

Sluttrapport frå samhandlingsprosjekt

PROSJEKTINFORMASJON

Tildelt beløp frå Helse Vest Kr 500.000	År for tildeling 2015
--	--------------------------

Prosjektnamn

Oppfølging av pasientar med behov for samansette tenester med fokus på re-innlegging.

Prosjekteigar (HF/avdeling/eining ansvarleg for prosjektet)

Samhandlingseininga i Helse Fonna ved samhandlingssjef Kari Ugland, Helse Fonna HF

Prosjektleiar (kontaktperson)

Kristine Aurdal, seksjonsleiar i seksjon for Terapeutiske spesialtenester

Styringsgruppe:

Kari Ugland, samhandlingssjef, Helse Fonna
 Reidun Mjør, klinikkdirektør Stord sjukehus
 Haldis Økland Lier, fagdirektør Helse Fonna
 Sissel Hynne, kommunaldirektør Haugesund kommune
 Knut Johannes Gram, kommunelege Stord
 Lars Johan Lysen, kommuneoverlege Tysvær
 Nils Magne Kloster, brukar representant

Prosjektgruppe:

Atle Totland, overlege lungeavdelinga, Haugesund sjukehus
 Elisabeth Huseby, rådgjevar kvalitet- og pasientsikkerhet, Helse Fonna, Haugesund sjukehus
 Jostein Helgeland, kommuneoverlege Haugesund kommune,
 Astrid Håland sjukepleiar og rådgjevar, Bjørgene undervisningssjukeheim og FOUSAM,
 Britt Dalsgård, funksjonsleiar heimetenesta, Stord kommune
 Lars Helge Sørheim, kommuneoverlege Stord
 Johanne Rikstad Myklevoll, funksjonsleiar Akuttmottak Stord sjukehus
 Aud Edvinson, brukar representant

Rådgjevar: Sølvi Heimestøl FOUSAM

RESULTAT

Hensikt: Finna årsaker til dei høge tala for re-innleggingar i Helse Fonna.

Mål: Komma med tiltak som kan hindra unødvendige re-innleggingar.

Delmål: Identifisera utfordringar i samhandling, identifisera årsaker til unødvendige re-innleggingar .

Føreslå løysingar. Prøva ut tiltak.

Metode: Det vart brukt ein kvantitativ metode med statistikkskjema for registrering av resultatet frå journalgjennomgangen, i tillegg vart det brukt ein kvalitativ metode med 4 fokusgruppeintervju. Til sist vart det gjennomført eit pilotprosjekt der ein brukte ein kvantitativ metode med utfylling av eit skjema.

Journalgjennomgang av ca 20 pasientar frå kommunane Stord og Haugesund og som har vore re-innlagt i 2015

Fokusgruppeintervju, tverrfagleg samansett frå fag og leing frå kommunane Stord og Haugesund og frå Stord og

Haugesund sjukehus. Det vart gjennomført 3 intervju, eit med tilsette i kommunane, eit med tilsette i sjukehusa og eit intervju med representantar frå begge gruppene. I tillegg vart det gjennomført eit intervju med brukarrepresentant.

Pilotprosjekt: Oppfølging av fastlegen for risikopasientar > 65 år med 2 eller > 2 diagnosar og som står i fare for å bli re-innlagt. Piloten blei gjennomført på Lungeavdelinga, Haugesund sjukehus og Med. 4.lungegruppa, Stord sjukehus.

Oppsummering av aktivitetar i prosjektet:

Møteaktivitet: gjennomført 5 møter i styringsgruppa og 5 møter i prosjektgruppa. I tillegg har det vore 2 felles møter med styringsgruppa og prosjektgruppa 07.12.16 og 13.12.17..

Det har vore to informasjonsmøter både på lungeavdelinga på Haugesund sjukehus og på lungegruppa på Med. 4 på Stord før piloten vart sett i gong.

Work shop : gjennomgang av 2-3 journalar på re-innlagte pasientar for å kartleggja kva vi skulle sjå etter i journalgjennomgangen på 20 re-innlagte pasientar i 2015.

Journalgjennomgang av ca 20 journalar på tilfeldig utvalde pasientar som blei re-innlagt i Helse Fonna i 2015.

4 arbeidsgrupper tok for seg følgjande tema: medikamentsamstemming, tverrfaglege rapportar, PLO-pleie og omsorgsmeldingar og legeepikriser. Kvar arbeidsgruppane har hatt 1-3 møter

Gruppene har vore tverrfagleg samansett frå spesialisthelsetenesta ved Stord og Haugesund sjukehus og frå kommunane Stord og Haugesund.

Tverrfaglege fokusgruppeintervju med fokus på utfordringar i samhandling. I intervjua deltok personar frå fag og leiing i kommunane Stord og Haugesund og Haugesund og Stord sjukehus i tillegg til brukarrepresentant.

Pilot vart gjennomført på Lungeavdelinga Haugesund sjukehus og lungegruppa på Med.4 på Stord sjukehus i 2017 etter resultat av arbeidet med legeepikriser. Piloten vart gjennomført for å undersøkje effekten av tidleg oppfølging av risikopasientar hos fastlegen for å unngå re-innlegging.

Resultat/måloppnåing, inkl. nytteverdi for pasient og for fagutvikling:

Journalgjennomgangen av 20 journalar viste at dei pasientane som er mest re-innlagte er har ein gjennomsnittsalder på 83 år og dei har 2 eller > 2 diagnosar. Gjennomgangen viste at 16 av pasientane var frå medisinske avdelingar og 4 frå kirurgiske avdelingar. 2 blei re-innlagt på grunn av feilmedisinering (10%). Dei vanlegaste diagnosane var multimorbide, kols, hjertesvikt, diabetes, nedsett almenntilstand, vektta, svelgvanskar, sepsis, UVI, DVT, hjerneslag, nyresvikt og ACB operert. Dei fleste re-innleggingane skjer søndagar og mandagar og avtar utover i veka. Vidare viste journalgjennomgangen at epikrisene og innkomstskriv frå lege manglar mål for behandling og vidare oppfølging. Det var lite tverrfagleg koordinering av informasjon i journalane dvs. svært få tverrfaglege rapportar. 12 pasientar hadde risiko for underernæring, 11 hadde risiko for fall og 4 pasientar hadde risiko for trykksår. Journalgjennomgangen viste at resultatene av kartlegginga av risiko for fall, underernæring og trykksår ikkje er formidla vidare i epikrisene. 3 pasientar døde ved innkomst eller i løpet av ei veke etter innkomst.

I fokusgruppene blei det fokusert på følgjande tema: **informasjonsutveksling, kultur og tillit:**

Informasjonsutveksling

- Pleie og omsorgsmeldingane gir mange opplysningar men ikkje alltid dei opplysningane kommunane treng, Det trengs tydelegare funksjonsbeskrivingar. Tiltaket har vore å skriva i merknadsfeltet i IPLUS i staden for berre bruka tal i vurderinga av funksjon når pasientane blir innlagt. Eit av tiltaka er og å senda

sjukepleiesamanfatningane i PLO meldingane til heimetenesta.

- Fysio- og ergoterapeutar sender framleis fagrapportane med post til fysio- og ergoterapi tenesta i kommunane. Sosionomar og kliniske ernæringsfysiologar kan senda sine fagrapportar til fastlegane i kommunane. Eit tiltak kan vera å setja i gong eit prosjekt med elektronisk meldingsutveksling for fysio- og ergoterapeutane i kommunar og i spesialisthelsetenesta. EPJ senteret i Helse Fonna har gitt tilbakemelding om at det skal bli eit regionalt prosjekt om dette i Helse Vest.
- Epikrisene frå legen vert sendt til fastlegen men ikkje til vedtakskontoret og heimetenesta. Pasientane får epikrisa i handa ved heimreise. Det er manglande koordinering av informasjon om pasienten til vedtakskontora og heimetenesta ved utreise. Vedtakskontora kan oppfattast som ein flaskehals i utvekslinga av informasjon mellom heimetenesta og sjukehusavdelingane.

Kultur:

- Ulike måtar å sjå pasienten på i kommunar og i sjukehus. Pasienten er meir oppegåande i heimesituasjonen medan på sjukehuset ligg pasienten i senga. Dette kan skapa vanskar i kommunikasjonen om funksjonsnivået. I sjukehus er det meir vanleg med prosedyrar for pasientbehandlinga medan i kommunane er det meir vanleg å leggja vekt på korleis pasienten fungerer i det daglege. Med tidlegare utskrivingar og fleire kompliserte og spesialiserte problemstillingar vil det vera trong for prosedyrar også i kommunane. Tiltak kan vera gjensidig hospitering, nettverksmøter og faglege nettverk med vekt på felles kompetansebygging. Felles rutinar for dokumentasjon av behandling og rettleiing til kommunane kan bidra til å skapa ein meir felles kultur.

Tillit:

- Kommunane har manglande tillit til sjukehuset si vurdering av utskrivingsklare pasientar. Spesialisthelsetenesta har manglande tillit til kommunane sin kompetanse til å ta seg av kompliserte pasientar med spesialiserte problemstillingar. Spesialisthelsetenesta har manglande tillit til kommunane si evne til å vurdere terminale pasientar. Tiltaka kan vera å bli kjent med tenesteavtalene slik at ein veit kven som skal ta avgjerda i ulike saker. Ved gjensidig hospitering kan ein bli kjent med kompetansen i kommunane og i spesialisthelsetenesta slik at ein får meir tillit til kvarandre. Ei fortsatt utvikling av rettleiingsoppgåver og ambulerande verksemd vil og vera med å styrkja tilliten mellom partane.

I arbeidsgruppa som arbeida med lege epikriser var det eit ønske om å prøva ut fast oppfølging av fastlegen for risikopasientar > 65 år og med 2 eller >2 diagnosar på lungeavdelinga, Haugesund sjukehus og i lungegruppa på Med.4. på Stord sjukehus.

Resultat av pilotprosjektet: Det blei gjennomgått skjema på 18 registrerte risiko pasientar på lungeavdelingane på Stord og Haugesund sjukehus– noko som var færre enn forventa.

Kombinasjon av avtalt time hos fastlegen og på poliklinikken etter utskriving gir ingen re-innleggingar ut frå dette materialet. Pasientar med oppfølging på sjukehuset, hos fastlegen uten fast time eller ingen oppfølging ser ut til å bli re-innlagt ut fra denne undersøkinga. Tverrfagleg samarbeid og individuell plan kan ha positiv påverknad på å redusera talet på unødvendige re-innleggingar.

Konklusjon: Gode funksjonsvurderingar av risikopasientar, tverrfaglege rapportar til heimetenesta og fastlegane samt klare mål for vidare behandling og oppfølging både ved innlegging og utskriving kan vera viktige mål for å sikra at pasientane får den oppfølginga og behandlinga dei treng både ved innlegging og utskriving. I tillegg viser pilotprosjektet at avtalt time hos fastlegen i tillegg til oppfølging på poliklinikken kan vera positivt med tanke på å

unngå unødvendige re-innleggingar. Avtalt time til kontroll og oppfølging kan vera med å gje trygghet for pasientane i heimesituasjonen og bidra til at færre har behov for kontakt med lege kort tid etter utskriving.

Planlagt bruk av resultat (implementering i drift m.v.)

På siste fellesmøte mellom styrings- og prosjektgruppa vart det einigheit om å fortsetje med tidleg oppfølging hos fastlegen av risikopasientar >65 år med >2 diagnosar på lungeavdelinga på Haugesund sjukehus. Det er flest re-innleggingar på medisinske avdelingar.

Nye prosjekt/tiltak:

- Nytt tverrfagleg utskrivingsdokument i Dips vert prøvd ut på Gastroavdelinga på Haugesund sjukehus
- Evaluering av ernæringsstrategien i Helse Fonna - fastlegane må få informasjon i epikrisa om pasientar som har risiko for underernæring, fall og trykksår
- Regionalt prosjekt om elektronisk informasjonsutveksling mellom sjukehus og kommunar er planlagt for fysio-/ergoterapeutar
- Faglege nettverk er i gong mellom kommunar og spesialisthelsetenesta - gode pasientforløp med vekt på informasjonsutveksling, dokumentasjon og rutinar . Felles møtepunkt mellom kommunar og sjukehus er viktig for å utvikla ein felles kultur og tillit mellom partane.

Prosjektet med gjennomgang av resultatet av piloten er gjennomgått på eit klinikkforum der alle leiarane frå kirurgisk og medisinsk klinikk er samla. I tillegg skal undersøkinga presenteras på eit personalmøte på lungeavdelinga på Haugesund sjukehus og i lungegruppa på Med. 4 Stord sjukehus.

Lungeavdelinga på Haugesund sjukehus og lungegruppa Stord sjukehus vil fortsetje å ha fokus på tidleg oppfølging av fastlegen for risikopasientar for å unngå re-innleggingar.

Overføringsverdi / overføring av kunnskap til andre einingar i regionen

Tidlig oppfølging hos fastlegen etter utskriving kombinert med kontroll på poliklinikken kan visa seg å vera positivt for å unngå unødvendige re-innleggingar. Det er viktig å påskynda regionalt prosjekt i Helse vest for utvikling av elektronisk meldesystem for dei faggruppene som enda ikkje har dette. Elektronisk meldingsutveksling og utvikling av tverrfaglege rapportar er og eit viktig tiltak for å koordinera informasjonen til kommunane slik at heimetenesta, fysio- og ergoterapeutane og fastlegane får den informasjonen dei treng for å gje gode tenester til pasientane. Medikamentsstemming er og eit regionalt prosjekt i Helse Vest. Eit av måla må vera å unngå at pasientar blir re-innlagt på grunn av feilmedisinering.

Ein representant frå Helse Førde har vore svært interessert i resultatet av piloten med tidleg oppfølging av fastlegen.

Oppstarttidspunkt (planlagt og faktisk)

Planlagt 2015 Faktisk 2015

Sluttidspunkt (planlagt og faktisk)

Planlagt 2016, Faktisk 2017

BRUK AV MIDLANE

Oppsummering av bruk av midlane

Frikjøp av prosjektleiar til gjennomføring og oppfølging av prosjektet. Møtemat til møta i styringsgruppa og i prosjektgruppa .

Eventuelt ubrukte midlar som tilbakebetalast til Helse Vest

Alle prosjektmidlane er brukt. Kr 0 i ubrukte midlar.