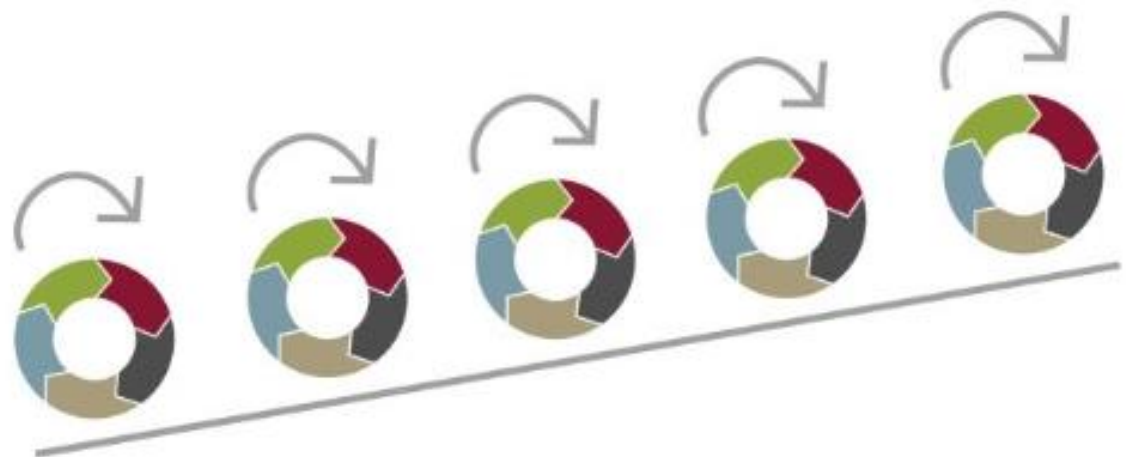
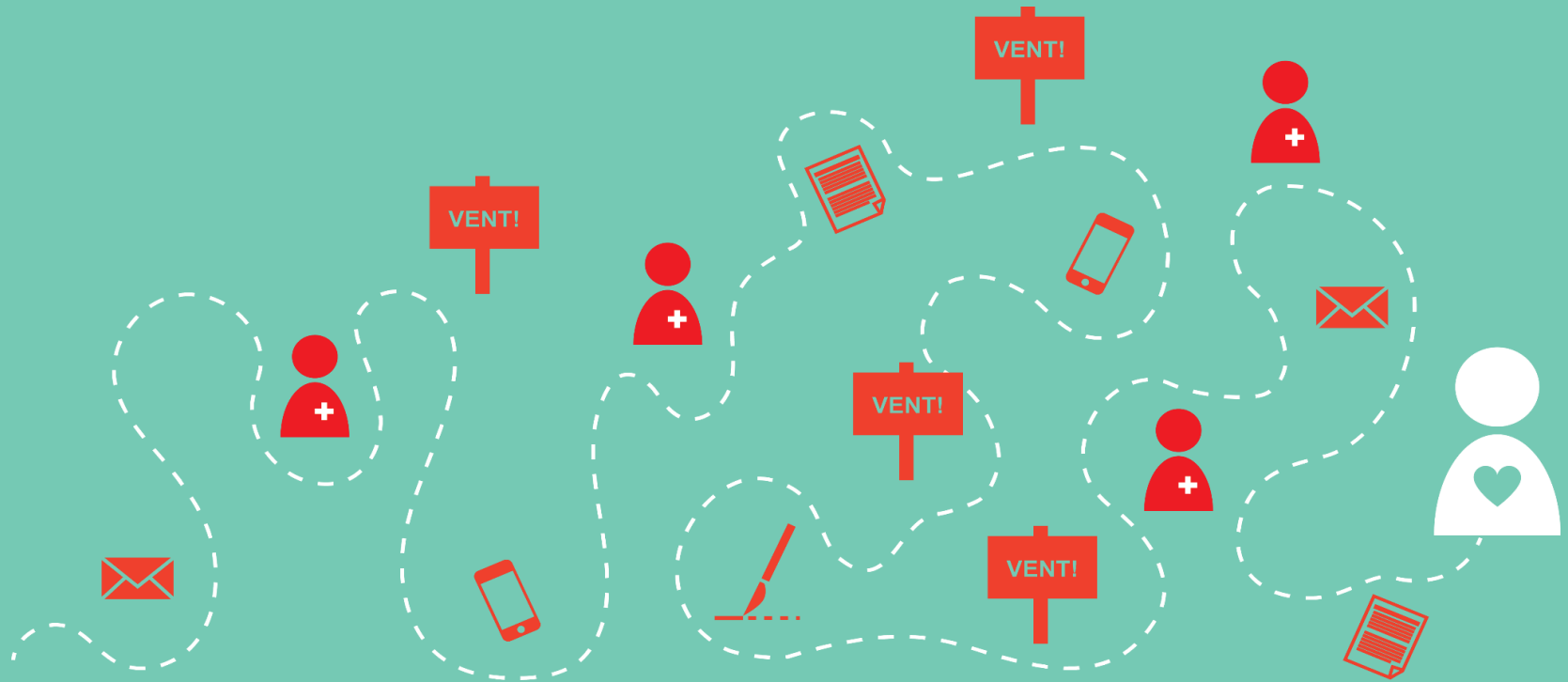


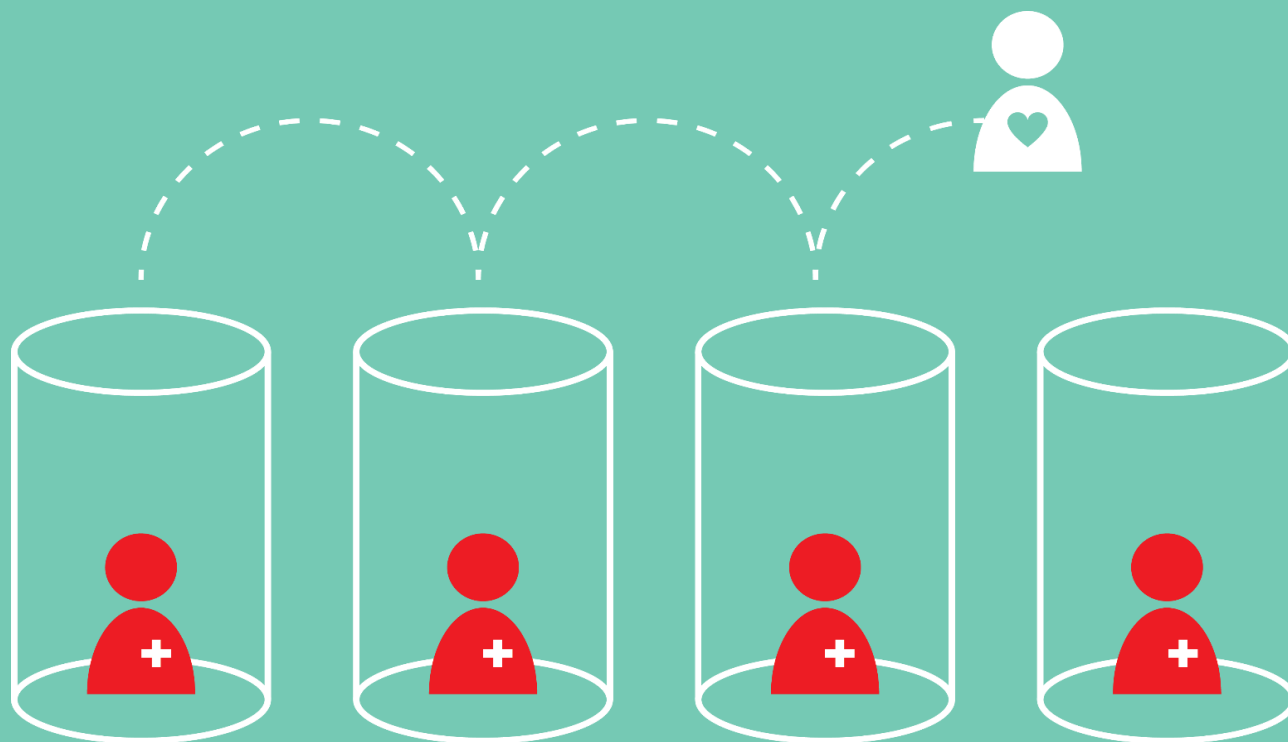
Status Sykehuset Østfold

Læringsnettverk Gode pasientforløp





Eldre og kronisk syke: Må pasienten tilpasse seg oss eller tilpasser vi oss til pasienten?



Vi strever med overgangene, og alle innebærer en fare for svikt


Hvorfor er vi med?

Vi vil bidra til å:

- Utvikle helhetlige pasientforløp for våre eldre og kronisk syke pasienter
- Styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp
- Ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp
- Styrke forbedringskompetansen hos våre ledere og medarbeidere
- Redusere unødvendige sykehusinnleggelseser for kronisk syke og eldre

(HODs, Hdirs, Kunnskapssenterets og KS sin målsetting med å etablere programmet)





DEL 1: VI RYDDER I EGET HUS

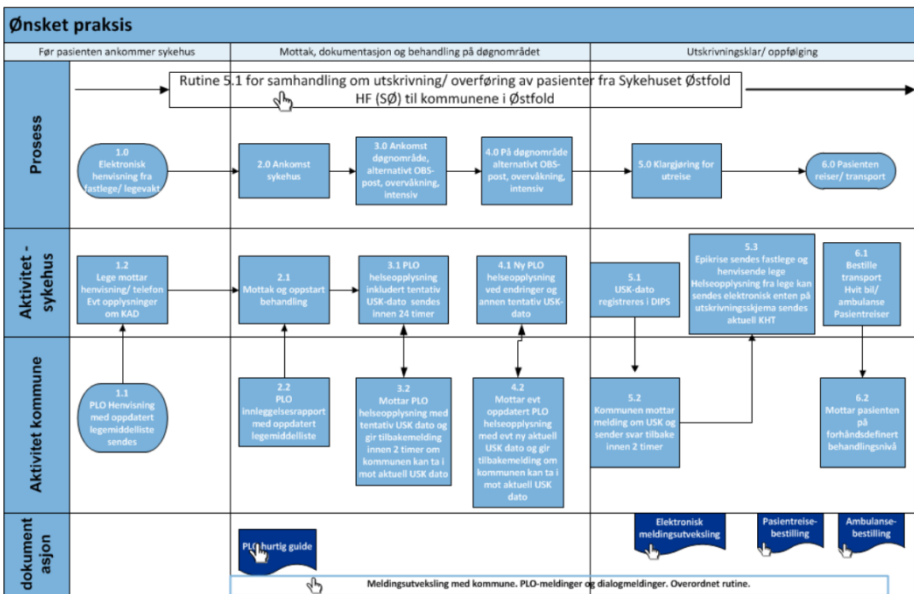
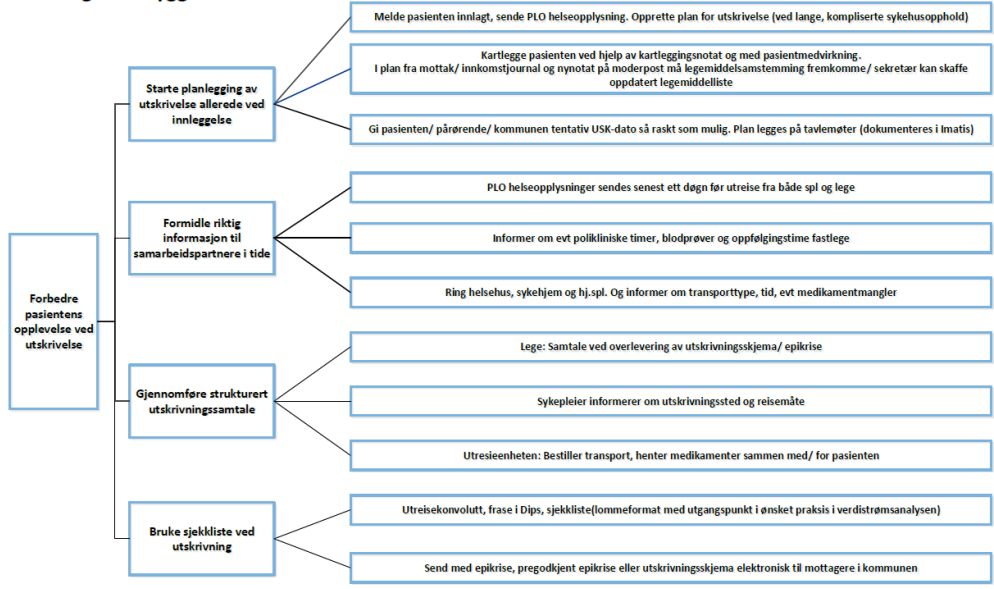
Forbedring av overgangen

Utskrivningsprosessen

1. Utviklet tiltak for forbedring ved utskrivning
2. Oppgradering av innholdet i utskrivningsprosessen
3. Tilbakemelding til seksjonsleder etter løpende journalgjennomgang av alle medisinske USK
4. Det er utviklet et hjelpeskjema i DIPS sammen med kommunene, for kvalitetssikre innholdet og særlig funksjonsbeskrivelser i PLO-meldingen.
5. Enkel måling for bruk av hjelpeskjema i DIPS er gjennomført



Drivdiagram Trygg utskrivelse Klinikkk for medisin



Resultater måling



Forankring


Vedtak i Samarbeidsutvalget (SU) 31.5.2018

- «1. Samhandlingsutvalget (SU) slutter seg til en trinnvis oppstart av prosjektet*
- 2. Samhandlingsmidler for 2018 reserveres for eventuelt å finansiere programmet*
- 3. Det tas utgangspunkt i innsatsområde 1 med journalgjennomgang og Sykehuset Østfold (SØ) stiller med prosjektleder og tar ansvar for å lede den delen av arbeidet*
- 4. Ut fra konklusjonene av gjennomgangen ser samhandlingssekretariatet på videre framdrift, omfang og økonomiske forhold.*
- 5. Der kommunene deltar i læringsnettverket ser en dette i sammenheng med prosjektet.»*

Samhandlingsutvalg for fastleger (SUFF) og ledermøtet i sykehuset (SLM) fulgt opp vedtaket fra SU. Vedtak i sykehusledermøtet 18.12.2018 ble:

«Det etableres et helhetlig pasientforløp fra hjem til hjem sammen med kommunene. Arbeidet er en del av Læringsnettverk for utvikling av gode pasientforløp – Østfold»



A close-up photograph showing two hands being held together. The hand on the left is younger and smoother, while the hand on the right is significantly older, with visible wrinkles and veins. The hands are clasped together in a supportive grip. A dark semi-transparent box is overlaid on the lower-left portion of the image, containing white text.

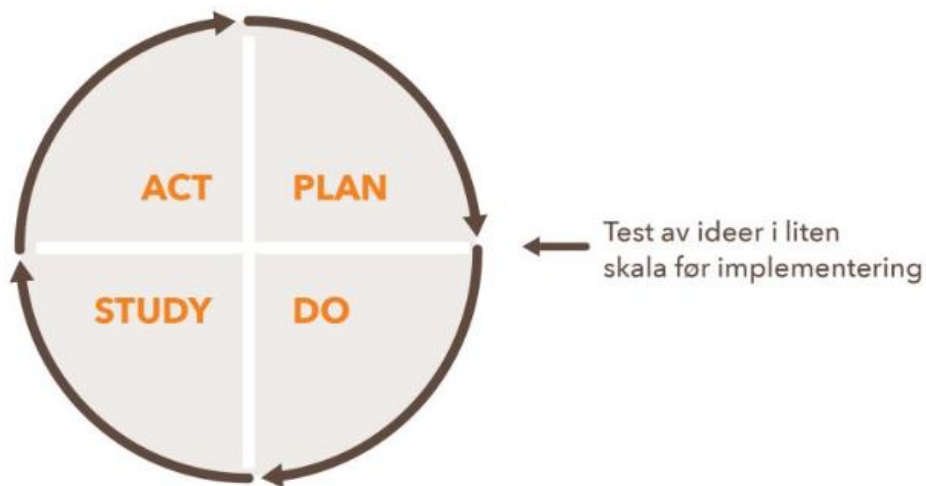
DEL 2: HELHETLIG PASIENTFORLØP HJEM
TIL HJEM –
et samarbeid mellom kommunene og SØ

MÅLSETTING FOR ARBEIDET

1. Forbedre det helhetlige pasientforløp for våre eldre og kronisk syke pasienter
2. Styrke brukerens opplevelse av mestring og involvering i eget pasientforløp
3. Ta i bruk metoder og verktøy for gode pasientforløp
4. Styrke forbedringskompetansen hos våre ledere og medarbeidere
5. Redusere unødvendige sykehusinnleggelseser for våre kronisk syke og eldre



Arbeidsform



Status

1. Prosjektleder for innsatsområde 1, kartlegging, Janne Myrvang, er utnevnt.
2. Tverrfaglig arbeidsgruppe er utnevnt
3. Mandat innsatsområde 1, kartlegging, er under utarbeidelse og de nødvendige godkjenninger innhentes.



Journalgjennomgang

Overgang mellom kommune og sykehus

- **Ved innleggelse**

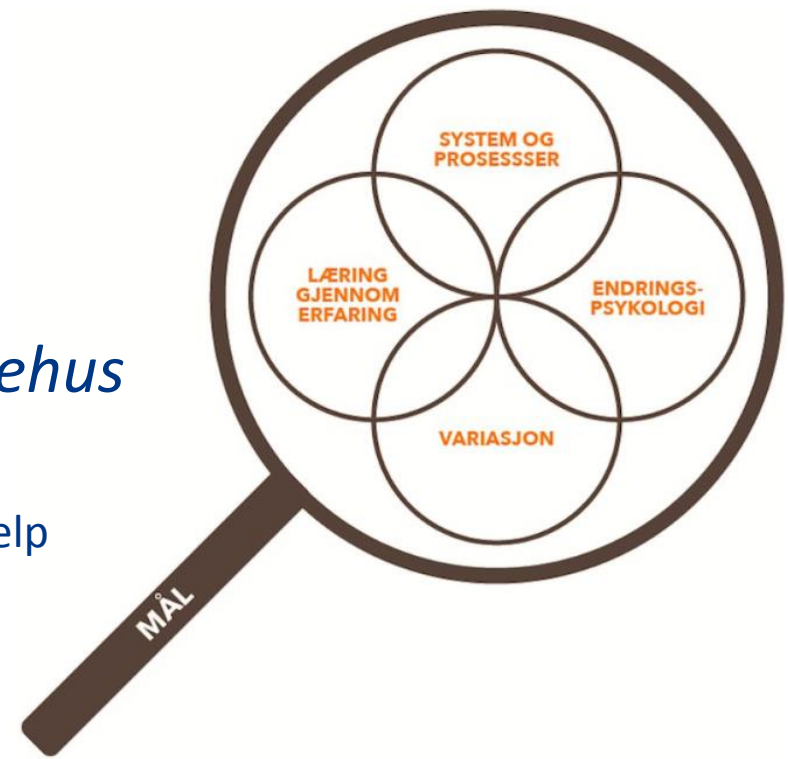
- Konferering og tilgang på halvøyeblikkelig hjelp
- Henvisningen
- Innleggelsesrapporten

- **Under sykehusopphold**

- Innleggelsesmelding, dialogmeldinger, endringsmelding og melding om utskrivningsklar pasient

- **Etter utskrivning**

- Behandlingsplan, tiltak og avtaler om kontroll , Avstemt LIB, resepter, sykemeldinger og behov for hjelpemidler
- Kommunikasjon utover PLO-meldinger
- Veiledning og opplæring til kommunen
- Bruk av individuell plan og koordinator



VIDERE PLAN

1. Journalgjennomgang slutføres
2. Prosjektleder og tverrfaglig gruppe utnevnes
3. Verdistrømsanalyse med forslag til nytt pasientforløp og plan for implementering gjennomføres
4. Samhandlingsutvalget vedtar ønsket forløp og plan for implementering
5. Målinger og implementering gjennomføres i tråd med vedtatt plan og på tvers av kommuner og sykehus

