



Gode pasientforløp

Saksnr	Utvalg	Møtedato
	Hovedutvalg for helse og omsorg	11.04.2019

Saksdokumenter vedlagt:

Øvrige saksdokumenter:

Rådmannens innstilling:

Helse og omsorgsutvalget tar orienteringen om systematisk forbedringsarbeid knyttet til gode pasientforløp i henhold til planstrategien til etterretning.

Trysil kommune

Jan Sævig
rådmann

(Dokumentet er elektronisk godkjent og er derfor uten signatur.)

Bakgrunn

Utfordringsbildet i helse og omsorgssektoren er beskrevet i Trysil kommunes planstrategi 2016 – 2019, hvor gode pasientforløp har fått et eget punkt (4.3.2) :

«De fleste utfordringene man ser samsvarer med primærhelsemeldingen (Helse- og omsorgsdepartementet 2015). Punkter fra brukerundersøkelsen som underbygger primærhelsemeldingen, har dannet grunnlag for utfordringsbildet for Trysil kommune.

Interne utfordringer:

- *Krevende manøvrer å omstille seg slik at man hele tiden møter kravene i samhandlingsreformen.*
- *Fastlegene er for dårlig integrert i resten av den kommunale helse og omsorgstjenesten.*

Tjenestene kan ofte oppleves som fragmenterte og søyleorganiserte. Det trenges mer koordinering mellom tjenestene:

- *Brukerinvolvering er for svak, oftest grunnet kapasiteten i ledelse/planlegging.*
- *Det kan være sprik mellom innbyggernes forventninger og kommunens ansvar.*
- *Mange kompetente medarbeidere, men ikke optimalt organisert/strukturert for hvordan ressursene kan brukes for maksimal kompetanseutnyttelse der det til enhver tid er behov. Et eksempel er psykisk helse og rus, som nå er under restrukturering.*
- *Tjenesteforløpet for mennesker med utviklingshemming er ikke differensiert nok. Det er flere unge brukere på veg inn med et annet behov enn de eldre som i sin tid kom fra institusjon.*

Eksterne utfordringer:

- *Overgang mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten*
- *Ser ikke på hverandre som likeverdige parter*
- *Språk i forventninger mellom tjenestenivåene»*

Forskrift om ledelse og kvalitetsforbedring i helse og omsorgstjenesten (2016) fastslår ledelsens plikt til å etablere gode styringssystemer hvor man som ansvarlig leder har en plikt til å bidra til faglig forsvarlige helse- og omsorgstjenester, kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet, og at øvrige krav i helse- og omsorgslovgivningen etterleves.

Videre sier nevnte forskrift at ledelsen skal sørge for at tjenesten planlegges, gjennomføres, evalueres og korrigeres. Herunder kommer kravet til forbedring av nødvendige prosedyrer, instruksjer, rutiner eller andre tiltak for å avdekke, rette opp og forebygge overtredelse av helse- og omsorgslovgivningen, inkludert krav til faglig forsvarlighet og systematisk arbeid for kvalitetsforbedring og pasient- og brukersikkerhet.

Vurdering

Trysil kommune har deltatt i et læringsnettverk for gode pasientforløp i regi av KS i perioden 2016 – våren 2019. Dette var planlagt som del av kommunens planstrategi for samme periode.

Det ble nedsatt et kommunalt tverrfaglig forbedringsteam i 2016 som har arbeidet med systematisk forbedringsarbeid knyttet til gode pasientforløp.

Det systematiske forbedringsarbeidet har omfattet følgende faser:

1) Kartlegging

I kartleggingsfasen intervjuet man pasienter, pårørende og helsepersonell som har vært sentrale i behandling av den enkelte pasient. Man valgte pasienter som har vært re-innlagt innen 30 døgn etter utskrivelse.

2) Oppsummering av funn

I samtlige av pasientgjennomgangene fant man svikt i kommunikasjon i forbindelse med overganger, enten internt i sektoren eller mellom Sykehus Innlandet og kommunen. Et spesifikt problem som ble avdekket var mangelfulle oversikter over den enkeltes pasient medikamentliste. Videre ble det avdekket mangelfull dokumentasjon og koordinering av krevende pasientforløp.

3) Utarbeidelse av tiltak

I arbeidsfasen med etablering av gode tiltak hadde forbedringsteamet fokus på tiltak på systemnivå og ikke den enkelte pasientgruppe/diagnosegruppe. Med utgangspunkt i funn (fase 2) ble det utarbeidet verktøy som er felles for alle avdelinger i enhet for sykehjem, hjemmetjenester og funksjonshemmede. Verktøyene skal sikre overganger mellom tjenestene, både internt og mot sykehuset. Eksempler på slike verktøy er felles mal for innhold i innkomstsamtale, overføringsrapporter og sjekklister til bruk ved mottak eller utskriving av pasient. Det er også utarbeidet verktøy for sikring av utveksling av pasientopplysninger ved overføring til Sykehus.

4) Etablering av måleinstrument

Målinger hjelper til med å holde forbedringsprosesser i gang. Forbedringsteamet utviklet et måleinstrument for å se om tjenesten etterlever det man har blitt enig om å gjøre. De etablerte verktøy ble tatt i bruk i november 2018. I løpet av denne måneden ble det registrert ca. 55 overganger og sjekklister som er utarbeidet ble tatt i bruk 90 ganger i løpet av samme periode. Det indikerer at det er fokus i avdelingene på systematisk forbedringsarbeid og at utarbeidede rutiner er implementert.

Bruk av prosessindikator fortsetter med registrering av bruk av kartleggingsverktøy, overføringsrapporter og sjekklister.

Når det gjelder de eksterne utfordringene har forbedringsteamet vært i samarbeidsmøter med Sykehus Innlandet og det er utarbeidet overføringsrapporter som ivaretar behovet for overføring av pasientopplysninger.

Parallelt med det systematiske forbedringsarbeidet i vår kommune er det fra Sykehus Innlandets side iverksatt arbeid med diagnosespesifikke pasientforløp knyttet til slagpasienter og lårhalsbrudd. Dette arbeidet har ikke vært en del av det systematiske forbedringsarbeidet i KS prosjektet og vår kommune har hatt liten innflytelse på dette arbeidet. Gode verktøy for disse pasientforløpene er avgjørende da rask og god koordinering, vil påvirke muligheten til gode og rehabiliteringsforløp for den enkelte pasient.

Erfaringer fra dette forbedringsarbeidet er at man ser nytten av tverrfaglig systematisk arbeid. Det er etablert verktøy og måleinstrumenter på systemnivå som er implementert i alle avdelinger og som har medført at tjenesten har endret fokus i forbindelse med overganger mellom tjenestenivåene/mellom tjenester. Forbedringsteamet ser behov for videre systematisk arbeid knyttet til blant annet flere felles rutiner, kartlegginger og målinger og hvor man har fokus på samarbeid mellom fastlegene og de kommunale helse- og omsorgstjenestene.

Det systematiske forbedringsarbeidet kan brukes når det gjelder flere områder og teamet kommer til å jobbe videre framover som et **kvalitetsforum i sektoren**. Teamet holder nå tak i felles rutiner knyttet til fallforebygging og retningslinje for ernæringsarbeid i sektoren.

Konklusjon

Det systematiske forbedringsarbeidet som er iverksatt fortsetter gjennom etableringen av et kvalitetsforum i sektoren.