TVÆRSEKTORIEL AUDIT 2017
8. JUNI 2018

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

INDSATSOMRÅDERNE FRA 2016

- Styregruppen fastsatte fem fokusområder:
  - Medicin
  - Manuelle indlæggelsesrapporter
  - Plejeforløbsplaner
  - Opfølgende hjemmebesøg
  - IT-forbedringer

AALBORG UH

Skema over prioriterede indsatsområder, aktiviteter, opfølgning og tidsplan:

Emne	Aktivitet	Opfølgning	Tidsplan
Medicin	Audit januar 2016 Analyse og ændringer i praksis	Ny audit	Juni 2016
Manuelle indlæggelsesrapporter	Fokusere på at de manuelle indlæggelsesrapporter bliver læst	Implementering af instruks for: Den gode tværsektorielle indlæggelses- og udskrivelsesforløb *Interessenter for implementering:* Forløbsansvarlige Vicekliniklchefer Rådet for afsnitsledende sygeplejersker Kvalitetsrådet IT-implementeringsorganisationen Sygeplejepersonalet	2. kvartal 2016 21.4.2016 12.5.2016 20.5.2016 2. kvartal 2016 3.-4. kvartal 2016
Plejeforløbsplaner	Fokus på rettidig information og beskrivelse af sygeplejehandlinger		
	Hjælpemidler – rette beskrivelser af behov	Undervisning på afsnitsniveau	2.kvartal 2016
Opfølgende hjemmebesøg	Forslag: Videre planlægning og aktivitet afventer regional beslutning den 18.5.2016	*Der eksisterer en aftale med kommuner og almen praksis om at hospitalet i forbindelse med udskrivelse kan anbefale et opfølgende hjemmebesøg. Regionen er tovholder på en tværsektoriel gruppe. I Finansloven er der i SATS-puljerne afsat ca. 29 mio. kr. til videreførelse af initiativet omkring opfølgende hjemmebesøg* *Drøftelse i Samarbejdsforum*	28.6.2016
IT-forbedringer	Nationalt opdatering af MEDCOM-standarder , som forventes klar juni – november 2016	Hospitalets handleplan for opfølgning på Tværsektoriel Audit implementeres *Forslag:* Udskyde Tværsektoriel audit *jf.* Sundhedsaftale om Forløbskoordination fra efteråret 2016 til 2017 og bruge energien på implementering i 2016.	3. -4. kvartal 2016

ANBEFALINGER, AUDIT RAPPORT, DECEMBER 2017

- Manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter. Højere grad af manuelt supplerende indlæggelsesrapporter
- Funktionsevne, bedre beskrivelser både i Indlæggelsesrapport(IR), Plejeforløbsplan(PFP) og Udskrivningsrapport (UR).
- Sygeplejefaglige problemområder: Højere grad af udfyldte sygeplejefaglige problemområder og mere faglighed i beskrivelserne, gældende for både:
  - 1) Indlæggelsesrapporter
  - 2) Plejeforløbsplaner
  - 3) Udskrivningsrapporter.
- Tydelig markering af ”NYT og dato” – både ”Manuelt opdaterede Indlæggelsesrapporter” og ”Plejeforløbsplaner”.
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler – både indhold og ønske om ændring til Med Com standarden
- Medicin – Højere grad af kommunikation både ved indlæggelse og udskrivelse, hvis der er nye eller særlige aftaler.
- Tekniske udfordringer – både lokale og i MedCom standarder (både i kommuner og hospital). Løftes særskilt
- Øget fokus på at bruge udskrivningskonferencer, involverende stuegang eller lignende, til særlige patientgrupper, med udnyttelse af mulighederne for at kommunikere via video

ANBEFALINGER FRA SAMARBEJDSFORUM, DECEMBER 2017

- **Funktionsevnevurdering**

- **Sygeplejefaglige problemområder – kvalitet og fagsprog i kommunikationen**

- **Behandlingsredskaber og hjælpemidler**

- Kommuner inviterer kommunale praksiskonsulenter og hospitalet inviterer deres praksiskonsulenter til næste møde i Samarbejdsforum, hvor Sundhedsaftalen drøftes.
- IT udfordringer - Karin Hedegaard følger op sammen med kommunal repræsentant fra Aalborg Kommune

INDHOLD OG FORM FOR HANDLEPLAN 2018

- Emne:

- Funktionsevnevurdering
- Sygeplejefaglige problemområder
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler
- Fokus på nye IT-løsningers anvendelse

- Opfølgning:

- Beskrivelse i IR, PF & UR
- Kvalitet og fagsprog
- Beskedfelt i PFP vs. UR
- Rettidig bestilling og levering
- Særskilt audit

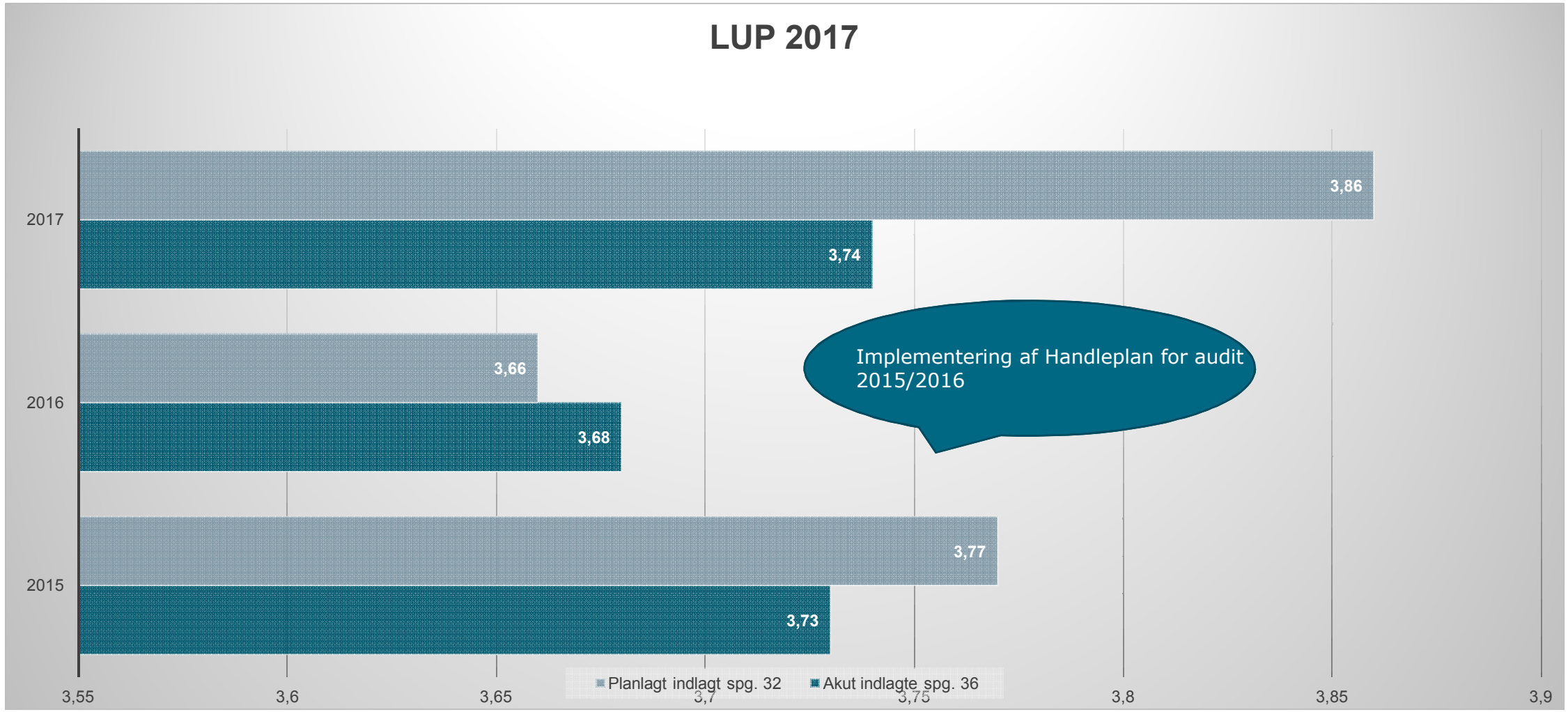
OVERGANGE MELLEM SEKTORER

- LUP

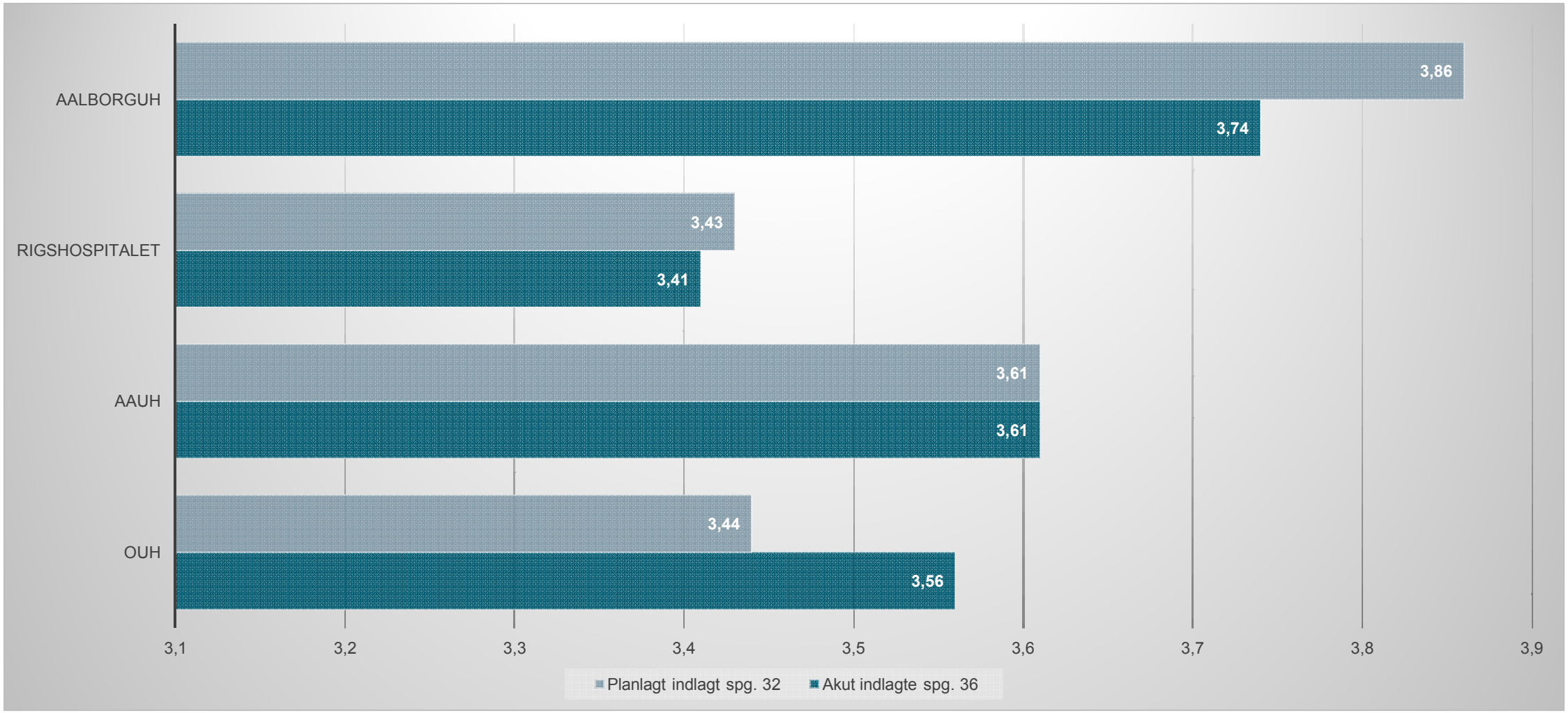
- UTH

UDVIKLINGEN FRA 2015-2017

SPØRGSMÅL: OPLEVER DU, AT AFDELINGEN OG DEN KOMMUNALE HJEMMEPLEJE/HJEMMESYGEPLEJE/SUNDHEDSSYGEPLEJERSKE SAMARBEJDEDE OM DIN UDSKRIVELSE?



SAMMENLIGNING MED ØVRIGE UNIVERSITETSHOSPITALER, 2017



FÆLLES INDSATSOMRÅDER

- Arbejdsgruppen har prioriteret følgende fælles indsatsområder:
  - Funktionsevnevurdering
- Sygeplejerfaglige problemområder
- Behandlingsredskaber og hjælpemidler

- Fokus på implementering af nye omsorgssystemer i kommunerne og ny form for dokumentation for hospitalet.
- Fortsat IT-udfordringer (Med Com)

- Med udgangspunkt i disse emner har de fem kommuner og hospitalet udarbejdet en handleplan for lokal opfølgning af de fælles indsatsområdet samt særlige indsatsområder for den enkelte kommune/hospital.

HANDLEPLAN AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Emne	Aktivitet	Opfølgning	Tidsplan
Ledelsesforankring og dybdeimplementering	Inddragelse af alle ledelsesniveauer fra Hospitalsledelse til afsnitsledende sygeplejersker på sengeafsnit	HL UHL Klinikledelsesmøder RAS Funktionsgruppen kvalitet	3. og 4. kvartal 2018
Manuelle indlæggelsesrapporter	Undervisning i hvert sengeafsnit i samarbejde med afsnitsleder	Tavlemøder Audit på afsnitsniveau	3. og 4. kvartal 2018 samt opfølgning i 2019
Plejeforløbsplaner og udskrivningsrapport			
Opfølgende hjemmebesøg			
IT			

HANDLEPLANER – AALBORG KOMMUNE

Emne	Aktivitet	Opfølgning	Tidsplan
Funktionsevnevurdering	1. Implementering af nyt omsorgssystem 2. Forbedringsorienteret intern audit 3. Forbedrings- og kvalitetsudviklende aktiviteter jf. resultat af audit	Øvrige aktiviteter, opfølgning og tidsplan i forhold hertil er afhængigt af auditresultater. Ansvar for opfølgning på Chefniveau, Ældre og Handicap	1. Oktober 2018 2. Forår 2019 **3.** Sommer 2019
Sygeplejerfaglige problemområder	1. Implementering af nyt omsorgssystem 2. Forbedringsorienteret intern audit 3. Forbedrings- og kvalitetsudviklende aktiviteter jf. resultat af audit	Øvrige aktiviteter, opfølgning og tidsplan i forhold hertil er afhængigt af auditresultater. Ansvar for opfølgning på Chefniveau, Ældre og Handicap	1. Oktober 2018 2. Forår 2019 3. Sommer 2019
Behandlingsredskaber og hjælpemidler	1. Implementering via chefgruppe og driftsledere på koordineringsmøder	Opfølgning i forbindelse med tværsektoriel audit 2019	1. Sommer 2018

TAK FOR I DAG

Leder Af Sund Info

LISE SØNDERGAARD

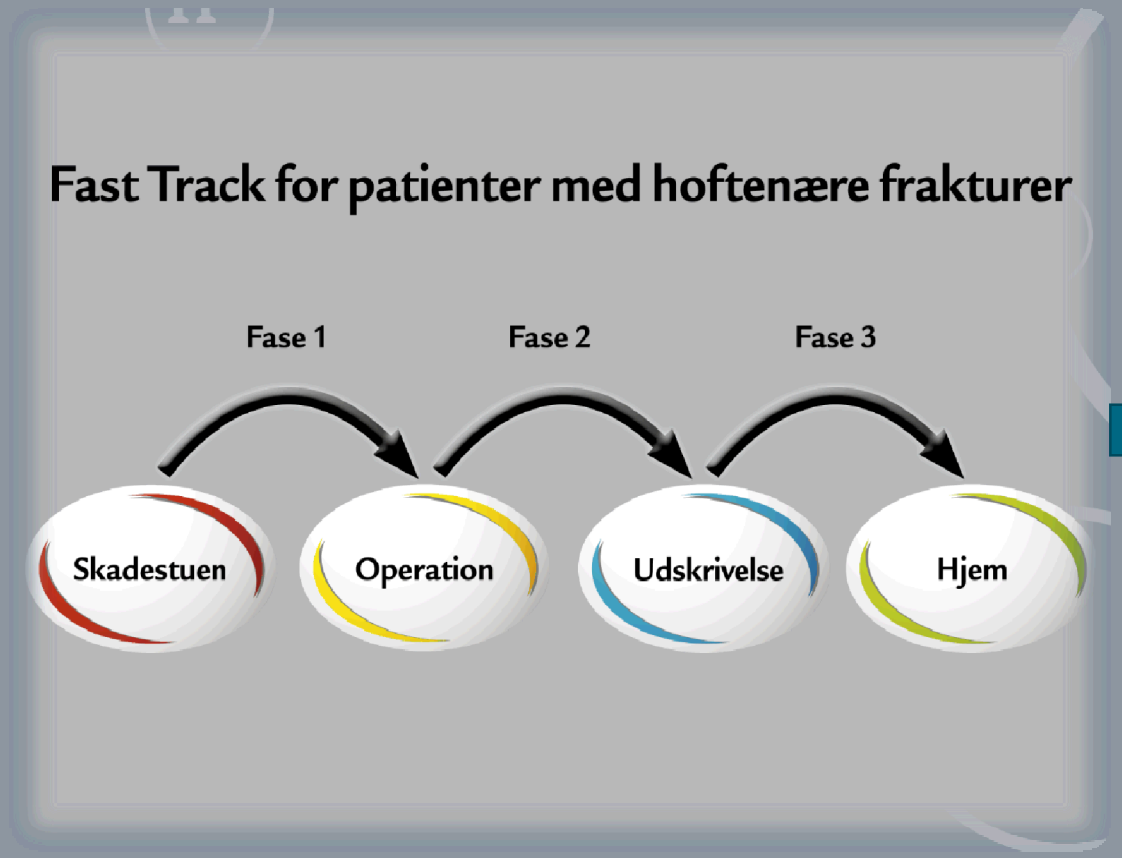
Aalborg Universitetshospital

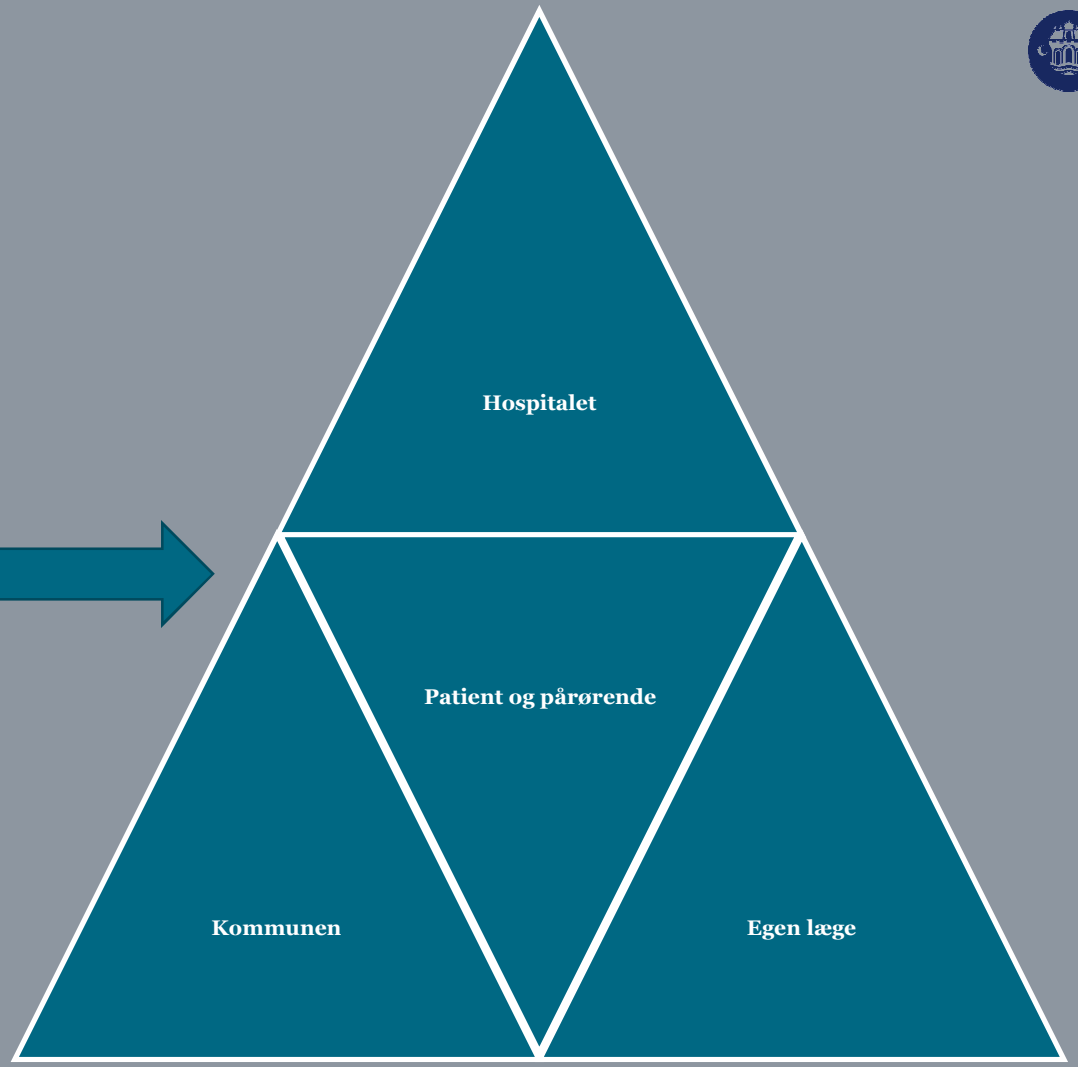
Kvalitet og Sammenhæng

Sundhed på Tværs

lise.soendergaard@rn.dk

+4597661359





TRILOGIEN VEDR. HOFTENÆRE FRAKTURER

- I DAG MED FOKUS PÅ FASEN FRA UDSKRIVELSEN TIL HJEMMET

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

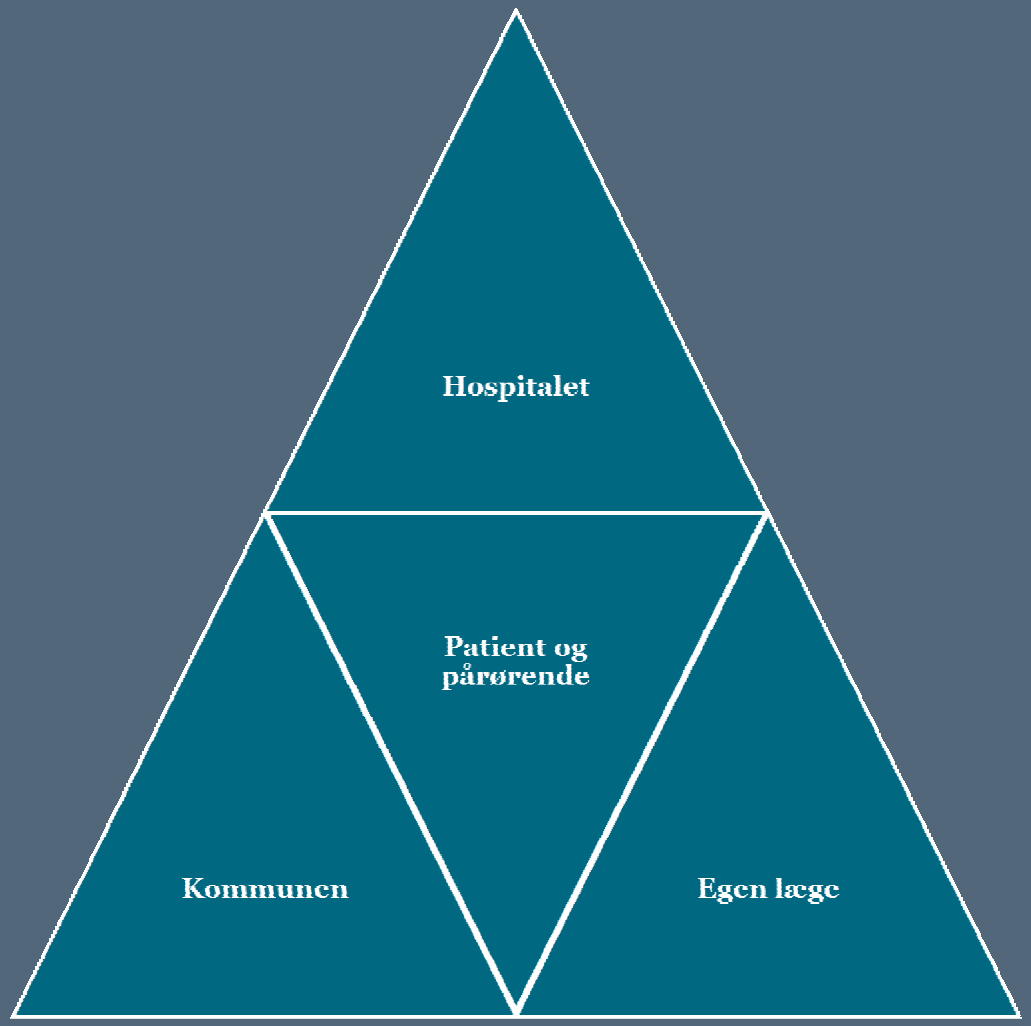
Aalborg Kommune

TRILOGIEN VEDR. HOFTENÆRE FRAKTURER…..

- Del 1: Fra ankomst til OP
- Del 2: Fra OP til udskrivelse

Del 3: Fra udskrivelse til hjemmet

HVORDAN OPLEVER PATIENTER OG PÅRØRENDE OVERGANGEN?



”BENARBEJDET” INDEN FØRSTE MØDE I PROJEKTGRUPPEN

Fra patienter og pårørende fik vi at vide, at det er rigtig vigtigt for dem, *at*

***”Overgangen er velkoordineret med sikring af, at de får hjælp til træning og nødvendige hjælpemidler til rette tid”*.**

Fra involveret personale fortælles om

”Udfordringer ift. medicinhåndtering og utilstrækkelig information mellem plejen, hjemmesygeplejen og egen læge”.

HVAD GJORDE VI EFTER AT HAVE SPURGT PATIENTER OG PÅRØRENDE OM DERES OPLEVELSE AF OVERGANGEN?

- Vi blev enige om at prøve at løse disse udfordringer i en gruppe på tværs, sammensat af alle de parter der er involveret i patientforløbet.

- Vi mødtes til ”projektmøde O” for at få et fælles billede af, hvad der gav mest værdi for patienterne at vi sammen arbejdede videre med at optimere

DAGSORDEN PÅ 1. MØDE

Hvad ønsker vi sammen at opnå ud fra vores forskellige faglige vinkler + patienternes fortællinger?

KORT GENNEMGANG AF PROJEKTPROCESSEN

- Sikring af flow i overgangen fra udskrivelse til hjemmet med det formål at patienten oplever tryghed og kontinuitet

MÅL

Reduktion af ventetid på genoptræning til max 8 hverdage

At bidrage til minimum 90% overlevelse 30 dage postoperativt.

Reduktion i antal genindlæggelser med 5% ift. baseline

DRIVERE

Organisering

Tværfaglig udskrivningssamtale på O1

Kommunikation

Optimering af skriftlig kommunikation i overgange

Kultur

Facilitering af en mere rehabiliterende tilgang i plejen

ÆNDRINGSIDÈER

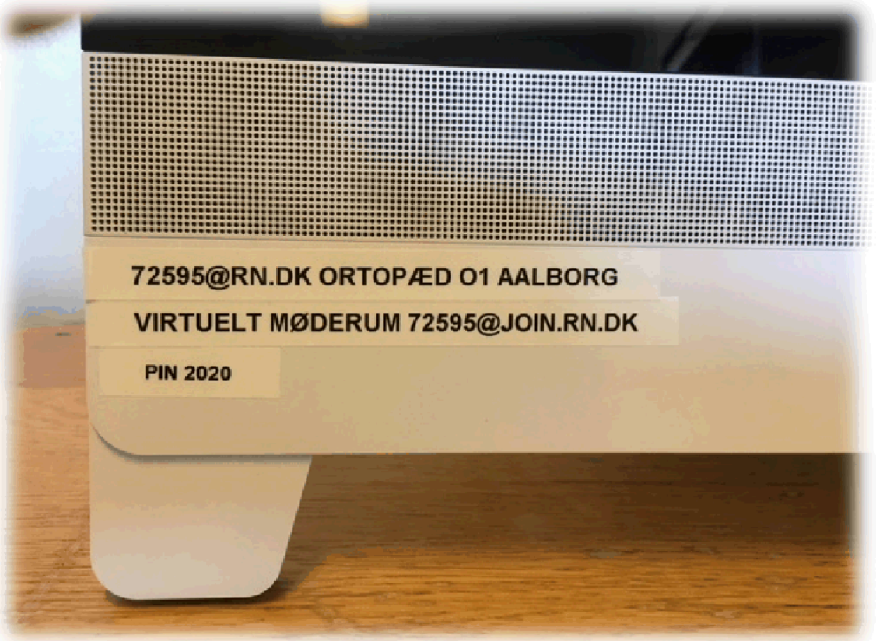
- Tværfaglig tjeklistegennemgang
- Involvering af patienter og pårørende
- Fremskynde stillingtagen til privat eller kommunal genoptræning
- Mulighed for videokonferencedeltagelse for Udskrivningsenheden og ved behov hjemmesygeplejen

- Optimering af indhold i PFP via fraser
- Optimering af indhold af epikrisen med sikring af, at det afsluttende geriatriske notat indgår
- Optimering af indhold af GOP
- Udarbejdning af pjece til patienter og pårørende

- Udarbejdelse af plakater til ophæng på hospital og kommune ift. at skabe fokus
- Prioritering af mobilisering i en presset hverdag
- Kollegial supervision v/ fys/ergo ift. plejen

PATIENT OG PÅRØRENDEINDDRAGELSE IFT. UDSKRIVNINGSSAMTALE

- Stillingtagen til privat eller kommunal genoptræning fremskyndes, da patientens valg noteres i GOP efter samtalen.
- Videokonference er et godt alternativ til personligt fremmøde og sparer arbejdstid. Fungerer godt for alle parter.
- Stor værdi for såvel patienter, pårørende som personale ift. ressourceforbrug.
- Planen lægges på én gang, mindsker forstyrrelse, helstøbt plan betyder at kommunen er klar til at tage imod borgeren.
- Pt. og pårørendeinddragelse er nøglestenen i processen.
- Ved særligt sårbare patienter bør der være et kontinuerligt fokus på at hjemmesygeplejen deltager. Udskrivningsenheden inviterer.
- Det kan være svært at nå samtalen for de patienter, der skal hurtigt hjem.
- Husk muligheden for vurdering af behov for opfølgende hjemmebesøg
- Husk at spørge ind til om patienten har Modtagerflex eller om pårørende alternativt kan tage imod hjælpemidler inden patienten kommer hjem.



AUDIT INDEN OG EFTER INDFØRSEL AF FRASER - HENHOLDSVIS SEPTEMBER 2017 OG MARTS 2018

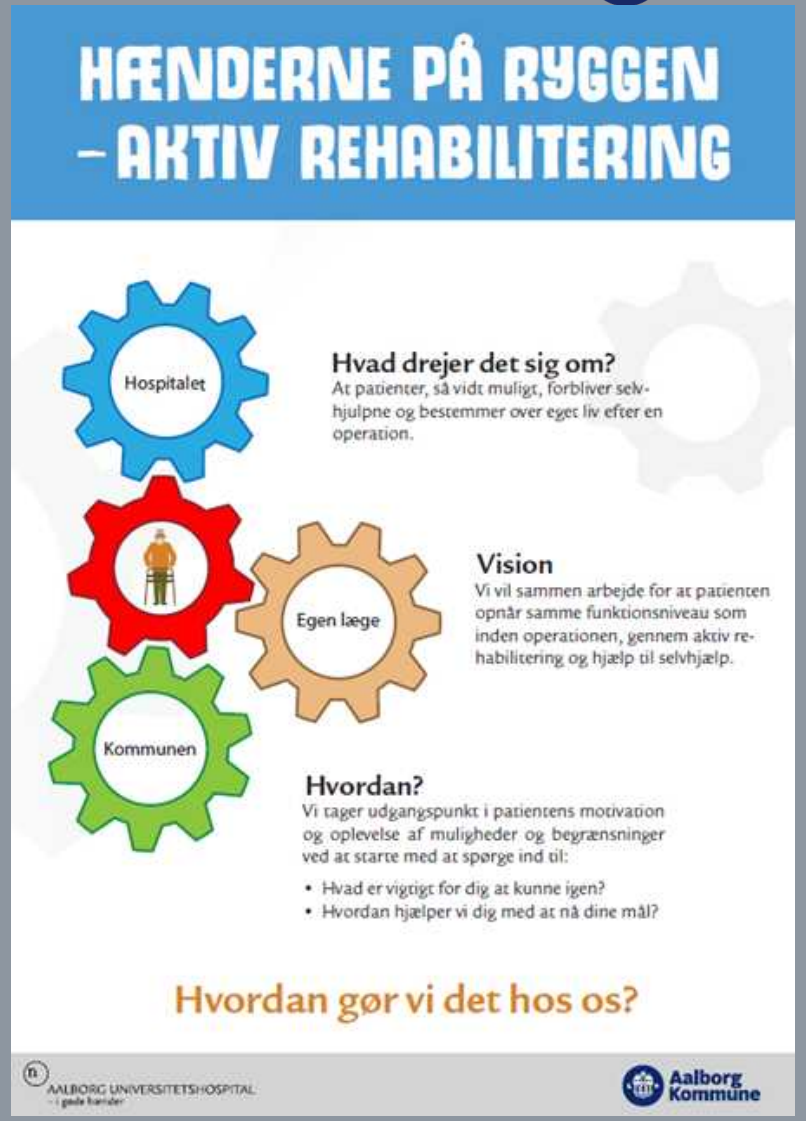
Aalborg Kommune

Der er auditeret på 10 patienter, hvoraf 2 måtte udgå. Den ene patient er udskrevet fra Hobro Sygehus og den anden døde under indlæggelsen.

	Positive	Negative
Bevægeapparatet	7	1
Ernæring	3	5
Hud og slimhinder	5	3
Smerter og sanseindtryk	1	7
Udskillelse af affaldsstoffer	3	5

I alt 11 patienter, marts 2018	Positiv (udfyldt)	Negativ (ikke udfyldt)	Kommentar
Bev. App. /indlæggelsesårsag	11	0	1 var udfyldt uden frase
Ernæring	10	1	Af de 10 var 1 angivet til ikke at have behov
Hud og slimhinder	10	1	Af de 10 udfyldte var 2 kun delvist udfyldte
Smerter	8	3	Af de 8 udfyldte havde 2 ikke behov, og 2 var delvist udfyldte men kunne uddybes ift. at der medsendes udtrapningsplan
Udskillelser	7	4	Af de 7 udfyldte manglede 5 dato for sidste aff., g hos én blev der ikke vurderet behov.

REHABILITERENDE TILGANG I PLEJEN



PJECE UDARBEJDET I ET SAMARBEJDE MELLEM HOSPITAL, KOMMUNEN OG PÅRØRENDE

HTTP://DOKUMENTCENTER.RN.DK/PUB/PDFCENTER2/AALBORG%20UH/YDELSESINFORMATION/HOOA01-161_HOOA01-161.PDF

For at finde pjecen går man ind på www.pdfcenter.rn.dk og søger på hoftenært brud

AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL
– i gode hænder

Aalborg Kommune

Her kan du få råd og vejledning, efter du er blevet opereret for en hoftenært brud

Du skal nu hjem og i gang med hverdagen, efter du er blevet opereret for et hoftenært brud. I den forbindelse kan der opstå spørgsmål. For at hjælpe dig, har vi samlet en række kontaktinformationer, der kan gøre det lettere for dig og dine pårørende at finde den hjælp, du har brug for.

HJEMMEHJÆLP, HJEMMESYGEPLEJE OG BOLIGÆNDRINGER

Inden udskrivelse vil udskrivningsenheden i Aalborg Kommune vurdere, hvad du har behov for af fx:

- praktisk hjælp, rengøring eller madservice
- personlig hjælp og pleje, fx hjælp til hygiejne og bad eller til at komme i og op af sengen.
- hjemmesygepleje, fx sårpleje og smertebehandling

Efter udskrivelse kan du søge råd og vejledning om hjemmepleje, hjælpemidler og boligændring hos Myndighedshuset, Aalborg Kommune på tlf. 99 82 50 00 alle hverdage kl. 8.00-15.00.
Du kan finde mere information på www.aalborg.dk. Søg på "personlig hjælp og pleje".

AKUT SYGEPLEJE

Har du behov for akut sygepleje, det vil sige sygepleje, der ligger ud over den pleje, som er aftalt, kan du ringe til den koordinerende sygeplejerske i dit område på hverdage i tidsrummet kl. 7.30 - 15.00.
Sygeplejen er inddelt i disse områder:

- Nord: 99 31 59 69
- Centrum: 99 31 38 25
- Sydvest: 99 31 39 83
- Vest: 99 31 34 12
- Øst: 99 31 36 11

Uden for almindelig åbningstid inklusiv weekend og helligdage kan du kontakte Ældreområdets Vagtcentral på tlf. 99 31 72 07. Du kan læse mere på www.aalborg.dk. Søg på "sygeplejen".

GENOPTRÆNING

Du har frit valg i forhold til, hvem der skal stå for din genoptræning efter operationen. Den fysioterapeut eller ergoterapeut, der står for din genoptræning kaldes en leverandør. Leverandøren kan være privat eller kommunal. Udskrivningsenheden i Aalborg Kommune viser dig listen over mulige leverandører til udskrivningssamtalen. Her vælger du leverandør.

Udskrivningsenheden kan kontaktes på
tlf. 99 82 34 01 alle hverdage mellem kl. 8.00 - 14.00

Du kan finde mere information om Træningsenheden, Aalborg Kommune på www.aalborg.dk. Søg på "træning efter sygdom eller ulykke".
Hvis du er berettiget til kørsel til og fra træning, kan du kontakte din træningsleverandør for mere information.

EGEN LÆGE

Du kan altid kontakte egen læge efter din udskrivelse. Det kan fx dreje sig om:

- Blodprøver
- Medicin, herunder udtrapning af smertestillende medicin
- Fjernelse af a-graffer efter operationen
- Opfølgning på behandling for knogleskørhed

Anden opfølgning efter operationen

Aalborg Kommune

HVAD FIK FORBEDRINGSPROJEKTERNE TIL AT LYKKES?

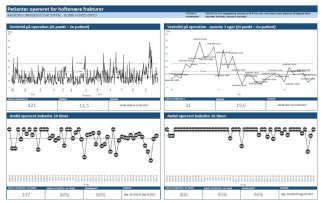
- Ændring af mindset

- Tværfagligt samarbejde og tungt ledelsesfokus

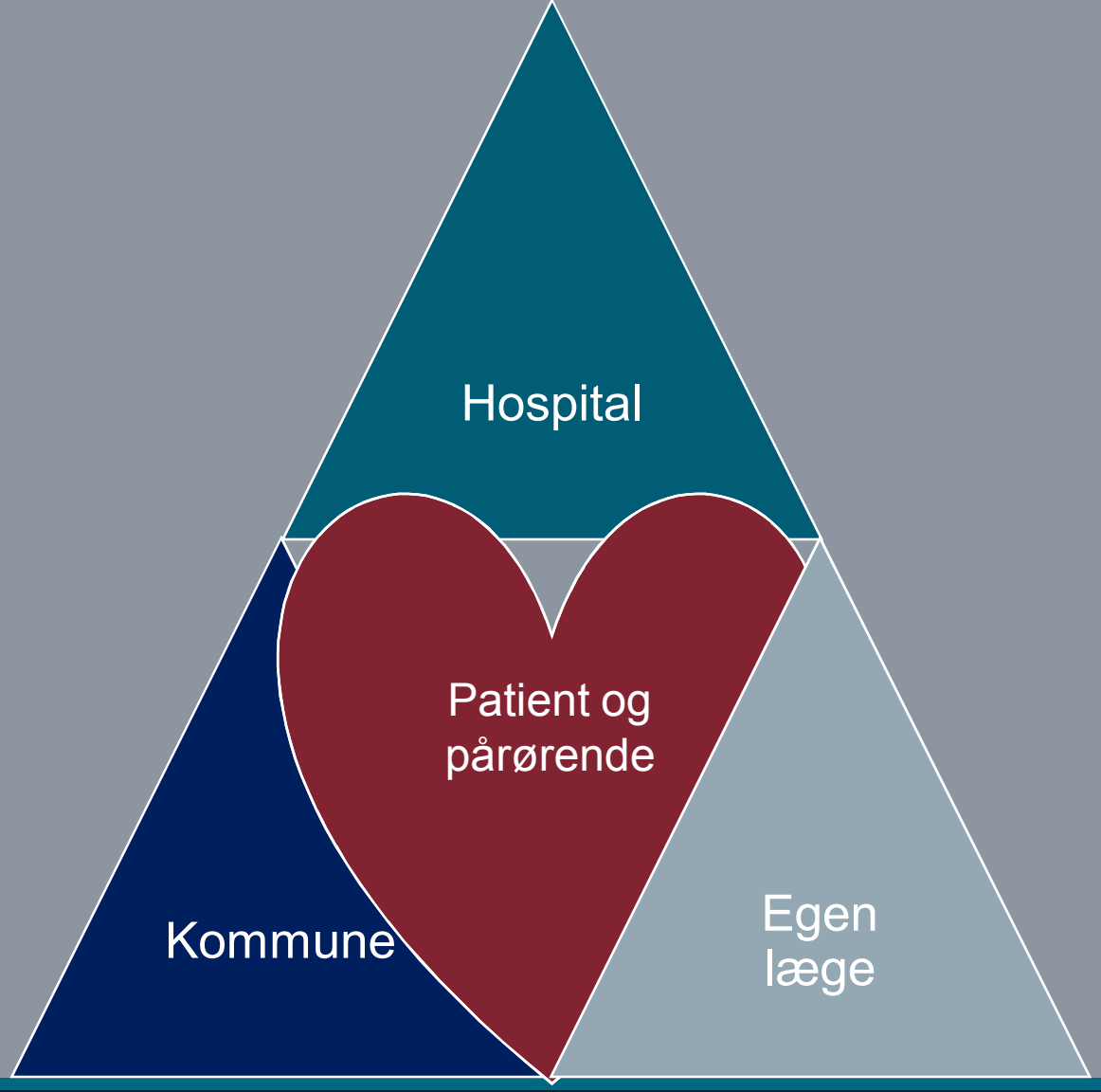
- Planlægning, test, evaluering og justering af hver ny arbejdsgang før implementering

- Tovholder som koordinerer og faciliterer processen

- Kontinuerligt data follow-up for at sikre fremdrift og forankring



- Korte follow up møder



SAMMEN FOREBYGGER VI (GEN) INDLÆGGELSER

Samarbejdsprojekt mellem Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland, Almen praksis og Aalborg Kommune

Version 7. juni 2018

TIDSPLAN FOR PROJEKTFORLØB

	Måned	Aktivitet	Produkt	Dato	Tid
Førprojekt	Juni	Projektmøde 1	Organisering		Ca. 1½ time
	Juni/August	Etablering af målesystem	Baseline for resultatmål og eventuelt procesmål og balancerende mål		
		Projektmøde 2	Projektbeskrivelse version 0		Ca. 1½ time
Projekt	August	12-12 arbejdsseminar 1: Fra idé til test	Projektbeskrivelse version 1 – herunder plan for test af PDSA'ere	30. – 31. august	12 timer
	September	Projektmøde 3	Fremdrift		Ca. 1 time
	Oktober	Arbejdsseminar 2: Fra test til implementering	Projektbeskrivelse version 2 – herunder plan for implementering	11. oktober	8 timer
		Projektmøde 4	Fremdrift		Ca. 1 time
	November	Projektmøde 5	Fremdrift		Ca. 1 time
	December	Projektmøde 6	Fremdrift		Ca. 1 time
Efterprojekt	Januar	Projektmøde 7	Study – Act		Ca. 1 time
		Præsentation af udvalgte projekter for Udvidet Strategisk Sundhedsledelse	Ledelsesforankring		Ca. 1 time

Formålet med før-projekt fasen er at vurdere projektets potentiale i forhold til dels at fortsætte og dels dets strategiske værdi, bl.a. i forhold til spredning.

HVAD ØNSKER VI AT OPNÅ?

Vi ønsker, i et samarbejde mellem Aalborg Universitetshospital, Aalborg kommune og almen praksis, at ældre medicinske patienter + 65 med kontakt til kommunen støttes i at klare sig uden indlæggelse, når muligt.

Formålet er, at der i projektet indsamles viden om de væsentligste mekanismer, der kan bidrage til en styrkelse af det fælles samarbejde omkring målgruppen

Projektmål:

- At projektet bidrager til reduktion af antal (gen)indlæggelser, herunder akutte indlæggelser med x % ved udgangen af 2018?
- At projektet bidrager til en forbedret patientoplevet inddragelse og indflydelse på eget forløb? (evalueret inden og efter projektforløb via spørgeskema/interviews)

Baggrund:

Mange akutte indlæggelser og indlæggelser med forebyggelige diagnoser resulterer i tabt livskvalitet for patienterne og høj belægning på de medicinske sengeafsnit. Denne udfordring har givet anledning til tanker, om vores tværsektorielle arbejde kan optimeres med afsæt i sundhedsaftalerne suppleret med ny tænkning omkring det fælles arbejde. Forhåbningen er, at nogle patienter herved kan undgå indlæggelsen eller ophold i Aalborg kommunens akuttilbud og midlertidige tilbud, med de gener og risikoen for komplikationer, der er forbundet med ophold uden for eget hjem.

Ovenstående ønskes undersøgt i et tværsektorielt samarbejde mellem AMA, almen praksis og Aalborg kommunes akuttilbud afgrænset til Akuttilbud Aalborg og Rishøjcentret. Fokus vil ligge på ældre skrøbelige medicinske patienter + 65 der indlægges akut med forebyggelige diagnoser (fx UVI, pneumoni eller dehydrering)

Patienter og pårørende inddrages i projektet, ift. deres oplevelser af forløb og overgange, samt deres perspektiver på, hvad der er vigtigt for dem og deres idéer til forbedringer.

DATA OG UNDERSØGELSESMETODER

Data	Metode	Anvendelse
Observationer af arbejdsgange, samarbejdsrelationer og patientinddragelse på Akutmodtagelsen, AMA 1 og 2, Riishøj Centeret og Akuttilbud Aalborg.	Eksplorativt observationsstudie, med afsæt i åben observationsguide. Gennemføres inden projekt start.	Afdækning af feltet og kvalificering af fokus i projektet, herunder kvalificering af interviewguide
Patienters og pårørendes oplevelser af egne forløb på tværs af sektorerne, herunder oplevelsen af inddragelse i egne forløb	Kvalitative semistrukturerede interviews med patienter og pårørende. Gennemføres inden projekt start. Evt. spørgeskemaundersøgelse	Afdækning af feltet og kvalificering af fokus i projekt. Baseline måling og sammenlignende måling efter projekt gennemførsel
Antal (gen) indlæggelser fra Akuttilbud Aalborg og Riishøj	Kvantitative data på indlæggelser i AMA 1 og 2 fra Riishøj og Akuttilbud Aalborg. Perioden september 2017 – september 2018 (se bilag 1)	Baseline måling og sammenlignende måling i og efter projekt gennemførsel
Målopfyldelse og kvalitet i sektorovergangene	Tværfaglig og tværsektoriel kvalitativ intern audit på ca. 20 patientforløb – jurist i regionen undersøger aktuelt om det er muligt på tværs. Kriterie for udvælgelse er indlæggelse på AMA 1 eller 2, samt ophold på Riishøj eller Akuttilbud Aalborg forud for indlæggelsen. Der anvendes tværsektorielt udarbejdet auditskema med inddragelse af patienter og pårørendes opmærksomhedspunkter. Audit gennemføres af ledelses og medarbejderrepræsentanter fra alle involverede kommunale og regionale instanser.	Afdækning af feltet og identificering af mønstre og tendenser i de tværsektorielle forløb til kvalificering af projektgruppens udvikling af forbedringsindsatser

FORSLAG TIL ORGANISERING

Projektgruppe:

Aalborg kommune

Michael Andersen, leder af Udskrivningsenheden og sygeplejerske Annette Svendgaard

Katrine Gellert, leder af Akuttilbuddet sygeplejerske Stinna Færch Nielsen

Henriette Lerche, leder af Rishøjcentret og sygeplejerske Maria Rasmussen

Vibeke Byg, Konsulent. KIE, Aalborg Kommune

Almen praksis

Praksiskonsulent Morten Ohrt, Nord Kap

Pernille Smalbro Hyllebjerg, praksiskonsulent Aalborg Kommune

Esben Sevelsted, praksiskonsulent Akuttilbuddet

Charlotte Lønskov , formand for Vagtlægeforbundet, Nordjylland

Evt. yderligere repræsentation fra PLO?

Aalborg universitet

Hanne Skaarup, afsnitsleder AMA Aalborg Universitetshospital (evt. medarbejder rep.)

Charlotte Hassing Christensen, afsnitsledende sygeplejerske akutmodtagelsen

Gitte Tolstrup, klinisk undervisningsansvarlig, AMA, Aalborg Universitetshospital

Lægefaglig repræsentant fra AMA, Aalborg Universitetshospital

Lis Bjerregaard Riahi, forløbschef Aalborg Universitetshospital

Lise Søndergaard, leder af Sund Info, Aalborg Universitetshospital

På cc/ad hoc

Lene Birgitte Birket-Smith, klinikchef, Klinik Medicin

Jørn Munkhof Møller, ledende overlæge ATC

Marianne Tousgaard, afsnitsledende sygeplejerske AMA

Helle Skou, Formand for PLO Nordjylland

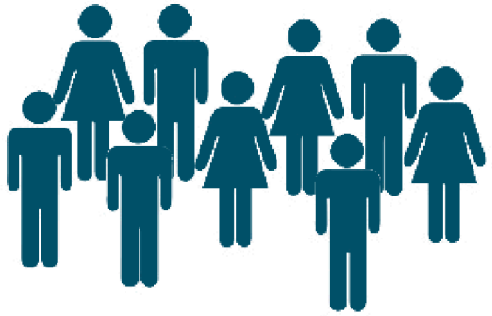
Helen Kæstel. sygeplejechef, Aalborg Kommune

Annette Secher, ældre og Sundhedschef, Aalborg Kommune

Louise Weikop, kontorchef KIE, Aalborg Kommune

Carsten Kaalby, plejeboligchef. Aalborg Kommune

Charlotte Allerød, kontorchef, Kvalitet og sammenhæng, Aalborg Universitetshospital



Sponsorer

Bente Graversen, Direktør for sundheds og kulturforvaltningen, Aalborg kommune

Jan Nielsen, Direktør for ældre og handicapforvaltningen, Aalborg kommune

Lisbeth Kjær Lagoni, Sygeplejefaglig Direktør, Aalborg Universitetshospital

Eva Sejersdahl, Direktør for patientforløb

Projekt start*:* August 2018

Projekt slut: December 2018

Konsulent fra Forbedring (udfyldes af Forbedring):

Projektledere:

Charlotte Laubek, Aalborg Kommune

Rikke Beckermann, kvalitet og sammenhæng

SUSANNES HISTORIE

- Susannes far er terminal cancerpatient og får dagligt hjælp til bl.a. medicin. Susanne har plejeorlov og er dagligt hos faderen og handler ind og hjælper med transport og lign.

- En dag inviterer Susanne faderen til middag og ved ankomsten virker han ved siden af sig selv. Hun kører hjem for at hente noget i hans hjem og bliver opmærksom på hans pilleæske, og ser at der ikke er givet medicin hverken middag eller aften, og at der står glas med vand rundt om i huset der ikke er rørt.

- Faderen bliver dårligere i løbet af aftenen, og Susanne kører ham hjem og trykker på hans kald. Hun er i tvivl om hun kan give ham aftenmedicinen sammen med det andet da han kun har en nyre. Sygeplejersken der kommer mener det er OK.

- Susanne kalder vagtlægen da han kort tid efter virker konfus.

- Susanne forklarer vagtlægen, at faderen plejer at være klar i hovedet og virker bevidsthedspåvirket og måske er dehydreret.

- Susanne mener han skal indlægges, men vagtlægen er ked af at indlægge ham, da han mener at han er i risiko for evt. at pådrage sig en lungebetændelse. Vagtlægen spørger faderen hvad han vil, og han svarer at han helst ikke vil indlægges. Pårørende ved at det er fordi at han så kommer til at ligge 4-6t i ATC og derefter i bedste fald på AMA i et par dage til pleje og så hjem igen.

- Susanne har plejeorlov og kender faderen. Pårørende er nervøs ved beslutningen da hun mener faderen skal have professionel hjælp til væskebehandling. Hun ringer til sin bror som mener at pårørende skal tage hjem og overlade ansvaret til de professionelle en del imod hendes vilje.

INTERVIEW MED SUSANNE

PÅRØRENDE TIL MULTISYG TERMINAL PATIENT. GENTAGNE INDLÆGGELSER

”I har sprunget mig over i denne sag. Kig på manden! Snak med os! Lyt til de pårørende! På sygehuset har de givet ham en kold tyrker. Han plejer at få sine morfin dråber og det har jeg sagt til flere forskellige, men der er ingen der har gjort noget ved det og da jeg kom i går, så sad han og rystede under et tæppe og havde ikke fået sine dråber under hele indlæggelsen. Og nu vil de bare udskrive ham, uden der er nogen steder at sende ham hen!

INTERVIEW MED SUSANNE

PÅRØRENDE TIL MULTISYG TERMINAL PATIENT. GENTAGNE INDLÆGGELSER

”Jeg er tovholder for det hele! Det er min skyld, at han ikke er død endnu, men jeg bruger også al min energi og tid på at koordinere det hele. Jeg venter gerne 1 ½ time i telefonen på at få hul igennem til læge, visitation eller andre for så at få beskeden fra en telefonsvarer om, at jeg kan henvende mig igen mellem kl. 08.00-09.00. Systemerne snakker ikke sammen og der er ***ingen****, der sætter en ære i at lytte til min far eller mig og ingen, der rent faktisk sørge for at der er sammenhæng i tingene.*

Jeg oplever så meget ligegyldighed fra alle systemernes side og oplever at systemerne også modarbejder hinanden og mig. Der er simpelthen for mange hænder tingene skal igennem. Der skulle være en person for hver patient, som så havde mandat og mulighed for at handle nu og her i den enkelte situation”

INTERVIEW MED CARSTEN

PÅRØRENDE TIL TERMINAL CANCERPATIENT MED GENTAGNE INDLÆGGELSER

”Jeg har været meget langt rundt i systemet og synes jeg har mødt masser af empati og forståelse og folk der gør deres bedste, men ……man føler at man gentager den samme historie igen og igen og frygter at information går tabt mellem de mange forskellige led, når det ikke er koordineret af en tovholder”

INTERVIEW MED CARSTEN

PÅRØRENDE TIL TERMINAL CANCERPATIENT MED GENTAGNE INDLÆGGELSER

”Det store fravær af min mors egen læge har undret os. Hans eneste rolle har været ift. Medicin og der har været hele to substitutter sendt ud istedet for ham.

Min mor er godt nok gammel og syg, men for mig er det ikke desto mindre i den situation, at vi har brug for, at han involverer sig mere.

Han er den, der kender min mor allerbedst af dem, der har været involveret. Det havde været dejligt, hvis han var den der kunne være bedre til at fortælle mig og familien om køreplanen ift. hvad der skal ske og hvorfor. Jeg har manglet en klar linje. Det har været frustrerende, at vi ikke har vidst, hvad den ene vurderede overfor den anden og at vurderingerne var forskelligartede fra dag til dag afhængig af, hvem der vurderede”

INTERVIEW MED CARSTEN

PÅRØRENDE TIL TERMINAL CANCERPATIENT MED GENTAGNE INDLÆGGELSER

” Jeg synes alt i alt at vores system fungerer rigtig godt! *Men vi har oplevet flere gange at blive efterladt i et vakuum. Mit største ønsker er derfor, at der kunne være færre aftalepartnere og at egen læge involveres tidligere.*

Og så er der brug for en vognstyre. Om det er en fra det ene eller andet system, det er lige meget! Men det skal være ***en****, som kan skabe ro og stabilitet og være god til tidlig planlægning. Det kunne skabe en tryghedsfølelse for både min mor og mig, og give ro på, så vi kan koncentrere os om de dage der er tilbage…”*

FORTÆLLING FRA PRAKSIS – EN SYGEPLEJERSKE FRA RISHØJ FORTÆLLER

Sparring og tæt koordinering med læger kunne forebygge indlæggelser

En sygeplejerske fra Riishøj fortæller:

"Hvis jeg i højere grad havde mulighed for at sparre og koordinere min sygepleje med en læge, så kunne vi forebygge mange indlæggelser og genindlæggelser. For nylig havde vi f.eks. en terminal cancer patient, som fik et lungeødem. Han var døende og det var forventet, at han snart skulle dø- også af de pårørende. Både patienten og de pårørende ønskede, at han fik lov til at dø stille og roligt her på Riishøj, hvor han havde været i nogen tid. Jeg var også helt tryg ved det, men var jo nød til at orientere lægen om situationen. Jeg fortalte om mine observationer og om patientens og familiens ønsker. Da lægen ikke selv havde mulighed for at komme forbi, så ville han gerne have patienten indlagt. Jeg måtte derfor fortælle patienten og de pårørende, at det var hvad lægen ønskede. Jeg havde det så dårligt med det og patienten døde efter bare 4 timer på sygehuset, hvor de jo ikke satte noget som helst i gang. Sådan en oplevelse giver mig følelsen af, at vi bare ikke gør det godt nok og ikke lytter nok til patienterne og de pårørende".

FORTÆLLINGER FRA PRAKSIS – EN SYGEPLEJERSKE FRA AKUTMODTAGELSEN FORTÆLLER

Den døende patient

En sygeplejerske i akutmodtagelsen får meldt, at han får en patient ind, der nærmest er død på vej ind i ambulancen. Det drejer sig om en ældre multimorbid mand på 80 år, der til daglig bor på plejehjem. Ved ankomst er han ukontaktbar.

Sygeplejersken måler TOKS værdier og triagerer, og der vurderes ikke at være behandlingspotentiale. Han ringer og informerer patientens børn om, at deres far er ved at dø, og at de skal komme straks. Datteren arbejder for Aalborg kommune og vidste, at hendes far var på vej ind i akutmodtagelsen. Børnene kom ind. Sygeplejersken undskylder, at han ikke ved, hvad han skal gøre (og at han ikke er klar over, hvorfor patienten blev sendt med ambulancen, da han var døende).

Familien var frustreret, da en SOSU assistenter i primærsektor havde TOBS'et og kontaktet læge i primærsektor inden kl. 16.00. Vagtlægen havde vurderet, at der skulle ringes 112. Datteren og sygeplejersken var iflg. sygeplejersken stiltiende enige om, at det havde været bedre hvis det havde været muligt at få lavet en vurdering via patientens egen læge eller en vagtlæge ift. om ikke det mest hensigtsmæssige, situationen taget i betragtning, var at ringe efter familien og lade patienten sove stille og roligt ind med familien omkring sig i eget hjem.

FORTÆLLINGER FRA PRAKSIS
EN SYGEPLEJERSKE FRA AKUTTILBUDDET FORTÆLLER:

Vi kan altså godt give væske intravenøst!

"Det er så frustrerende at vores ressourcer ikke bliver brugt og mange gange bliver de brugt rigtig forskelligt af lægerne. Vi kan jo f.eks. give IV væske. Og det kan netop være, der vi kan gøre forskellen og være med til at undgå indlæggelser, som bare ikke er hensigtsmæssige eller nødvendige for i forvejen svage patienter. De læger, som kender os og har tillid til os ordinerer det gerne og der er ingen problemer i det samarbejde. Men vi ser altså tit at lægerne er forbeholdne med at ordinere og tage ansvar for behandling med IV væske på Akuttilbuddet. Forleden indlagde en læge igen en patient, endda en dement på AMA til væskebehandling og det kunne vi ligeså godt have givet her. Det havde været meget meget bedre for patienten. Den indlæggelse kunne vi godt have sparet".

Sygeplejerske i primærsektor på Riishøj kontakter vagtlæge ift. ældre herre i sidst 70'erne

Patienten er kendt med cancer, diabetes + neurologiske symptomer ift. Absencer, som han ikke er udredt for.

Patienten havde været på Riishøj i 1 døgn, hvor han havde haft absencer. Personalet TOBS'ede ham, og han havde unormale værdier. På den baggrund anbefalede vagtlægen, at der blev ringet 112. Patienten blev kørt med ambulance til akutmodtagelsen. Pårørende kommer ind til hospitalet, uforstående og klagende, på trods af, at manden var kendt med neurologiske absencer. Han blev vurderet og sendt hjem igen. To dage efter kommer patienten ind igen fulgt af personale fra aflastningsplads. Manden var igen faldet uden for normale værdier ift. saturation. Sygeplejersken som fulgte patienten kontakter en akutlæge og får lagt en plan for plan for patienten med fokus på, hvordan hjemmesygeplejen og akutsygeplejen bør forholde sig ift. at absencerne er kendte og ikke farlige, og at de ikke behøver at reagere på saturationen hvis bare den falder en smule ved siden af da det vurderes ufarligt og som en del af patientens nuværende habitualtilstand og ikke kræver indlæggelse.

Sygeplejersken i akutmodtagelsen kontakter akutsygeplejersken med mundtlig information om behandlingsplan, og om hvordan de med fordel kan forholde sig, hvis patienten igen får absencer. Akutsygeplejersken oplyser om, at hun i bund og grund er enig i, at det er en god plan, men at hun ikke har nogen rygdækning i de situationer, hvor patientens værdier er skæve, eller hvor patienten får absencer, da hun ikke selv kan tage ansvaret og træffe den beslutning, men at hun er afhængig af at patientens egen læge eller en vagtlæge vil bære ansvaret for ikke at ringe 112 når patienten falder uden for værdierne eller hr absencer.

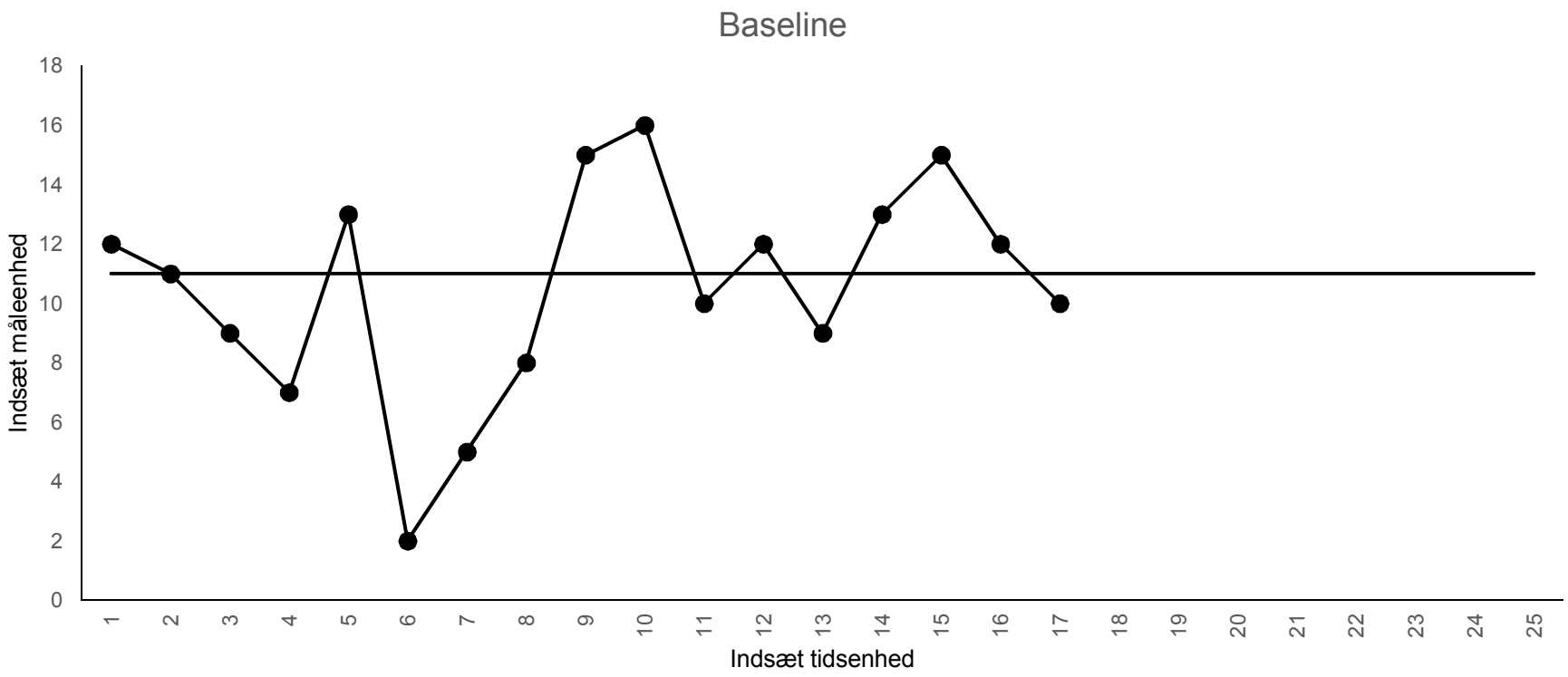
FELTOBSERVATIONER I AKUTMODTAGELSEN OG AMA 1 OG 2 – EKSEMPLER PÅ TEMAER:

- Der er mange forskellige læger, fra forskellige afdelinger, involveret i den daglige praksis på AMA 1 og 2
- Der ses en høj grad af struktureret tværfagligt samarbejde, som både tager afsæt i relationel koordinering og fastlagte handlingsalgoritmer og faglige strukturer
- Der opleves et fælles specialiseret fagsprog, som smidiggør kommunikationen og sikrer rette informationer mellem kommunens Akuttilbud, falckreddere og medarbejdere i Akutmodtagelsen
- Der er stor opmærksomhed på at kommunale samarbejdspartnere i højere grad sikrer at unødvendige indlæggelser forebygges
- Feltets aktører har positive oplevelser af, at dialog med tværsektorielle samarbejdspartnere giver fælles viden og forståelse
- Der er stor opmærksomhed på, hvad tværsektorielle samarbejdspartnere i kommunen kunne gøre anderledes for at forebygge indlæggelser
- Der opleves manglende viden om tværsektorielle samarbejdspartnere

EKSEMPLER PÅ TEMAER I FELTOBSERVATIONER FRA AKUTTILBUD, AALBORG

- Der er sygeplejersker hele døgnet rundet, alle dage på Akuttilbud Aalborg. Sygeplejerskerne samarbejder med specialuddannede social- og sundhedsassistenter
- Patienterne observeres ud fra fastlagte faglige standarder og handlingsalgoritmer og triageres dagligt med det formål at opspore tidlige tegn på begyndende sygdom eller udvikling af sygdom
- Der er ikke tilknyttet læger på Akuttilbuddet, der kan tage et behandlingsansvar. Egen læge er behandlingsansvarlig. Egen læge opleves ikke altid som rettidigt tilgængelig
- Feltets aktører oplever, at når tværsektorielle samarbejdspartnere og egen læge har større kendskab til Akuttilbuddets bemanding og muligheder giver dette større muligheder for at varetage patientens pleje og behandlingsbehov på stedet.
- Feltets aktører oplever, at der er mange patienter, som ikke er inden for tilbuddets målgruppe. Feltet vurderer selv at kunne varetage opgaver med en højere grad af faglig og medicinsk kompleksitet
- Der efterspørges flere ressourcer til og en politisk beslutning om, at der kan gives specialiseret behandling f.eks. IV antibiotika. Feltet vurderer, at dette vil kunne forebygge unødvendige indlæggelser

BASELINE FOR PROJEKTET



Vejledning:

- Højre-klik på diagrammet
- Vælg ”Rediger data” - her kommer der 2 muligheder ”Rediger data” & ”Rediger data i excel”
- Vælg ”Rediger data i excel”
- Der åbnes et excel ark med 5 faner: Instruktioner, 25 observationer, 50 observationer, 75 observationer & 100 observationer

PROJEKTETS UDVIKLINGSTRIN

Trin: […], […], […]
Dato: […], […], […]

Fremragende bæredygtige resultater	10	Implementering er gennemført. Projektets mål er opnået. Organisatoriske forandringer er gennemført så projektets ændringer er permanente.
Bæredygtig forbedring	9	Data på resultatmål indikerer bæredygtighed af ændringernes virkning.
Signifikant forbedring	8	Forventede resultater er opnået for større subsystemer. Implementering er begyndt (træning, kommunikation…)
Forbedring	7	Testning og implementering fortsætter og der ses yderligere forbedring i projektets mål.
Moderat forbedring	6	Succesfuld test af nogle forandringer er færdiggjort. Nogle små ændringer er blevet implementeret. Anekdotisk bevis på forbedring.
Forandringer testet, men ingen forbedring	5	Indledende test af forandringer er påbegyndt. Der indsamles data for de fleste mål. Data vises grafisk inklusiv målsætning.
Aktivitet, men ingen forandringer	4	Indledende arbejde med gruppens tilegnelse af ny viden er påbegyndt (projektplanlægning, dataindsamling, baseline for resultatmål, analyse af processer, surveys, etc.).
Projektets planlægning er begyndt	3	Planlægning af projektet er begyndt (hvilke ressourcer eller support, værktøjer/materialer som bliver nødvendige, hvor vil fokus være først, projektmøder er planlagt)
Projektbeskrivelse og team etableret	2	Projektbeskrivelse er udarbejdet og gennemgået af ledelsen. Der er etableret en projektgruppe.
Intention om deltagelse	1	Projektet er identificeret, men der foreligger ikke projektbeskrivelse eller projektteam

Udskrivelse med ernæringsterapi fra Aalborg UH

Udviklingskoordinator for Ernæring

Lotte Boa Skadhauge, spl, cand. Cur

Center for Ernæring og Tarmsygdomme

Aalborg Universitetshospital

God ernæringspraksis på Aalborg UH

Skabe sammenhæng i ernæringsforløbet

- Ernæringsscreening ved indlæggelse
- Flere ambulante afsnit vælger også at udføre ernæringsscreening
- Systematisk indsats ift. patienter i ernæringsrisiko.
- Indsats ift. ernæring samt risikofaktorer med betydning for kostindtaget.
- Vurdering af ernæringsstatus ved udskrivelsen
- Overlevering til kommunerne.

Derfor flere patienter, som udskrives med ernæringsterapi

2 relevante overordnede udskrivelsesdokumenter i PRI

- Udskrivelse med parenteral ernæring inkl. flowchart

https://pri.rn.dk/Sider/14523.aspx

- Udskrivelse med sondeernæring inkl. flowchart

https://pri.rn.dk/Sider/12457.aspx

Strategi ift. valg af sonde ved udskrivelsen

- **Patienter <u>uden</u> sygdom i mavetarmkanalen:** Udskrives med en nasalsonde ved i kort tids ernæring (max 1 md)
- De fleste patienter er ved udskrivelsen henvist til PEG anlæggelse ambulant. 7-14 dages ventetid i Hobro.
- Apoplexi patienter – her vælges nasal fremfor PEG i dag pga. ny evidens
- Kontrolprocedure ift. nasalsonde i kommunen – Se VAR systemet.
- Ønsker patienten ikke en PEG sonde kan nasalsonden ligge i længere tid.
- **Sonden skiftes efter 4-6 uger.** Kontakt udskrivende afsnit. Apoplexi – aftale med udgående team.

Valg af sonde fortsat

- **Patienter med sygdom i mavetarmkanalen:**

  Her kan praksis være at sondeernæring på nasalsonde skal afprøves i op til 3 md.

- **Ernæringsambulatoriet i CET** – patienter med svære ernæringsudfordringer

  Patienterne følges tæt af tværfagligt team.

  Vægtudvikling, ødemdannelse, optagelse af næringsstoffer, blodprøver, kropssammensætning og BMI.

- **Nødvendigt** at vurdere om Sondeernæring er det rette valg til patienten - inden PEG sonden anlægges. Flere af disse patienter tilbydes 3 trins ernæring.

- **Udskiftning af nasalsonde udføres i Gastro Med amb.**

Ændringer i 2018 ift. udskrivelse med sondeernæring

Udmelding fra Sundheds-Ældreministreriet - jan 2018

Økonomi ift. sondeernæring

- **Sondeernæring** – Indlagte patienter 100% dækning. Ved udskrivelse giver Grøn ernæringsordination 60% dækning dvs. 40 procent egenbetaling

  (ca. 50-60 kr. pr 1000-1500 kcal).

- **Terminale patienter** kan få dækket de sidste 40% via terminalerklæringen servicelovens § 122.

Økonomi ift. remedier + sonder

- **Remedier/udskiftningssonder**

  Udgifter til remedier/udskriftningssonder, som er skrevet på grøn ernæringsordination dækkes som hovedregel af Regionen (Alt med Enfit)

- **Undtagelse**

  Patienter med varigt behov (Stationær) med afsluttet behandling og kontrol på hospitalet og hvor hjemmesygeplejen/ institutionspersonale varetager sondeernæringen,

  Udgifterne til remedier og udskiftningssonder afholdes her af kommunen.

Dropstativ til kontinuerlig indgift

- Betragtes som et sondeernæringsremedier.
  Derfor næsten altid en Regional opgave
- Udleveres via hospitalets lokale hjælpemiddeldepot

Vigtigt ved udskrivelsen

- Sondeernæring, sondeernæringsremedier samt udskiftningssonder skal fremgår på den grønne ernæringsordination. Typerne 2,4,6 eller 7 skal noteres. Faxes til leverandør. Ingen bestilling som standard.
- Pakket sondeernæring + remedier (Flergangssprøjter) til 5 dage.
- Ved anlæggelse af PEG sonde – medsendes altid en ekstra sonde + grøn recept.
- Alle tiltag beskrives i **en elektronisk ernæringsplan** ved patienter med behov for opfølgning i kommunen

  (E-brev – korrespondance meddelelse)

Stigende udgifter i Regionen

- Flere økonomiske beregninger er lavet og viser markante stigninger i udgifter ift. remedier, sonder mv.
- I Region Nord er planen derfor, at undersøge muligheden for et udbud målrettet patienter, som er udskrevet.
- Indtil skal der laves prisaftaler ift. pakkeløsninger;

  Pakke til bolusindgift i efter udskrivelse

  Pakke til kontinuerlig indgift på +/- pumpe efter udskrivelse

Kompetenceudvikling i kommunerne ift. ernæringsterapi

Kompetenceudvikling beskrives i sundhedsaftalen - *Akutte og komplekse patienter i det nære sundhedsvæsen.*

Derfor forslag om 2 årlige temaeftermiddage

- Sonder, sondeernæring, sondepleje samt udskrivelse.
- I.v adgange, parenteral ernæring, pleje af indstiksted samt udskrivelse

Målgruppe; Alt relevant plejepersonale på hospitaler samt i kommuner i Region Nord.

Arrangør/faglig ansvarlig: Regional udvikling, Udviklingskoordinator for ernæring, Det Regionale Ernæringsudvalg. **Håber på opstart efteråret 2018.**

Spørgsmål

AKTIV PATIENTSTØTTE

TVÆRSEKTORIELT FORUM FOR SAMMENHÆNGENDE PATIENTFORLØB MELLEM AALBORG KOMMUNE OG AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

8. JUNI 2018

REGION NORDJYLLAND
– i gode hænder

HVAD ER AKTIV PATIENTSTØTTE?

- Et patientstøtteprogram der tilbyder patienter med høj risiko for et fremtidigt højt forbrug af sundhedsydelser en særlig støtte fra sygeplejersker i et forløb på 6-9 måneder. Støtten gives via telefonsamtaler.
- Målet med Aktiv Patientstøtte:
    - * Øget livskvalitet
    - * Bedre egenmestring af sygdom/-me
    - * Reduktion af forbruget af sundhedsydelser
- 15.000 patienter inkluderes på landsplan, heraf **1500** i Region Nordjylland
- Vi har nået >3000 på landsplan, heraf godt **400** i Region Nordjylland

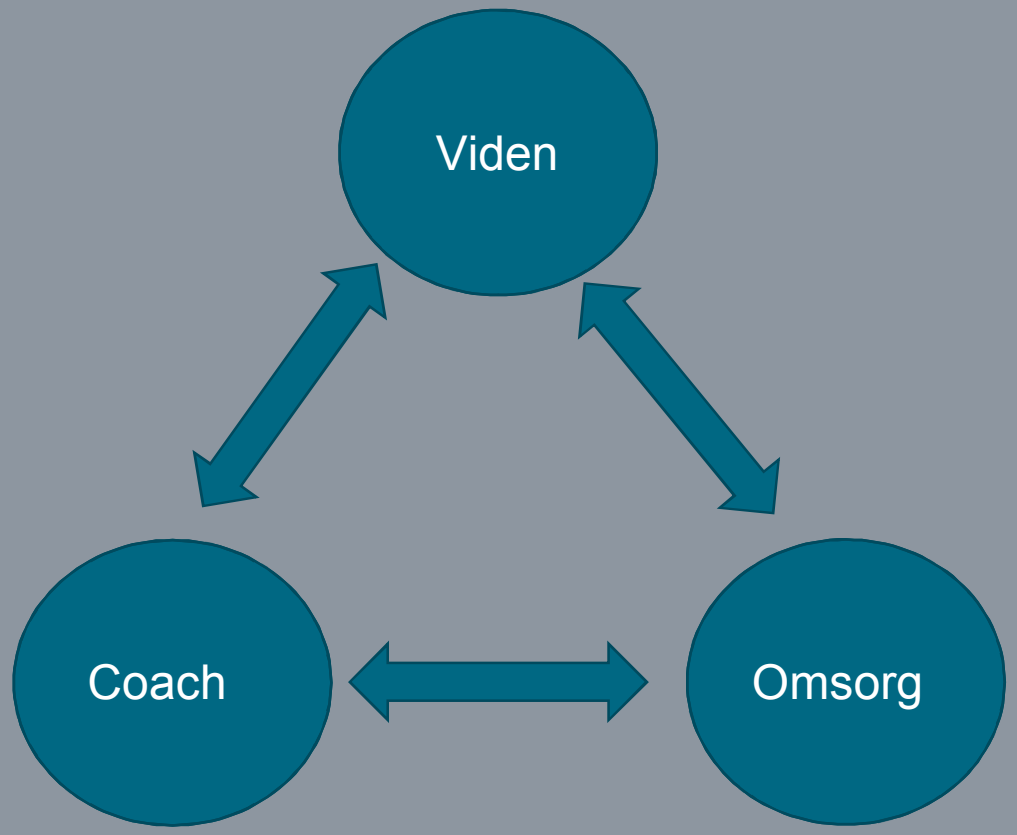
HVEM ER PATIENTERNE

- 1% af befolkningen bruger 30 - 33% af de regionale sundhedsudgifter.
- Aktiv Patientstøtte er målrettet mod de patienter, der er i risiko for at blive en del af denne ene procent.
- Oftest kronikere med en eller flere sygdomme.

PATIENTERNE FINDES VIA

- En prædiktionsmodel der på baggrund af patientdata 12 måneder tilbage kan beregne en risikovurdering for at patienten kan opleve forebyggelig indlæggelse, akut indlæggelse mv. for de kommende måneder.

SYGEPLEJERSKENS ROLLER



SYGEPLEJERSKENS ROLLE SOM COACH

- Sygeplejersken skal støtte patienterne i at få det mest optimale udbytte af de tilbud, som de får i sundhedsvæsnet – ikke kun i hospitalerne. Derfor er der behov for at sygeplejersken har et stort overblik over tilbud både i primær og sekundær sektor.
- Sygeplejerskerne i Region Nordjylland arbejder i tre teams med fokus på tre til fire kommuner, så overblikket er så optimalt som muligt
- Sygeplejersken har **ingen henvisningsret** til kommunale eller regionale tilbud.
- Sygeplejersken coacher patienten – både mod at gøre brug af de tilbud, som han/hun er henvist til, og mod at opsøge andre relevante tilbud.
- Sygeplejersken kan kontakte primær og sekundær sektor og gøre opmærksom på behov hos patienten. Kun efter aftale/samtykke (alt efter kontaktens karakter)
- **Der kan ikke henvises til Aktiv Patientstøtte**.

HVILKE PATIENTER MØDER VI I PRAKSIS?

- Den typiske patient er 60-70 år
- Ofte flere diagnoser, særligt kroniske

  DM, KOL, Gigt, Hjertesygdomme, (Kræft), smertepatienter
- Meget forskellige baggrunde, dog en overvægt at patienter som af forskellige grunde kan betragtes som sårbare

  ensomhed, utryghed, angst, svære livsvilkår, økonomi, manglende fysisk og mentalt overskud, svært ved at håndtere livssituation

HVILKE PROBLEMSTILLINGER MØDER VI

- Ønsker om livsstilsændringer
- Drøftelse af spørgsmål til næste lægekontrol/medicin
- Hvor skal man henvende sig med hvilke problemstillinger
- Når livet føles svært
- Årsag/sammenhæng
- En rum tid efter udskrivelse opstår tvivl og bekymringer
- Smertehåndtering
- Søvnproblemer
- Begrænset viden om tilbud i kommune

SAMARBEJDSPARTNERE

- Vi forsøger at være opsøgende på alle de tilbud vi kan forestille os vil gavne den enkelte patient
  - Kommunalt (Forebyggende hjemmebesøg 65+, holdtræning, sundhedshjørner, center for mental sundhed, Telecare Nord KOL, m.m.)
  - Regionalt (sygehusafd., Liaisonklinikken)
  - Nationalt (gigthospitaler, livsstilshøjskole m.m.)
  - Frivillige
  - Patientforeninger
  - Seniorklubber

PATIENTCASES

Ulla – 78 år, Brystkræft, Gigt heraf smerter, syg ægtefælle, aldrig modtaget hjælp – Nu: henvist til besøg mhp vejledning i fht hjælpemidler, ophold på gigthospital.

Keld – 69 år, mange indlæggelse grundet Afli, PM heraf smerter og søvnproblemer, aldrig modtaget hjælp – Nu: ledninger omplaceret, ingen afli i 4 mdr., smertefri, sover 8 timer hver nat, forebyggende hjemmebesøg 65+ fik hjælp til rengøring

Lars – 58 år, KOL, hjertesvigt 15%, angst – ringer til sygeplejersken ad hoc med tvivlsspørgsmål, fortæller at det var her han tidligere ringede 112, Nu ingen angst i 2 mdr., har været på golfbanen igen

Tommy – 58 år, DM bls >20, Gigt heraf mange smerter – Nu: ”lær at tackle kroniske smerter”, handleplaner hver uge, vægttab på 7 kg, reduceret i DM medicin og bls stabilt omkring 10

TAK FOR I DAG

Sygeplejerske Aktiv Patientstøtte

TRINE DUEDAL NIELSEN

Region Nordjylland

Patientforløb

t.duedal@rn.dk

+4524918648