

# Gode pasientforløp

Sykehuset Telemark, avd. Notodden Sykehus

Ellen Marie T. Hufthammer

Fagutviklingssykepleier/Lungesykepleier

# Strategien til Sykehuset Telemark HF 2023-2025

## 4 STRATEGI 2023-2025



### 4.1 Visjon – Pasientenes beste

Vi gir våre pasienter med nasjonal kompetanse for å avklare brukermedvirkning til samvalg og pasientsikkerhet i pasientbehandlingen bygger tillit gjennom

Gjennom en likeverdig samarbeid kan vi sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for hver pasient. Sammen skaper vi helhetlige pasientforløp og etablerer gode modeller for kompetansebygging og kompetanseoverføring slik at pasientene kan ivaretas av personell med riktig kompetanse og på rett behandlingsnivå til enhver tid.

Sammen arbeider vi for pasientenes beste.

### 4.2 Mål

Sykehuset Telemark HF skal

grad av intern samhandling, gode fasiliteter, effektiv samhandling med kommunene, og en sunn økonomi.

Det legges til grunn at Sykehuset Telemark skal gi et bredt sykehusstilbud til Telemarks befolkning. Pasientene våre skal oppleve et godt og tilgjengelig helsetilbud, hvor de blir møtt med respekt og god

### 4.1 Visjon – Pasientenes beste

Vi gir våre pasienter rask og riktig diagnostisering og behandling i tråd med nasjonale og internasjonale retningslinjer og følger «beste praksis» for å avklare og imøtekomme pasientenes behov. Gjennom god brukermedvirkning – «Hva er viktig for deg?» – får pasientene mulighet til samvalg og blir aktive deltagere i egne behandlingsforløp. Vårt fokus på pasientsikkerhet og kontinuerlig kvalitetsforbedring sikrer god kvalitet i pasientbehandlingen. Vi gir pasientene en god pasientopplevelse og bygger tillit gjennom gjensidig respekt.

Gjennom en likeverdig samhandling med kommunene og et godt internt samarbeid kan vi sikre en trygg og god helse- og omsorgstjeneste for hver pasient. Sammen skaper vi helhetlige pasientforløp og etablerer gode modeller for kompetansebygging og kompetanseoverføring slik at pasientene kan ivaretas av personell med riktig kompetanse og på rett behandlingsnivå til enhver tid.

Sammen arbeider vi for pasientenes beste.

pasienter og pårørende

- Vi har god relasjon med eier (Helse Sør-Øst) og sykehusets styre
- Vi har et godt forhold til samarbeidspartnere

# Vestfold og Telemark



**Innbyggertall:** 424 832 (2022)

**Kommuner:** 23

**Innbyggertall øvre Telemark:** 51205 (2015)

**Kommuner i øvre Telemark:** 10

**Lokalsykehus:** Notodden sykehus, Sykehuset Telemark

## Overordnet mål

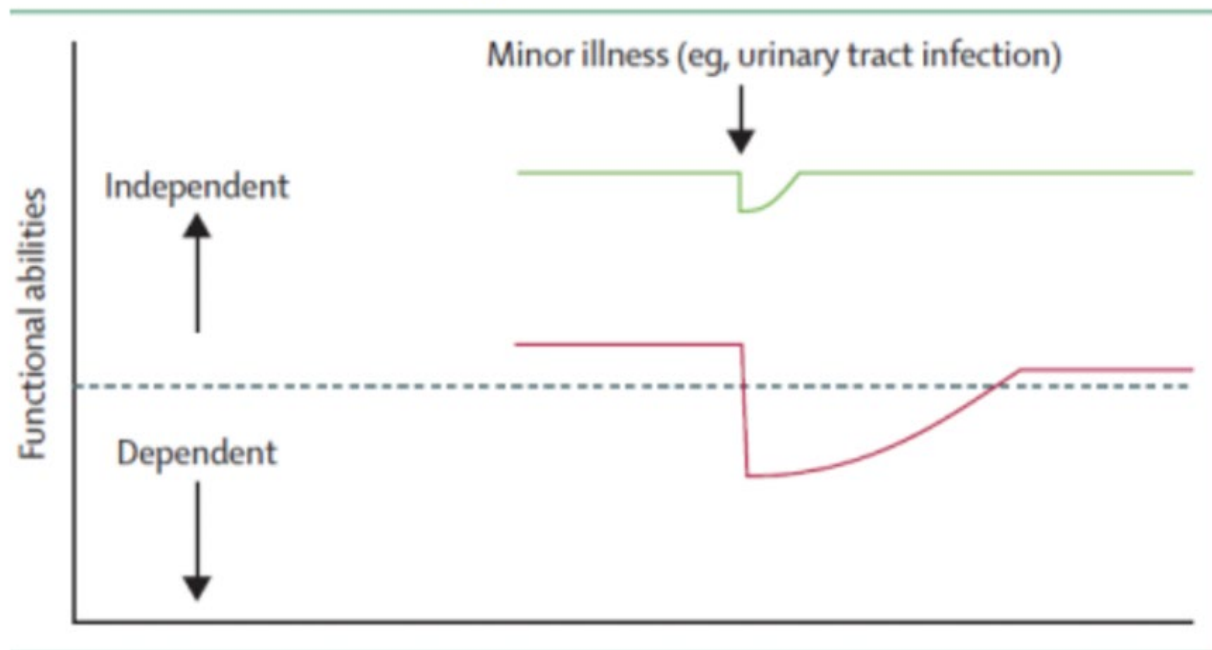
Sikre gode pasientforløp og brukermedvirkning ved implementering av «Hva er viktig for deg?» hos inneliggende pasienter i Sykehuset Telemark, avd. Notodden innen mai 2023.



## Hva skal vi fokusere på:

### Innkomst:

- Innkomstjournalen skal inneholde riktige og oppdaterte opplysninger
- Tydelig plan på videre tiltak for innleggelse
- Kvalitetssikre at pårørende er oppført og informert
- Legemiddelsamstemming
- CFS «Clinical frailty scale» prosedyre




## CLINICAL FRAILTY SCALE NORWEGIAN

	<b>1</b>	<b>VELDIG SPREK</b>	Personer som er robuste, aktive, energiske og motiverte. De trener gjerne regelmessig, og er blant de sprekeste i sin aldersgruppe.
	<b>2</b>	<b>SPREK</b>	Personer som ikke har aktive sykdomssymptomer, men er mindre sprekke enn kategori 1. De kan ofte trene eller være veldig aktive av og til, f.eks. sesongbasert.
	<b>3</b>	<b>KLARER SEG BRA</b>	Personer med velkontrollerte medisinske problemer, selv om de kan ha symptomer av og til. De er ikke regelmessig aktive utover vanlig gange.
	<b>4</b>	<b>LEVER MED SVÆRT MILD SKRØPELIGHET</b>	Tidligere «sårbar». Denne kategorien markerer en overgang fra å være helt selvhjulpent. Selv om de ikke er avhengig av daglig hjelp fra andre, vil symptomer begrense aktivitet. De klager ofte over at de er «langsomme» og/eller blir slitne/trøtte illa dagen.
	<b>5</b>	<b>LEVER MED MILD SKRØPELIGHET</b>	Disse er mer tydelig langsomme, og trenger hjelp til komplekse aktiviteter i dagliglivet (personlig økonomi, transport, tungt husarbeid). Vanligvis vil mild skrøpeligheit i økende grad føre til problemer med å handle eller gå utenfor hjemmet alene, lage mat, håndtere medisiner, og begynner å begrense lett husarbeid.
	<b>6</b>	<b>LEVER MED MODERAT SKRØPELIGHET</b>	Personer som må ha hjelp til alle aktiviteter utendørs og med å stille hjemmet. Innendørs har de ofte problemer med trapper, trenger hjelp til bading/dusj og kan trenge litt hjelp til å kle på seg (veiledning, tilsyn).
	<b>7</b>	<b>LEVER MED ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	Helt avhengige av hjelp til personlig stell uansett årsak (fysisk eller kognitiv). Likevel fremstår de som stabile og uten høy risiko for å dø (innen ~6 måneder).
	<b>8</b>	<b>LEVER MED SVÆRT ALVORLIG SKRØPELIGHET</b>	Helt avhengige av hjelp til personlig stell og nærmer seg livets slutt. Vanligvis vil de ikke komme seg igjen selv etter mild sykdom.
	<b>9</b>	<b>TERMINALT SYK</b>	Nærmer seg livets slutt. I denne kategorien inngår personer med en forventet levetid <6 måneder uten at de lever med alvorlig skrøpeligheit. (Mange terminalt syke pasienter kan være fysisk aktive inntil de er svært nær døden).

### Under innleggelsen:

- Avholde tverrfaglig pre-visitt og tavlemøter daglig
- Sikre brukermedvirkning ved å stille spørsmålet «Hva er viktig for deg?» og følge opp svaret
- Samhandle og oppdatere kommunen underveis om pasientens status og mulig økt hjelpebehov

### Utskrivelsen:

- Planlegging av utskrivelse
  - Sette tentativ UK-dato tidlig
  - Tilstrebe utskrivelsessamtale og skrive UK-notat dagen før planlagt utskrivelse
- «Informasjon gitt til pasienten» i epikrisen brukes skriftlig 
- Tydelig behandlingsavklaring i epikrise (spesielt viktig hos komplekse pasienter)

#### **Epikrise somatikk (edi)**

Mage-tarm avdeling, Medisinsk Post Notodden v/Lege: NN /,25.09.28

**Innlagt: 25.09.28**

**Utskrevet: 15.11.28**

**Innl. lege:** Pasienten Selv

**Fastlege:**

**Innleggelsesårsak:** Kolsforverring

**Hovedtilstand:** Pneumoni

**Andre tilstander som har vært tatt hensyn til, vurdert eller behandlet under oppholdet:**  
Lårhalsbrudd

**Diagnose(r)**

**Prosedyre(r):**

**Bakgrunn**

**Aktuelt for innleggelse**

**Funn og undersøkelsesresultater**

**Forløp og behandling**

**Vurdering**

**Funksjonsnivå ved utskrivning**

**Videre oppfølging**

**Legemidler ved utskrivning**

Faste:

#### **Informasjon til pasient/pårørende**

Hei Kåre!

Du har vært innlagt ved medisinsk avdeling ved Notodden sykehus grunnet en lungebetennelse. Du har fått antibiotika inn intravenøs, det vil si at du har fått den rett inn i blodårene dine. Når du nå kommer hjem, så skal du ha antibiotika tablett i 3 dager. Under oppholdet ditt fikk du et lårhalsbrudd i ve. Hofte. Denne har du fått operert og du vil nok ha en del smerter fremover. Du kan belaste beinet til smertegrense.

Da du har hjerteflimmer i bunn er det viktig at du står på noe blodfortynnende og vi har derfor valgt å gjeninnsette Eliquiz, men i en lavere dose. Da du fortsatt er ganske redusert i formen ønsker kommunen å ta deg imot på en korttidsplass for videre opptrening. Ønsker deg god bedring videre.

Hilsen: Lege NN



# Gjennomførte tiltak

- **Informasjon og inkludering**
  - Ansatte
  - Bruk av buttons
  - Informasjonsbrosjyre
- **Dokumentasjon**
  - Endring i DIPS SPL Kartleggingsnotat for hele STHF
  - Forbedre kvaliteten på dokumentasjon
  - Sikre god opplæring til alle nyansatte i PLO-meldinger
- **Sjekkliste**
  - Fra innkomst til utskrivelse
- **Tavlemøter**
  - Reviderte tavler og fått med «Hva er viktig for deg?»





# «Hva er viktig for deg?»-dagen

ble markert 09.06 med stand både i Skien og Notodden

[Forside](#) [Hva er viktig for deg?](#)

## Hva er viktig for deg?

9. juni ble "Hva er viktig for deg?-dagen" markert ved Sykehuset Telemark på Notodden og i Skien.



Malin Wiersdalen Mathisen og Ingeborg Schia Kaasa



Terje Baasland i samtale med Ingeborg Schia Kaasa

I foajéen utenfor kantina i Skien sto Malin Wiersdalen Mathisen og Ingeborg Schia Kaasa på stand torsdag 9. juni.

— Vi ønsker å oppfordre helsepersonell til å lytte og forstå hva som er viktig for den enkelte pasient, sier de to blide damene. Standen ble godt besøkt, spesielt rundt lunch-tider.

Målet med denne dagen er å oppmuntre til flere gode samtaler mellom de som gir omsorgs- og helsetjenester og de som mottar disse tjenestene og deres pårørende.



Navn:

### SJEKKLISTE GODE PASIENTFORLØP

Sjekklisten er et hjelpemiddel og erstatter ikke dokumentering av pasientdata.

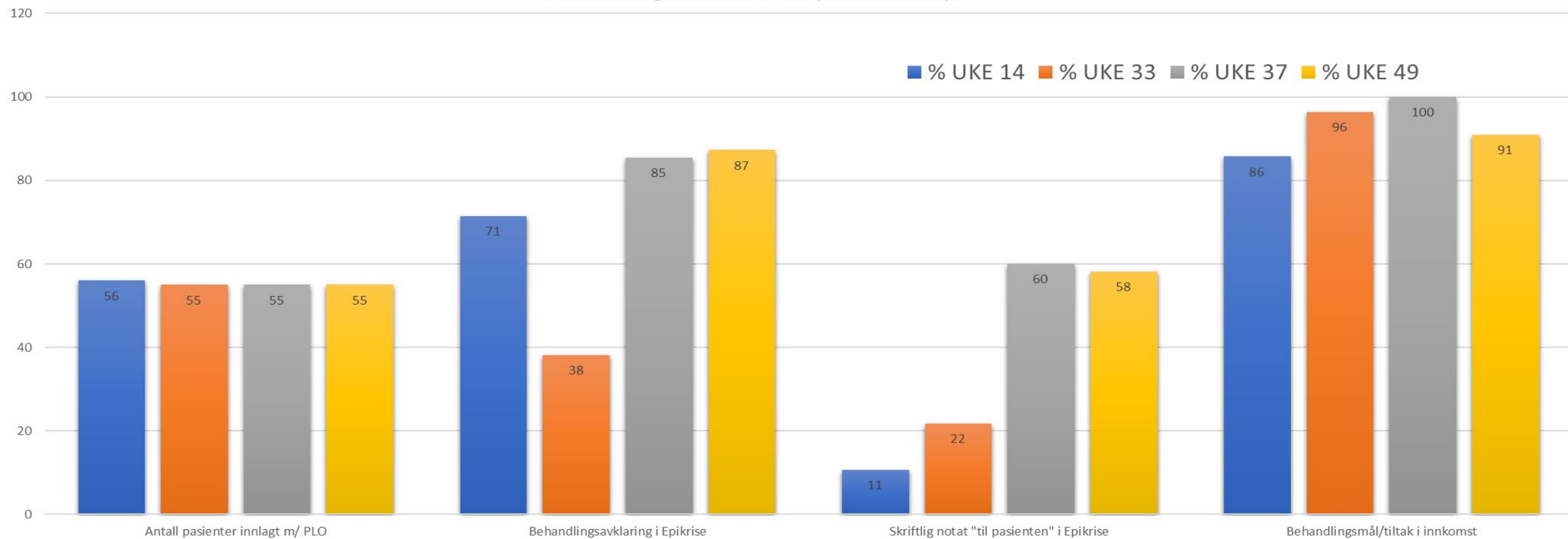
VED INNKOMST			
JA	IKKE AKTUELT		SIGN.
		Oppdaterte opplysninger om familiært/sosialt i inkomstjournal? (obs klipp/lim)	
		Registrert riktig pårørende. Er pårørende informert? <input type="checkbox"/>	
		Barn som pårørende <18 år <input type="checkbox"/>	
		Registrert fastlege	
		Innhente medisinaliste	
		Legemiddelsamstemming påbegynt <input type="checkbox"/> utført <input type="checkbox"/>	
		Registrert høyde og vekt	
		Send melding om innlagt pasient, hos pasienter med kommunale tjenester	

UNDER INNLEGGELSE			
JA	IKKE AKTUELT		SIGN.
		Kartleggingsnotat utført og registrert «Hva er viktig for deg» - Kartlegg bosted, kontakt med pårørende, funksjonsstatus, hjelpemidler	
		Behandlingsplan er påbegynt	
		Informert pasient om forventet utskrivningsdato	
		PLO 1 Helseopplysning innen 24 timer	
		PLO oppdatering på pasienter innlagt > 5 døgn	
		Behov for hjelpemidler/behandlingshjelpemidler i hjemmet	

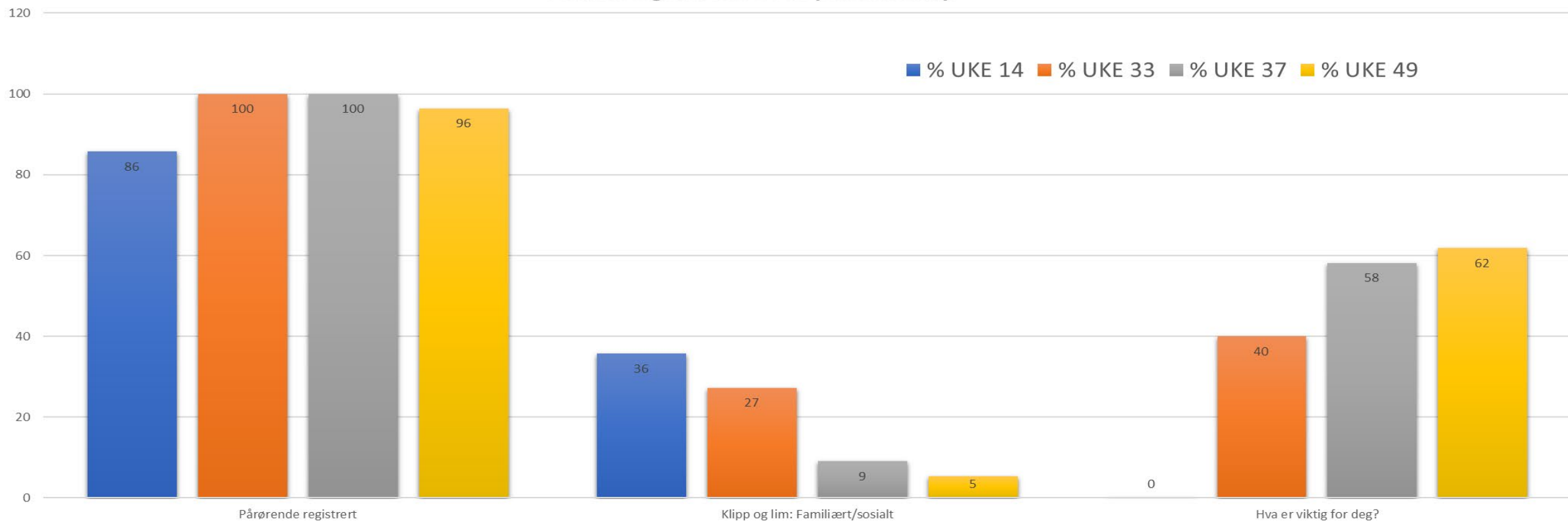
VED UTSKRIVELSE			
JA	IKKE AKTUELT		SIGN.
		Utskrivningssamtale gjennomført av: Sykepleier <input type="checkbox"/> Lege <input type="checkbox"/>	
		Kontrolltime hos fastlege bestilles av: Pasienten <input type="checkbox"/> Pårørende <input type="checkbox"/> Kommunen <input type="checkbox"/>	
		Oppfølging av fysioterapi/ergoterapi i kommunen	
		Pårørende er informert	
		Epikrise med oppdatert legemiddelliste	
		E-resept sendt	
		Sykemelding	
		Pasienten blir ivaretatt ved ankomst hjemmet: Nøkler, mat og varme	
		Pasienten har fått med seg alle sine egendeler	
		Nødvendige og nye medikamenter er sendt med pasienten til 1.virkedag	
		Transport: Egen hjelp/pårørende <input type="checkbox"/> Buss <input type="checkbox"/> Taxi <input type="checkbox"/> Ambulanse <input type="checkbox"/>	

VED KOMMUNALE TJENESTER/ØKT HJELPEBEHOV			
JA	IKKE AKTUELT		SIGN.
		PLO 2, Helseopplysning med UK-notat sendt	
		Ved nye prosedyrer: Sikre kompetanse hos hjemmetjenesten eller legge til rette for opplæring eller veiledning før utreise	
		Huk av for melding om utskrivningsklar pasient	
		PLO Utskrivningsrapport er sendt	
		Screeninger er utført og tiltak dokumentert i: Sykepleiersammenfatning <input type="checkbox"/> Epikrise <input type="checkbox"/>	
		Klargjort utreisekonvolutt og kontrollert punkter	

### Forbedringsarbeid: Gode pasientforløp

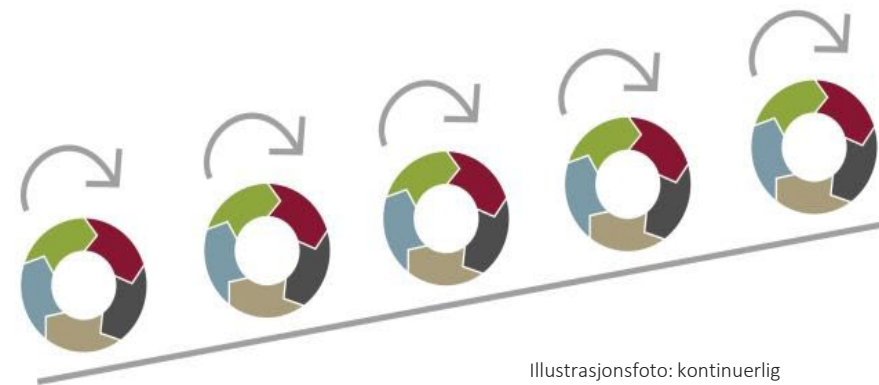


### Forbedringsarbeid: Gode pasientforløp



## Planen videre

- **Informasjon**
  - Informere og holde ansatte oppdaterte
  - Ta jevnlig målinger og vise til ansatte for å gi økt motivasjon
- **Stikkprøver**
  - Justere og evaluere i forhold til sjekklister og tavlemøter
- **Måle effekt av tiltak og justere fortløpende**
  - Innkomst
  - Epikrise
  - Spl. Kartleggingsnotat
- **Ha faste møter med teamet**



## Samarbeid med Notodden kommune

- Innhold i innleggelsesrapport fra kommunen
- Oppstart med CFS skår
- PLO-flyt
- «Hva er viktig for deg?»



# Samarbeid med Seljord kommune

**Hovedmål:** Sikre gode og trygge pasientforløp via tidlig samarbeidsmøter

**Delmål:** Unngå unødvendig innleggelser på sykehuset, med særlig fokus på re-innleggelser. Unngå innlegging og utskrivning på helg, kveld og natt når dette er forsvarlig og medvirker til gode pasientforløp.

**Kriterier for å bli inkludert av prosjektet:**

1. Re-innlegges innen 30 dager eller; har mer enn >2 innleggelser i løpet av 1 år.
2. Pas. som har behov for utvidede tjenester/store endringer

**Ansvar for å kalle inn til samarbeidsmøter:**

- Tjenestekontoret sender forespørsel om møte når «melding om innlagt pasient» er mottatt fra sykehuset (tjenestekontoret har oversikt over kriterier).
- Sykehuset innkaller tjenestekontoret til møte dersom pasienten har behov for å utvidet tjenester/stor endring i pasientens tilstand. Tjenestekontoret videresender innkallingen til aktuelle deltakere i kommunen.

**Deltakere i samarbeidsmøter:**

Det vurderes om pasienten skal delta i møtet.

Fra sykehuset deltar:

- Behandlingsansvarlig lege
- Pasientansvarlig sykepleier
- Evt. ergo eller fysioterapeut.

Fra kommunen deltar:

- Tjenestekontoret
- Fastlege
- Enhetsleder fra institusjon/ hjemmetjeneste
- Evt. fysioterapeut

**Tidspunkt og møteform:** Ukedager 12.00-12.30, Join.

**Møtestruktur:** Følg mal, møtet skal ikke vare lenger enn 10 minutter.

**Oppstart av pilotprosjekt:** 1.februar 2023.



Navn:

## SAMARBEIDSMØTER GODE PASIENTFORLØP

Sjekklisten er et hjelpemiddel for møtestruktur

Er pasienten samtykkekompetent?	
Skal pasienten være med i møte?	
«Hva er viktig for deg?»	
CFS skår	
Hensikten med møtet:	
Hvem er tilstede:	



Årsak til aktuell innleggelse:

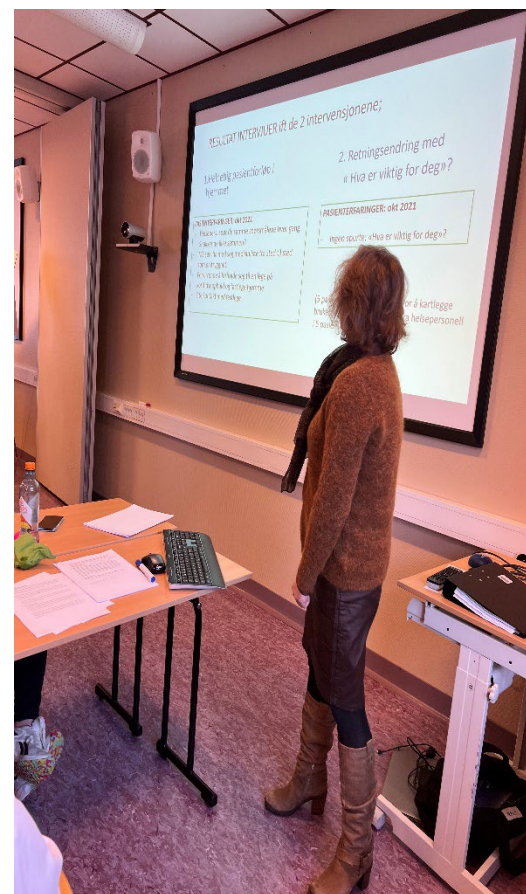
Årsak til tidligere innleggelser: (stikkord)

Behandlingsavklaring

Tiltak til videre behandling/plan videre:

Ansvar for videre tiltak:

# Samarbeidsmøte 19.01.23



For å bedre overgangene i pasientforløpet og for å sikre brukernes behov for å møte helhetlige, trygge og koordinerte tjenester må vi huske at

# Det er ikke **vi** på sykehuset og **de** ute i kommunene

## DET ER OSS



*Illustrasjonsfoto: Colourbox.com*

Hva er  
viktig  
for **deg**?