

Veien frem til helhetlig pasientforløp

Versjon 9.1 - 05.01.12 (Henvendelse Anders Grimsmo, tlf. 909 24 691, anders.grimsmo@nhn.no)

Samhandlingsreformen (St. Meld. nr 47 (2008-2009)) og Nasjonal Helse og omsorgsplan (Meld. St 16 (2010-2011)) har som mål at samarbeidet i sektoren skal bli bedre og at kommunene skal ta et større ansvar i behandlingen av pasienter. Hensikten med denne veiviseren er å videreformidle kunnskaper og erfaringer fra litteraturen og to større utviklingsprosjekt, "[Helhetlig pasientforløp i hjemmet](#)" (HPH) og "[Samhandlingsreformen i Orkdalsområdet](#)" (SiO) hvor til sammen 7 + 8 kommuner og 2 helseforetak (St. Olavs Hospital og Helse Nordmøre og Romsdal) har deltatt. Strategien har vært en nedenfra og opp prosess.

Målgruppen er i første rekke kommunehelsetjenesten, inklusive fastlegene, i forhold til både samhandling internt og med spesialisthelsetjenesten. Et underliggende mål har vært å koble helsefaglige behov og IKT. Veiviseren omhandler i første rekke eldre og pasienter med kronisk sykdom med behov for kommunale tjenester.

Veiviseren beskriver utvikling og organisering av et pasientforløp som har ledet frem til en konkretisering av tiltak og tjenester som kan iverksettes lokalt for å oppnå samhandlingsreformens intensjoner. Det blir også beskrevet hvordan elektronisk meldingsutveksling kan benyttes for å oppnå effektiv samhandling. Veiviseren tar her et helsefaglig utgangspunkt og er komplementær til [veiledere som omhandler implementering av IKT](#). Nyttig informasjon og erfaringer kan også hentes fra prosjektet [FUNNKe](#) i Nord Norge.

Innhold

Følgende hovedtemaer er behandlet i denne veiviseren:

- 1 [Pasientforløpet og elektronisk kommunikasjon ved utskriving fra sykehus](#)
- 2 [Pasientforløpet ved uplanlagte behov for helsetjenester, evt. innleggelse](#)
- 3 [Tiltak og tjenester som kan forebygge innleggelser](#)
- 4 [Legevaktsentralen og legevakten er nøkkelen til bedre utnyttelse av tjenestene](#)
- 5 [Noen faglige utdypninger knyttet til samhandling](#)

En viktig erfaring i dette arbeidet har vært at 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 samlede medisinske behov og funksjonsevne og legge til rette for at pasienten skal greie seg selv på best mulig måte ([mer om pasientforløp i sykehus og kommunene her ...](#)).

I tråd med dette er det mest effektivt og størst behov for at helsepersonell i kommunene styrker sin basiskompetanse når kommunene skal ta over et større ansvar i behandlingen av pasienter ([om basiskompetanse her ...](#)).

[Eksempler på prosedyrer og sjekklister](#) som blir beskrevet, er utarbeidet i distriktene Østbyen og Lerkendal i Trondheim og lagt inn i elektronisk pasientjournal (EPJ). Beskrivelsen av pasientforløpet er opptakten til samtidig å kunne se hvilke elektroniske løsninger som kan støtte samhandlingen og

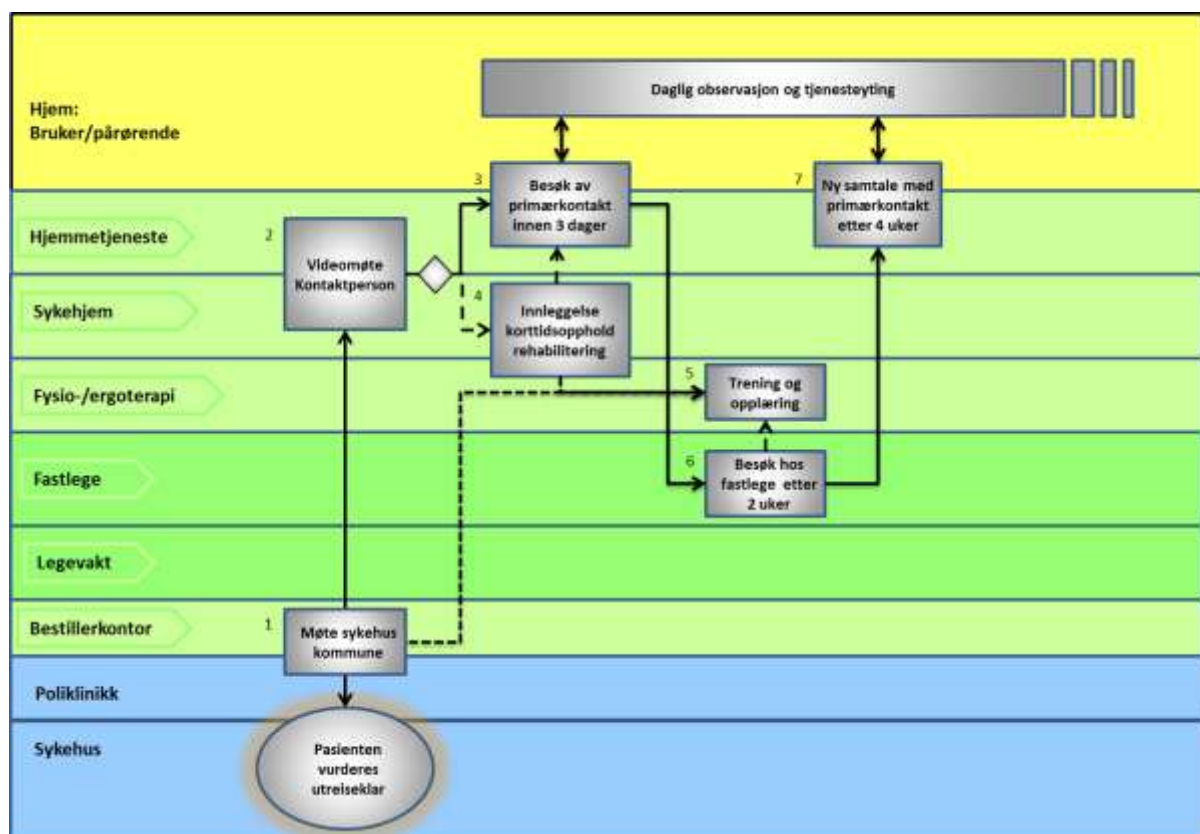
pasientforløpet. Inntil elektroniske meldinger er implementert kan faks eller post brukes ved kommunikasjon avhengig av hastegrad.

Danmark har en helsetjeneste som ligner vår og i Region Syddanmark har de arbeidet med avtaler og strukturering av forløp som har mye felles med det som blir fremstilt i denne veiviseren ([Sam:Bo](#)).

1 Pasientforløpet og elektronisk kommunikasjon ved utskriving

Pasientforløpet ved utskriving av pasienter 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 utskriving fra sykehus. Hovedpunktene er:

- 1.1 [Tidlig varsling om innleggelse](#)
- 1.2 [Pasienten er utskrivningsklar](#)
- 1.3 [Hjemmebesøk av primærkontakt innen tre dager](#)
- 1.4 [Besøk hos eller av fastlegen etter 2 uker](#)
- 1.5 [Hjemmebesøk av primærkontakt etter 4 uker](#)



Figur 1 Hovedelementene i en strukturert utskrivningsprosess og som ligger fast for alle diagnoser og er likt i kommunene. For hver boks beskrives prosedyrer og sjekkliste tilpasset lokale forhold. Pasientens 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).

Mange pasientforløp vil i virkeligheten bli annerledes enn det som figuren viser, f.eks. bli reinnlagt etter noen dager. Det strukturerte forløpet representerer en kvalitetssikring av hva som skal gjennomføres for alle pasienter 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 utskriving er det kommunen. Spesialisthelsetjenesten skal gi anbefalinger for videre oppfølging av pasienten. Hva som er kravene til å melde at en pasient er utskrivningsklar, nedfelt i [Forskrift om utskrivningsklare pasienter \(§ 3\)](#). Det blir i beskrivelsene videre vist til elektroniske meldinger (ELIN-meldinger) for beskrivelse av anvendelse, innhold og aktører selv om ikke alle har tatt i bruk disse. Mer om hva som er faglig effektive tiltak ved utskriving [her....](#)

1.1 Tidlig varsling om innleggelse

Det er i all hovedsak legevakten som legger inn pasienter som øyeblikkelig hjelp (60-80 %), langt sjeldnere fastlegen. Det kan også skje uten at hjemmetjenesten vet om det.

Utskrivingsforløpet starter med tidlig varsling om at pasienten er innlagt ([Melding om innlagt pasient](#)). Hjemmetjenesten bør helst varsles umiddelbart for å unngå unødvendige besøk eller bekymringer og evt. for å kunne gi informasjonen om pasienter som mottar kommunale tjenester ([Innleggelsesrapport](#)). Varsel sendes så tidlig som mulig også for de som ikke har, men vil trenge slike tjenester. Forskriften om utskrivningsklare pasienter stiller krav om at melding om innleggelse, pasientens status, antatt forløp og forventet utskrivningstidspunkt blir sendt kommunen innen 24 timer.

Det kan være behov for en betydelig informasjonsutveksling før en pasient utskrives og kommunene bruker mye tid i telefonen på å finne den som kan svare og få tak i nødvendig informasjon. Elektronisk meldingsutveksling gjør 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](#)). Fastlegen er pliktig til å legge til rette for allmennlegetjenester etter opphold i institusjon. Ved behov for tjenester ved utskriving skal fastlegen varsles på forhånd (Jf. fastlegeforskriften § 14 og Helsepersonelloven § 45). ([tilbake](#)).

1.2 Pasienten meldes utskrivningsklar

Det er sykehuset som bestemmer når en pasient er utskrivningsklar. Likevel er det viktig at sykehus og kommune har drøftet og blitt enig om hvilke kriterier som skal legges til grunn ([Nasjonal veileder om lovpålagte avtaler pkt. 5.5](#)). Det gjelder en del praktiske prosedyrer som forskriften ikke omtaler. Dette må nedfelles i [prosedyrer og sjekklister](#) for om en pasient er utskrivningsklar og som kan etterspørres om er oppfylt når meldingen kommer - 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 (Eksempel: [Avtale mellom Trondheim kommune og St.Olavs hospital](#)). Se for øvrig tilsvarende [retningslinjer for felles utskrivningsplanlegging](#) fra Region Syddanmark.

Alle kommuner skal ha ordning med en enhet som koordinerer henvendelser fra sykehus. Slik det fremgår av figuren vil noen kommuner ha bestillerkontor/utførerkontor som får [Meldingen om](#)

[utskrivningsklar pasient](#) 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 (Figur 1, boks 1). For andre kommuner må det utarbeides informasjonsprosedyrer som ivaretar det samme uten fysisk møte (boks 2). Noen benytter videokonferanse eller oftest bare telefonkonferanse.

Alle skal kunne få motta [Melding om utskrevet pasient](#) og [Utskrivningsrapport](#) den dagen pasienten reiser. Elektronisk [Epikrise](#) sendes alltid til fastlegen med mindre pasienten motsetter seg det. Det anbefales at epikrise også sendes til sykehjem eller hjemmesykepleien, da det er mange fastleger som ikke følger opp og gir nødvendig informasjon til disse ([tilbake](#)).

1.3 Besøk av primærkontakt innen tre dager

Det er kommunen som bestemmer og gjør vedtak om hvilket tilbud og omfanget tilbudet skal ha. Det er også kommunen selv som skal vurdere om dette tilbudet er forsvarlig. Figur 1 tegner to hovedveier, enten direkte oppfølging hjemme eller først et interimopphold i institusjon. Det siste gjerne ved behov for mer tid til planlegging for pasienter med vesentlig endring i helsetilstand ([se reinnleggelser](#)).

Alle pasienter som skal ha kommunale tjenester etter utskriving skal ha et besøk av oppnevnt primærsykepleier innen tre dager etter at de er kommet hjem. Det er laget [prosedyrer og sjekklister](#) for en strukturert gjennomgang av medikasjon, behov for hjelpemidler, observasjon og vurdering av pasientens fysiske og psykiske tilstand, mestringsevne, sosialt nettverk og behov for forebygging og rehabilitering ([Nasjonal veileder om lovpålagte avtaler pkt. 5.2](#)).

Sjekklisten omhandler også spørsmål om videre oppfølging, dokumentasjon i EPJ og føring av hjemmejournal.

For enkelte diagnoser bør man forsøke å få til en avtale med sykehuset om at helsepersonell ved avdelingen der pasienten 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).

I forsøk med oppfølging, hvor det er dokumentert effekt, har spesialisthelsetjenesten møtt opp i kommunen innen 48 timer etter utskriving. Behovet gjelder først og fremst pasienter som har vært innlagt første gang for en kronisk sykdom. Finansieringsmåter bør bli et tema i utarbeidelse av avtalene med foretakene. Alternativer som kan vurderes er video- eller telefonkonferanse. Norsk helsenett kan her gi råd og legge til rette.

Det som er viktig er at pasient og evt. pårørende deltar sammen med kommunen i hele eller deler av samtalene/konferansen med sykehuset ([tilbake](#)).

1.4 Besøk hos/av fastlegen etter 14 dager

Rutiner og mandater må inngå i kommunens avtale med fastlegene. En fulltids fastlege har i gjennomsnitt 15-18 pasienter på sin liste som mottar hjemmetjenester.

Time hos fastlegen 14 dager etter utskriving bestilles som et ledd i forberedelsene til hjemkomst. Hvis det ikke er avtalt at sykehuset gjør dette, må hjemmetjenesten lage en rutine for det.

Hjemmetjenesten vurderer om pasienten 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](#)).

Informasjon til fastlegen sendes før pasienten skal møte. Hoved oppgaven til fastlegen er gjennomgang av legemidler, vurdering av rehabiliteringsbehov og planlegge oppfølgingen. Det anbefales at det legges ved en [prosedyre og sjekkliste](#) som det er avtalt at fastlegen skal følge. Det er som en påminner. Det kan gå lang tid mellom hver gang en fastlege får en slik forespørsel.

Prosedyrer/sjekkliste knyttet til fastlegene bør være kvalitetssikret og forankret i Lokalt samarbeidsutvalg (LSU)/Allmennlegeutvalget (ALU) slik at kommunens fastleger opplever dette verktøyet som sitt eget. For yngre/uerfarne fastleger kan det være nyttig at listen også har informasjon om bruk av Normaltariffen i slik sammenheng.

Til bestilling av time kan [Forespørsel om time benyttes](#). Informasjon om pasienten 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 ([tilbake](#)).

1.5 Besøk av primærkontakt etter 4 uker

Fire uker etter at pasienten er kommet hjem skal det gjennomføres en relativt omfattende vurdering og evaluering av pasientens livssituasjon og de iverksatte tiltakene. Det anbefales å sette av inntil 2 timer til samtalen med pasienten. . Tid kan innspareres 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 og med bakgrunn i kurs i [basiskompetanse](#).

[Prosedyrer og sjekkliste](#) for samtalen omhandler en gjennomgang av pasientens generelle helsetilstand og opplegget for pågående medisinsk behandling knyttet til pasientens diagnoser. Deretter vurderes pasientens kognitive tilstand og sikkerheten rundt pasienten. 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 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 \(tilbake\)](#).

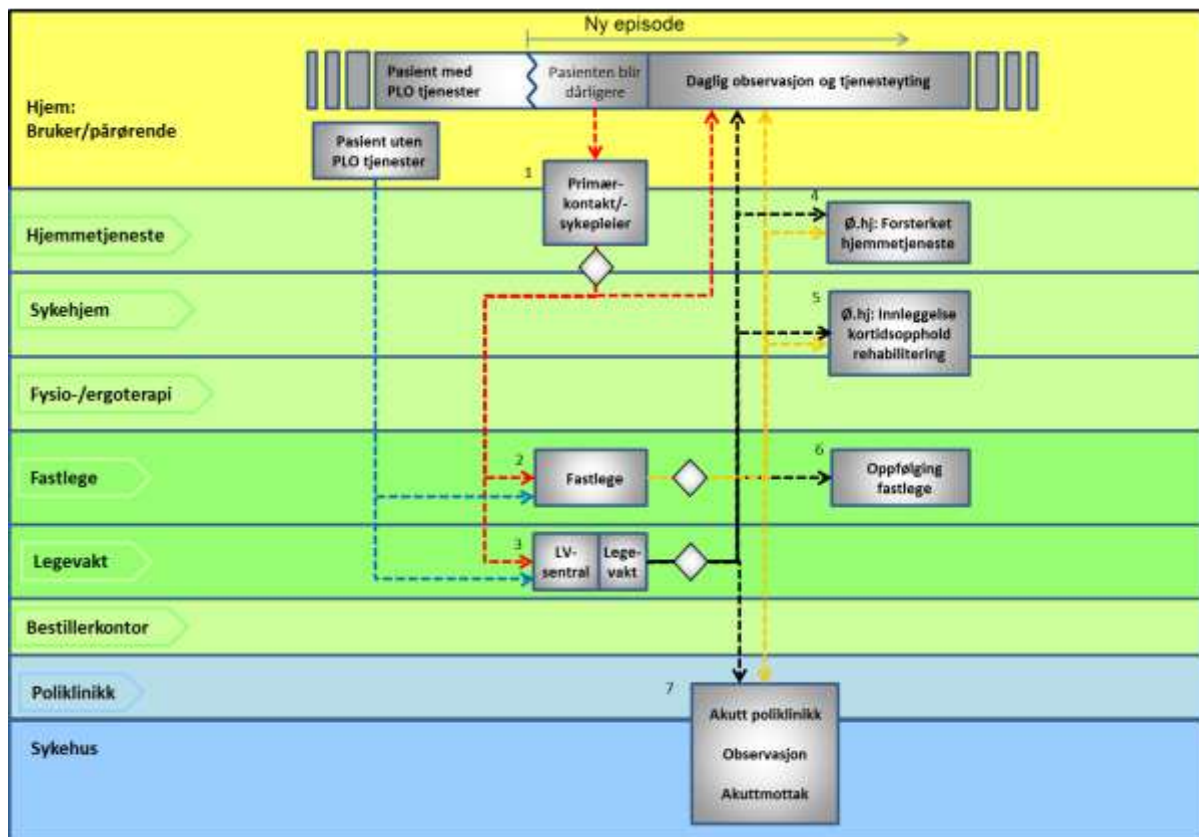
2 Forløpet ved uplanlagte behov for helsetjenester

Mens pasientforløpet ved utskrivning følger en standardisert plan, vil forløpet når pasienten blir dårligere igjen, være mindre forutsigbart og kunne involvere helsepersonell som heller ikke kjenner pasienten eller tjenestene pasienten mottar. Figur 2 viser hvem som er hovedaktører og alternative tiltak.

Hver femte pasient som legges inn som øyeblikkelig hjelp mottar kommunale pleie- og omsorgstjenester. Det er i første rekke denne gruppen som blir belyst her og det handler om:

2.1 Tidlig intervensjon

2.2 Samarbeid når pasienten blir dårligere



Figur 2 Hovedelementer i pasientforløp ved uplanlagte behov for helsetjenester. En pasient som mottar hjemmetjenester blir dårligere og tiltak blir vurdert (1). Tettere oppfølging hjemme eller at fastlege (2) eller legevakt (3) kontaktes. Disse har flere opsjoner: Kommunalt ø.hj. tilbud - forsterket hjemmetjeneste (4) eller plass i sykehjem (5), evt. senere bare tett oppfølging av fastlegen (6). Akutt poliklinikk, observasjons plasser/FAM og innleggelse i sykehus involverer spesialisthelsetjenesten (7). Fastlege og legevakt kan benytte de samme alternativene for pasienter som tidligere ikke har mottatt kommunale tjenester.

Mange eldre og kronisk syke greier seg hjemme, men med små marginer. Vanlige sykdommer eller forverring av grunnlidelsen kan raskt utløse stort hjelpebehov og behov for medisinsk behandling. Mange er også utsatt for en gradvis funksjonssvikt som ofte kan forebygges. Hjemmetjenestens dyktighet til å observere og mandat og kompetanse til å iverksette tiltak kan være avgjørende for det videre forløpet, likeledes hvilket lokalt tilbud som finnes. Halvparten av «unødvendige innleggelse» har sammenheng med mangel på lokale hastetilbud og/eller mangel på informasjon om pasienten ([mer om innleggelse her...](#)) ([tilbake til innhold](#)).

2.1 Tidlig intervensjon - førstevalg behandling

Det har i liten grad vært arbeidet med prosedyrer og sjekklister når pasienter i hjemmetjenesten blir dårligere. Gitt sykdomspanoramaet blant pasienter i hjemmetjenesten (de fleste typer sykdommer er representert, spredt i et lavt antall, og hver pasient med flere sykdommer) må prosedyrer og sjekklister i første rekke bygge på helsepersonellens basiskompetanse. I Region Syddanmark avholder fastlege og hjemmesykepleier en "[Innlæggelseskonferanse](#)" for å se om det finnes alternativer til innleggelse. Hyppige innleggelse av kronisk syke og eldre er belastende og virker negativt over tid.

I den grad individuelle diagnosespesifikke tiltak skal gjennomføres må det skje ved deltagelse og samarbeid med fastlege og 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.

I kjernejournalen er utarbeidelse av tiltak blitt kalt «*førstevalg behandling*». Det som er forsøkt med hell er at hjemmetjenesten får utarbeidet et triage-liknende skjema for individuelle pasienter 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 kjent, 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 fungerer også godt, men krever avtale om hvordan parter skal informeres og oppdateres ([tilbake til forløpet ved uplanlagte behov](#)).

2.2 Samarbeid når pasienten blir dårligere

Hvilke tiltak som skal velges når pasienter viser tegn til å bli dårligere kan være vanskelig å vurdere. 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 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 og hjemmetjenesten kan fortelle. Tilgang til Helseportalen og kjernejournal vil forbedre beslutningsgrunnlaget ved behov for uplanlagte tjenester både for hjemmetjenestene og legevaktpersonell.

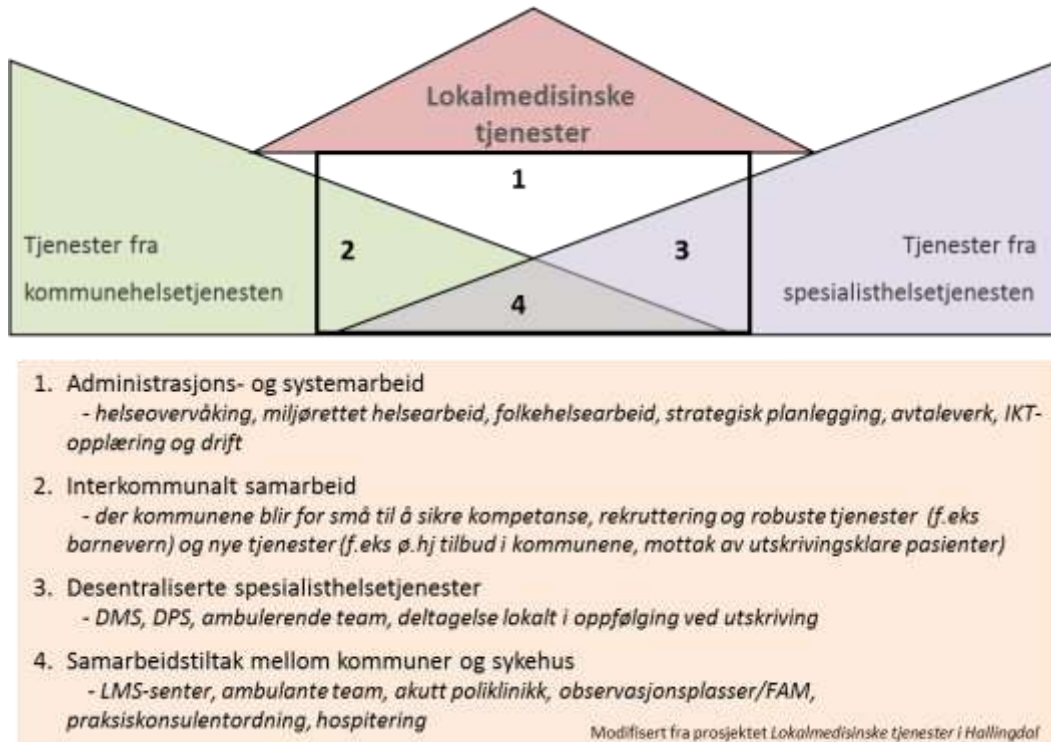
Uavhengig av kjernejournal anbefales det at det blir utarbeidet lokale prosedyrer for hvordan hjemmetjenesten skal forholde seg når pasienter blir dårligere - generelt og individuelt. Det omfatter å vurdere rutiner for å utarbeide førstevalg behandling for individuelle pasienter, hvilke lokale hastetilbud som kan benyttes og av hvem (se Figur 2), 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 hos fastlegen eller ved akutt poliklinikk neste dag.

Det er legevaktslegen 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 ([Nasjonale veileder om](#)

[lovpålagte avtaler pkt. 5.3, 5.4 og 5.12](#)). Rekvirerende lege skal fylle ut en [Henvising](#) 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 som mottar kommunale tjenester ([Innleggelsesrapport](#)). Hvis de kommunale tjenestene har felles journalsystem kan et notat med oppsummerende kunnskaper om pasienten erstatte innleggelsesrapporten ([tilbake til forløpet ved uplanlagte behov](#)).

3 Tiltak og tjenester som kan forebygge innleggelse i sykehus

Samhandlingsreformen legger opp til et tettere samarbeid mellom kommunene og spesialisthelsetjenestene. Eksempler på tiltak er oppsummert i Figur 3 og omfatter desentralisering av spesialisthelsetjenester, interkommunalt samarbeid, samarbeid kommune(r) og systemarbeid, inklusive forebyggende arbeid, som vil være både lokalt og interkommunalt.



Figur 3 Oppsummering av virksomhet, samarbeid og tiltak som kan inngå i lokalmedisinske tjenester

Med bakgrunn i HPH og [SiO](#) prosjektene har kommunene på basis av eksisterende forskning kommet frem til følgende tiltak som kan forebygge innleggelser:

3.1 [Lokalt hastetilbud i kommunen](#) (sykehjem/forsterket hjemmetjeneste)

Pasienter med funksjonssvikt og avklart diagnose og behandling

3.2 [Observasjonsplasser](#) - Legevakt/Felles akuttmottak (FAM)

Pasienter med uavklart diagnose med fare for å trenge rask behandling - f.eks. smerter i brystet, magesmerter

3.3 [Akuttpoliklinikk](#)

Utvidet tilbud/åpningstid, mandat til timereservasjon

3.4 [Systematisk oppfølging etter utskriving](#) (rehabilitering) - hjemme eller ved interimopphold

Redusere reinnleggelser og behov for kommunale tjenester

3.5 [Forebygging/rehabilitering](#)

Årlig besøk til alle over 75 år - rehabilitering

Utredning 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 blant de minste ([tilbake til innhold](#)).

3.1 Lokalt hastetilbud/øyeblikkelig hjelp i kommunen

Et kommunalt hastetilbud består av to komplementære tilbud. Observasjonsplasser (omtalt under) for pasienter som evt. vil kunne trenge rask innleggelse i sykehus, og et lokalt hastetilbud basert på innleggelse i sykehjem eller muligheten til umiddelbart å etablere et forsterket tilbud i hjemmet. Et lokalt hastetilbud gjelder pasienter 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 ([mer om funksjonssvikt...](#)). Forutsetningen er sikker diagnose som kan behandles med de fasilitetene som kommunehelse-tjenesten har. Tilbudet gjelder også pasienter hvor pasienten 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 påkjenningene og helseskadene som gjentatt forflytting og transport kan påføre skrøpelige eldre og kronisk syke.

I gjennomsnitt har flertallet av de aktuelle pasientene 2-3 betydningsfulle/aktive diagnoser, og det er den akutte funksjonssvikten mer enn diagnosen(e) som er årsaken til innleggelse av mange pasienter. Samlet er funksjonssvikt anslått å gjelde 20 % av innleggelsene i medisinsk avdeling for pasienter over 80 år. Det inkluderer også uavklarte akutte medisinske tilstander med funksjonssvikt som *skal* legges inn.

Det man kan lese av Figur 2 er at ved ny episode (funksjonssvikt, forverrelse eller ny sykdom) vil hjemmesykepleier være den første til å ta valg for hva som bør skje med pasienter med kommunalt tilbud. Samarbeid om utarbeidelse av klare mandater og lokale retningslinjer for hjemmesykepleien vil gi muligheter til tidlig intervensjon, evt. økt kommunal innsats og evt. oppfølging av fastlege.

[\(tilbake til oversikt konkrete tiltak i kommunene\)](#).

3.2 Observasjonsplasser

Observasjonsplasser er en del av hastetilbudet i kommunene. Observasjonsplasser kan organiseres i et felles akuttmottak (FAM), dvs. der legevakt og sykehus har felles lokaler for mottak av øyeblikkelig hjelp. Observasjonsplasser er også aktuelt i samband med store legevaktsordninger. *Sykestuer* i Norge har hatt en funksjon som en kombinasjon av et lokalt hastetilbud (over) og observasjonsplasser. Observasjonsplasser fordrer kontinuerlig legetilsyn og krever, evt. har tilgang til, nødvendig utrustning for aktuell diagnostikk.

Hyppigste innleggesdiagnose totalt og spesielt for personer over 70 år er brystmerter. Om de beste forsøkene legges til grunn, kan man med observasjonsenheter i mottak unngå vel 10 000 innleggelser for brystmerter per år. Magesmerter er nest viktigste årsak til innleggelser, og her vil også mange kunne avklares uten behov for innleggelse om de kunne bli observert noen timer.

Til forskjell fra et hastetilbud i sykehjem eller i hjemmet, omtalt over, omhandler observasjonsplasser 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 observasjonsplasser ved distriktsmedisinske sentra. [Hallingdal lokalmedisinske senter](#) og [Fosen DMS](#) er eksempler på dette.

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 ([tilbake til oversikt konkrete tiltak i kommunene](#)).

3.3 Akuttpoliklinikk

Det blir hevdet at innleggelser kunne vært unngått om primærhelsetjenesten i en del tilfeller kunne tilby pasienter 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 kommer når poliklinikken åpner. Krav om [henvisning](#) må gjelde og hvis henvisende lege kunne [rekvirere prøver](#) i samme anledning, vil det spare tid ([tilbake til oversikt konkrete tiltak i kommunene](#)).

3.4 Systematisk oppfølging etter utskriving - hjemme eller ved interimopphold

Interims-/korttidsopphold i sykehjem etter sykehusopphold reduserer både antallet reinnleggelser og behovet for kommunale tjenester, og aller viktigst gir det økt overlevelse. Om lag 1/3 av pasientene som legges inn på sykehus blir reinnlagt i løpet av to måneder. Dette kan reduseres med en tredjedel ([mer om reinnleggelser...](#)). Saupstad interimavdeling i Trondheim er det mest kjente eksemplet. 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.

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. 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 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 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 fortrenge andre behov, men heller bedre tilgangen til kvalifisert personell i kommunene ([tilbake til oversikt konkrete tiltak 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 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 (se eksempel på [retningslinjer for behandling og omsorg i livets slutfase](#) utgitt av Trondheim kommune).

3.5 Forebygging/rehabilitering

Forebyggende hjemmebesøk til alle over 75 år en gang per år er gjennomført i Danmark. Fastlege og sykepleier gjennomfører besøket ([mer her...](#)). Hovedhensikten er å fange opp personer med et gradvis langsamt funksjonsfall. Forskning viser at rehabilitering i første rekke ved fysisk trening har en gjennomgripende effekt på funksjonsevnen.

Pasientene som får 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 gruppen frail patients/pasienter 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 ([tilbake til oversikt konkrete tiltak i kommunene](#)).

4 Legevaktsentralen og legevakten er nøkkelen til bedre utnyttelse av tjenestene

Grovt sett forteller statistikk at om lag halvparten av innleggelsene i sykehus er det spesialisthelsetjenesten selv som står for, etter at pasienten først er blitt undersøkt poliklinisk. Den andre halvparten innlegges av kommunehelsetjenesten, og det er nesten alt 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 ([mer om innleggelser her....](#)).

Med samhandlingsreformen blir derfor legevaktordningen helt sentral i kommunenes muligheter til å påvirke pasientforløp og bruk av lokale tjenester ([tilbake til innhold](#)).

4.1 Organisering av legevakt

Organisering av legevakt har endret seg over de siste 20 årene mange steder fra å være et lokalt tilbud betjent av kommunens egne leger til å bli stadig flere og større interkommunale ordninger med felles legevaktsentral og legevakt. Det har vært en villet utvikling som i tillegg til å sikre bemanning i kommunene også har hatt som mål og øke kvaliteten. Det foreligger et [forslag til nasjonal handlingsplan for legevakt](#) fra Nasjonalt kompetansesenter for legevaktsmedisin som har utredet drift av legevaktsordninger. En legevaktsordning må ha en størrelse (30 000 til 100 000 innbyggere avhengig av avstander) som:



Figur 4 Illustrasjon av funksjoner og formidling i en utvidet 24-timers helse- og velferds vaktjeneste

- gjør det mulig å opprette en profesjonell faglig og administrativ ledelse, med samme kvalitetskrav og krav til internkontrollsystem som i andre etater og organisasjoner
- forsvarer økonomisk at minst to leger er på vakt - en til stede og en kjørende med bemannet og utstyrt legevaktsbil
- gir grunnlag for at personellet ved legevaktsentralen har dette som sitt hovedarbeid og får en kompetanse som kan gi en kvalitetssikker og effektiv veiledning av pasienter, samt kunne betjene velferdsteknologi som trenger vaktordning
- skaper forutsetninger for å anskaffe nødvendig medisinsk teknisk utstyr og IKT (se Tabell 1)

Legevaktsamarbeidet bør i størst mulig grad falle sammen med organiseringen av andre lokalmedisinske tjenester - hastetilbudet i kommunene, observasjons plasser, ambulerende utrykningstjenester, akuttpoliklinikk, mm (se Figur 3). Den økonomiske, teknologiske og faglige driften av legevaktsentraler kan effektiviseres dersom driften blir utvidet og også sett i sammenheng med drift av mange av de andre helse- og velferdsvaktjenestene som kommunene driver (trygghetsalarm, barnevernsvakt, tannlegevakt, forskjellige kontakttelefoner). [NHS24 i Skottland](#) er et godt eksempel på dette.

4.2 Legevakt og IKT behov

Sammenslåing av legevakter i større ordninger har som bivirkning ført til at legevaktens kunnskaper om pasientene og lokale tilbud parallelt er blitt mindre. Undersøkelser viser også at mangel på informasjon kan føre til innleggelses som kunne vært unngått. Erfaringer fra Skottland tilsier at helseportalen [Helsenorge.no](https://www.helsenorge.no) og [Kjernejournal](https://www.kjernejournal.no) vil kunne bli viktig i denne sammenhengen ikke bare som beslutningstøtte for den som har legevakt, men også for veiledning og rådgivning av pasienter som henvender seg til legevaktsentralen.

Store og utvidede legevaktsordninger vil ha mange funksjoner som vil kunne effektiviseres og bli kvalitetssikret med IKT-støtte (Tabell 1). Det er utviklet IKT støtte til noen av funksjonene blant annet i samband med AMK. Norsk helsenett har samarbeidet med Trondheim kommune om å utrede og lage en felles og standardisert plattform for IKT-løsningene som det vil være behov for. Man ser for seg at dette vil det spesielt bli behov for knyttet til den utviklingen som det er forventet innen velferdsteknologi.

«[Telefonråd](#)» er utgitt av Kunnskapssenteret og anbefales som beslutningstøtte for personell ved legevaktsentralene. Det kan gjerne også benyttes av hjemmetjenestene og medarbeidere ved legekantor. Det blir arbeidet for å gjøre Telefonråd bedre tilpasset til å hjelpe pasienter med kronisk sykdom.

Tabell 1 Funksjoner i en legevaktsentral med behov for IKT støtte

-
- Ett telefonnummer for alle former uplanlagte behov for helsetjenester (legevakt, trygghetsalarm, barnevernsvakt, krisetelefon, mm.)
 - System for ruting av samtaler
 - Mottak av "alarmer" fra velferdsteknologi
 - Videotelefoni, teksttelefon, SMS?
 - Lokalisasjons- og karttjeneste
 - Hvorfra blir det ringt/kommer det alarm?
 - Hvor er hjemmesykepleien/trygghetspatruljen/legevakten i øyeblikket?
 - Oversikt over tjenester for veiledning av hvor pasienter kan henvende seg
 - f.eks. nærmeste apotek, åpningstid,
 - andre telefontjenester – f.eks. gifttelefon
 - timereservasjonsfunksjoner
 - Rådgivnings- og beslutningsstøtte
 - triage-system (nødmedisinsk indeks)
 - oppslagsverk (telefonråd)
 - helseportal, kjernejournal
 - Pasientjournal
 - elektronisk kommunikasjon, tilgang på tvers
-

5 Faglige utdypninger

5.1 Prosjektet "Samhandlingskjede for pasienter med kronisk sykdom"

Prosjektet «*Helhetlig pasientforløp i hjemmet*» (HPH) som er underlaget for foløpsbeskrivelsen, er et delprosjekt i prosjektet «*Samhandlingskjede for pasienter med kronisk sykdom*». Det er igjen med som norsk bidrag i EU-prosjektet NEXES: "Supporting Healthier and Independent Living for Chronic Patients and Elderly". I tillegg til HPH deltar Samhandlingsprosjektet i Midt-Norge med prosjektene «*Wellness and rehabilitation*» og «*Transient remote support to diagnosis and treatment*» sammen med Barcelona og Athen.

Utviklingen og utprøvingen av HPH har pågått i samarbeid med Helse Nordmøre og Romsdal (Molde sykehus), St. Olavs Hospital HF (Øya og Orkdal sykehus), samt kommunene Hitra, Orkdal, Trondheim, Fræna, Sunndal og Surnadal. 25 prosessveiledere fikk opplæring. Prosjektet er blitt finansiert av Helse- og omsorgsdepartementet, Norges forskningsråd, EU-kommisjonen, Helse Midt-Norge og med betydelig egeninnsats fra sykehusene og kommunene. Trondheim kommune har vært en viktig pådriver i prosjektet og representanter fra Institutt for Samfunnsmedisin og Norsk senter for elektronisk pasientjournal (NSEP) ved NTNU har organisert og veiledet forskningsdelen av prosjektet.

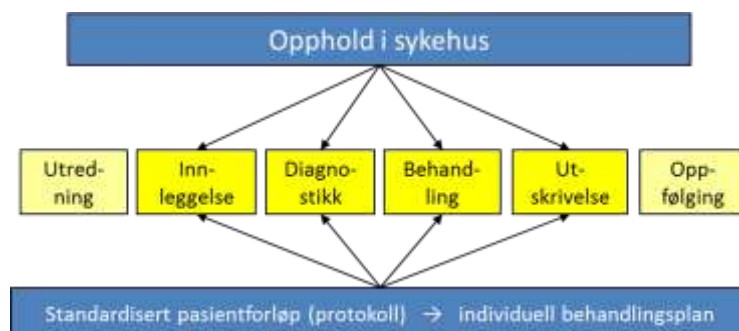
Senere har kommunene Skaun, Hemne, Snillfjord, Agdenes, Frøya, Meldal, Rennebu, Rindal og Halså sluttet seg til og vedtatt å innføre HPH som et ledd i prosjektet «[Samhandlingsreformen i Orkdalsregionen](#)» (SiO) sammen med Surnadal, Orkdal og Hitra. Prosjektet SiO har hatt vel 150 aktive deltagere. Norsk helsenett har deltatt for å bistå kommunene og høste erfaring med kommunenes innføring av elektronisk meldingsutveksling ([tilbake til innledningen](#)).

5.2 Pasientforløp i sykehus og i kommunene

Mens pasientforløpet i sykehus gjerne har oppmerksomheten på én diagnose av gangen med stor vekt på å følge gjeldende faglige retningslinjer, vil forløpet i kommunen ha som et viktig mål å se på hvordan pasienten skal greie seg selv. I kommunen må forløpet også tilpasses pasientens preferanser for å lykkes og man må i tillegg kunne ivareta det forholdet at pasienten ofte har flere diagnoser. 90 % av pasienter i allmennpraksis over 70 år har mer enn én kronisk sykdom ([tilbake til innhold](#)).

5.2.1 I spesialisthelsetjenesten

I spesialisthelsetjenesten er det blitt vanlig å standardisere behandlingen ved å utvikle såkalte behandlingslinjer eller behandlingsforløp. Man har valgt en diagnose og lagt til grunn faglige retningslinjer med dokumentert effekt. Retningslinjene er blitt dekomponert og operasjonalisert og så satt sammen igjen slik at de har passet med de lokale forholdene. Det gjelder tilgjengelig personell, kompetanse og utstyr, samt i forhold til andre rutiner/forløp. Man beskriver nødvendige fasiliteter, hvem som gjør hva, i hvilken rekkefølge og på hvilket tidspunkt.



Diagnosen blir utgangspunktet for hva som skal skje. Noen sykehus har beskrevet og opprettet flere titalls ulike forløp. Det er gjerne blitt oppnevnt en forløpsansvarlig lege og forløpsansvarlig sykepleier for å opprette og vedlikeholde hvert forløp. [Sykehuset Innlandet](#) har arbeidet lenge med behandlingslinjer, men fremgangsmåten anvendes i alle regioner.

5.2.2 I primærhelsetjenesten

Diagnosebaserte behandlingslinjer har hatt suksess i spesialisthelsetjenesten. Mange har derfor ment at resultatene kan bli enda bedre om man strekker de enkelte behandlingslinjene ut til å omfatte tiden både før og etter et sykehusopphold. Det kan virke logisk, men både forutsetninger og målsettinger med behandlingen er annerledes i primærhelsetjenesten (se Tabell 2).

Det dreier seg oftest om kronisk syke og eldre, og diagnose(r) kan i liten grad predikere omfanget av behandling, omsorg og rehabilitering som kommunene må gi den enkelte pasient. Her er det pasientenes funksjonsnivå, ikke diagnose(r), som i første rekke forteller hvilke ressurser kommunene må stille med.

Flertallet av pasientene som kommunene følger opp har nesten alle flere diagnoser. Man må kompromisse mellom flere retningslinjer og mål. I tillegg må man forsøke å tilpasse behandlingen slik at pasienten kan greie seg selv best mulig. I utvikling av pasientforløp i primærhelsetjenesten har man derfor sett på hva som er *felles* behov og tiltak for ulike pasientgrupper, strukturert dette og satt det sammen til *ett* helhetlig forløp som omfatter [tiltak ved utskriving](#) og [tiltak når pasienten blir dårligere](#).

Resultatet fra HPH prosjektet ble *ett felles forløp for alle pasienter* i kommunen, og som er lite bundet til diagnose. Det medisinske aspektet blir sikret gjennom en fast rutine for involvering av fastlegen. Opplegget har forenklet og forbedret samarbeidet mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten. Gjennom struktureringen har man også fått styrket egenmestring og forebyggende tiltak. Tiltakene blir også konsekvent evaluert for den enkelte pasient. Det anbefales at hver kommune utnevner to forløpsansvarlige - en lege og en sykepleier for utvikling og vedlikehold av den lokale forløpsplanen. Viktige oppgaver som inngår er å informere samarbeidspartnere - legevakten, sykehus og evt. samarbeidskommuner, samt forberedelse til og revidering av avtaler med samarbeidspartene.

Tabell 2 Oppsummering av vesentlige forskjeller mellom kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten

	Kommunehelsetjenesten	Spesialisthelsetjenesten
Planlegging	Langsiktig – mot resten av livet	Kortsiktig – tom. utskriving
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. Langsom endring	Diagnoseorientert og med avansert teknologi. Ofte med store endringer på kort tid
Forholdet pasient-helsepersonell	Kontinuerlig over mange år, personlig og omfattende. Sterk pasientrolle	Sjelden og oftest bare i korte perioder. Mange involverte. Svak pasientrolle
Beslutninger	Tas ofte av helsepersonell alene eller av få, ofte med vekt på pasientpreferanser	Tas i møter med flere og med adheランス først og fremst til faglige retningslinjer
Samarbeid	Med mange, også utenfor helse-tjenesten, og tett med evt. pårørende	I hovedsak med kommunehelsetjenesten, sporadisk kontakt med pårørende

5.3 Basiskompetanse

Spesialistkompetanse bygger ikke bare på utdanning, men også på at man kan vedlikeholde kompetansen ved å arbeide i et "spesialistmiljø" og med et tilstrekkelig volum av oppgavene. For mange aktuelle problemstillinger vil dette ofte være sammenfallende med størrelsen på et nedslagsfelt til et sykehus. Fordelt på alt helsepersonellet i den enkelte kommune og



Figur 5 Boksene representerer hovedelementene i styrking av basiskompetansen (Tove Røsstad)

turnusordningene vil selv de hyppigste diagnosene bli lavfrekvent for den enkelte ansatte. Samtidig er behovet for å kunne få tilgang på spesialutdannet helsepersonell døgkontinuerlig for mange av de store diagnosegruppene fordi uplanlagte behov gjerne oppstår utenom ordinær arbeidstid, helst på kvelden.

Spesialisering av helsepersonell blir slik ikke bærekraftig i kommunehelsetjenesten og det er lite rasjonelt at kommunene bygger opp parallelle system. Derimot finnes det en betydelig dokumentasjon på at behovet for spesialkompetanse i kommunene mest effektivt kan bli ivaretatt ved at spesialisthelsetjenesten deltar i etableringen av det kommunale tilbudet ved utskriving av individuelle pasienter og gjør avtale om faste oppfølginger ([se besøk av primærkontakt innen tre dager](#)). Det gjelder i første rekke pasienter som er innlagt første gang for en kronisk lidelse, og senere ved vesentlige endringer i helsetilstanden.

Det kommunene har behov for er styrking av basiskompetansen innen pleie- og omsorg og rehabilitering, på en måte parallelt til at fastleger er spesialister i allmenntilmedisin. I HPH programmet har man utviklet en kompetanseplan med mål om å øke kompetansen ved å bli bedre til å observere, vurdere, iverksette tiltak (egenmestring, forebyggende tiltak, praktisk bistand, rehabilitering, helsetiltak) og til å kunne evaluere, dokumentere og samhandle, samt å kunne vurdere etiske og juridiske spørsmål knyttet til å yte tjenester i pasientens hjem (se Figur 5). Det er styrking av denne kompetansen som kan redusere behovet for kommunale tjenester og antallet innleggelses, gitt et godt og strukturert samarbeid med fastlegen om oppfølging av den medisinske behandlingen ([tilbake til innhold, tilbake til 4 ukers besøket](#)). Dette krever en målrettet satsing på kompetanse som det i mange kommuner ikke har vært noen tradisjon for tidligere.

5.4 Effektive tiltak knyttet til utskriving av pasienter

Sammenstiller man forskningen på de største pasientgruppene (slagpasienter, kronisk lungesyke, hjertepasienter, hofteopererte og geriatriske pasienter) finner man flere fellestrekk i opplegg som har hatt dokumentert effekt. Disse er:

- *Tidlig mobilisering og tidlig utskriving* er begge forhold som gir bedre resultater. Tidlig mobilisering har for eksempel vært helt sentralt i alle de slagenhetsstudier som har gitt gode

resultater, inklusive bedre overlevelse. At tidlig utskriving i seg selv også gir bedre resultater er kanskje mindre kjent, men like fullt relativt godt dokumentert. Når det gjelder det å unngå innleggelse ved å flytte all behandling hjem (hospital at home), så ser det ut til at resultatene på kort sikt er positive, men lengre sikt kan det gi flere innleggelser. For å få til tidlig utskriving må det innarbeides faste rutiner for tidlig varsling av innleggelser og dialog frem til utskrivingen.

- *Rehabilitering med vante oppgaver i vante omgivelser* gir de beste resultatene, dvs. hjemme eller så nære hjemmemiljøet som mulig. Det foreligger ingen sikker forklaring på hvorfor det er slik, men trolig motiverer kjent miljø til å ta opp igjen tidligere gjøremål. Det understøttes også av at pasienter som får arbeidstrening med det de kan, gjør at folk raskere greier seg bedre selv. Rehabiliteringstiltaket med mest gjennomgående virkning og på tvers av alle diagnoser, er fysisk trening. Fysisk trening er også det som virker best på sykehjempasienter eller allmennsvekkede pasienter generelt. Helsedirektoratet har utgitt en forskningsbasert veileder om fysisk aktivitet ([Aktivitetshåndboken](#)).
- *Hjemmebesøk etter utskriving* er et virkningsfullt tiltak hvis det har en gjennomarbeidet plan og skjer så tidlig som mulig til alle eldre eller kronikere som utskrives. Det er gjort forsøk med slike hjemmebesøk fra spesialisthelsetjenesten, evt. spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten sammen. Strukturerte hjemmebesøk har i noen undersøkelser redusert dødelighet og behov for langtidsopphold i sykehjem. Det er vist at det kan redusere eller utsette behov for nye innleggelser også med andre former for oppfølging av pasienter hjemme, for eksempel telefon eller videokontakt.
- *Interimsopphold*. Når førstegangsinnlagte pasienter eller pasienter med vesentlig endret funksjonsnivå skal utskrives til eget hjem, gir det store utfordringer for omsorgtjenestene mht. å overskue de problemstillingene dette utløser. En kort observasjon av pasienten i en seng i et sykehusmiljø, ivaretatt av sykehusets personale, gir et dårlig grunnlag for å forstå de problemene som møter pasienten når han eller hun skal klare seg på egen hånd med betydelig mindre hjelp. Et interimsopphold i en forsterket avdeling i sykehjem gir muligheter til observasjon, mer tid til planlegging og fullføring av rehabiliteringsbehov. Det er vist at pasienter da kan greie seg med mindre hjelp hjemme og det gir en bedre helsetilstand generelt, færre reinnleggelser og lengre overlevelse.
- *Pasientopplæring*. I samband med utskrivingen er det gjort vellykkede forsøk med strukturert individuell (evt. i en liten gruppe) undervisning og ferdighetstrening av 1-2 timers varighet på avdelingen eller poliklinikken. Når pasienten skal hjem er et tidspunkt da pasienten er spesielt motivert. I hvilken grad pasienter tar til seg veiledning og råd er stekt knyttet til deres tiltro til egne muligheter for å håndtere oppgaver og oppsatte mål (perceived self-efficacy). Dette kan påvirkes gjennom såkalt *emnerettet kommunikasjon*, eller *endringsfokusert rådgivning*. Helsedirektoratet har utarbeidet en veileder og video om teknikken («[Å snakke om endring](#)»). Kommuner bør i avtaler med spesialisthelsetjenesten sikre seg at avdelingene gjennomfører individuell veiledning av pasienter før pasienten kan godtas som utskrivningsklar.
- *Involvering av pårørende* er et av de mest sentrale tiltakene skal man bygge opp en trygg ramme og opplevelse av mestring rundt pasienter som skal utskrives til hjemmet. Pårørende involvering bedrer sosial fungering og reduserer sjansen for nye innleggelser. Helsedirektoratet har på bakgrunn av dette utarbeidet en veileder for pårørende involvering, riktignok rettet mot psykiatri, men hvor mye lar seg applisere generelt ([Pårørende - en ressurs](#)). Den beskriver hvem som tar kontakt når og innholdet i kontakten mm. Pårørende bør informeres og involveres i god tid før pasienten skrives ut fra en behandlingsenhet og i en del tilfeller også delta i opplæringen.

- *Fagfellekonferanse.* Det har i Norge ikke vært satt i system at annet helsepersonell enn leger i kommunehelsetjenesten kan konferere med spesialisthelsetjenesten, for eksempel sine kollegaer, for å få veiledning/kunne stille spørsmål om konkrete pasienter. Når det inntrer forverring hos pasienter med kronisk sykdom i hjemmetjenestene er rutinen at legevakten kontaktes. Det mange av forsøkene over har vist, er at erfarne sykepleiere på spesialavdelingene ofte kjenner pasientene det gjelder godt og har lang erfaring med hvilken behandling som har vært vellykket for pasienten, og kan slik forebygge behov for øyeblikkelig hjelp innleggelse eller reinnleggelse.

([tilbake](#) til pasientforløpet ved utskriving)

5.5 Funksjonssvikt

De fem hyppigste diagnosene hos pasienter over 80 år gitt av innleggende legevaktslege er brystmerter, hjerneslag, hoftebrudd, lungebetennelse og hjertesvikt. Men innleggelsesdiagnosen gir alene ikke et godt bilde. Over halvparten av pasientene innlagt som ø.hj. i medisinsk avdeling har også akutt funksjonssvikt. For om lag 20 % av pasientene er akutt funksjonssvikt hovedårsaken til innleggelsen (fall(tendens), forvirring, dehydrering, inkontinens, immobilitet). Når funksjonssvikten kommer akutt, er sykdom nesten alltid underliggende årsak, enten akutt sykdom (infeksjoner, atypiske hjerneslag) eller forverring av kronisk sykdom (f.eks. hjertesvikt og KOLS).

Diagnostikk er vanskelig da symptomer hos eldre kan være svake og atypiske, men hvis diagnosen er sikker (f.eks. infeksjoner som lungebetennelse, blærekatarr, influensa), kan og bør pasienten behandles hjemme eller i sykehjem fordi transport og innleggelse kan i seg selv redusere funksjonsnivået og forlenge rehabilitering ytterligere. Mange av pasientene med funksjonssvikt skrives ut med liten eller ingen forbedring i funksjonsevnen og øker risikoen for reinnleggelse. Jo eldre pasienter er, jo lengre tid tar det også før de kan bli hjulpet opp på sitt "normale" funksjonsnivå. ([tilbake](#) til hastetilbud). Informasjon om eldre med funksjonssvikt finner man under betegnelsen "frail patients" i internasjonal litteratur.

5.6 Innleggelser i spesialisthelsetjenesten

Det er om lag 845 000 innleggelser med døgnopphold per år. Aldersgruppen 80+ utgjør 132 000 innleggelser, 16 % av alle innleggelsene, men 22 % av liggedøgnene (gj.snitt liggetid 6,3 dager). 83 % er ø.hj (110 000 innleggelser). For pasienter over 80 år utgjør hjerte-kar lidelser 25 % av innleggelsene. Andre viktige årsaker i denne aldersgruppen er skader (14 %), luftveissykdommer (12 %) og svulster (10 %). Den generelle veksten i øyeblikkelig hjelp opphold er også sterkest for den eldste aldersgruppen og tydelig sterkere enn endringene i alderssammensetningen kan forklare.

Blant heldøgnsoppholdene i sykehus er 72 % prosent av alle innleggelser øyeblikkelig hjelp (om lag 610 000 innleggelser). Den andre fjerdedelen av innleggelsene for døgnopphold (ca. 28 %), er elektiv behandling som spesialisthelsetjenesten selv som initierer. Antallet ikke-kirurgiske innleggelser er 645 000 (76 % av døgnoppholdene) og andelen ø.hj av disse er 82 % (526 000 innleggelser) eller 86 % av alle øhj innleggelser. 14 % er kirurgiske (85 000).

Bare en mindre andel av ø.hj. innleggelsene er initiert av fastlegen. 60-80 % av ø.hj. innleggelsene blir lagt inn av legevakten. Det er ø.hj. innleggelsene for døgnopphold som er tilgjengelig for endringer av kommunenes ansvar og oppgaver. Det gjelder spesielt det som går under betegnelsen "grønn respons" (280 000 døgnopphold/50 % av ø.hj. innleggelsene).

Tabell 3 viser hovedårsakene til innleggelse vurdert av legen i mottaket. Om lag 10 % av innleggelsene ble betraktet som et omsorgsbehov. I gruppen “forverring av kjent lidelse” kan det også være pasienter som kommunene kunne tatt hånd om gitt mer ressurser og kompetanse.

Tabell 4 viser hvor pasientene kommer fra som blir henvist for øyeblikkelig hjelp. Om lag hver femte pasient er mottaker av kommunale tjenester. 16 % har hjemmetjenester.

Pasienter innlagt fra sykehjem utgjør om lag 4 % av innleggelsene i sykehus. Hver fjerde innleggelse fra sykehjem gjelder infeksjonssykdom og av disse er halvparten lungebetennelse og 17 % urinveisinfeksjon. Dernest utgjør brudd (70 % hoftebrudd), mage-tarmsykdom og hjertesykdom om lag 10 % hver av alle innleggelser.

Undersøkelser spriker fra nær null til 30 % ut når det gjelder andelen innleggelser som kunne hatt alternativer. I en studie hvor 1/3 av innleggelsene ble vurdert til å kunne vært unngått, ble over halvparten (55 %) av disse vurdert til å skyldes mangelfulle tjenester eller tilbud i kommunehelsetjenesten (hjemmetjenester, sykehjem, etc.) og 1/3 ble begrunnet med mangelfull tilbakemelding til kommunehelsetjenesten (epikrise, utskrivningsrapport, etc.). I en norsk undersøkelse vurderte innleggende lege selv om innleggelse kunne vært unngått. Om lag hver femte pasient kunne greid seg uten innleggelse om alternative tilbud som sykehjemsplass, akuttpoliklinikk, mm hadde vært tilgjengelig. (tilbake til [uplanlagte behov](#), eller [legevakt](#))

5.7 Reinnleggelser

Reinnleggelser skjer hyppig, i gjennomsnitt for 12 % av pasientene som har vært innlagt, og er et problem som i stor grad beror på tilbud og kvalitet på kommunale tjenester. En gjennomgang av 17 studier hvor det har vært gjennomført tiltak på sykehuset for å unngå reinnleggelser blant eldre, og 15 studier av oppfølging av pasienten etter utskrivning, viste at det siste hadde best effekt.

Andel pasienter som blir reinnlagt (ny innleggelse innen 30 dager) øker med økende alder. Vel 17 % av de som er over 80 år blir reinnlagt, menn noe hyppigere enn kvinner, henholdsvis 16 og 19 %. Sjansen for reinnleggelse for kirurgisk vs. medisinsk hoveddiagnose er 8 og 14 % (alle aldersgrupper). Ved hoveddiagnose med eller uten bidiagnose/komplikasjon er risikoen henholdsvis 8 og 17 %. Hyppige diagnoser ved reinnleggelse er lungebetennelse, KOLS, hjertesvikt og ondartet sykdom. Størst risiko for å bli reinnlagt er etter førstegangsinleggelse hvor om lag hver fjerde pasient blir lagt inn på nytt.

Mottakende lege	Medisinsk lege i mottak (n = 115)	Kirurgisk lege i mottak (n = 60)	Totalt for alle sykehusleger i mottak (n = 175)
Nyoppstått sykdom	44 (38%)	21 (35%)	65 (37%)
Nyoppstått skade	0 (0%)	20 (33%)	20 (12%)
Uklar tilstand som trenger avklaring i sykehus	31 (27%)	8 (13%)	39 (22%)
Forverring av kjent lidelse	32 (28%)	4 (7%)	36 (21%)
Sosiale årsaker/pleiebehov	11 (10%)	6 (10%)	17 (10%)
Annen årsak	0 (0%)	2 (3%)	2 (1%)

Tabell 3 Årsaker til innleggelse vurdert av leger i mottagelsen

Tabell 4 Oversikt over hvor pasienter oppholder seg ved henvising for ø.hj

Innlagt fra	(%)
Hjemmet	68,4
Hjemmet med hjemmetjenester	16,4
Sykehjem	4,5
Poliklinikk	6,2
Annet	1,1
Ukjent	3,4
Totalt	100,0

Det er stor variasjon mellom HF-områdene. Finnmark har færrest reinnleggelser (10 %). Sjansen er størst for reinnleggelse i Østfold og Ofoten/Troms (15 %). Bergensområdet ligger også høyt (14 %). Ferieavvikling øker forekomsten av reinnleggelser (juli og desember). At Finnmark ligger lavest kan skyldes bruk av sykestuer ([tilbake](#) til systematisk oppfølging).

6 Veiledere om innføring av elektronisk samhandling

Det er en velkjent erfaring at hvis man ikke knytter innføring av IKT til en forutgående eller parallell helsefaglig organisasjonsutvikling forblir samhandlingen lett som før. Det skapes ikke nye måter å samarbeide på og potensialet til å effektivisere og øke sikkerheten ved hjelp av IKT blir ikke utnyttet. Innføringen av elektronisk henvisning og epikrise er gode eksempler.

Helsedirektoratet har laget en "[Veiviser - hvordan komme i gang med elektronisk meldingsutveksling](#)", hva kommunen må ha på plass og hvor de kan finne mer informasjon. Andre nyttige veiledninger knyttet til innføring av elektronisk kommunikasjon i kommunene kan være (noen av dokumentene kan det ta flere minutter å laste ned):

- [Sjekkliste for testing av elektroniske meldinger mellom tjenester](#)
- [Sjekkliste for avviking av papirmeldinger](#)
- [Veileder for IKT-samarbeid mellom kommuner](#)
- [Retningslinjer for bruk av PLO-meldinger](#)

6.1 Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren

Det er flere sentrale lover og forskrifter som regulerer elektronisk samhandling og kommunikasjon. De viktigste er helsepersonelloven, pasientrettighetsloven, helseregisterloven, personopplysningsloven, personopplysningsforskriften og journalforskriften.

For å få en felles forståelse av kravene samt sikre et felles minimumsnivå for sikkerheten i helsesektoren, har sektoren utviklet [Norm for informasjonssikkerhet i helsesektoren](#) (også bare kalt Normen). Normen er et omforent sett av atferdsregler og tiltak utviklet med bakgrunn i gjeldene regelverk og er bygd opp med faktaark og veiledere i tillegg til selve Normen.

Normen er avtalerettslig bindende for aktører som er tilknyttet Norsk Helsenett, mens faktaark og veiledere kun er veiledende for hvilke løsninger som vil tilfredsstille kravene til informasjonssikkerhet. (Tilbake til [innledningen](#) om helhetlig pasientforløp i hjemmet).

7 Eksempler på prosedyrer og sjekklister

Eksemplene nedenunder er beskrivelse av prosedyrer og sjekklister som er utarbeidet i distrikt Østbyen og Lerkendal i Trondheim. De er utarbeidet for hvert av hovedelementene i figur 1 og figur 2. Flere av sjekklisene er lagt inn i kommunens EPJ-system (Geric) slik at informasjonen samtidig blir dokumentert og kan gjenbrukes i andre sammenhenger.

Det er også laget et sett med pixier som personell i hjemmetjenesten har i lomma når de besøker pasienter.

Sjekklisene er kommet i stand ved at kommunen har oppnevnt en gruppe prosessveiledere med én representant fra hvert distrikt i kommunen, parallelt til og i samarbeid med en prosessveiledergruppe ved St. Olavs hospital. Trondheim kommune har en hatt en tverrfaglig arbeidsgruppe som har utarbeidet prosedyrene og sjekklisene.

Noen av listene kan umiddelbart virke lange, men erfaringen er at de likevel i sum er arbeidsbesparende fordi man unngår en del ekstrarunder med informasjonsinnhenting, og det som eks. blir gjort ved 3-dagersbesøket kan gjenbrukes ved 4-ukersevalueringen.

Suksess med struktureringen av pasientforløpet er avhengig av at man følger modellen skissert i Figur 1 om utskrivning og Figur 2 om innleggelse. Modellen er kunnskapsbasert og har ligget fast, men er fleksibel fordi den gir rom for at sammensetningen av prosesser og utarbeidelse av sjekklister bak hver boks kan tilpasses lokale forhold. Man erfarte i HPH prosjektet at utarbeidelsen må være godt forankret på alle nivåer i kommunen både administrativt og faglig. Arbeidet kunne til tider stoppe opp. Det tar et par års tid med stadig oppfølging og revitalisering før programmet setter seg og følelsen av eierskap kommer på plass i den enkelte kommune ([tilbake](#) til innhold).

7.1 Forberedelse hjemkomst

Prosedyre:

1. Før bruker reiser hjem etter opphold i sykehus eller korttidsavdeling, skal hjemmetjeneste og avdeling ha dialog per telefon for sammen planlegge hjemreisen.
2. Denne dialogen skal ivaretas av fagkoordinator ved enheten, eller dens stedfortreder.
3. Sykehuset/Korttidsavdeling skal ta kontakt med hjemmetjenesten i kontortiden (mandag-fredag, 08.00-15.30).
4. Fagkoordinator skal dokumentere samtalen i journal **311**; Sjekkliste **HPH 1: "Forberedelse hjemkomst"**, Geric. Husk å registrere tid på telefonsamtale og dokumentasjon i journal 311

Sjekkliste:

1. Navn på avdeling / ansatt, og telefonnummer:
2. Hjelpebehov/endret behov:
3. Hvis endring; Er Helse og Velferdskontoret varslet:

PIXI; Lommeutgave av sjekklister



4. Avtalt dato og klokkeslett for hjemkomst:
5. Spesielle observasjoner vi skal foreta; skal fremkomme i sykepleiesammenfatning /foreløpig epikrise:
6. Sammenlign medikamentliste i Foreløpig epikrise med gjeldende medikamentliste på Gerica, med tanke på nye, endrede og seponerte medikament.
7. Kontroller at det foreligger evt. marevandosering for de første døgnene.
8. Bruker kommer hjem til kl 13, hvis ikke skal Foreløpig epikrise og sykepleiesammenfatning fakses til hjemmetjenesten innen kl 13.
9. Sykehuset sender med nødvendige resepter, evt. medisiner for 1 døgn/helg
10. Hvis bruker har vært i kommunal korttidsavdeling, få bekreftelse at oppdaterte opplysninger er lagt inn i Gerica
11. Er nødvendige hjelpemidler skaffet/bestilt? Hvilke hjelpemidler, bestilt av hvem, leveres når:
12. Er pårørende informert om tidspunkt for utskrivelse:
13. Behov for bolignøkkel? Vil den bli levert av pårørende?
14. Sørg for at bruker kommer på arbeidsliste, og at det er samsvar mellom vedtak og tjenester. Legg inn nødvendige opplysninger som er kommet fram i denne samtalen på oppdragets art.
15. Gi beskjed til samarbeidspartnere om utskrivelse.
16. Bestill time hos fastlege etter en eller flere av følgende kriterier:
 - a. Pasienter som har fått endring av faste medisiner
 - b. Pasienter som har fått anbefalt oppfølging av fastlege fra sykehuset. Timen skal være 2 uker etter utskrivelse. Avklar om bruker trenger hjemmebesøk, og om bruker trenger følge til lege..
17. Foreløpig epikrise fakses fastlege når den er mottatt. Merk fax om bruker har Multidose.
18. Legg inn på huskeliste at vi skal fakses informasjon til fastlege dagen før legetime, samt påminnelse om legetimen.
19. Bestem tid for besøk av sykepleier (innen 3 dager). Dette bestemmes i samråd med arbeidslisteskriver.
20. Oppnevn primærkontakt, og legg inn i Gerica

([tilbake](#) til pasienten meldes utskrivningsklar)

7.2 Strukturert oppfølging av sykepleier innen tre dager etter hjemkomst

Prosedyre:

1. Arbeidslisteskriver planlegger besøket på arbeidsliste til sykepleier, ved å sette av: 30 minutter ekstra på besøket. Dette skal gjøres ved å lage et nytt oppdrag, med tjenesten/oppdrag PF, der en setter av 30 minutter på arbeidslisten. Arbeidslisteskriver beregner i tillegg 1 time til dokumentasjon. Når de er trent tar det kortere tid.
2. Besøket skal ha et funksjons- og mestringsfokus, samt medisinsk- og forebyggende fokus, for å sikre overgangen til hjemmet etter opphold i sykehus, eller i korttidsavdeling
3. Sykepleier skal gjennomføre besøket etter følgende sjekklister: Sjekklisten finnes i Gerica, trykk F4 i journal 311, velg mal "HPH 2 Strukturert oppfølging av sykepleier innen 3 dager". Husk å registrere i journal hvor lang tid du bruker på dokumentasjonen.

Sjekklister:

1. Gå gjennom foreløpig epikrise / medikamentliste og sykepleiesammenfatning før samtale med bruker.
2. Aktuelle diagnoser:
3. Har bruker startet med nye medisiner? (vær obs i forhold til virkning/ bivirkning)
4. Kontroll av medisindosett/Multidose som bruker har i hjemmet/på sonekontor:
5. Avklar administrasjonsmåte i forhold til medikamenthåndtering, må komme tydelig fram på arbeidsliste.
6. Er seponerte medisiner fjernet fra hjemmet?
7. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
8. Blir utstyret brukt riktig?
9. Har bruker trygghetsalarm? Er bruker i stand til å forstå bruken? Test alarmen.
10. Føler bruker seg trygg?
11. Kjenner bruker at han mestrer hverdagen?

12. Forvirringstilstand?
13. Hukommelsesproblemer?
14. Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon og mistenksomhet?
15. Søvn mønster natt/dag
16. Beskriv matlyst og næringsinntak (Kvalme? Behov for kostveiledning?):
17. Eliminering:
18. Utholdenhet/trettbarhet:
19. Fysisk aktivitet:
20. Forflytningsevne, ute – inne. Balanse, fallrisiko og fallfeller:
21. Muskelstyrke håndtrykk
22. Smerter/Tilstrekkelig smertelindring?
23. Symptomer på infeksjon?
24. BT (sittende og stående)/ puls/sirkulasjon/respirasjon:
25. Brannrisiko?
26. Hvilke forhold må spesielt følges opp, knyttet til observasjoner, mestringssevne, forebyggende tiltak, aktuelle sykdommer og behandling? Legge inn i oppdragets art.
27. Er epikrise fulgt opp?
28. Behov for andre/økete tjenester?
29. Skriv inn i Gerica huskelister for videre doseringer/utlevering av Multidose/utlevering av neste dosett/korrigerende av Multidose:
30. Gjennomgang av innholdet i oppdragets art mht vedtak og observasjoner. Dette gjøres fortrinnsvis sammen med arbeidslisteskriver og primærkontakt.
31. Hvis bruker er ny eller har endret hjelpebehov planlegges "fire ukers samtale" for bruker/primærkontakt. Hvis ikke sikre at det er planlagt en "Fire ukers samtale/revurdering innen 6.mnd. Se Huskeliste i Gerica.
32. Skriv ut ny hjemmejournal. Skal ligge i skap lengst til høyre på kjøkkenet hjemme hos bruker¹. ([tilbake](#) til tre-dagers besøket)

7.3 Besøk hos/av fastlege etter to uker (og nye avtalte besøk senere)

Prosedyre: Forberedelser (hjemmesykepleien):

1. Hjemmetjenesten ved ansvarlig sykepleier / fagkoordinator bestiller time hos fastlege når sonen får beskjed om utskriving.
2. Ansvarlig sykepleier/fagkoordinator skal vurdere om bruker kan møte på legekantoret eller har behov for hjemmebesøk.
3. Hjemmetjenesten følger [Prosedyre for følge til lege](#).
4. Hjemmetjenesten skal informere fastlegen skriftlig om de observasjoner som er gjort vedrørende pasientens helsetilstand, funksjon og mestringssevne (Gerica mal: **Informasjon fra hjemmetjenesten til fastlegen**" i journal 311). Dette skal gjøres av **fagkoordinator** dagen før legebekesøk.
5. Tilsvarende prosedyre som pkt. 4 ved seinere legekontakter

Det er utarbeidet en oversikt over telefonnummer og faxnummer til alle hjemmetjenestene, der fastlege oppfordres til å spørre etter fagkoordinator.

Prosedyre: Fastlegen 2 uker etter utskriving fra sykehus.

Fastlegens viktigste oppgaver ved dette besøket er gjennomgang av legemidlene, sikre at behov for rehabilitering blir ivaretatt og vurdere hvilken tidligintervensjon som kan iverksettes av hjemmesykepleien for å forebygge reinnleggelse. En svært høy andel av eldre og kroniske syke har behov for gjenopptrening etter sykehusopphold for å komme tilbake til deres tidligere funksjonsnivå.

1. Gjennomgang av mottatt informasjon fra hjemmetjenesten og epikrise

¹ TK bruker begrepet hjemmejournal om en samling utskrifter som oppbevares hjemme hos hver pasient. Den inneholder oversikt over personalia, kontaktpersoner, tjenestetilbud og medikamentliste. Den er tenkt brukt ved innleggelse, som f.eks. informasjon til ambulanspersonellet som de kan ta med seg til sykehuset ved innleggelse

2. Sammenholde legemiddelopplysninger
3. Gå gjennom sjekklisten og legg plan for videre oppfølging
4. Skrive et journalnotat på vanlig måte, inkludert relevant informasjon og råd til hjemmetjenesten slik at notat enkelt kan kopieres og sendes.

Sjekkliste: Fastlegen 2 uker etter utskrivning fra sykehus.

1. Hvordan har pasienten opplevd sykehusinnleggelsen og sin situasjon etter sykehusoppholdet?
2. Gjennomgang av epikrise og rapport fra hjemmesykepleien med pasienten
3. Gjennomgang av legemiddellisten
 - a. Effekt? Bivirkninger? - noe som kan seponeres eller gjøres enklere?
 - b. Trenger pasienten evt. hjelp eller opplæring for å håndtere sine medisiner, evt. egnet for multidose?
4. Vurder pasientens sosiale situasjon og behov for tiltak for å styrke pasientens egenmestring? (f.eks. trening eller opplæring)

Aktuelle tiltak:

5. Resepter og oppdatering av legemiddelliste, og kopi til hjemmesykepleien/ evt. apotek (ved multidose)
6. Rekvisisjon av undersøkelser og behandling
7. Behov for rehabilitering/fysisk trening/hjelpemidler
8. Råd/ veiledning til pasient og pårørende (evt utskrift fra NEL)
9. Avtale om videre kontroller
10. Anbefalte råd/oppfølging som sendes til hjemmetjenesten
 - a. Hva som evt. bør observeres (effekt av behandling, bivirkninger, mat/drikke, vekt, avføring/vannlating, ødemer etc.)
 - b. Hva som evt. bør gjøres ved forverring/tidig intervensjon (bruk evt. NEL som underlag). Spesifiser tiltak som hjemmetjenesten evt. kan starte på egen hånd rutine for varsling av fastlegen
11. Oversend informasjonen innen tre dager til hjemmetjenesten (fagkoordinator) ([tilbake](#) til 2-ukersbesøket hos fastlegen)

7.4 Fire-ukers samtalen/revurdering av bruker

Prosedyre:

1. 4-ukers samtale kommer på opp på huskeliste.
2. Arbeidslisteskriverne planlegger et slikt besøk, ved å frigjøre inntil 2 timer etter lunsj på arbeidsliste. Lag et oppdrag med tjenesten/oppdraget PF. Tid kan innspares hvis man innordner det slik at primærkontakt begynner å kartlegge bruker med tanke på fireukerssamtalen allerede fra dag én.
3. Primærkontakt har fått opplæring for gjennomføring av samtale
4. Dokumenterer samtalen i journal 311; F4-mal: "**HPH 5 4 ukers samtale/revurdering av bruker**" , i Gerica (Husk å registrere tiden det tar å dokumentere i journal 311):

Sjekkliste:

Helse

1. Diagnose siste sykehusinnleggelse, og andre kroniske tilstander:
2. Endring i brukers helse og hjelpebehov det siste halve året:
3. Videre oppfølging etter siste fastlegekontroll: Spesielle observasjoner framover.
4. Plan for videre kontakt med fastlege:
5. Ernæringstilstand: Variert/ensidig kosthold. Mengde, hyppighet av måltider:
6. Vekttap siste halvår:
7. Behov for oppfølging under måltid:
5. Tannhelse (egne tenner/veltilpasset protese):
8. Behov for bistand til munnhigiene:
6. Smerter/tilstrekkelig smertelindring:
7. Eliminering (urin/avføring):

8. Syn/Hørsel:

Daglige beslutninger

9. Beskriv brukers hukommelse:

10. Beskriv brukers ressurser til å planlegge/ta ansvar for daglige gjøremål:

11. Opplever brukers atferd som adekvat? Mistanke om forvirringstilstand?

12. Har bruker forståelse for sin egen situasjon (Hvis nei; kontakt fastlege for å få brukers samtykkekompetanse vurdert):

13. Er brukers hjemmesituasjon forsvarlig (brann, sikkerhet, helsetilstand):

14. Er det spesielle utfordringer i forhold til brannsikkerheten (Hvis ja; Følg prosedyre "Forebyggende brannvern for brukere i hjemmetjenesten", denne prosedyren skal i tillegg gjennomgå minimum 1 gang per år):

Sosialt nettverk/aktiviteter:

15. Hjelp fra, og kontakt med pårørende og venner?

16. Hvilke interesser/aktiviteter har bruker deltatt i tidligere?

17. Behov for bistand til sosial deltagelse?

18. Informasjon: Ta med mappe med informasjon om aktivitets- og kulturtilbud.

Mestringsevne

19. Opplever bruker trygghet i hverdagen:

20. Dersom bruker har trygghetsalarm, test alarmer:

21. Har bruker forståelse for å bruke trygghetsalarmen:

22. Opplever bruker at hun mestrer hverdagen:

23. Nedstemthet? Angstlignende symptomer, irritasjon, mistenksomhet:

Funksjon/ADL:

24. Beskriv brukers bevegelse innendørs (opp og ned av stol, inn og ut av seng, balanse, gjennomføre toalettbesøk, gå trapp):

25. Har bruker hatt fall de siste 4 uker? Evt. Iverksett fallforebyggende tiltak:

26. Tilpassing av leilighet (fjerne dørstokker, gulvtepper, gode lysforhold, er alt på ett plan?):

27. Har bruker nødvendige hjelpemidler? Behov for veiledning i riktig bruk av hjelpemidler:

28. Personlig stell: Hva mestrer bruker selv? Behov for bistand:

29. Trenger bruker tilrettelegging/bistand til av- og påkledning?

30. Mestrer bruker å lage mat, tømme søppel, vaske kopper, vaske klær, innkjøp av varer:

31. Rengjøring av bolig:

32. Kan noe gjøres for å styrke brukers funksjonsnivå, og brukers egenmestring:

33. Er det noe bruker gjerne ønsker mestre, men som han/hun i dag ikke klarer

34. Er det funksjoner som er i ferd med å svikte, men som kan styrkes:

35. Er bruker motivert til opplæring/trening/sosiale tiltak:

36. Oppdater oppdragets art:

37. Skriv ut Hjemmejournal, skal ligge i skap øverst til høyre på kjøkkenet oppdatert:

38. Er brukers tjenestebehov i samsvar med eksisterende vedtak:

39. Har bruker behov for nye vedtak:

40. Revurdering skal utføres etter behov, eller minimum hver 6 mnd. Legg inn på huskeliste:

([tilbake](#) til 4 ukers besøket)

7.5 Observasjon og behandlingsplan for pasienter med KOLS

Behandlingsplan	
SYMPTOMER	TILTAK
1. Stabil- uforandret helse Pusten er som vanlig Ingen hoste, evt som vanlig Ingen oppspytt, evt som vanlig Blankt/grått oppspytt Puls under 80 Respirasjonsfrekvens 15-19 FEV1 over Feberfri, temp under 37,5 Vanlig søvn og matlyst	Spise regelmessig og leve sunt Mosjonere minst 3 ganger i uka Unngå situasjoner som forverrer helsen Klare de daglige gjøremål som for Medikamentell behandling: Fortsette med de samme medisiner som avtalt med lege
2. Litt verre helse Mer tungpust enn vanlig Mer hoste og evt. piping i brystet Mer oppspytt Gulfarget oppspytt Puls 80-100 Respirasjonsfrekvens 20-25 FEV1 under Feber, temp 37,5-38 Sover dårligere - symptomer om natta Andre typiske tegn ved forverrelse :	Ta det mer med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hosteteknikk Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika: Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66
3. Mye verre helse Mye mer tungpust Hoster mer-mye verre Mye mer oppspytt Farget - evt. grønt oppspytt Puls over 100 Respirasjonsfrekvens over 26 FEV1 under Feber, temp over 38 Sover dårligere - symptomer om natta Ingen bedring etter 3 dager med medisintiltak i gult tiltaksfelt.	Ta det med ro Unngå irritanter og tobakksrøyk Husk riktig puste- og hoste teknikk Medikamentell behandling som kan være aktuell: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Inhalasjonsmedisin: <input type="checkbox"/> Prednisolon: <input type="checkbox"/> Antibiotika: Ring KOLS-sentralen 48 23 00 66
4. Ved ytterligere forverring, eller ved tvil kontakt lege! Ved manglende bedring i løpet av 2-3 dager kontakt lege!	

Utarbeidet ved Lungeavdelingen, St.Olavs Hospital, Trondheim, Norge

Et eksempel på et skjema for standardisert «førstevalg behandling» for pasienter med alvorlig KOLS som er utviklet i prosjektet [KOLS Heim](#) ved St. Olavs hospital.

Skjemaet forteller hva som skal observeres (symptomer) og fargekode angir alvorlighetsgrad og aktuelle tiltak. Spesialist eller fastlege fyller ut hvilken medikamentell behandling som kan iverksettes eller endres som tidlig intervensjon.

Andre tilstander der tilsvarende førstevalg behandling kan utarbeides, er for hjertesvikt, alvorlig psykisk sykdom, epilepsi, palliativ behandling hjemme.

([tilbake](#) til tidlig intervensjon)