det er sykehuset som bestemmer når en pasient/bruker er utskrivningsklar, etter egen forskrift. Likevel er det viktig at sykehus og kommune har drøftet og blitt enig om hvilke kriterier som skal legges til grunn, og at innholdet i tjenesteavtalene må nedfelles i prosedyrer og sjekklister for om en pasient/bruker er utskrivningsklar. Informasjon om at prosedyrer er oppfylt må kunne etterspørres når melding om utskrivelse sendes - f.eks. om hjelpemidler er skaffet/bestilt, om det er gjort en funksjonsvurdering, om endring av legemidler er grunnlagt, om avtalte tidsfrister for ankomst til kommunen og levering av foreløpig epikrise/sykepleiersammenfatning vil bli overholdt, mm. Likeledes må sjekklisten fortelle hva som skal forberedes i kommunen før hjemkomst. Pasientens/brukerens medvirkning bør søkes ivaretatt i prosessen ved utskrivning. De kan gi utfordringer å kommunisere godt overfor brukeren at ønsker om forventninger ikke alltid kan imøtekommes.

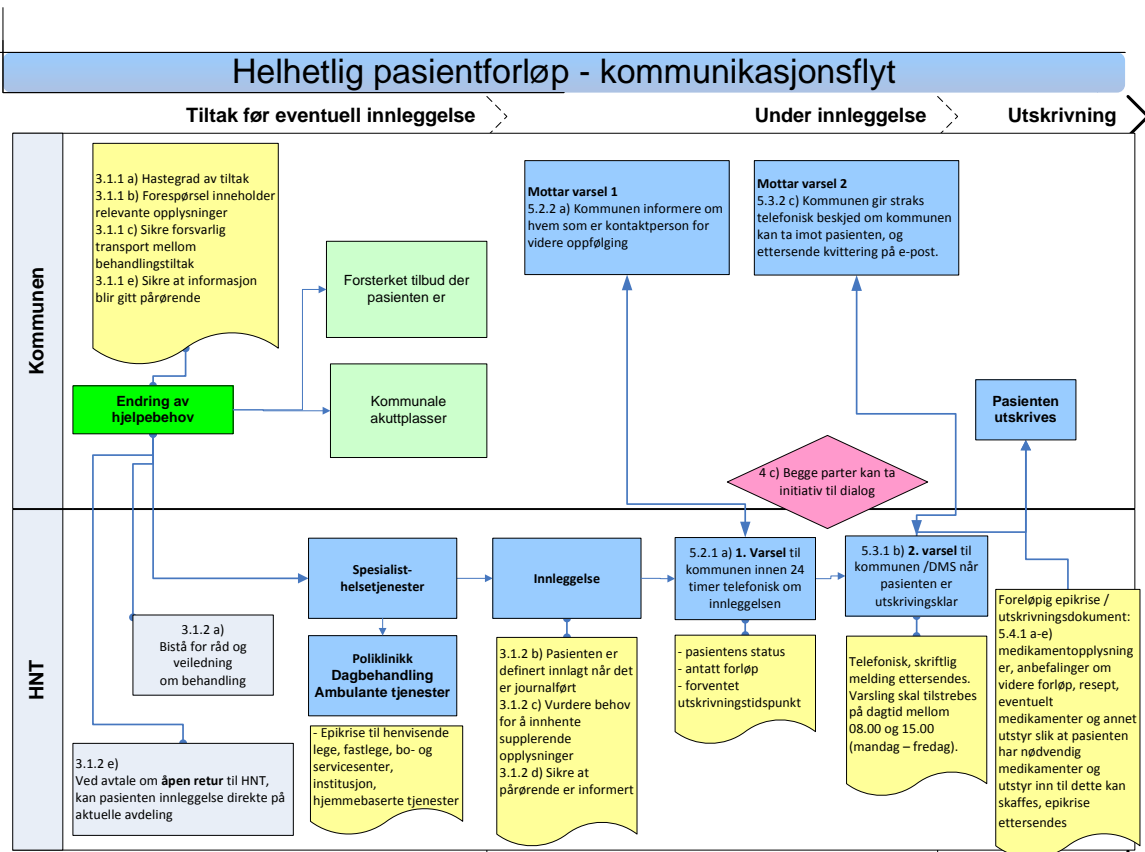
### 6.2 Kommunikasjonsflyt før, under og etter innleggelser

Alle kommuner skal ha organisert seg med en meldingsmottaker som koordinerer henvendelser fra sykehus. Slik det fremgår av figuren vil noen kommuner ha bestillerkontor/utførerkontor som får Meldingen om utskrivningsklar pasient/bruker og Helseopplysninger ved søknad. Det skal være et telefonnummer for sykehuset inn til kommunens enhet. I vertskommuner for sykehus kan det foreligge avtale om regelmessige møter mellom sykehus og kommune. For andre kommuner må det utarbeides informasjonsprosedyrer som ivaretar det samme uten fysisk møte. Her kan videokonferanse eller telefonkonferanse være alternativer. Alle kommuner skal kunne få motta Melding om utskrevet pasient/bruker, og Utskrivningsrapport utreisedagen. Elektronisk Epikrise sendes alltid til fastlegen med mindre pasienten/brukeren motsetter seg det. Fastlegen er pliktig til å legge til rette for allmennlegetjenester etter opphold i institusjon. Ved behov for tjenester ved utskrivning skal fastlegen varsles på forhånd (Jf. fastlegeforskriften § 14 og Helsepersonelloven § 45).

Det anbefales at epikrise sendes direkte til sykehjem eller hjemmesykepleien, hvis pasienten/brukeren mottar slike tjenester etter utskrivelse. Det er få kommuner hvor det er gode prosedyrer på at fastleger alltid oversender epikriser til kommunale tjenester.

Kommunikasjonsflyt før, under og etter innleggelser kan illustreres som i figur 9.

Figur 9



Mange pasientforløp vil i virkeligheten bli annerledes enn det som er planlagt. For eksempel kan pasienter/brukere bli innlagt på nytt etter noen dager. Det strukturerte forløpet representerer en kvalitetssikring av hva som skal gjennomføres for alle pasienter/brukere som utskrives og som skal motta kommunale tjenester. Helt sentralt er også en avtale om flyten av informasjon. Det er i første rekke mottaker som må få bestemme hva som er nødvendig informasjon. Ved utskrivning er det kommunen. Specialisthelsetjenesten skal gi anbefalinger for videre oppfølging av pasienten/brukeren. Kravene til å kunne melde en pasient/bruker som Utskrivningsklar er nedfelt i Forskrift om utskrivningsklare pasienter.

### 6.3 Kommunale tiltak etter utskrivelse

Det er kommunen som bestemmer omfanget tjenester pasienten/brukeren skal ha. Det er også kommunen selv som skal vurdere om dette tilbudet er forsvarlig. Det er to hovedveier for de kommunale tiltak, enten direkte oppfølging hjemme eller først et interimopphold i institusjon. Det siste gjerne ved behov for mer tid til planlegging for pasienter/brukere med vesentlig endring i helsetilstand, for å redusere risiko for reinnleggelser

Alle pasienter/brukere som skal ha kommunale tjenester etter utskriving skal ha et besøk av oppnevnt koordinator innen tre dager etter at de er kommet hjem. Det bør lages prosedyrer og sjekklister for en strukturert gjennomgang av medikasjon, behov for hjelpemidler, observasjon og vurdering av pasientens/brukerens fysiske og psykiske tilstand, mestringsevne, sosialt nettverk og behov for forebygging og rehabilitering (Nasjonal veileder om lovpålagte avtaler pkt. 5.2). Sjekklisten bør også omhandle spørsmål om videre oppfølging, dokumentasjon i EPJ og eventuelt føring av hjemmejournal.

For enkelte diagnoser bør man forsøke å få til en avtale med sykehuset om at helsepersonell ved avdelingen der pasienten/brukeren har vært ved en førstegangsinnleggelse eller ved vesentlig endring, deltar i planleggingen knyttet dette besøket innen tre dager. Det gjelder diagnoser hvor det erfaringsvis er stor sjanse for reinnleggelser innen kort tid eller hvor rehabilitering er spesielt viktig (f.eks. KOLS, hjertesvikt, slag, alvorlig psykisk lidelse/rusproblem og andre alvorlige sykdommer).

Jfr. Grimsmo v/NTNU har det blitt dokumentert effekt i av oppfølging fra spesialisthelsetjenesten, når det har vært oppmøte i kommunen innen 48 timer etter utskriving. Behovet og dokumentasjonen gjelder først og fremst pasienter/brukere som har vært innlagt første gang for en kronisk sykdom. Det fremheves som viktig er at pasient/bruker og evt. pårørende deltar sammen med kommunen i hele eller deler av slike samtaler med spesialisthelsetjenesten.

En fulltids fastlege har i gjennomsnitt 15-18 pasienter/brukere på sin liste som mottar hjemmetjenester, jfr. Grimsmo NTNU, men det er store variasjoner. For pasienter/brukere som mottar kommunale tjenester bør det bestilles time hos fastlegen 14 dager etter utskriving, som et ledd i forberedelsene til hjemkomst. Hjemmetjenesten må lage en rutine for bestilling av time hos fastlege, samt vurdere sammen med fastlege om pasienten/brukeren kan møte selv, evt. med avtalt følge, eller om fastlegen må komme i sykebesøk. Avtale om dette kan hjemles i fastlegeforskriftens § 20 og § 25, og det bør lages kriterier som følges (Nasjonal veileder om lovpålagte avtaler pkt. 5.2).

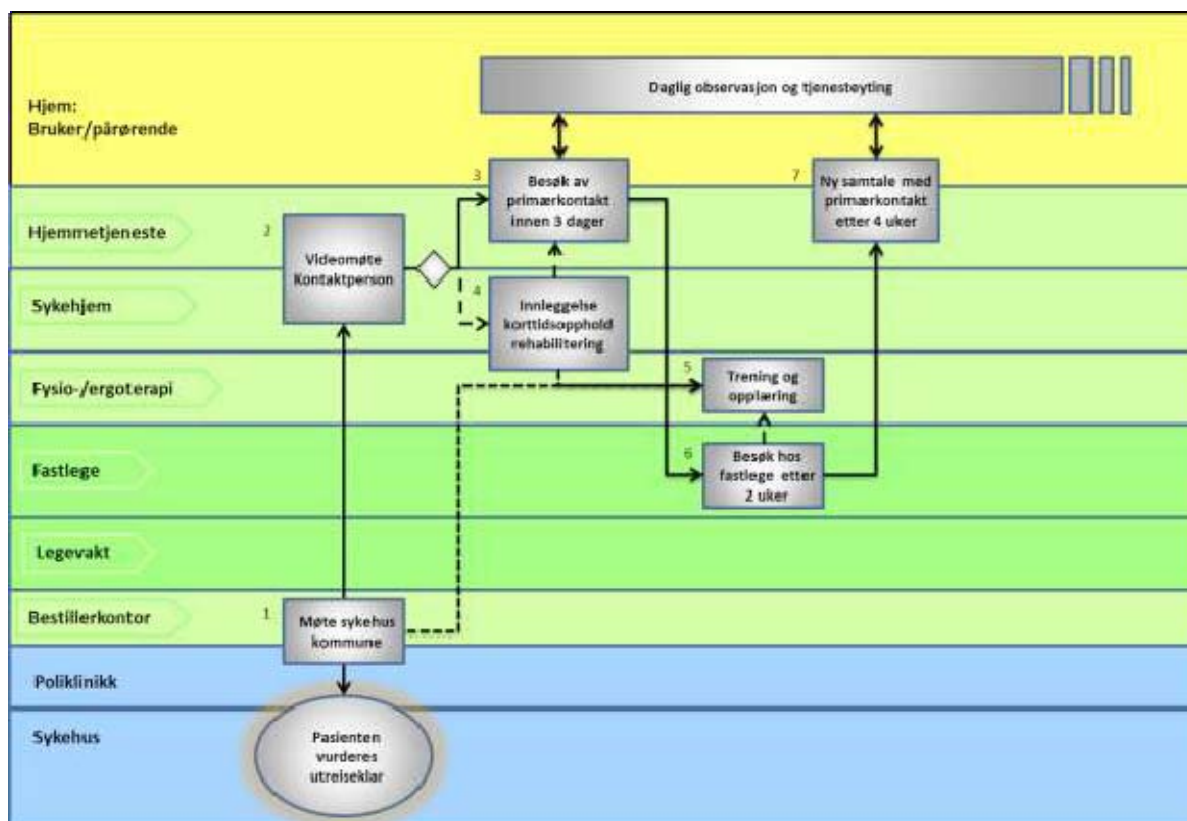
Epikrise fra Sykehuset, samt informasjon om utfordringer som hjemmetjenesten observerer etter utskrivelse må sendes til fastlegen før konsultasjon/sykebesøk. Fastlegen vil gjennomgå endringer av legemidler, vurdering av effekt og bivirkninger etter tiltak startet under innleggelse, rehabiliteringsbehov, og planlegge videre oppfølging

Til bestilling av time hos fastlege kan elektronisk melding Forespørsel om time benyttes. Informasjon om pasienten/brukeren sendes med meldingen Helseopplysninger til lege (forespørsel, svar, orientering). Etter besøket sender legen meldingen Medisinske opplysninger til hjemmetjenesten. De samme meldingene benyttes også ved senere konsultasjoner eller hjemmebesøk.



Figur 10

Pasienten/brukeren meldes utskrivningsklar og informasjon utveksles (1 og 2). Hjemmetjenester etableres (3), evt. først etter et interimopphold (4). Etter 14 dager skal alle med kommunalt tilbud besøke eller få besøk av fastlegen (6). Evt. trening og opplæring som er startet vurderes kontinuert (5). Det hele blir evaluert etter 4 uker (7).



Fire uker etter at pasienten/brukeren er kommet hjem skal coordinator eller primærkontakt gjennomføre en relativt omfattende vurdering og evaluering av pasientens/brukerens livssituasjon og effekt av de iverksatte tiltakene. Det anbefales å sette av inntil 2 timer til samtalen med pasienten/brukeren.

Tid kan innspares hvis man innordner det slik at primærkontakt begynner å kartlegge bruker med tanke på fireukerssamtalen allerede fra dag én. Den som skal foreta besøket og gjennomgangen skal ha fått opplæring i dette. Prosedyrer og sjekklister for samtalen skal omhandle en gjennomgang av pasientens/brukerens generelle helsetilstand, og opplegget for pågående medisinsk behandling knyttet til pasientens/brukerens diagnoser. Deretter vurderes pasientens/brukerens kognitive tilstand og sikkerheten rundt pasienten/brukeren. Videre inngår vurdering av sosial situasjon, mestringsevne og funksjonsevne/ADL. Er brukers tjenestebehov i samsvar med eksisterende vedtak, eller har bruker behov for nye vedtak? Revurdering skal utføres etter behov, eller minimum hver 6 måned. Tidspunktet noteres. Samtalen skal dokumenteres i pasientens/brukerens journal og eventuelle saksforberedelse for nye vedtak startes samtidig. Informasjon om evt. vedtak sendes fastlegen med meldingen Orientering om

tjenestetilbud fra kommunen. Ved behov for bestilling av time til ny vurdering av fastlegen brukes meldingene Forespørsel om time og Helseopplysninger til lege. Ved behov for oppklarende spørsmål eller å gi mindre beskjeder til legen kan man benytte meldingen Forespørsel og svar på forespørsel

For brukere med behov for sammensatte og koordinerte tjenester vil det etter en innleggelse i sykehus være naturlig å revurdere behovet for organisering av ansvarsgruppe samt individuell plan, for de som ikke allerede har dette. For brukere med disse tiltak iverksatt fra tidligere, vil det etter innleggelse være naturlig å evaluere selvhjelpsplan/kriseplan/førstevalg behandling som del av individuell plan. Ved hyppige innleggelser bør det vurderes om spesialisthelsetjenesten skal delta med kompetanse og veiledning i ansvarsgruppe, i tillegg til rådgivning ved behov.

Eventuelle prosedyrer/sjekklistene knyttet til fastlegenes arbeid bør være kvalitetssikret og forankret i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)/Allmennlegeutvalget (ALU), slik at kommunens fastleger opplever dette verktøyet som sitt eget.

## 7 Hvordan sikre et helhetlig pasientforløp - anbefalte tiltak og oppsummering

Her følger en oppsummering av innholdet i dokumentet, med anbefalte tiltak.

### 7.1 Koordinering av tjenesten

God intern koordinering av tjenester i kommuner og foretak er grunnleggende for å kunne etablere sømløse koordinerte tjenester på tvers av tjenestenivå. Opplæring og oppnevning av koordinatorene både i helseforetak og kommuner, uavhengig av individuell plan, vil gi mer koordinerte tjenester. Pasienter/brukere etterspør en veileder som kan gi råd i forhold til behov, muligheter og rettigheter til tjenester. Fastlegene har en koordinerende rolle i forhold til utredning og behandling av den enkelte pasient/bruker, men har ikke kapasitet til å ivareta all koordinering av helse og omsorgstjenester for pasienter/brukere som omfattes av tjenesteavtale 2. Pasientansvarlig lege på sykehus vil være spesialisert i sitt fag, og kan ikke forventes ha god kunnskap om alle ulike helseplager og behov for helsetjenester som enkeltpasienter/-brukere kan ha. En styrking av koordinatorrollen, og god kommunikasjon mellom koordinatorene i helseforetak og kommune vil sammen med økt bruk av Individuell Plan være svært effektive og kostnadseffektive tiltak, med riktigere og mer sømløse tjenester for pasienten/brukeren.

Et tettere samarbeid mellom koordinator/koordinerende enhet i kommune og de som utfører de daglige tjenester hos pasienten/brukeren vil gi en økt fleksibilitet mtp tjenestebehov, og tidligere endring av tjenestetilbud. Sammen med Individuell Plan og tiltakskort vil dette gi grunnlag for tidligere intervensjon fra kommunehelsetjenesten. Kommunene bør kurse sine ansatte i å kjenne igjen forverring av utvalgte sykdommer med stort volum og hyppige forverring. Her vil kompetanseutvikling i samarbeid med helseforetaket være vesentlig. I kombinasjon med bedre utbygd kommunale øyeblikkelig hjelpsplasser vil flere pasienter/brukere da kunne få riktig behandling raskere i eller nærmere hjemmet i stedet for innleggelse i sykehus. God rutine for kommunikasjon mellom kommunehelsetjeneste, fastlege, botilbud og sykehjem/akutt-plasser er nødvendig for å unngå brudd i behandling og kommunikasjon ved overføringer mellom ulike kommunale behandlingsnivå. Arbeidsutvalget anbefaler at det utarbeides en tiltaksliste for fastleger/legevaksleger, som oppsummerer hvilke muligheter de ulike kommuner i vaktområdet har lokalt, som alternativ til innleggelse i sykehus. Sentralt i tiltakslisten er hvilke telefonnummer som gir kontakt med de ulike kommunale tjenester også på kveld, natt og helg.

### 7.2 Ved innleggelse/poliklinikk/ambulant virksomhet

Ved innleggelse eller annen henvisning til spesialisthelsetjenesten må tilstrekkelig informasjon følge pasienten/brukeren. Dette oppnås sjelden ved innleggelse fra legevakt, som ikke har informasjon om pasienten/brukeren fra tidligere. Her må det etableres gode rutiner for at kommunehelsetjeneste og fastleger blir mer tilgjengelige for sykehusene. Alle pasienter/brukere bør utstyres med telefonnummer med døgnberedskap direkte til riktig kontaktpunkt i kommunen. Det bør etableres telefonliste med direkte telefonnummer til alle fastleger ved sykehusenes akutt-mottak. Sykehusene bør snarest etablere mulighet for å benytte Dialogmeldinger over helsenettet. Det må antas at medikasjon endres mellom sykehusinnleggelser, og begrunnelse for endret medikasjon og annen behandling er

essensiell informasjon for at sykehuset skal kunne gi best mulig helsehjelp under innleggelse og ved utskriving.

### **7.3 Under sykehusopphold/poliklinikk/ambulant virksomhet**

Under sykehusopphold følges avtalefestet flyt av kommunikasjon mellom sykehus og kommune. Koordinatorer i kommune og på sykehus må etablere kontakt for planlegging av utskrivelse tidlig under oppholdet, slik at kommunen kan planlegge nødvendige tiltak og ytelser i tide før utskriving. Det må tydeliggjøres skriftlig hvem som har ansvar for planlegging og utførelse av hvilke tiltak.

### **7.4 Ved utskriving/poliklinikk/ambulant virksomhet**

Ved utskriving fra sykehus må pasienten/brukeren være tilstrekkelig ferdig behandlet, slik at kommunen er i stand til å ivareta den videre behandling. Epikrise må følge pasienten/brukeren ved utskriving til kommunal institusjon. Pasientinformasjon skal alltid følge pasienten/brukeren, og elektronisk epikrise med korrekt medikamentliste med faglig begrunnelse for alle seponeringer og ny medikasjon må kunne sendes fastlege og kommunehelsetjenesten samme dag som pasienten/brukeren utskrives. Epikrise bør inneholde plan for videre utredning, samt plan for håndtering av ny forverring der det er naturlig. Pasient/bruker eller kommunehelsetjenesten ansvarliggjøres for å bestille kontrolltime hos fastlege etter sykehusets anbefaling. Sykehuset bestiller selv videre planlagte undersøkelser i egen organisasjon, herunder også polikliniske konsultasjoner i egen avdeling, og evt. ved andre avdelinger, samt henvisning til spesialisert rehabilitering. Ved utskriving skal sykehusets koordinator og kommunens koordinator i fellesskap legge en plan for hvilke tiltak som skal iverksettes for at pasienten/brukeren skal få behandling i sitt nærmiljø, og unngå ny innleggelse, hvis dette er medisinsk forsvarlig. Pasienten/brukeren skal medvirke i beslutningsprosessen. En slik plan bør helst inn i epikrise, men kan alternativt synliggjøres i revidert utgave av Individuell Plan. Kopi av revidert plan eller varslings om evt oppstart av Individuell Plan må da sendes til de aktuelle tjenesteytere snarest.

### **7.5 Pasienter/brukere med hyppige innleggelser**

Det er et relativt høyt forbruk av sykehustjenester i Nord-Trøndelag, samt en høy andel av reinnleggelser. Hos pasienter/brukere med hyppige innleggelser, eller evt. reinnleggelser, vil det være naturlig å bruke ekstra ressurser under arbeidet med utskriving. Det bør søkes å kartlegge årsaker til hyppige innleggelser og reinnleggelser hos den enkelte pasient/bruker, for å kunne sette inn andre tiltak i en tidligere fase ved nye forverringer eller innleggelser.

Kartlegging av risikopasienter/-brukere med alvorlig sykdom, multiple sykdommer, høy alder og høy risiko for sykehusinnleggelser vil kunne gi grunnlag for tidligere intervensjon, gjerne i form av førstevalgsbehandling. En slik kartlegging vil også kunne avdekke risikofaktorer for fall og skader, forverringer i funksjonsnivå og evne til å ivareta hygiene og kosthold osv. Kartlegging vil gi grunnlag for forebyggende tiltak som: Økt tilsyn fra hjemmesykepleie, tilsyn fra ambulante team fra kommune eller sykehus, utbedringer av "feller" i hjemmet, anskaffelse av hjelpemidler, opphold ved kommunal rehabiliteringsplass, tettere oppfølging hos fastlege, henvisning til spesialisert rehabilitering, henvisning til elektiv innleggelse eller poliklinisk konsultasjon på sykehus m.m.

## 7.6 Videre arbeid med helhetlig pasientforløp

I arbeidet med utforming av helhetlig pasientforløp er det forsøkt å ta frem eksempler fra ulike diagnosespesifikke forløp, men samtidig holde fokus på det generelle helhetlige pasientforløp. Dokumentet er ment som et grunnlag for det videre arbeid med de ulike diagnosespesifikke forløp, eller forløp knyttet opp mot ulike funksjonsnedsettelse, livsfaser eller andre parametre. Målgruppen for tjenesteavtale 2 vil ofte ha flere diagnosespesifikke forløp parallelt, og disse vil sammen inngå i et helhetlig pasientforløp.

Det arbeides videre med å etablere en internett basert utgave av det helhetlige pasientforløp. Det skal legges ut på Helse Nord-Trøndelag HF sine nettsider, under samhandling. Verktøyet lages i EQS, som er helseforetakets elektroniske kvalitets system. Arbeidsutvalget anbefaler at kommunene etablerer lenker til dette verktøyet på sine egne sider, og at ASU ivaretar arbeidet med videre forbedringer og oppdateringer av verktøyet.

Målsetningen med helhetlig pasientforløp i EQS er å etablere et felles, lett tilgjengelig, og effektivt verktøy, som kan brukes av helsearbeidere i kommune og helseforetak som arbeider med pasienter/brukere som har behov for helhetlige og koordinerte tjenester.

## 8 Referanser

1. Samhandlingsreformen, St. Meld. nr 47 (2008-2009)
2. Nasjonal Helse og omsorgsplan St. meld. Nr. 16 (2010-2011)
3. "Veien fram til helhetlig pasientforløp", Grimsmo, A. versjon 9.1 05.01.2012  
<http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/samhandling/helhetlig-pasientforloep/Utvikling%20av%20pasientforloep%20stoettet%20av%20elektronisk%20samhandling.pdf>
4. "Helhetlig pasientforløp i hjemmet", Prosjektet "Samhandlingskjede for pasienter med kronisk sykdom", Norsk helsenett, <http://www.nhn.no/samhandling/helhetlig-pasientforloep/5-faglige-utdypninger/5.1-prosjektet-samhandlingskjede-for-pasienter-med-kronisk-sykdom>
5. "Samhandlingsreformen i Orkdalsområdet", 2011, SiO pasientforløp,  
[https://quickr.hemne.kommune.no/LotusQuickr/sio/Main.nsf/h\\_Toc/4df38292d748069d0525670800167212/?OpenDocument#{type=1&unid=BA143C9788470793C12578A00042F96A}](https://quickr.hemne.kommune.no/LotusQuickr/sio/Main.nsf/h_Toc/4df38292d748069d0525670800167212/?OpenDocument#{type=1&unid=BA143C9788470793C12578A00042F96A})
6. Samhandlingsprosjektet psykisk helse i Nord-Trøndelag, 2012,  
<http://www.hnt.no/no/Fagfolk/samhandling/Samhandlingsprosjekter/Samarbeidsprosjekt-psykiske-helse-mellom-HNT-kommuner-NAV-og-Mental-Helse/120192/>