

La dei sjuke få komme heim –
hindra dei ikkje....

Jan Helge Dale
Kommuneoverlege
Flora kommune

«Bakteppet»

- Sjukehuset definerer utskrivingsklar – ofte «til sjukeheimen»
- Kortare og kortare liggetid i sjukehus
- Meir og meir avansert og spesialisert behandling i kommunane/kommunale institusjonar.
- Meir krevjande «vekslingsfelt» – overføring av avansert behandlingsansvar.
- Ingen har godt av å vere **for lenge** i sjukehus eller kommunal institusjon om dei skal heim.

Utskrivingar til korttidsavd Flora kommune 2016 og seinare heim

- 30 pasientar
- Liggetid 2- 119 dagar
- Snitt liggetid alle: 27 dagar
- Snitt liggetid om tek bort dei 5 med meir enn 2 mnd liggetid: 15 dagar.
- Fagmøte første veka fastlege/hjspl/rehab organisert av inst.
- Deretter møte med pasient og evt pårørande for planlegging av beh forløp.
- Undring mellom fagfolka om ikkje mange av desse kunne og burde ha komme rett heim?

Flora kommune
Helse-sosial og omsorgsplan
2017-2020

- Vidareutvikle gode heimetenester
- Organisere tenestene etter prinsipp om eigenomsorg og førebygging
- Brukarperspektivet – kva er viktig for deg ?
- Nye arbeidsmetodar/fagleg omstilling for å styrke mestring og kvardagsrehabilitering.
- Førebyggjande heimebesøk
- Primærhelseteam og oppfølgingsteam
- «Tryggleikspakkar» – teknologi og kompetanse
- «HEIMETENESTEKOMMUNE»

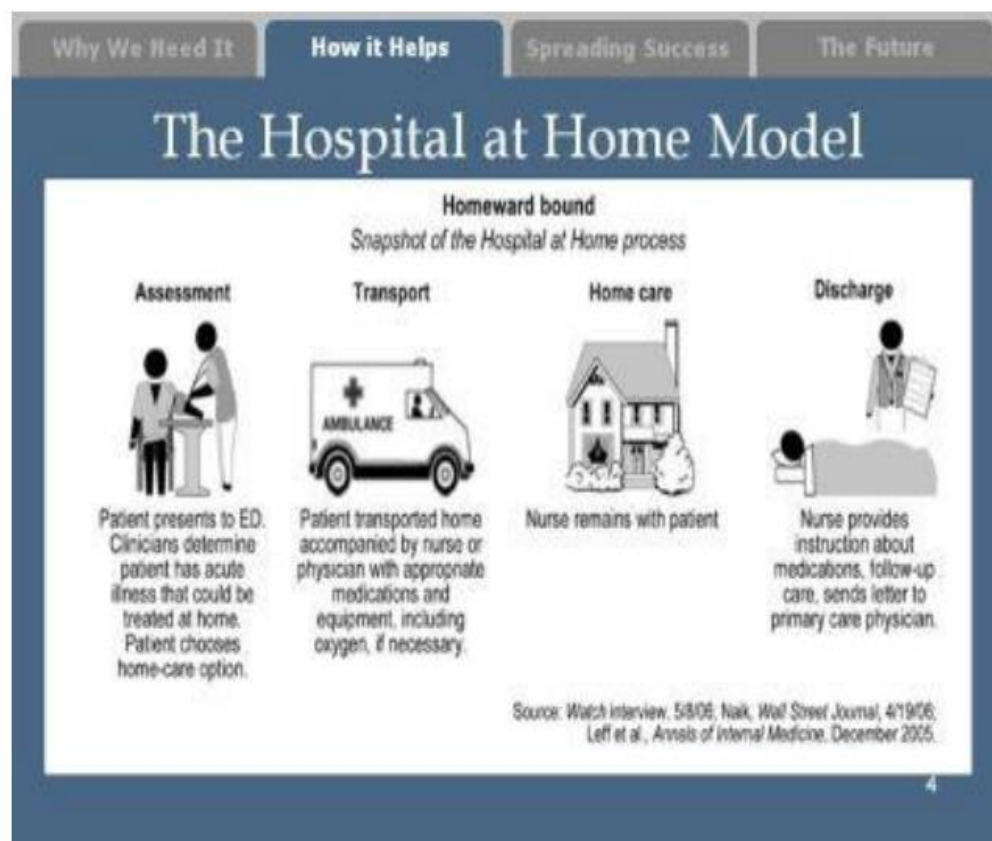
Pasientens helseteneste- Helse Førde 2030

- Framtidas viktigaste sjukehus :



«Hospital at home»

- «Kjente pasienter» med kronisk sykdom blir utredet i akuttmottaket og returnert hjem med sammen med sykepleier/team fra sykehuset
- «Utskrives» til primærhelsetjenesten når pasienten er i stabil bedring (2-3 dager)
- Teamet bistår også ved tidlig utskrivning
- Inntil 30 % kostnadsreduksjon

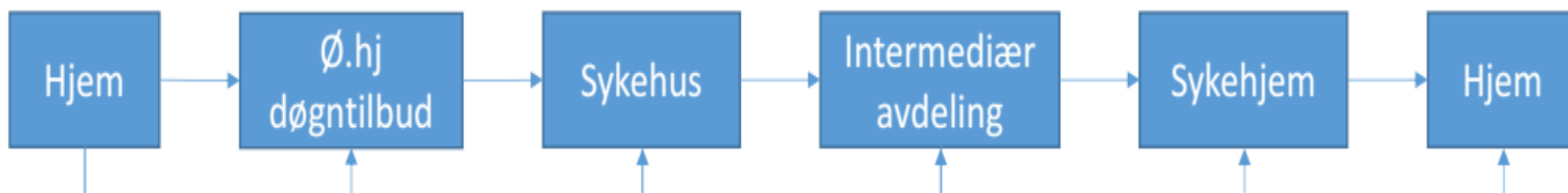


Nye forløp etter introduksjon av samhandlingsreformen

- Vanligste forløp

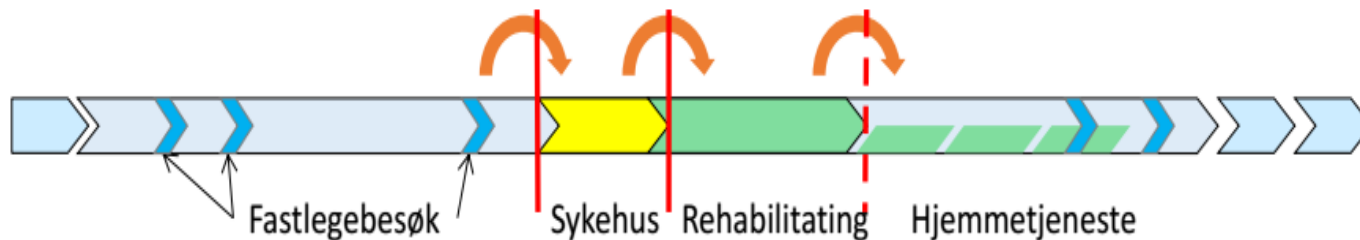


- Alternativer etter oppretting av ø.hj døgntilbud og intermediæravdelinger



Helhetlige pasientforløp

Fra første kontakt med helsetjenesten for et problem, evt. en ny episode med tidligere avsluttet problem, til siste kontakt for problemet



Utfordringer i utviklingen av gode forløp:

- Brudd i eierskap
- Brudd i styringssystem
- Brudd i regelverk
- Brudd i finansiering
- Brudd i informasjonsflyt
- Brudd i behandling
- Brudd i faglige mål

Pasientens helsetjeneste

Anders Grimsmo – Helsekonferansen 2016

«Pasientenes helsetjeneste» – hva kan det bety?

- Internasjonalt er det en utvikling mot mer hjemmebasert behandling – som også inkluderer spesialisthelsetjenesten.
 - Med unntak av noen bestemte pasientgrupper oppnås de samme resultatene av medisinsk behandling hjemme som i institusjon¹
 - De beste rehabiliteringsresultatene oppnås hjemme eller boende hjemme²
 - Hjemmebehandling gir størst pasienttilfredshet
 - Hjemmetjeneste er fleksibel og har i praksis en vesentlig bufferkapasiteten
 - Evalueringer^{3,6}: høyere kvalitet, lavere kostnad og positive pasienterfaringer

«Pasientenes helsetjeneste» – hva kan det bety?

- Skifte fra å være problemorientert til å bli målorientert

«Hva er viktigst for deg?»

- Vektlegge funksjonsevne, og pasientens preferanser
- Vurdere gjennomførbarhet og behandlingsbyrden for pasienten og pårørende
- I primærhelsetjenesten ta utgangspunkt i det som er felles for pasienter med kroniske sykdommer
 - Lokal utvikling av et strukturert felles og diagnoseuavhengig pasientforløp

«Helhetlig pasientforløp i hjemmet» (HPH)

- Rehabilitering med vante oppgaver i vante omgivelser

«Hverdagsrehabilitering»

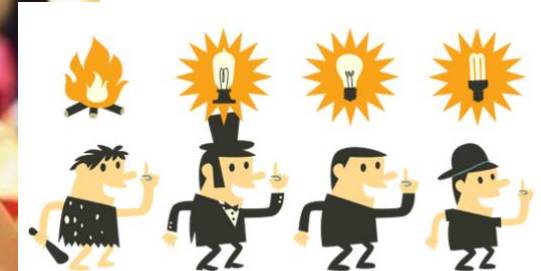
- Kvalitetsmåling: Bort fra kvalitetsmål og insentiver knyttet til enkeltdiagnoser

Fremtidens primærhelsetjeneste

Sammenhengende
tjenester

Pasientens helsetjeneste

Innovasjon og
tjenesteutvikling



Primærhelseprogrammet

PRIMÆRHELSETEAM

FAGLIG DIALOG

OPPFØLGINGSTEAM

Risikokartlegging

VEILEDER



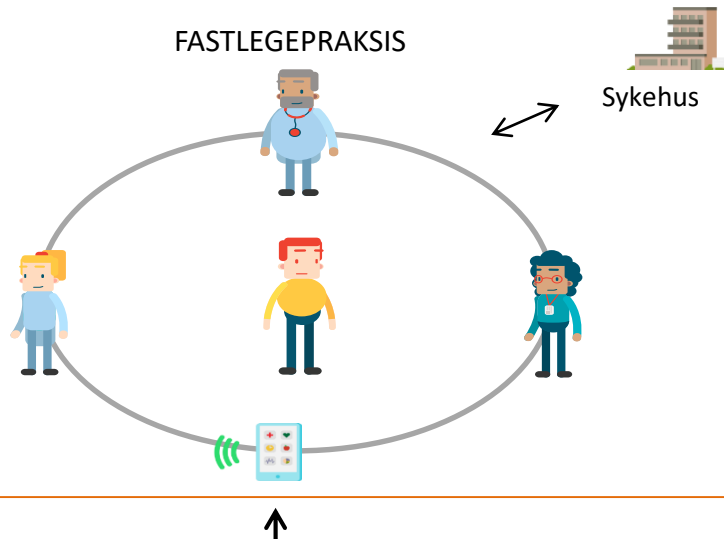
Velferdsteknologiprogrammet

MEDISINSK
AVSTANDSOPPFØLGING

ANDRE OPPDRAG

PRIMÆRHELSETEAM

FASTLEGEPRAKSIS

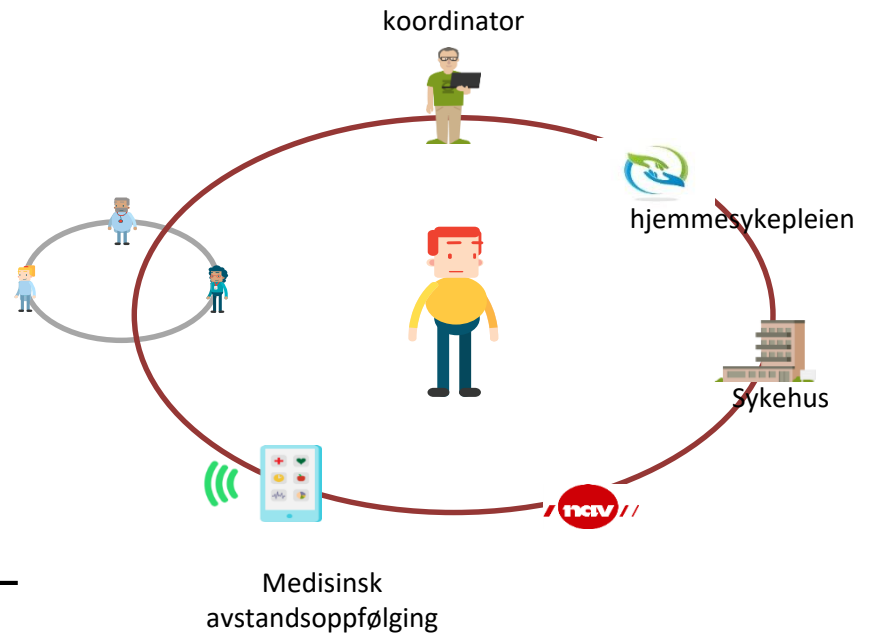


MEDISINSK AVSTANDSOPPFØLGING



Kommunal helse og omsorgstjeneste
Fastlege
Sykehuslege

OPPFØLGINGSTEAM



Prosjekt «Virtuell avdeling»

Askim/Eidsberg

- Manglande sammenheng mellom meldte behov for kommunale tenester frå sjukehuset og dei behova som vart påvist i virtuell avdeling.
- Manglande planar og rutinar for korleis heimetenestene skulle observere og fylgje opp pasienten etter heimreise.
- Mange pasientar trengde oppfølging frå fysioterapeut
- Tilgjenge til fastlege ikkje så god som forventa
- Heimesjukepleien må ha betre tilgang til medisinsk fagleg kompetanse.
- Fastlegane si oppfølging av denne pasientgruppa må betrast

Midtvegsrapport for prosjekt
«Pasientar med store og samansette behov»
- Ei samanfating av 16 djupneintervju -

Av Anne Marte Solsnes



Pasienterfaringar



Pasientane våre seier

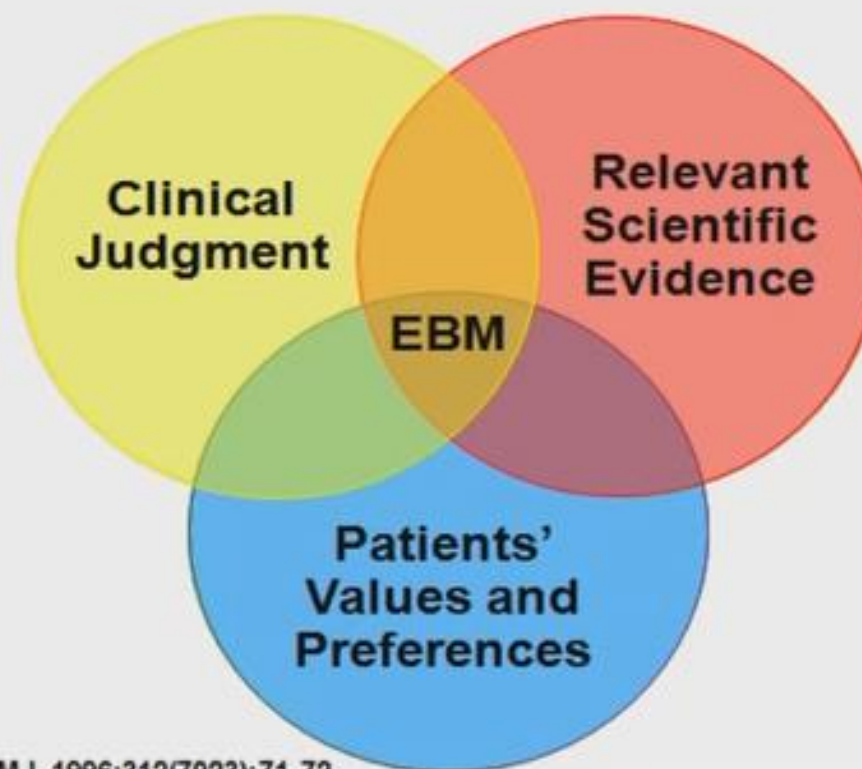
- Vi er tryggare når helsepersonellet kjenner oss
- Mange er uroleg for eiga helse- manglar presis nok informasjon.
- Liten eller ingen medverknad ved utskriving
- Få har ein plan for oppfølging eller førebygging
- «Lunkne» til å reise til korttidsopphald («Å reise frå sjukehus til korttidsopphald er som å reise frå hotell til pensjonat»)
- Manglande oppfølging av prosedyrar på korttidsopphalda
- Heimetenestene er fleksible, skaper tryggleik og er kontaktpunkt mot resten av helsevesenet.
- Tilgjengeleg stabil fastlege svært viktig

Rett å komme heim ?

- Kva ynskjer pasienten
- Kva meiner pårørande
- **Kva gir helsepersonellet råd om**
 - Kva har vi gjort før
 - Kva er vi trygge på
 - Kunnskapsgrunnlagt for nye råd
 - Vilje til å prøve ut (Tenesteinnovasjon)

Hva med kunnskapsbasert medisin til den skrøpelige multisyke eldre pasient?

What Is Evidence-Based Medicine?



Sackett DL, et al. BMJ. 1996;312(7023):71-72.

Trygt å komme heim?

- Funksjonsvurdering
 - Funksjonsvurdering før
 - Funksjonsvurdering i sjukehus
 - «Underwegs kommunikasjon»
 - Funksjonsvurdering i eigne omgjevnader

Trygt å komme heim ?

- Fysiske omgjevnader og teknologi
 - Boligutforming og tilrettelegging
 - Tekniske hjelpemiddel –kommune/Helfo/HF/privat
 - Medisinsk heimebehandling

Trygt å komme heim?

- Koordinatoreren
 - Kjennskap til pasienten
 - Tilgjengeleg når det røyner på
 - «Time på poliklinikken- time hos koordinator i heimen»
 - Kunnskap om og påverknad på «systemet»
 - Tilstrekkeleg fagkompetanse/erfaring
 - Trygg og presis kommunikasjon

Kva no Flora kommune ?

- Fleire må få reise rett heim etter sjukehusopphald og sleppe innom kommunal institusjon (Heimetenestekommune)
- Betre samhandling sjukehus- kommune i vekslingsfeltet. (Felles utviklingsarbeid – funksjonsvurdering)
- KAD i heimen- fin «treningsarena».
- Dyktig/erfaren sjukepleiar/fagperson dedikert til den utskrivne pasienten/organisering av tenestetilbodet i heimen(den virtuelle avdelinga) Flink med pasient og fullmakter og kunnskap til å leie !
- Tryggleik for pasient ved rask påkopling av primærkontakt i hjspl/fastlege/fysio/ergo.(Oppfølgingsteam/Primærhelseteam)
- Kva er viktig for deg? Kvardagsrehabilitering/hjelpemiddel/ teknologi/tenesteinnovasjon/dagtilbod (fysisk/sosial trening)

Integrert del av det vi driv med

- Primærhelseteam har gjort og skal gjere fastlegen meir tilgjengeleg for dei sjukaste pasientane og aktuelle samarbeidspartar i kommune og sjukehus.
- Kommunen har erfaring med integrert modell for kvardagsrehab. Bu heime - dagtilbod
- Oppfølgingsteam skal styrke leiarforankring og koordinator rolla.
- Kommunen har erfaring med og rutiner for systematisk legemiddelgjennomgang med fastlegar/hjspl og i sjukeheimane.
- Aukande bruk av forbetningsmetodikk og tenesteinnovasjon (Inklusive flytskjem og tellingar!!)

Oppsummering

- Kommunen legg til rette for at pasienten trygt og fagleg godt skal kunne komme rett til heimen frå sjukehuset utan risikable mellomstasjonar!
- Då må alle med !

