

“Trygge overganger – fra sykehus til kommune”

Forslag til mandat for utvikling av funksjonsorientert pasientforløp

Målgruppe: ledere og helsepersonell i Vestre Viken og kommunene, inkludert fastleger.

Bakgrunn

Overordnet samarbeidsutvalg ba 25. april 2016 Eva Milde og Halvdan Aass om å komme tilbake med et konkretisert mandat i forbindelse med utarbeiding av et funksjonsorientert pasientforløp. Det er enighet om at det særlig er overgangen mellom sykehus og kommunehelsetjeneste som skal ha fokus i det funksjonsorienterte pasientforløpet.

Mandatet beskriver konkrete tiltak knyttet til skjæringspunktet mellom sykehus og kommunehelsetjeneste, og er utarbeidet på grunnlag av erfaringer og kunnskap. Det foreslås at tiltakene utprøves i mindre skala før de gjøres gjeldene for hele Vestre Viken og alle de 26 kommunene. Det foreslås videre at utprøvingen gjøres som et samarbeid mellom kommunene Drammen og Lier og Drammen sykehus. Erfaringene vil gi grunnlag for eventuelle korrigeringer av tiltakene før de implementeres i hele helseområdet.

Kunnskapsgrunnlaget

Pasienterfaringer som kommer til uttrykk i blant annet PasOpp 2015¹ viser

- En stor andel av pasientene får ikke den informasjonen de trenger for å kunne ta mer ansvar selv.
- Nesten en fjerdedel av pasientene sier at de ikke i det hele tatt eller i liten grad har opplevd at sykehuset har samarbeidet bra med fastlegen, hjemmetjenesten eller andre tjenester. Dette er en beskrivelse av manglende kontinuitet i pasientforløpets overganger.
- Vel en fjerdedel av pasientene sier at de ikke i det hele tatt eller i liten grad ble informert om hva de selv kunne gjøre ved tilbakefall.
- Nesten en tredjedel av pasientene sier at de ikke i det hele tatt eller i liten grad ble informert om hvilke plager de kunne regne med å få i tiden etter sykehusoppholdet.

¹ PasOpp 2015 <http://www.kunnskapssenteret.no/publikasjoner/pasienterfaringer-med-norske-sykehus-i-2015.resultater-etter-en-nasjonal-undersokelse#lokale>

Vestre Viken og kommunene har inngått samarbeidsavtaler i tråd med lovverket, herunder avtale om gode pasientforløp, sist revidert 2015. Partene har sammen et ansvar for at avtalene er kjent og at de etterlevs. Trygge overganger mellom sykehus og kommunehelsetjeneste er en forutsetning for kvalitet og pasientens sikkerhet.

Riksrevisjonen, Statens Helsetilsyn og Helse Sør- Østs konsernrevisjon har gjennomført tilsyn som omfatter blant annet utskrivningsprosessen. Det viser seg at verken helseforetak eller kommuner får tilstrekkelig og oppdatert informasjon til riktig tid, og funn viser at det er mangelfull dokumentasjon i pasientjournalene.

Det er gjort omfattende forskning nasjonalt og internasjonalt om hva som kjennetegner en god utskrivning fra sykehus til kommunene. Forskning viser at multidisiplinær tilnærming i utskrivningsprosessen er effektiv med hensyn til kostnad og kvalitet. Bedre koordinering og tverrfaglig kommunikasjon understøtter også pasienttilfredshet. Oppsummert forskning om utskrivningsprosessen fra Cochrane 2013 viser at strukturert utreiseplan skreddersydd til den enkelte pasient sannsynligvis fører til en reduksjon i liggetid, færre reinnleggelser og økt pasienttilfredshet².

Forslag til mandat for funksjonsorientert pasientforløp med fokus på trygge overganger fra sykehus til kommuner

Hensikt:

1. sikre at pasienten og pårørende er en likeverdig part i utskrivningsprosessen, og at pasienterfaringer inngår i forbedringsarbeidet
2. forbedring av samarbeid og rutiner for å sikre trygg overgang for pasienten fra sykehus til oppfølging av kommunehelsetjenesten
3. sikre at kommunene har nødvendig informasjon og dokumentasjon som grunnlag for beslutninger om kommunale tjenester på riktig nivå
4. sikre at det er en plan for oppfølging av pasientene etter utskrivning fra sykehuset
5. forebygge unødvendige reinnleggelser

Organisering

Utprøvingen gjøres som et samarbeid mellom kommunene Drammen og Lier og Drammen sykehus. Det etableres en arbeidsgruppe med deltakere fra kommunene, fastlegene, sykehuset og brukerne. Arbeidsgruppen må være sammensatt av funksjoner som har nøkkelroller og myndighet til å ta beslutninger om nye og forbedrede arbeidsprosesser. Arbeidsgruppen ledes av en av kommunene, og rapporterer til OSU. Det må etableres lokale team for å ivareta intern utarbeiding og oppfølging av tiltak.

Oppgaver:

Arbeidsgruppen skal planlegge og prøve ut følgende tiltak:

1. utreiseplan

² 2013 The Cochrane Collaboration 2013 Discharge planning from hospital to home (Review)
Sasha Shepperd¹, Natasha A Lannin², Lindy M Clemson³, Annie McCluskey⁴, Ian D Cameron⁵, Sarah L Barras⁶

2. medikamentgjennomgang og samstemming
3. utreisesamtaler
4. utreisedokumenter
5. sjekklister på sykehuset
6. pasienter som reiser rett hjem skal ha hjemmebesøk av hjemmesykepleien ved primærkontakt innen 3 dager, time hos fastlege innen 14 dager, og oppfølgingsbesøk av primærkontakt etter 30 dager
7. Pasienter som reiser via korttidsopphold skal følges opp på samme måte når de kommer hjem

På grunnlag av erfaring med utprøving skal arbeidsgruppen komme med anbefaling av hvordan dette arbeidet skal implementeres i helseområdet.

Tidsplan

Arbeidsgruppen etableres innen 1. november 2016. Rapport med erfaringsoppsummering og anbefaling for implementering leveres OSU innen 1. november 2017.