

Gode overganger

Erfaring med Virtuell avdeling

Læringsnettverk Gode pasientforløp – Østfold

7. mars 2019

Alf Johnsen

Kommuneoverlege i Askim

Gode og helhetlige pasientforløp

- Spesialisthelsetjenesten – undersøkelser, diagnose og behandling
- Kommunehelsetjenesten – funksjonsvurdering, rehabilitering og mestring

Gode og helhetlige pasientforløp

- Spesialisthelsetjenesten – undersøkelser, diagnose og behandling
- Kommunehelsetjenesten – funksjonsvurdering, rehabilitering og mestring

- Vi ønsker at pasienten i løpet av et godt forløp gradvis endrer rolle til å bli en person.

- Økende antall pasienter med kroniske og sammensatte sykdomsbilder der medisinsk oppfølging og behandling bør skje i kommunen
- 5 % av pasientene bruker 48 % av ressursene i spesialisthelsetjenesten, og 1% bruker 22 %. De fleste av disse pasientene har ikke tilfredsstillende helhetlige behandlingsforløp.
- Korte sykehusopphold – rekker ikke vurdere effekt og evt. bivirkninger av igangsatt behandling
- Har behandlingsbyrden blitt for stor ?

Utskrivningsklare pasienter

- Overgang fra sykehus til hjemmet en spesielt sårbar situasjon der det ofte svikter, men ingen enhet/avdeling som har dette som sin primære oppgave
- Mange samarbeidsavtaler, koordinatører, rutiner og oppskrifter på gode pasientforløp

- Utskrivningsklar fra sykehus
- Innskrivningsklar i kommunehelsetjenesten ?
Hvis ikke – hva gjør vi ?

Hva er Virtuell avdeling ?

- Et konsept fra England, USA og Canada
- Avdelingen er en strukturert organisering av fagpersoner, funksjoner og arbeidsprosesser, men pasientene befinner seg i egne hjem.
- Pasientene skrives inn i avdelingen, og skrives ut ved avsluttet opphold.
- Virtuelle avdelinger i England er som regel et alternativ til sykehusinnleggelse
- Virtuell avdeling i Canada var en forlengelse av sykehusets oppfølging av pasienter med stor risiko for reinnleggelser

Virtuell avdeling i Eidsberg kommune.

- Virtuell avdeling har et helhetlig ansvar for overgangen fra sykehus til hjemmet for utskrivningsklare pasienter
- Virtuell avdeling er en del av hjemmesykepleien
- Ferdig utdannet Avansert geriatrisk sykepleier - AGS

Avansert geriatrisk sykepleier (AGS)

- Masterstudium ved UiO
- Kompetanse til systematisk undersøkelse og vurdering av pasienter
- Bedømme fysisk og psykisk funksjonsnivå
- Vurdere medikamentbruk
- Vurdere ernæringstilstand

Ansatte/deltakere i Virtuell avdeling – det vi ønsket å få til

- AGS – leder av avd.
- Sykepleier fra hjemmesykepleien
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Fastlegen

AGS i Virtuell avdeling

- God kompetanse til å lede en virtuell avdeling
- Minst 50% av tiden til direkte pasientoppfølging i hjemmet
- Vurdere pasientens helhetlige behov for kommunale helsetjenester
- Sikre at aktuelle deler av kommunale helsetjenester kommer i gang og samarbeider

Pasienter til Virtuell avdeling

- Pasienter fra sykehus/kommunalt helsehus utskrevet til hjemmet
- Alder 65 +
- Pasienter med sammensatt sykdomsbilde – minst 3 sykdommer som påvirker funksjonsnivå

- AGS hjembesøk innen 3 døgn

Generell helhetlig klinisk undersøkelse

Funksjonsvurdering – senere supplert av fysioterapeut

Ernæringstilstand

Medisiner

- AGS kontakter sykehuset for supplerende opplysninger
- AGS utarbeider innkomstrappert til fastlegen og hjemmesykepleien
- AGS kontakter fastlegen for avklaring av nødvendig oppfølging

Når er pasienten utskrivningsklar fra Virtuell avdeling ?

- Pasientens ønsker og behandlingsmål kartlagt
- Behandlingsforløpet stabilt og evt. justert
- Kommunalt tjenestebehov vurdert og igangsatt
- Videre behandling og kontroll avklart med fastlegen
- Legemiddellister kvalitetssikret
- Sykdomstilstand, medisiner og videre oppfølging forklart pasient og pårørende
- Epikrise sendes fastlegen

Pilotprosjekt Virtuell avdeling

- Pilotprosjekt høsten 2014 – mars 2015, med støtte av KS
- Medisinsk faglig rådgiver
- Monitorering og evaluering av prosjektet underveis – prosjektmedarbeider
- Prosjektrapport utarbeidet

Noen resultater av pilotprosjektet

- 26 pasienter : 66 – 91 år
- 3-8 diagnoser pr. pasient i epikrisene – gj.snitt 6 aktive diagnoser
Hjerte. lunge. kreft, lårhalsbrudd, redusert allmenntilstand
- 11 hadde hjelp fra hjemmetjenesten før innleggelse i sykehus, 15 var nye pasienter
- Meldt behov fra sykehus til kommunen : hjelp til dusjing og administrering av medisiner (ofte Multidose)
- Varighet på opphold i Virtuell avdeling : 10 – 30 dager

- Utskrivningsklare pasienter – altså var det vurdert behov for kommunale tjenester
- For 25 av 26 pasienter ble tjenestebehovet endret som følge av selvstendig og helhetlig vurdering i VA
- Avvik medisinaliste : 50%
- Compliance, bivirkninger, uheldige medisinkombinasjoner : 89 %
- Ernæringstiltak : 65 %
- Innføring av rutiner for måling av vitale parametere : 62 %
- Vurdering fysioterapeut : 4 hadde bestilling, 21 trengte det
- Planer for videre behandling : manglet hos 50 %

Resultater av intervju-undersøkelse blant pasienter, pårørende og fagpersoner

- «Jeg synes det er veldig viktig at når du kommer hjem fra sykehuset, at ikke alle sånne undersøkelser bare stopper. Plutselig skal du liksom være mye bedre, men det kjennes jo ikke slik i kroppen.»
- Pasientene opplevde trygghet, at noen hadde tid, også til å forklare sykdom, prøvesvar og behandling.
- Positivt at det var en systematisk oppfølging med helhetlig klinisk undersøkelse.
- Fastlegene positive, men opplevde det vanskelig å være tilgjengelige.
- Hjemmetjenesten positiv, også at det ble bedre rutiner innen hele tjenesten.

Hvorfor har Virtuell avdeling hatt et hvileår ?

- Svært sårbart når en AGS utgjør hovedressursen i Virtuell avdeling.
- Vanskelig å overføre modellen til nabokommunen – andre forventninger og ønsker om oppfølging av andre pasientgrupper med behov for ekstra kompetanse
- Liten pasientgruppe, og ikke gode nok registreringer for å kunne dokumentere effekter på pasientforløpene videre (færre reinnleggelser).
- Planlagt igangsetting i ny storkommune har tatt tid

Skal konseptet Virtuell avdeling brukes for andre pasientgrupper ?

- Langvarig oppfølging av dårlige pasienter med behov for ekstra medisinsk kompetanse og helhetlig styring av ulike tjenester
- Utredning og funksjonsvurdering av en større andel av pasienter med behov for hjemmebaserte tjenester
- Palliativ omsorg i hjemmet

Eldre i sykehus

- 50% av eldre 70+ som skrives ut fra sykehus, har større ADL-svikt enn de hadde før de ble innlagt
- Reduksjon i funksjon er som regel ikke forbigående hvis det ikke settes inne målrettede tiltak
- Et sykehusopphold for en akutt tilstand vil kunne bli begynnelsen på veien inn i skrøpeligheten
- Eldre som blir utskrevet fra sykehus med dårlig fysisk funksjon, har 3 ganger større risiko for reinnleggelse innen 30 dager enn eldre med medisinsk kompleks sykdom, men med god fysisk funksjon

- Gode helhetlige pasientforløp bør i stor grad innehold en tilpasset funksjonsvurdering, avklaring av rehabiliteringspotensiale og raskt igangsatt rehabilitering. Dette er i hovedsak kommunens ansvar.
- Prosjekt Tverrfaglig vurderingsteam og Virtuell avdeling
- «Innovativ rehabilitering i Indre Østfold»