

Kan vi sammen skape en bedre helsetjeneste?

Rachel Lørum
Sykehuset Østfold
Juni 2021





DEL 1: SYKEHUSET ALENE



Pasienten skrives ut til: Hjemmet Hjemmet m/ hjemmesykepleie Institusjon, kommunal Institusjon, privat

 Bestilt transport: Taxi Hvit bil Ambulanse Privat

Koordinering ved utreise

Pasient og pårørende har fått opplæring og informasjon

OK Ikke aktuelt

PLO helseopplysning er sendt

Melding om utskrivningsklar pasient er sendt

Hjemmesituasjonen er vurdert

Behov for hjelpemidler er beskrevet

Søknad om behandlingshjelpemidler er sendt

Legemiddellister er samstemt

Resepter er sendt

Epikrise eller tilsvarende er sendt

Noen tar i mot pasienten hjemme/pasienten har nøkkel til eget hjem

Annet (lab-ark, prøvesvar, brosjyrer osv.)



Videre oppfølging

Plan for oppfølging er beskrevet i PLO utskrivingsrapport

OK Ikke aktuelt

Kontrolltime

Har fått med Får tilsendt Ikke akutelt



Utstyr og verdisaker

Medisiner og forbruksmateriell fram til neste virkedag er sendt med pasient

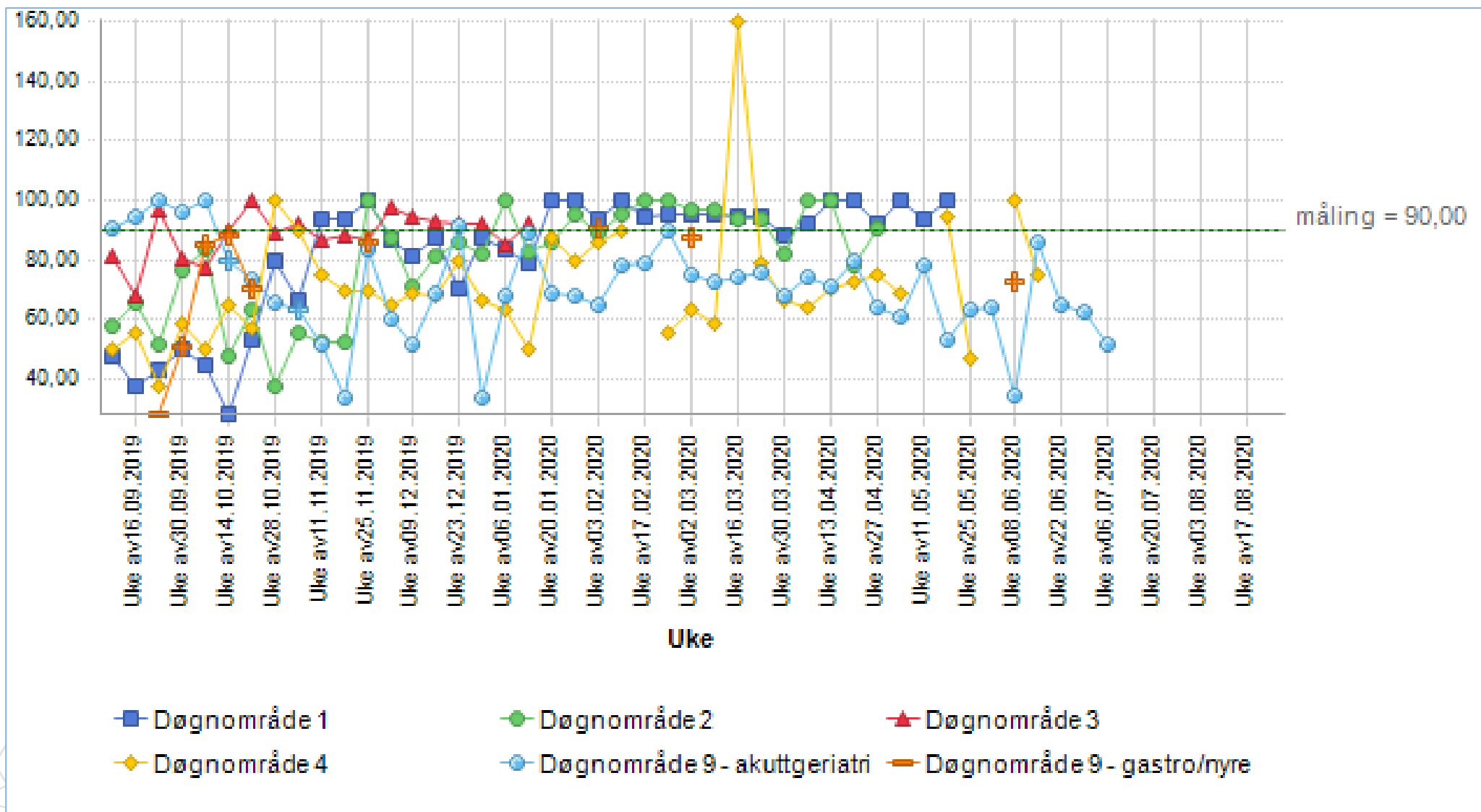
OK Ikke aktuelt

Verdisaker er sendt med pasient

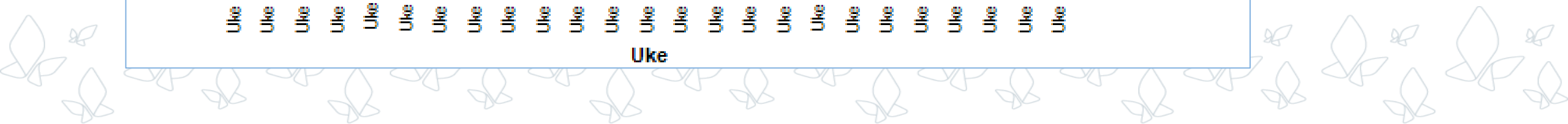
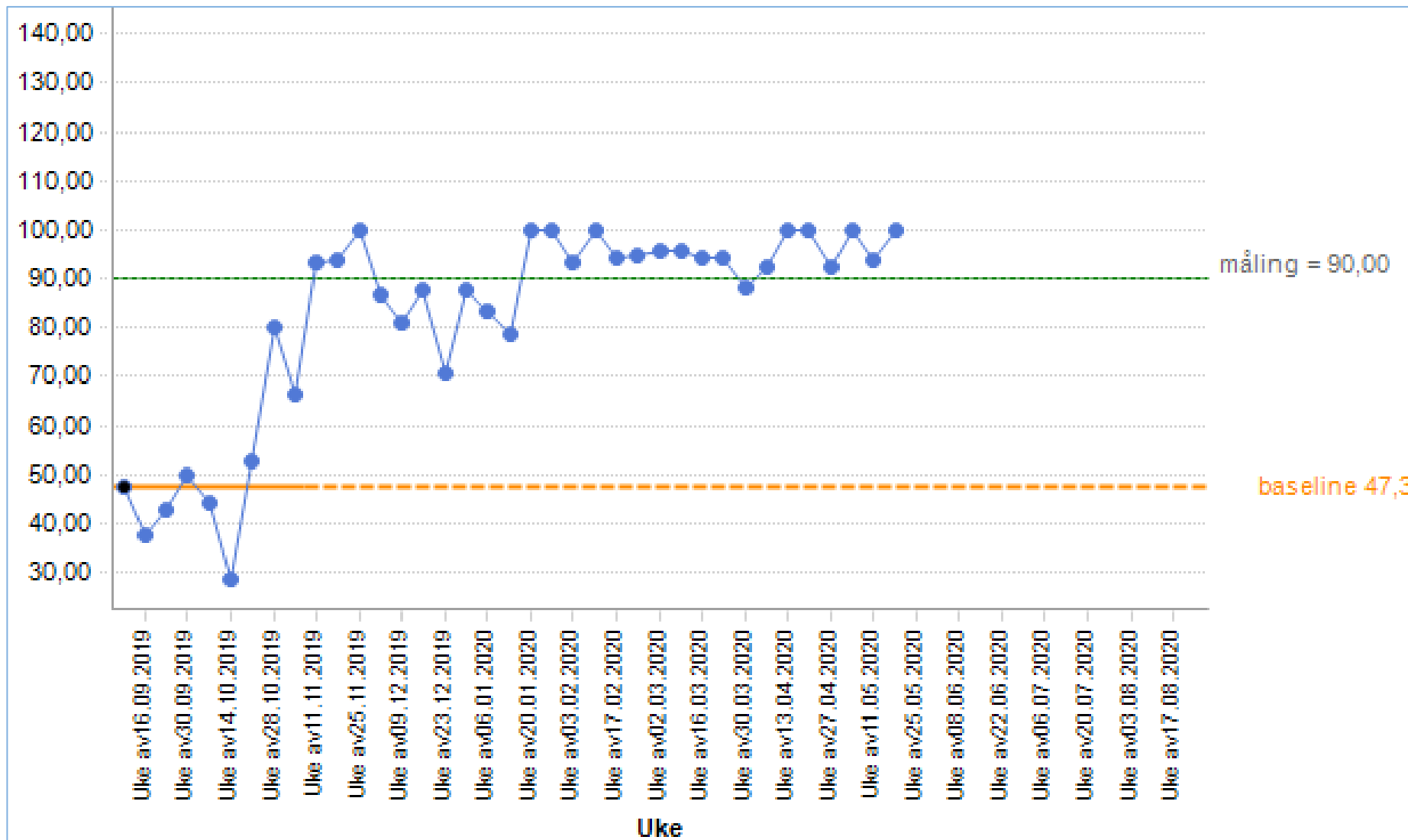
Eventuelle kommentarer (fritekst):

Sykehuset Østfold, Postboks 300, 1714 Grålum

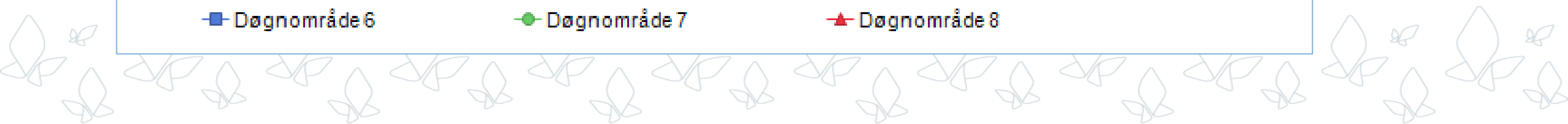
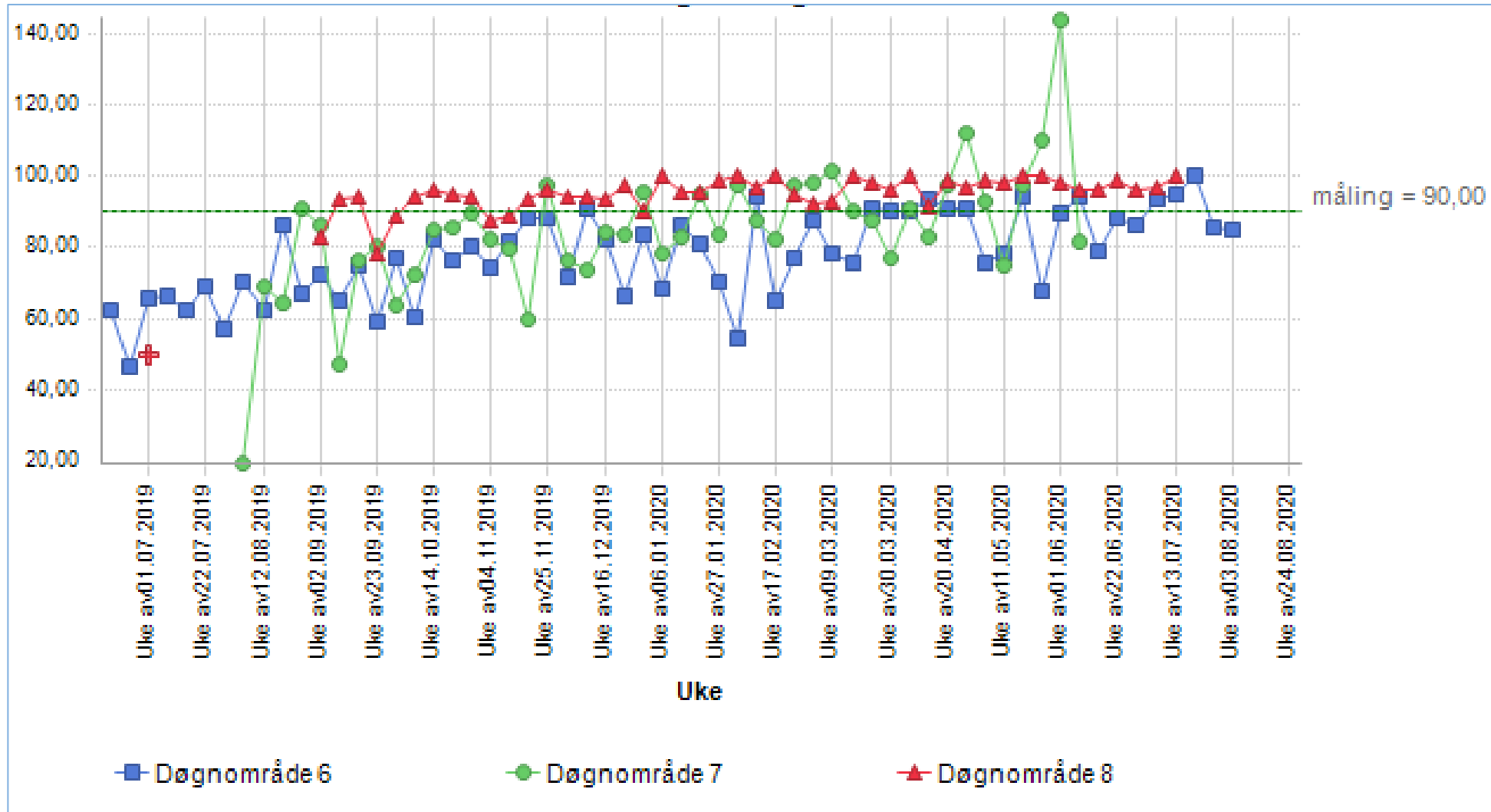
Resultater medisinsk klinikk



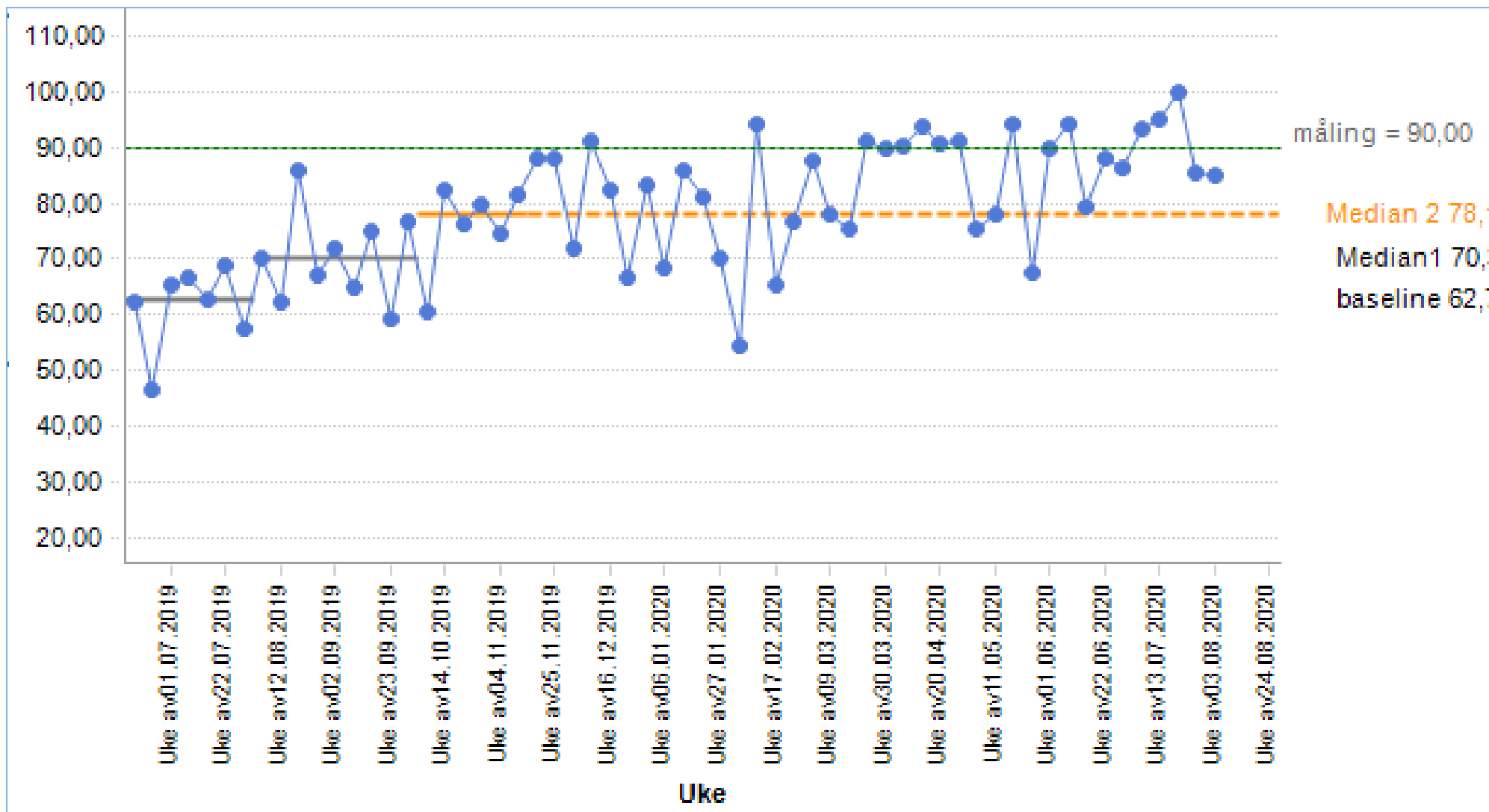
Hjerteavdelingen



Resultater kirurgisk klinikk



Ortopedisk avdeling



Suksessfaktorer

- **Kompetanse forbedring:** Fagutviklingsrådgivernetverket
- **Tydlig ledelse**
- **Tiltakspakke:** Pasientsikkerhetsprogrammet
- **Måleverktøy:** fra Extranett til egne maler + kurs



Kommunene og sykehuset sammen

DEL 2



Bakgrunn



1. Kontinuerlig forbedring av helsetjenesten
2. Vi gjør det sammen! Strategisk samarbeidsutvalg (SSU) er oppdragsgiver og eier
3. Felles journalgjennomgang viser tydelig forbedringspotensial gjennom hele forløpet



Et nytt og forbedret pasientforløp for eldre og kronisk syke med nye løsninger:

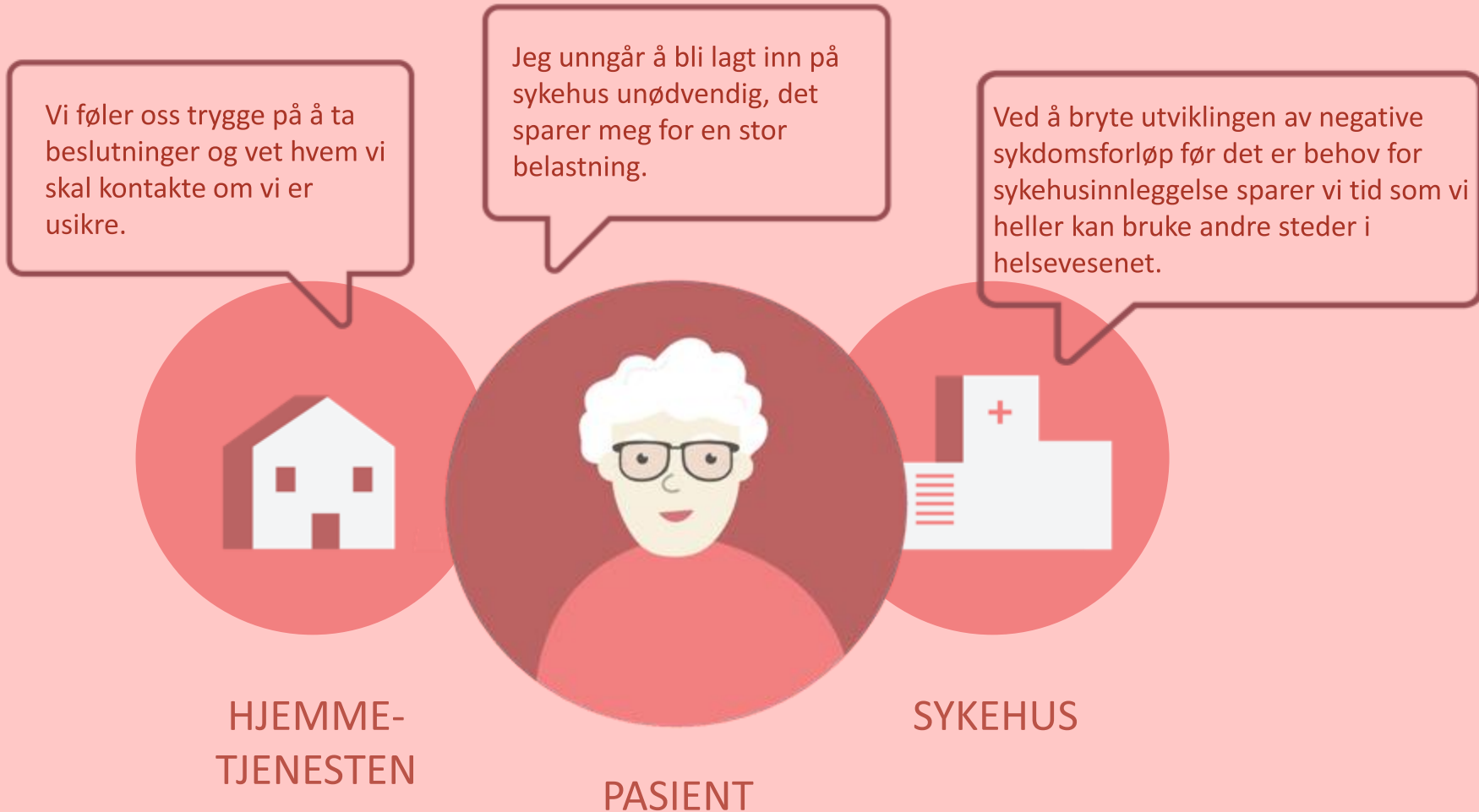
1. I tidlig fase
2. Når akutt sykdom oppstår
3. I overgang fra sykehus til kommune

Hvem er med?

1. Pasienter og pasientrepresentanter
2. Leger, sykepleiere, fysioterapeuter og annet helsepersonell fra kommuner og sykehus
3. Samhandlingssjefer og ledere fra kommuner og sykehus
4. Kvalitetsrådgivere og annet støttepersonell fra kommuner og sykehus
5. I starten: tjenestedesignerne Ingrid og Lena

FORMÅL

TRYGGHET



HVA ER INNAFOR FOR AKKURAT DEG



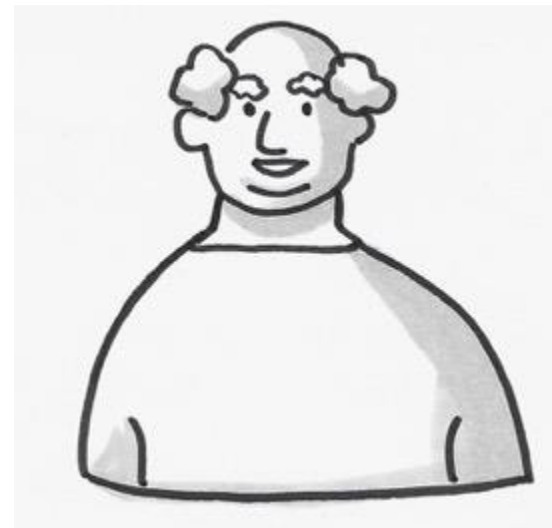
SOLVEIG

- Kols
- Høy fallrisiko
- Leddgikt
- Hoftebrudd



LEIF

- Kreft
- Demens
- Høyt blodtrykk
- Hjerne og karsykdom



BJØRN

- Hjerne og karsykdom
- Kols
- Diabetes
- Benskjørhet

PASIENTFORLØP



UTSKRIVING SYKEHUS

- Overlege beskriver parametere, verdier og forslag til tiltak som kan vurderes om sykdomsbildet utvikler seg negativt



I BRUK I HJEMMET/ HELSEHUS

- Målinger
- Digital konsultasjon
- Vurdere og ent iverksette foreslåtte tiltak ved negativ utvikling av sykdomsbildet



FORNYE/ AVSLUTTE PLAN

- Avslutte mal
- Fornye mal

UTSKRIVING FRA SYKEHUSET

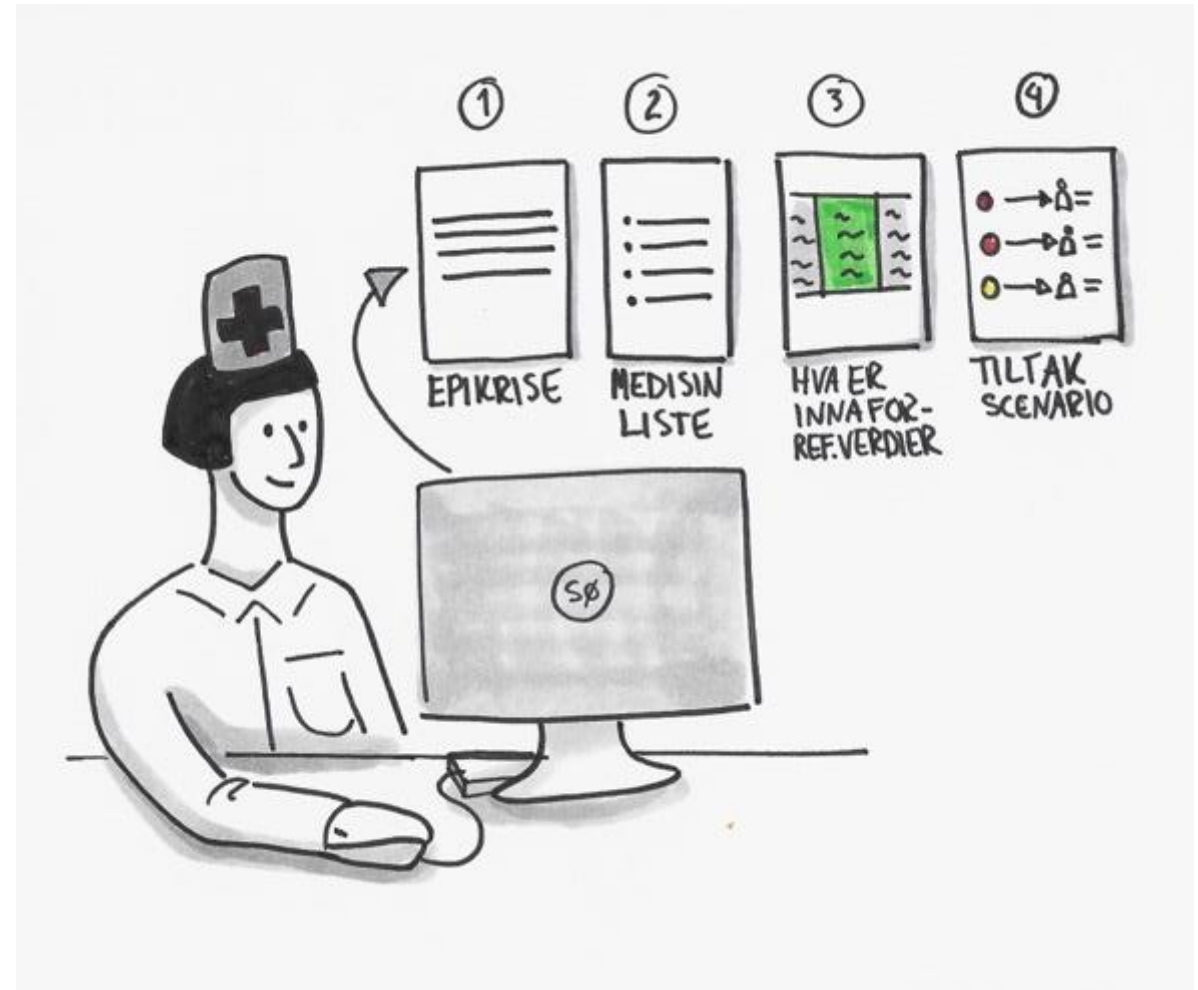


HVA SKJER

- Lege sjekker om pasient oppfyller inklusjonskriteriene
- Lege velger indikatorer og definerer grenseverdier for den enkelte pasient
- Det fremkommer tydelig hvem som kan kontaktes og hvilke tiltak som bør vurderes ved endringer i sykdomsbildet

PREMISS

- Pasient (og – der pasienten ønsker dette – pårørende) må få vite hva og hvorfor – i en form som skaper trygghet heller enn bekymring
- Det juridiske ansvaret for vurdering og behandling etter utskrivning må være avklart og forstått av alle involverte
- Det må finnes en mal som er lett tilgjengelig. Copy-paste inn relevante verdier.
- Informasjonen må kunne sendes digitalt til rett instans og være lett å forstå for mottaker
- Medisinliste må være oppdatert og samstemt
- Skreddersydd til den enkelte pasient



I BRUK I HJEMMET/ HELSEHUS

// HANDOVER TIL KOMMUNEHELSESTJENESTEN

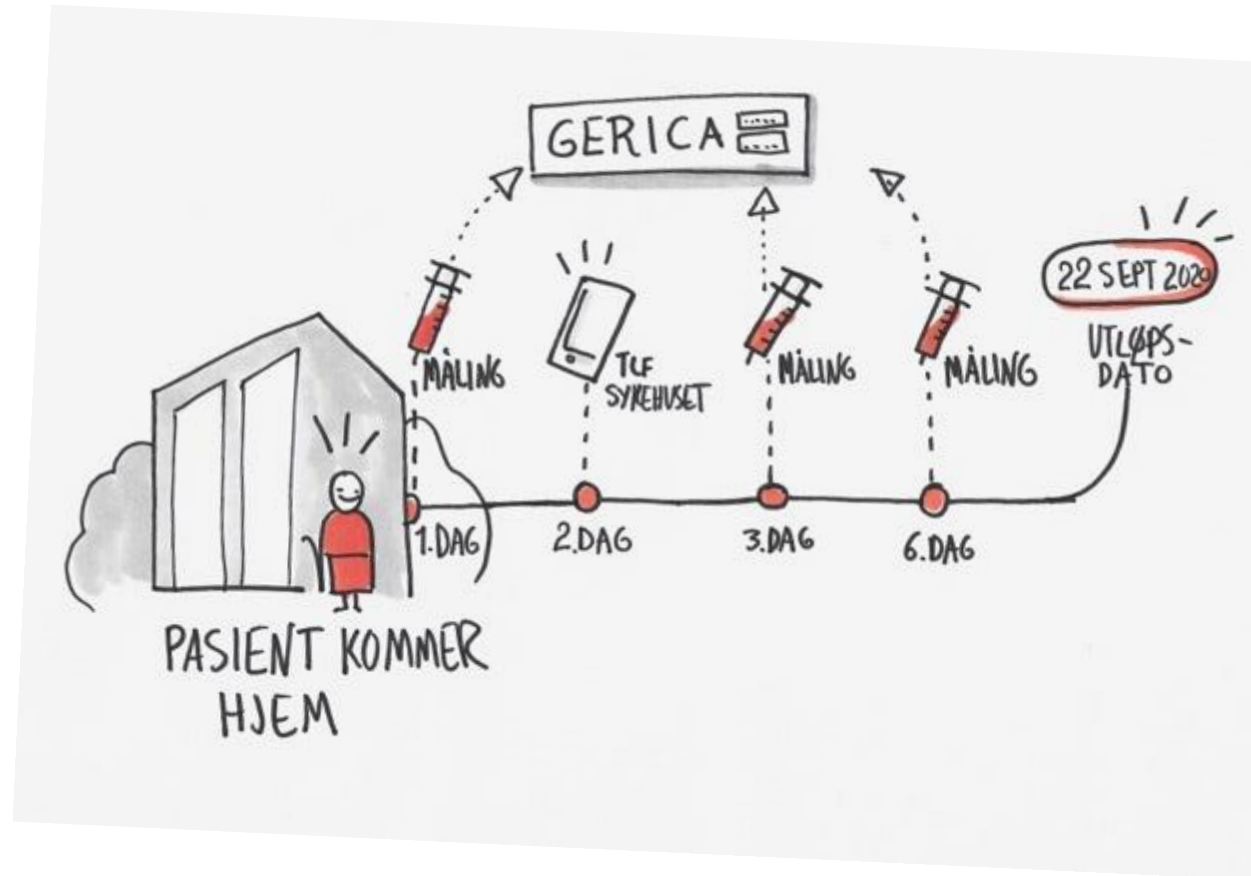


HVA SKJER

- Målinger gjennomføres etter definerte intervaller, disse er også persontilpasset, dvs. forskjellig fra pasient til pasient avhengig av behov. Målingene foregår deretter etter planen som lege har satt opp.
- Målingene rapporteres i Gerica hver gang
- Bryte negative sykdomsforløp tidlig vha vurdering av foreslåtte tiltak ved endring i sykdomsbilde

PREMISS

- Tilstrekkelig opplæring av hjemmetjenesten (evt. Pårørende og pasient)
- Medisinteknisk utstyr tilgjengelig
- Ressurser for rådgiving må være tilgjengelig og ha tid
- At personellet ikke uroer pasient og pårørende unødvendig ved avvikende målinger



FORNYE MAL / AVSLUTTE

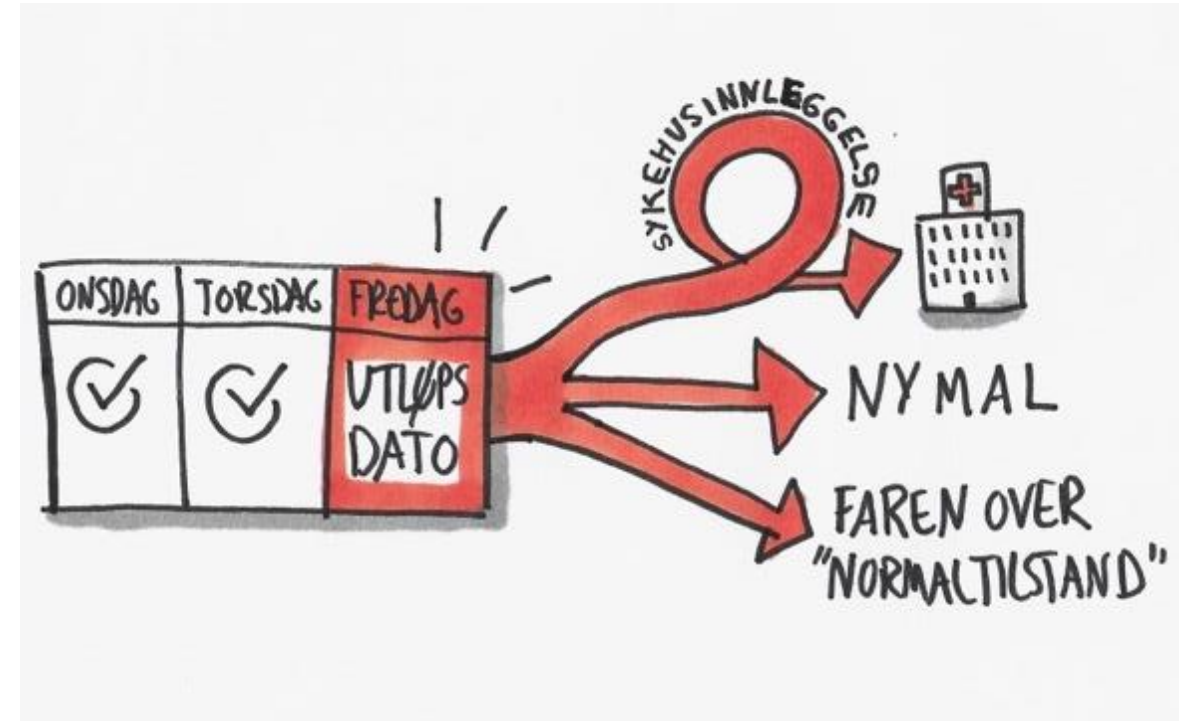


HVA SKJER

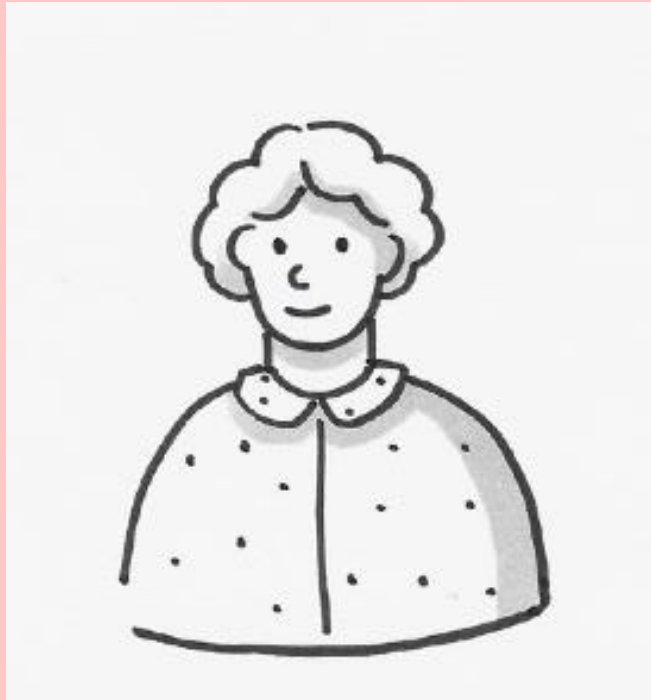
- Fornyng av parametre vil foregå enten når tidsperioden er utløpt (tidsperioden ble definert av legene i starten) eller om helsetilstanden har endret seg.
- Forny mal gjøres av ansvarlig sykehuslege. Men kan også gjøres av fastlegen. Fastlegen kan også endre grenseverdier underveis hvis det trengs. Verdiene oppdateres i gericca hvor hjemmetjeneste og sykehus har tilgang.

KRITERIER

- Tallene må oppdateres så alle til en hver tid kan stole på at tallene er riktig.



Fru H, 100 år



nedsatt allmenntilstand, forvirring

- Dehydrering ved burinex
 - Burinex seponert
 - Risiko ved utskrivelse: Økende hjertesvikt – reinnleggelse
- Rask AF
 - Betablokker økt
 - Risiko: Rask AF, treg puls og synkope – reinnleggelse
- Forvirring ved kognitiv svikt
 - Sønn som er sliten da han følger henne på toalettet ca hver time
 - Nekter å reise noe annet sted enn hjem
 - Her x 2 per natt til toalettet etter seponering av Burinex
 - Risiko: Opp hver natt x mange, utslitt sønn og reinnleggelse

Diagnose	Parameter	Tegn på forverring	Grenseverdi	Følgende tiltak bør vurderes	Kontakt for vurdering
Hjertesvikt	Respirasjonsfrekvens	RF øker	RF > 25	Vurdere om pasienten skal få tilbake 1 mg burinex Ved ødemer: vurder støttestrømper	Fastlege/behandlingsansvarlig lege i kommune
	Vekt	Vekt øker	Vekt oppgang > 2 kg på 2 dager Vekt oppgang > 5 kg på 1 uke		
	Metning	Metning faller	Metning < 92 %		
Atrieflimmer	Puls	For høy eller for lav puls	Puls > 120 eller puls < 50 (målt manuelt)	Vurdere om betablokkerdosering skal endres	Fastlege/behandlingsansvarlig lege i kommune
Kognitiv svikt/lav funksjon	Støttesystem	Utslitt støttesystem	Sønn kan ikke dekke mors behov for oppfølging	Løpende samtale med sønn Ny vurdering om pasient bør flyttes til sykehjem	Følg interne prosedyrer

UNDER UTVIKLING

*Det er til enhver tid pasientens behandlingsansvarlige lege som står ansvarlig for vurdering og oppfølgingen av pasientens medisinske tilstand. Etter utskrivning fra sykehus er behandlingsansvaret for pasienten videreført til kommunen. Skjemaet er fylt ut under innleggelse i sykehuset og uforutsett utvikling av sykdom vil kunne forekomme. Anbefalingene ovenfor er derfor kun veiledende. Anbefalingen skal kun brukes av personel med tilstrekkelig kompetanse til selv å utøve klinisk skjønn og som går i dialog med pasientens behandlingsansvarlige lege ved behov.

For råd og veiledning: Sykepleier ved Akuttgeriatrisk avd på sykehuset (tlf nr/tlf tid)

Skjemaets varighet: 1 uke

VEIEN VIDERE

DIGITAL LØSNING

- Skjema og sending av dette: Ikke avklart og er ikke mulig å få til i optimal løsning
- Digital konsultasjon: Whereby

TEST-PÅ-PAPIR

- 3 – 9 kasus
- Sender informasjonen digitalt
- Mottar informasjonen digitalt
- Digital konsultasjon – hvordan teste denne?

PRAKTISK TEST

- 2 mnd
- 15 sviktpasienter
- 15 KOLS-pasienter
- 30 pasienter fra akuttgeriatri, 15 fra lunge og 15 fra hjerte
- Sarpsborg kommune
- Halden kommune

EVALUERING

- Pasienttilfredshet
- Er det tid nok til å utføre arbeidet på en god måte?
- Fungerer det tekniske godt for pasient
- Er rett pasienter inkludert?
- Klinisk nytte
- Brukertilfredshet

Takk!

I dette arbeidet er det svært mange som har hatt viktige og gode bidrag. Det gjelder spesielt:

- Brukerutvalget: grundig gjennomgang og viktige tilbakemeldinger hva gjelder pasientopplevd kvalitet
- Fastleger og overleger: felles journalgjennomgang, grundige gjennomganger og viktige tilbakemeldinger hva gjelder innhold, roller og ansvar
- Pleietjeneste fra kommuner og sykehus: ideer, faglige tilbakemeldinger og entusiasme
- Ledere og kommune og sykehus: endringsvilje og viktige faglige vurderinger
- Fagutviklingsrådgivere og seksjonsledere: utvikling og implementering av sjekkliste
- Forbedringsteamet som deltok i Læringsnettverket: vurderinger av behov for forbedring og valg av tiltak
- Klinikksjefene i sykehuset: beslutning og oppfølging
- Kvalitetsavdelingen: hjelp til alle som har spurt
- Samhandlingsutvalget: ledelse, mot, vilje og ressurser
- Læringsnettverket: inspirasjon, påfyll og råd

Og så de aller viktigste: alt helsepersonell hver dag er involvert i utskriving og samhandling med kommunene!

