

S!kker
Sammen
— hæng



**Bispebjerg og Frederiksberg
Hospital**



KØBENHAVNS KOMMUNE
Sundheds- og Omsorgsforvaltningen

Udgivet af:

Dansk Selskab for Patientsikkerhed

c/o Frederiksberg Hospital

Vej 8, indgang 1, 1. sal

Nordre Fasanvej 57

2000 Frederiksberg

Layout: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Fotos: Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Redaktion:

Tana Anneke Bredesen

Anne-Mette Falkenberg Andgren

Liv Nørregaard Skøtt

Indhold

Forord.....	4
Resume	5
Indledning.....	7
Projektets mål.....	7
Projektets faser.....	8
Opbygning af erfaringsopsamlingen	9
Tværasektorielt samarbejde.....	10
Kapacitetsopbygning	13
Forbedringsmodellen.....	13
Læringsnetværk og læringsstræf.....	13
Brug af data.....	15
Borger- og pårørendeperspektivet	16
I patientens/borgerens fodspor	16
Interview med borgere.....	17
Spørgeskemaundersøgelse.....	17
Forandrings teori	19
Forandrings teori Gruppe 1.....	20
Ventedage	20
Genindlæggelser	21
Forebyggelige indlæggelser	22
Resultater.....	23
Generisk model	25
1. Ventedage.....	26
1.1 Tværasektorielle kapacitetskonferencer	26
1.2 Kapacitetskonferencer i kommunen - Kommunal kapacitetsstyring.....	26
1.3 Daglig systematisk gennemgang af borgerens helbredstilstand og effekt af indsats - Tavlemøder	28
1.4 Rettidig afsendt plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter.....	29
1.5 Udfyldelse af plejeforløbsplaner.....	30
1.6 Nedbringelse af 'ikke udskrivningsparate' patienter.....	31
2. Genindlæggelser.....	32
2.1 Manuel indlæggelsesrapport (M-ILR) afsendt fra kommunen.....	32
2.2 Ajourføring af FMK ved udskrivelse.....	34
2.3 Dispensering af medicin via Navigator ved udskrivelse.....	35
2.4 Forebyggelse af forgæves ambulante tider for indlagte patienter.....	36

2.5 Specialespecifik udskrivningsrapport.....	37
2.6 Den gode modtagelse på rehabiliteringscentret.....	39
2.7 Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) på rehabiliteringscenter.....	40
2.8 Sygeplejefaglig udredning på rehabiliteringscentre.....	41
2.9 Forebyggelse af urinvejsinfektioner hos ældre.....	43
Forebyggelige indlæggelser.....	45
Samarbejde med Almen praksis.....	46
Ledelsesinvolvering.....	46
Projektledere.....	47
Kommunikation.....	48
Fastholdelse og spredning.....	48
Bilagsoversigt.....	49
Bilag 1 - Guide til fodspor.....	50
Bilag 2 - Brugerundersøgelse.....	51
Bilag 3 - Vejledning til systematisk gennemgang af borgeres helbredstilstand.....	52
Bilag 4 - Udskrivelsestjekliste K3 og De fem bud PFP og USR – K3).....	56
Bilag 5 - Guide til udfyldning af PFP N26.....	58
Bilag 6 - Forstuegangsmøde på Q31.....	59
Bilag 7 - Tjekliste til indlæggelse på hospital.....	60
Bilag 8 - Arbejdsgangshåndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse fra hospital.....	61
Bilag 9 - Quickguide til medicin ved indlæggelse.....	64
Bilag 10 - Medicinregistreringsark.....	65
Bilag 11 - Auditskema FMK afd. M.....	66
Bilag 12 - Guide til medicindispensering M3.....	67
Bilag 13 - Arbejdsgange ved medicinfejl.....	68
Bilag 14 - VIP ambulante tider.....	69
Bilag 15 - Lommekort L23.....	70
Bilag 16 - Tjekliste til USR N11.....	71
Bilag 17 - TOBS scorings- og handlingsalgoritme.....	72
Bilag 18 - TOBS auditskema.....	73
Bilag 19 - Instruks for sygeplejefaglig udredning.....	74
Bilag 20 - Skabelon til kontakt til praktiserende læge.....	75

Forord

Borgere og pårørende i tværsektorielle patientforløb oplever ofte, at kommunikationssvigt og manglende koordinering kan medføre forværring af sygdom, patientskade og frustration. Udover konsekvenserne for borgerne medfører det også et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsnet.

Sikker Sammenhæng er et forbedringsprojekt, der har som mål at skabe gode tværsektorielle forløb for borgerne.

Projektet har vist, at problemer med ventedage på hospitalet, uklar tværsektoriel kommunikation og borgere, der falder ned mellem to sektorer kan løses ved at skabe et stærkt tværsektorielt samarbejde.

Denne rapport beskriver metoderne samt erfaringerne fra projektet. Målgruppen er alle, der ønsker viden om, hvordan der kan etableres gode sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer.

Projektet har været et samarbejde mellem Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed, og både patienter, ledelser, projektledere, dataansvarlige og sundhedspersonale har spillet en vigtig rolle i de lokale afprøvninger og implementering.

Rapporten er blevet til på grundlag af input fra medarbejdere, der har arbejdet med de lokale indsats, månedsrapporter samt oplysninger fra projektledere og -ejere.

Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed ønsker at takke alle, der har bidraget til projektet og denne erfaringsopsamling.

Katja Kayser, direktør, Sundhedsforvaltningen, Københavns Kommune

Kristian Antonsen, vicedirektør, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler

Vibeke Rischel, vicedirektør, Dansk Selskab for Patientsikkerhed

Resume

Sikker Sammenhæng er et innovationsprojekt gennemført i et samarbejde mellem Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed i perioden september 2016 til marts 2019.

Grundlæggende var formålet at skabe bedre forløb for borgerne. Det skulle ske ved at reducere ventetid på udskrivelse til rehabilitering og ved at reducere akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.

Et af projektets mål var at reducere antallet af ventedage for borgere, der udskrives fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til et rehabiliteringscenter i Københavns Kommune. Der er i 2. halvår af 2018 opnået en 50 % reduktion i antallet af ventedage set i forhold til baseline i 2016.

Det er ikke lykkedes at opnå en reduktion i antallet af genindlæggelser i projektperioden.

Projektet har opnået forbedringer i forhold til en række procesindikatorer, som på længere sigt forventes at medvirke til at reducere unødige genindlæggelser. Eksempler på dette:

Daglige tavlemøder

Anvendelse af daglige korte tavlemøder med opfølgning på udvikling i borgerens helbredstilstand har medvirket til hurtig identificering af problematikker hos borgeren og skabt fremdrift i rehabiliteringsforløbene. Den typiske opholdstid er reduceret fra 31 dage til 30 dage, hvilket svarer til 103 forløb mere om året.

Medicinhåndtering

Korrekt medicinhåndtering i overgangene mellem hospital og kommune, f.eks. ajourføring af FMK, medicindispensering ifm. udskrivelse og kommunal instruks for håndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse. Antallet af korrekt ajourført FMK ved udskrivelsen er steget fra 89 % til 95 % på den afdeling, der har deltaget i projektet vedr. FMK. Udskrivende læger har givet tilbagemeldinger om, at det er blevet lettere at afstemme FMK ved udskrivelse.

Forebyggelse af indlæggelser

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser ved at sørge for, at patienterne får foretaget de ordinerede undersøgelser om nødvendigt. Systematisk opfølgning på påkrævede ambulante tider under indlæggelse har medvirket til, at Endokrinologisk Afdeling har sparet 169 ambulante tider og 94 kørsler i 2018, og Kardiologisk Afdeling har sparet 172 ambulante tider og 36 kørsler fra uge 15 i 2018.

Den videre spredning og konsolidering af indsatserne stiller krav til lokal opfølgning med lokale data.

Projektet har fundet frem til brugbare spørgsmål vedr. borgertilfredshed i overgange og har fundet en metode, som kan anvendes generisk. Den enhed, som har arbejdet systematisk både med modtagelse og dataindsamling, har opnået en stigning i borgertilfredsheden fra 20 % til 46 %.

I oplægget til projektet fremgik det, at der ikke måtte skabes nye funktioner eller nye opgaver. Derfor har der været opmærksomhed på at kvalificere eksisterende arbejdsgange i de to sektorer samt på at få arbejdsgangene kvalificeret af kolleger i den anden sektor.

Det tværsektorielle samarbejde tager udgangspunkt i Kommunikationsaftalen¹, som danner rammen for det tværsektorielle samarbejde. Projektet har givet deltagerne en større forståelse for, hvorfor Kommunikationsaftalen er vigtig. De har set, hvordan modtagerne bruger indholdet i MedCom-standarden og fået viden om, hvad kolleger i den anden sektor finder vigtigt. Det er blevet tydeligt, at kommunikationen på tværs af sektorerne foregår mellem generalister i kommunen og specialister på hospitalet, hvilket har betydning for den viden, som vi giver videre til hinanden. Det får betydning for eksempelvis indholdet i de manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter og nødvendigheden af specialespecifikt indhold i udskrivningsrapporterne.

Et bærende element i projektet har været brugen af forbedringsmetoden og afholdelsen af 20 tværsektorielle læringstræf, hvor deltagere fra kommune og hospital sammen har analyseret eksisterende arbejdsgange, fundet nye løsninger og delt erfaringer på tværs af sektorer. Arbejdet med analyserne har givet deltagerne en fælles indsigt og forståelse for kultur og arbejdsforhold i de to sektorer.

Projektet har vist, at samarbejde på tværs af sektorer skaber forbedringer for patienterne – et samarbejde som i høj grad er foregået på både projektleder- og medarbejderniveau. Det er væsentligt at tænke fælles løsninger og at lade frontmedarbejderne give input til løsningerne. Det har været tydeligt i projektet, at samarbejdet skal bæres både af ledere og medarbejdere.

Projektet har også givet deltagerne mulighed for at reflektere over egen praksis, arbejde med egne processer og finde tværsektorielle fælles løsninger. Gevinsten ved denne proces har været, at ikke alle skulle opfinde deres egne løsninger.

Projektet er gennemført i en periode, hvor både hospital og kommune har været igennem både besparelser, omorganiseringer og implementering af nye IT-systemer. På trods af dette har projektet vist, at samarbejde på tværs af sektorer kan føre til bedre forløb for patienterne.

Alle indsatserne er beskrevet i rapporten som dele af en generisk model til et godt tværsektorielt samarbejde til gavn for borgerne.

¹ Aftale om tværsektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivinger i somatikken.

Indledning

Borgere og pårørende i tværsektorielle patientforløb oplever ofte, at kommunikationssvigt og manglende koordinering kan medføre forværring af sygdom, patientskade og frustration. Udover konsekvenserne for borgerne medfører det også et øget ressourceforbrug i sundhedsvæsenet.

Der var et stort potentiale for forbedring af tværsektorielle forløb for borgere over 65 år i det område af Københavns Kommune, der er optageområde til Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Data fra E-Sundhed viste, at der i 2015 var:

- 2873 somatiske færdigbehandlingsdage for borgere over 65 år fra Københavns Kommune på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
- 3464 indlæggelser med forebyggelige diagnoser hos borgere over 65 år fra Københavns Kommune på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.
- 2451 akutte genindlæggelser indenfor 30 dage for ældre borgere over 65 år fra Københavns Kommune på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital.

Københavns Kommune, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Dansk Selskab for Patientsikkerhed fik i efteråret 2016 tildelt satspuljemidler til et projekt, der skulle styrke patientsikkerheden på tværs af sektorer. De tre samarbejdspartnere har udviklet en samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre over 65 år mellem Københavns Kommune (KK) og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital (BFH). Grundlæggende var formålet at skabe bedre forløb for borgerne. Det skulle ske ved at reducere ventetid på udskrivelse og rehabilitering og ved at reducere akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.

Projektet har fundet sted i perioden 2016-2019. I 2017 omhandlede projektet borgere, der udskrives til de midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune (Gruppe 1). Der er ca. 300 midlertidige døgnpladser i Københavns Kommune, svarende til ca. 3000 forløb om året. I 2018 blev borgere, der udskrives til plejecentre og hjemmepleje også inddraget i projektet (Gruppe 2).

Projektet har fokuseret på at afdække uhensigtsmæssige forløb for borgeren, at udvikle løsninger samt systematisk at afprøve og implementere disse. Til dette er Forbedringsmodellen blevet anvendt og et tværsektorielt læringsnetværk har fungeret som grundlag for etablering af sikre forløb mellem hospital, kommune og almen praksis for ældre borgere.

Projektets mål

Projektets mål var at udvikle en generisk samarbejdsmodel til tværsektoriel koordinering af forløb for ældre mellem Københavns Kommune og Bispebjerg og Frederiksberg Hospital for derved at reducere ventetid på udskrivelse og rehabilitering samt at reducere akutte genindlæggelser og forebyggelige indlæggelser.

Idet det antages, at der for de ældre er et sammenfald mellem borgeroplevet kvalitet, rettidig udskrivelse og rehabilitering samt forebyggelse af forværring af sygdom og indlæggelse, og idet der i de nationale kvalitetsmål er opstillet indikatorer herfor (10), var projektets mål at opnå en:

- reduktion i antallet af dage, patienter venter på at blive udskrevet (somatiske færdigbehandlingsdage) fra BFH til de midlertidige døgnpladser i KK med 90 %

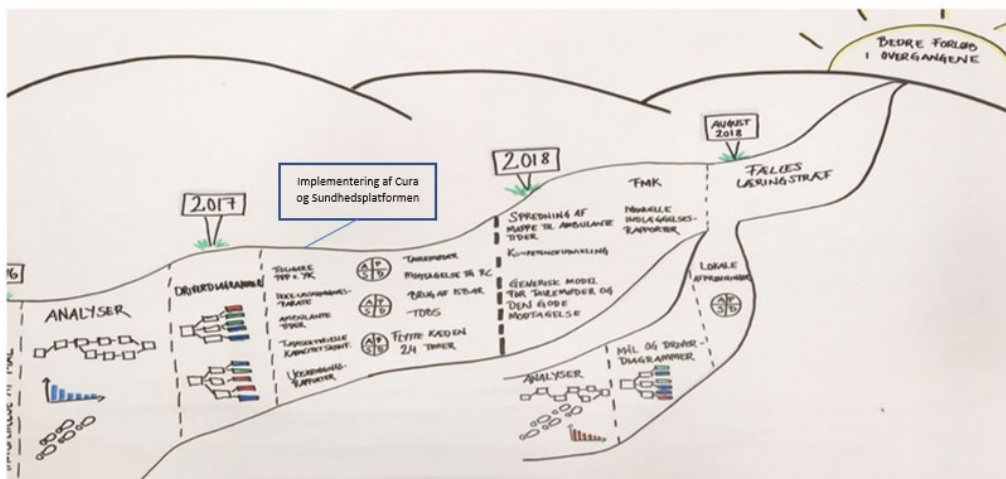
- reduktion af forebyggelige indlæggelser for ældre fra KK's midlertidige døgnpladser med 25 %
- reduktion i antallet af akutte genindlæggelser indenfor 30 dage for ældre fra KK's midlertidige døgnpladser med 25 %
- øget borgertilfredshed i sektorovergangen.

Projektets faser

Projektet har været inddelt i forskellige faser:

- Forberedelsesfase (september - december 2016)
Gennemgang af data, litteratur og gennemførelse af forberedelsesseminar.
- Idégenereringsfase (januar - marts 2017)
Gennemførelse af forskellige analyser, f.eks. arbejdsgangsanalyse, paretdiagram og patientens fodspor. Udarbejdelse af projektets forandringsteori på baggrund af analyserne.
- Afprøvningsfase (marts - oktober 2017)
Udvikling og afprøvning af idéer i kommunen, på hospitalet og på tværs af sektorer.
- Implementeringsfase (november 2017 - juni 2018)
Afdække hvilke afprøvningsforanstaltninger, der skal implementeres i kommune, på hospitalet og på tværs af sektorer.
- Fastholdelse (juli - december 2018)
Fastholdelse af igangsatte indsatser bl.a. ved hjælp af data.
- Afrapporteringsfase (december 2018 - marts 2019)
Udarbejdelse af erfaringsopsamling og generisk model for tværsektorielt samarbejde.

Gruppe 1 deltog i januar 2017 - december 2018, og gruppe 2 blev inddraget i projektet i januar 2018. Se nedenstående figur for grafisk fremstilling af inddragelse af gruppe 2.



Som det fremgår af figuren, fulgte gruppe 2 samme forløb som gruppe 1 og udarbejdede på baggrund af analyser driverdiagrammer for udvalgte områder, f.eks. reduktion af antal af indlæggelser fra eget hjem og plejecenter og udskrivelse fra rehabiliteringscentre.

Opbygning af erfaringsopsamlingen

I denne rapport er erfaringer fra det tværsektorielle samarbejde beskrevet. Rapporten indeholder også den generiske model for det tværsektorielle samarbejde, der er skabt i løbet af projektperioden.

Rapporten indledes med en beskrivelse af det tværsektorielle samarbejde og kapacitetsopbygningen i projektperioden.

Herefter beskrives hvorledes borger- og pårørendeperspektivet er inddraget i projektet. Dette har været et bærende element i projektet, da borgerne er omdrejningspunktet for de tværsektorielle forløb.

Projektets forandringsteori præsenteres samt indholdet i den generiske model. Den generiske model indeholder 15 konkrete indsatses, der har været med til at skabe gode sammenhængende tværsektorielle forløb.

Rapporten afsluttes med en beskrivelse af samarbejde med almen praksis, ledelsesinvolvering, projektlederne, kommunikation og fastholdelse og spredning af resultater.



Billeder i erfaringsopsamlingen er fra det 20. og sidste læringstræfi Sikker Sammenhæng den 17. december 2018, hvor projektets deltagere fremviste resultater, som de drøftede og fejrede med hinanden.

Tværasektorielt samarbejde

Det tværasektorielle samarbejde tager udgangspunkt i Kommunikationsaftalen², som danner rammen for det tværasektorielle samarbejde. I aftalen er der beskrevet hvordan og hvornår, der skal kommunikeres på tværs af sektorerne. Kommunikationsaftalen understøtter de nationale MedCom-standarder.

Der er klare retningslinjer for hvornår og hvordan, der skal kommunikeres på tværs af sektorer, men kommunikationen er kompleks og foregår mellem en række forskellige aktører, og det blev i projektet tydeligt, at mange medarbejdere ikke havde det nødvendige kendskab til aftalen, og hvilke krav der er til indholdet i meddelelserne.

Det tværasektorielle samarbejde i projektet har givet deltagerne en større forståelse for, hvorfor Kommunikationsaftalen er vigtig. De har set, hvordan modtagerne bruger indholdet i meddelelserne og fået viden om, hvad kolleger i den anden sektor finder vigtigt.

Ved en indlæggelse kan det have afgørende betydning for behandlingen, at hospitalet modtager oplysninger om borgerens samlede helbreds- og funktionstilstand i tiden op til indlæggelsen (bagudrettede oplysninger), mens det ved udskrivelsen især er oplysninger om den forventede udvikling i borgerens tilstand, som kommunen har brug for i tilrettelæggelsen af den opfølgende behandling (fremadrettede oplysninger).

Medarbejderne i de to sektorer har forskellig viden (generalister/specialister) om den fælles borger/patient, som skal deles for sikre et godt patientforløb.

Som udgangspunkt var der en opfattelse af, at man kendte til hinandens arbejdsopgaver og kompetencer. Det viste sig dog tidligt i forløbet, at den viden, deltagerne havde om hinanden, var sparsom og på et overordnet niveau.

Læringstræffene har givet deltagerne mulighed for at drøfte fælles problemstillinger og få aflivet eventuelle myter og fordomme. Det fælles analysearbejde har bidraget til en følelse af, at udfordringerne var fælles, og at løsninger derfor også skulle findes sammen og ikke kun af den ene sektor.

De fælles fodspor og afprøvninger har været med til at udfordre deltagerne til at tænke på modtageren i stedet for afsenderen, de har fået et større indblik i hinandens hverdag, og især fodsporene har bidraget til at de bedre kunne sætte sig i patientens sted.

At det var frontpersonalet, der deltog i projektet, har også været en gevinst. Det er dem, der kender udfordringerne i hverdagen, og med deres leders opbakning har de kunnet flytte de forhindringer, som stod i vejen for det gode tværasektorielle forløb. Den feedback, deltagerne har givet hinanden på forandringerne, har været motiverende for projektet.

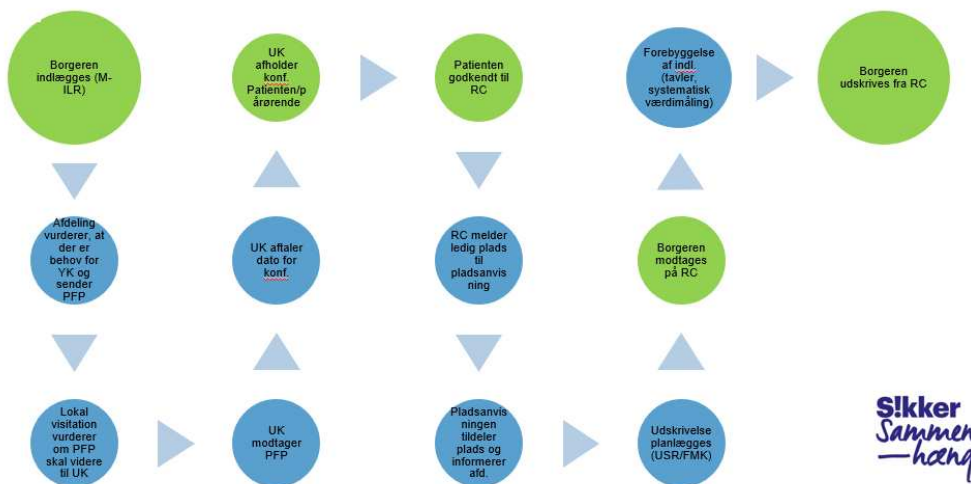
² Aftale om tværasektoriel kommunikation mellem kommunerne og hospitalerne i Region Hovedstaden om indlæggelser og udskrivinger i somatikken.

Projektet har vist, at samarbejde på tværs af sektorer skaber forbedringer for patienterne - et samarbejde som i høj grad er foregået på både projektleder- og medarbejderniveau. Det er væsentligt at tænke fælles løsninger og at lade frontmedarbejderne give input til løsningerne. Det har været tydeligt i projektet, at samarbejdet skal bæres både af ledere og medarbejdere.

Arbejde på tværs af sektorer er en kompleks proces, som også fremgår af nedenstående figur.

Et resultat bliver først tydeligt, når der sker forbedringer i alle kædens led. Der har været gennemført afprøvninger i alle led, men ikke alle afprøvninger har endnu medført robuste forandringer, og det er derfor ikke muligt endnu at se det fulde resultat af projektet.

Borgersens forløb fra hospital til rehabiliteringscenter



Projektet er gennemført i en periode, hvor både hospital og kommune har været igennem både besparelser, omorganiseringer og implementering af nye IT-systemer.

På trods af dette har projektet vist, at samarbejde på tværs af sektorer kan føre til bedre forløb for patienterne.



Model for tværsektorielt samarbejde

Forberedelsesfase

- Skab ledelsesinvolvering og -forpligtelse.
- Etablér en tværsektoriel læringsorganisation/netværk og fastsæt en mødekadence.
 - Arbejd med samarbejdsform og omgangstone.
- Afklar hvilke data der skal følges, hvorfra de skal indsamles og validér.

Analysefase

- Afdæk, hvilke rammer der foreligger for det tværsektorielle samarbejde – herunder MedCom-sygehus/hjemmeplejestandarder.
- Identificer forhindringer/flaskehalse – hvem gør hvad, hvornår?
- Beskriv rækken af handlinger i borgerens forløb.
- Foretag tværsektorielle fodspor.
- Udarbejd en fælles forandringsteori.

Afprøvningsfase

- Søg i detaljen - virker teknikken, har medarbejderne viden/kendskab til opgaven, hvornår skal opgaven løses og af hvem?
- Undersøg, hvad opgaven indeholder, og hvornår den skal være løst under optimale forhold.
- Lad modtageren kvalificere jeres forslag til løsninger.
- Brug data.
- Skab overblik over kæden af handlinger, og hvor der foregår afprøvninger.

Implementerings- og fastholdelsesfasen

- Forankr indsatsen i eksisterende organisation, f.eks. kvalitetsorganisation.
- Arbejd lokalt og anvend lokale data.

Kapacitetsopbygning

Forbedringsmodellen

Forbedringsmodellen har været den gennemgående implementeringsmodel i projektet. Metoden understøtter forbedring af arbejdsprocesser vha. forbedringsdata og små og hyppige afprøvninger.

For at fokusere forbedringsarbejdet besvares indledningsvist følgende tre spørgsmål:

- Hvad ønsker vi at opnå? (Mål og delmål)
- Hvordan ved vi, at en forandring er en forbedring? (Målinger og indikatorer)
- Hvilke forandringer skal iværksættes for at skabe den ønskede forbedring? (Forbedringsteori)

Det er ikke meningen, at besvarelsen af spørgsmålene skal være en langstrakt skrivebordsøvelse men derimod en kontinuerlig proces, hvor forbedringen afprøves i lille skala (afhængig af tiltro til forandringen kan afprøvningen f.eks. ske på blot én patient én dag af ét team) i hurtigt tempo for hurtigt at opnå læring om, hvad der virker i den kliniske virkelighed og ikke mindst, hvad der ikke virker.

Læringsnetværk og læringstræf

Opbygningen af læringsnetværket bygger på Dansk Selskab for Patientsikkerheds erfaringer med "The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement" fra Institute for Healthcare Improvement (IHI)³.

Modellen bygger på etablering af læringsnetværk på tværs af organisationer for at sikre læring og deling af viden på tværs for at skabe varige forbedringer. I tidligere forbedringsprojekter har denne model været brugt til at afholde 2-3 store læringsseminarer af 2-3 dages varighed på tværs af landet. Med udgangspunkt i disse erfaringer blev der i Sikker Sammenhæng etableret et læringsnetværk på tværs af BFH og KK. Da projektets deltagere alle kommer fra samme landsdel, blev det besluttet at afprøve at afholde mange hyppige læringsseminarer af kortere varighed, også kaldet læringstræf.

Projektets læringsnetværk blev understøttet strukturelt af Dansk Selskab for Patientsikkerhed, der har tilrettelagt månedlige læringstræf, hvor deltagerne mødtes på tværs af sektorer, blev tilført ny viden, systematisk udvekslede erfaringer samt blev coachet i analyser, afprøvninger, dataindsamling og beslutninger vedrørende næste skridt. Mellem læringstræffene gennemførte deltagerne afprøvninger og dataindsamling.

Erfaringer fra læringstræf

Der er afholdt 20 læringstræf i projektperioden. Læringstræffene har været tilpasset projektfaserne.

³ <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHIsCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>

I Idégenereringsfasen (januar - marts 2017) var deltagerne med til at afdække problemfeltet vha. fiskebensanalyser, pareto diagrammer, i patientens fodspor og arbejdsgangsanalyser. På den baggrund var deltagerne med til at udarbejde projektets forandringsteori. I afprøvnings-, implementerings- og fastholdelsesfasen har deltagerne præsenteret deres arbejde ved hvert læringstræf.

Både arbejdet i idégenereringsfasen og fremlæggelserne er foregået i tværsektorielle grupper, hvilket har været med til at sikre forståelse for hinandens verdener. Det har givet mulighed for tværsektoriel sparring og har skabt relationer på tværs af sektorer.

Inddragelse af gruppe 2 (borgere, der udskrives til hjemmepleje og plejecentre) medførte, at der i første halvår af 2018 blev afholdt ½-dags læringstræf for henholdsvis gruppe 1 (borgere, der udskrives til rehabiliteringscentre) og gruppe 2. I andet halvår af 2018 blev alle deltagerne samlet til et heldags læringstræf, og gruppe 1 og gruppe 2 fik mulighed for at sparre med hinanden samt mulighed for at se hele borgerens forløb – fra indlæggelse på hospital til ophold på rehabiliteringscenter og tilbage i eget hjem.

Tips og tricks til tilrettelæggelse af tværsektorielle læringstræf

- Der skal være en uformel og respektfuld tone.
- Fælles undervisning giver fælles platform.
- Øvelser medfører, at deltagerne lærer hinanden at kende og bliver fortrolige med hinanden.
- Fremlæggelser giver fremdrift i indsatserne.

Citater fra deltagere i læringstræf:

- "Projektet har givet mig et netværk til nu og fremadrettet."
- "Jeg oplever det meningsfuldt at være sammen med andre enheder/afdelinger omkring borgere i forløb."
- "Det er rart at kende til de udfordringer, der er på den anden side, og hvad de kan bruge af vores arbejde samt hvad de sætter pris på i overgangen."
- "Jeg har fået øjnene op for, hvordan rehabiliteringscentrene arbejder med og modtager de patienter, som jeg udskriver."
- "Vi kæmper med de samme problemstillinger, og vi kan få hjælp og inspirere hinanden."



Brug af data

I Forbedringsmodellen er data et bærende element; for at kunne sige om der er sket forbedringer, er det nødvendigt at følge data over tid. Der er i projektet samlet data på månedlig basis, og da projektet kun har kørt i to år, har det været udfordrende at vise resultater ift. projektets mål.

Data var ikke for alle medarbejdere en naturlig del af deres hverdag. Der kunne være en opfattelse af, at data er lig med kontrol. Der var i Regionen større erfaring med data og kontrol via datadrevet ledelse og ugentlige datamøder på afdelingerne samt akkreditering.

Deltagerne er blevet undervist i brugen af data, og det har været vigtigt i forhold til at gøre op med data som kontrol. Dataundervisningen blev gentaget midt i projektperioden efter forespørgsel fra deltagerne. De data, der er anvendt i projektet, har spændt vidt. Data er trukket fra store IT-systemer, andre er genereret via paretodiagrammer, håndtælling og audit. Der er i Københavns Kommune også udviklet en ny IT-løsning til opfølgning på afsendelsen af manuelt opdaterede indlæggelses-rapporter.

Projektlederne og de dataansvarlige har brugt meget tid på at kvalificere data, både i den forbedrende fase, men også undervejs i projektet. Det har været udfordrende at fastholde fokus og retning i de tværsektorielle afprøvninger, fordi det i perioden april 2017 til februar 2018 ikke var muligt at få data vedrørende projektets resultatmål på grund af overgang til Sundhedsplatformen og Cura Omsorg.

Det kan være tidskrævende at indsamle data, men deltagerne fandt efterhånden mening i at se på data, særligt når de blev lokale. Paretodiagrammer var et af redskaberne, og de gav hurtigt et overblik over, hvordan tingene forholdt sig lokalt. Man gik fra at *tro* til at *vide*. Her blev der også aflivet en del myter.

Der er indsamlet både resultatdata og procesdata. Især procesdata har været vigtige i projektet, da det var her, den første fremgang kunne ses, f.eks. nedgang i antallet af 'ikke udskrivningsparate'. Procesdata har været motiverende for deltagerne, da det er i dem, de har kunnet se, om de konkrete tiltag havde den ønskede effekt. Medarbejderne har i løbet af projektperioden efterspurgt specifikke data og stillet krav til opsætning, og mange har lært at aflæse seriediagrammer med øje for robusthed og forbedring.

Deltagerne har lokalt samlet data på deres forbedringer og fremlagt dem til læringsstræffene. De har dermed oplevet, at data har understøttet deres tiltag både over for deres ledere og deres kollegaer. På hospitalet er data på nogle afdelinger blevet præsenteret på afdelingens ugentlige datamøder for på den måde at motivere og inddrage det øvrige personale. På flere af kommunens rehabiliteringscentre er der efterfølgende oprettet forbedringstavler i forbindelse med forbedringsarbejdet, og Københavns Kommune har siden foråret 2018 fremsendt månedlige datapakker til de kommunale enheder med deres lokale data for f.eks. udvikling i opholdstiden på rehabiliteringscentret.

Borger- og pårørendeperspektivet

Borgerne er omdrejningspunktet i de tværsektorielle forløb, og derfor har det været relevant se på arbejdsgange og daglige rutiner fra borgeres og pårørendes perspektiv. Der er blevet sat spørgsmålstegn ved gamle - og måske uhensigtsmæssige - rutiner, og personalet har fået nye input til det tværsektorielle samarbejde.

Borger- og pårørendeperspektivet har vedvarende været i fokus gennem:

- repræsentation af patientforening i styregruppen
- brug af redskabet: 'I patientens/borgerens fodspor'
- interview med borgere fra et Aktivitetscenter samt repræsentanter fra Ældrerådet i Københavns Kommune
- spørgeskemaundersøgelse
- involvering af Ældrerådet i Københavns Kommune.

I patientens/borgerens fodspor

I patientens fodspor er et redskab til, at medarbejdere og ledere kan få indblik i, hvordan forløb opleves ud fra patientens og pårørendes perspektiv.

Medarbejdere og ledere følger en patient/borger i et forløb og observerer, hvordan forløbet foregår, hvilket giver et unikt indblik i patientens/borgerens oplevelse af forløbet. I Sikker Sammenhæng har formålet være at få indsigt i patientens/borgerens oplevelse af det tværsektorielle forløb. Borgeren er den eneste, der oplever hele forløbet, og brug af fodspor har givet personalet indsigt i borgerens oplevelse, hvilket har været brugt i udvikling af projektets forandringsteori.

Der er løbende i projektet gennemført en række fodspor, f.eks.:

- I patientens fodspor ifm. udskrivelse fra hospital til rehabiliteringscenter
- I pillens fodspor – både på hospitalet og i kommunen
- I lægens fodspor – ifm. stuegang hos patienter, der skal udskrives og ifm. medicin-gen-gang/afstemning ved indlæggelse/udskrivelse
- I sygeplejerskens fodspor – ifm. sygeplejefaglig udredning.

Erfaringer fra fodspor

I idégenereringsfasen gik deltagerne tværsektorielle fodspor med en repræsentant fra hver sektor. Deltagerne fulgte i patienternes fodspor ifm. udskrivelse fra hospital til rehabiliteringscentrene. Erfaringerne fra fodsporene blev delt med de andre deltagere på et læringstræf.

Citater fra deltagerne:

- "Det gør i hvert fald, at jeg forstår mere og mere omkring de fejl og mangler, vi oplever, når vi modtager borgere fra hospitalerne."
- "Fedt at blive tvunget i borgerens sted. Budskab: Prøv at sætte dig i borgerens sted og forestil dig, hvordan det ville være for dig at opleve, hvad borgeren oplever."

Tips og tricks til tilrettelæggelse af tværsektorielle fodspor:

- Det er vigtigt, at der er en koordinator i hver sektor til at indgå de konkrete aftaler med enhederne.
- En guide med udvalgte fokusområder giver deltagerne støtte i fodsporet. (Se Bilag 1 - Guide til fodspor)

Interview med borgere

I foråret 2017 blev der med henblik på at få yderligere indsigt i borgernes oplevelse af de tværsektorielle forløb arrangeret et interview med borgere fra et aktivitetscenter i Københavns Kommune samt repræsentanter fra Ældrerådet i Københavns Kommune.

Aktivitetscentret hjalp med at rekruttere de borgere, der skulle deltage i interviewet. Rekrutteringen fandt sted på baggrund af et ønske om at få kontakt med nogle borgere, der selv var i risikogrupperne for indlæggelse på hospital, og som tidligere havde oplevet indlæggelsesforløb og ophold på et rehabiliteringscenter. Der blev rekrutteret fire borgere, der sagde ja til at deltage i interviewet, hvoraf kun to deltog. Derudover deltog tre repræsentanter fra Ældrerådet i Københavns Kommune.

Interviewet blev struktureret med udgangspunkt i de to borgeres historier, og læringen fra interviewet har været, at det ved udskrivelse fra hospital til rehabiliteringscenter har betydning for borgerne at blive:

- informeret om, hvad de skal medbringe til rehabiliteringscentret
- Informeret dagen før om, hvilket rehabiliteringscenter de skal udskrives til
- budt velkommen/vist rundt
- informeret om, hvad der skal ske de første timer/dage
- informeret om, hvilke forventninger der er til dem på en rehabiliteringsenhed – træning i daglige aktiviteter
- involveret i datoen for afslutning af opholdet.



Spørgeskemaundersøgelse

Et af projektets mål er 'Øget borgeroplevet kvalitet i sektorovergangen'.

Tidligt i projektet blev det besluttet at udvikle to spørgeskemaer, der kunne belyse, om borgerne oplevede øget kvalitet i sektorovergangen. Formålet med spørgeskemaundersøgelsen var at få indblik i, hvorledes borgerne oplevede forløb på tværs af sektorer. Undersøgelserne skulle samtidig bruges til at få viden om, hvorvidt borgernes oplevelse af forløbene blev påvirket af de igangsatte indsatser.

Der blev udviklet et spørgeskema, der skulle besvares af patienter 1 døgn efter ankomst til hospitalet og et spørgeskema, der skulle besvares af borgere 1 døgn efter ankomst til et rehabiliteringscenter. Indholdet i spørgeskemaerne blev udvalgt på baggrund af litteraturstudier og input fra de tværsektorielle fodspor. Det overordnede fokus i spørgeskemaerne er oplevelsen af information og involvering i egen plan, overdragelse af viden og tryghed på tværs af sektorer.

Kompetencecenter for Patientoplevelser (KOPA) har medvirket til at kvalificere spørgeskemaerne, som blev afprøvet og justeret i foråret 2017. Det viste sig, at det var meget vanskeligt at gennemføre spørgeskemaundersøgelsen hos patienter, der blev indlagt på hospitalet. En stor del af patienterne var kognitivt svækkede og kunne derfor ikke udfylde spørgeskemaet. Efter flere afprøvninger blev det besluttet at afslutte spørgeskemaundersøgelsen på hospitalet.

Københavns Kommune har på rehabiliteringscentrene fortsat brugen af spørgeskemaerne (se Bilag 2 - Brugerundersøgelse).

Borgere er oftest dagen efter ankomst fra hospital til rehabiliteringscenter blevet tilbudt at besvare de fem spørgsmål vedrørende udskrivelsen. De kunne vælge selv at besvare direkte på tablet eller få hjælp af pårørende eller personale. Besvarelsene er registreret i SurveyXact. Rehabiliteringscentrene har fået data tilsendt en gang om måneden eller ved efterspørgsel.

Det har været en udfordring at opnå en systematisk dataindsamling, og mange borgers kognitive tilstand har stået i vejen for at kunne besvare spørgsmålene til trods for de enkle spørgsmål. På det rehabiliteringscenter, hvor der er arbejdet systematisk med både modtagelse og dataindsamling, har typisk mellem 27-29 % af de nyankomne borgere kunnet besvare spørgsmålene.

Data fra brugerundersøgelsen peger på, at spørgsmålene er følsomme over for, om en systematisk indsats omkring borgerens modtagelse har en effekt. Det betyder, at samme rehabiliteringscenter har kunnet bruge data til at afdække, hvilke dele i modtagelsen de skulle have særlig opmærksomhed på.

Spørgsmål vedrørende udskrivelse fra hospital og modtagelse på rehabiliteringscenter

1. Var du med til at beslutte, at du skulle på et midlertidigt døgnophold / rehabiliteringscenter?
77 % af de adspurgte svarede 'ja' eller 'delvist' til dette. Der ses ingen forbedring i projektperioden.
2. Var du tryk under transporten fra hospitalet hertil?
81 % af de adspurgte svarede 'ja' til dette. Der ses ingen forbedring i projektperioden.
3. Er du blevet informeret om, hvad der skal ske de første dage af dit ophold?
45 % af de adspurgte svarede 'ja' til dette. Der ses ingen forbedring i projektperioden.
4. Har du talt med nogen om, hvad der skete under indlæggelsen på hospitalet?
54 % af de adspurgte svarede 'ja' eller 'delvist' til dette. Der ses ingen forbedring i projektperioden.

5. Har du indtryk af, at medarbejderne her på stedet ved, hvad der skete under din indlæggelse på hospitalet?
67 % af de adspurgte svarede 'ja' eller 'delvist' til dette. Der ses ingen forbedring i projektperioden.

Spørgsmål 3, 4 og 5 drejer sig om emner, som rehabiliteringscentrene har indflydelse på ved modtagelsen af borgeren.

På et rehabiliteringscenter, som har arbejdet systematisk med både modtagelsen og dataindsamling, har de opnået en stigning fra 20 % til 46 % i andelen af borgere, som svarer 'ja' til alle tre spørgsmål.



Forandringsteori

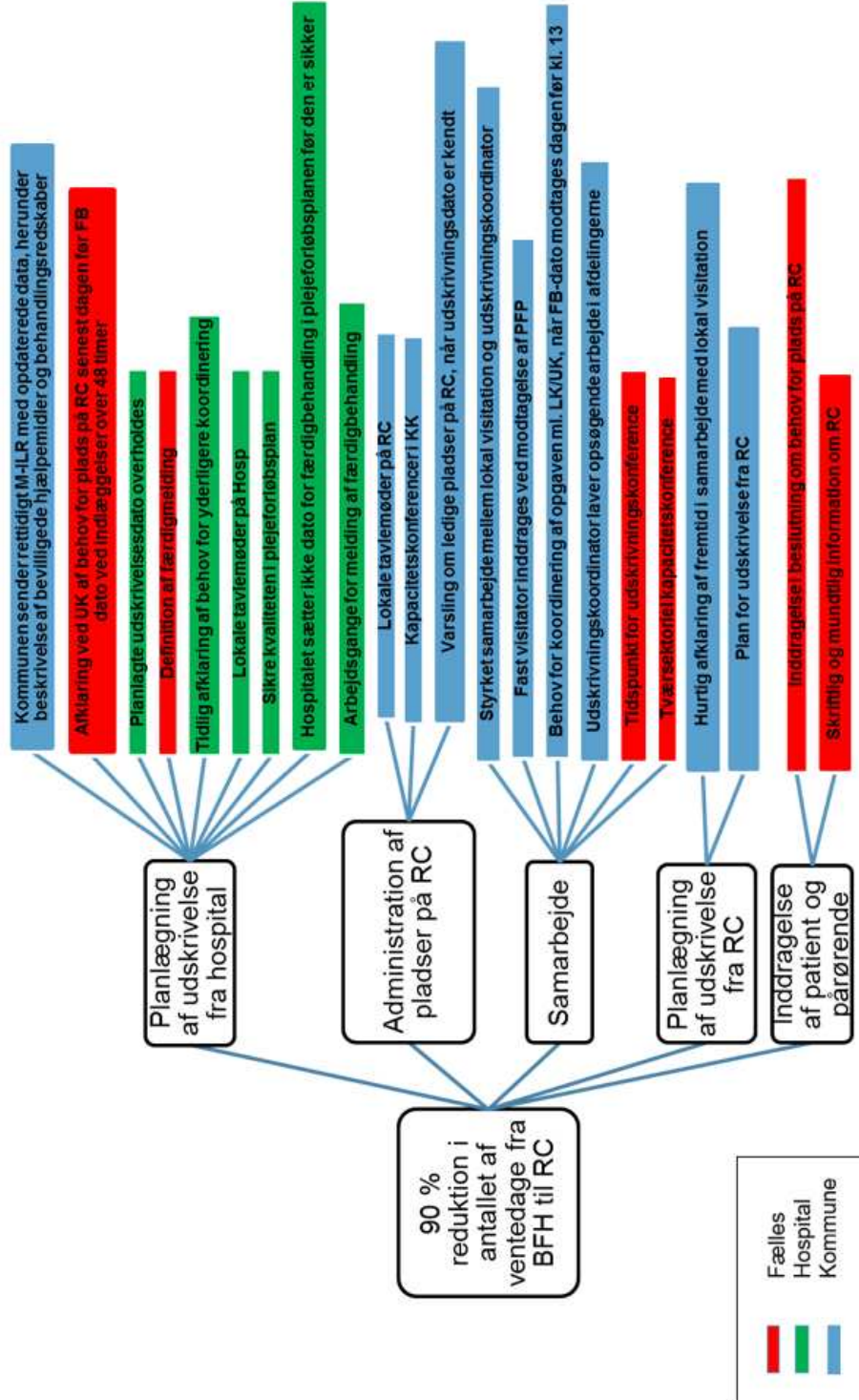
Sikker Sammenhæng er et innovationsprojekt og deltagerne i projektet har været med til at identificere hvilke tiltag, der skulle afprøves og implementeres for at nå målene. Forandringsteorien er udarbejdet med udgangspunkt i forskellige analyser, som deltagerne har lavet.

Der er udviklet et sæt forandringsteorier for Gruppe 1 (forløb til de midlertidige døgnpladser) og et sæt for Gruppe 2 (forløb til eget hjem eller til plejecenter). Forandringsteoriene er fremstillet i driverdiagrammer.

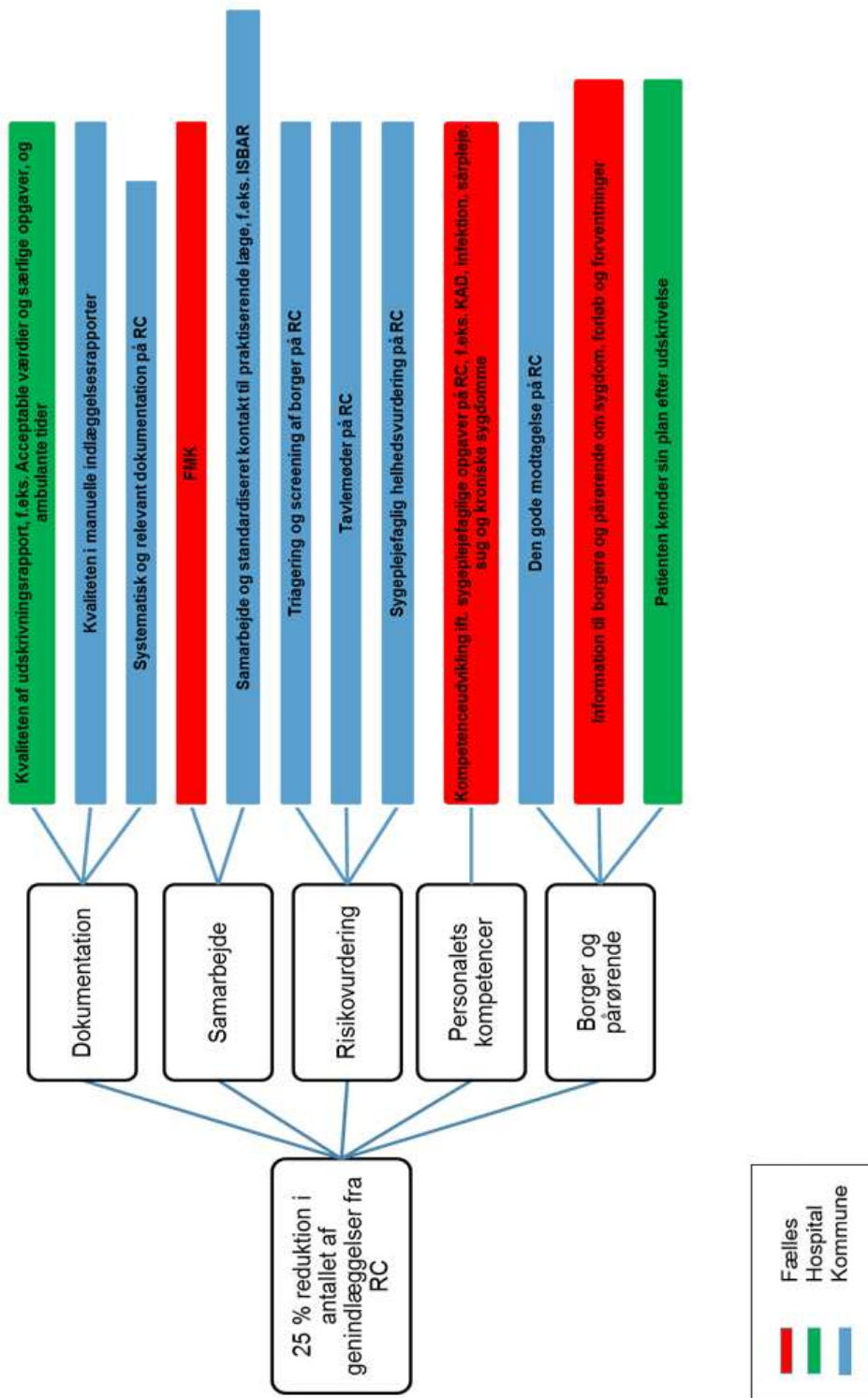
Da projektets mål retter sig mod gruppe 1, er det kun forandringsteoriene for denne gruppe, der er præsenteret i denne rapport. Arbejdet med de enkelte drivere er beskrevet i afsnittet "Generisk model".

Forandringsteori Gruppe 1

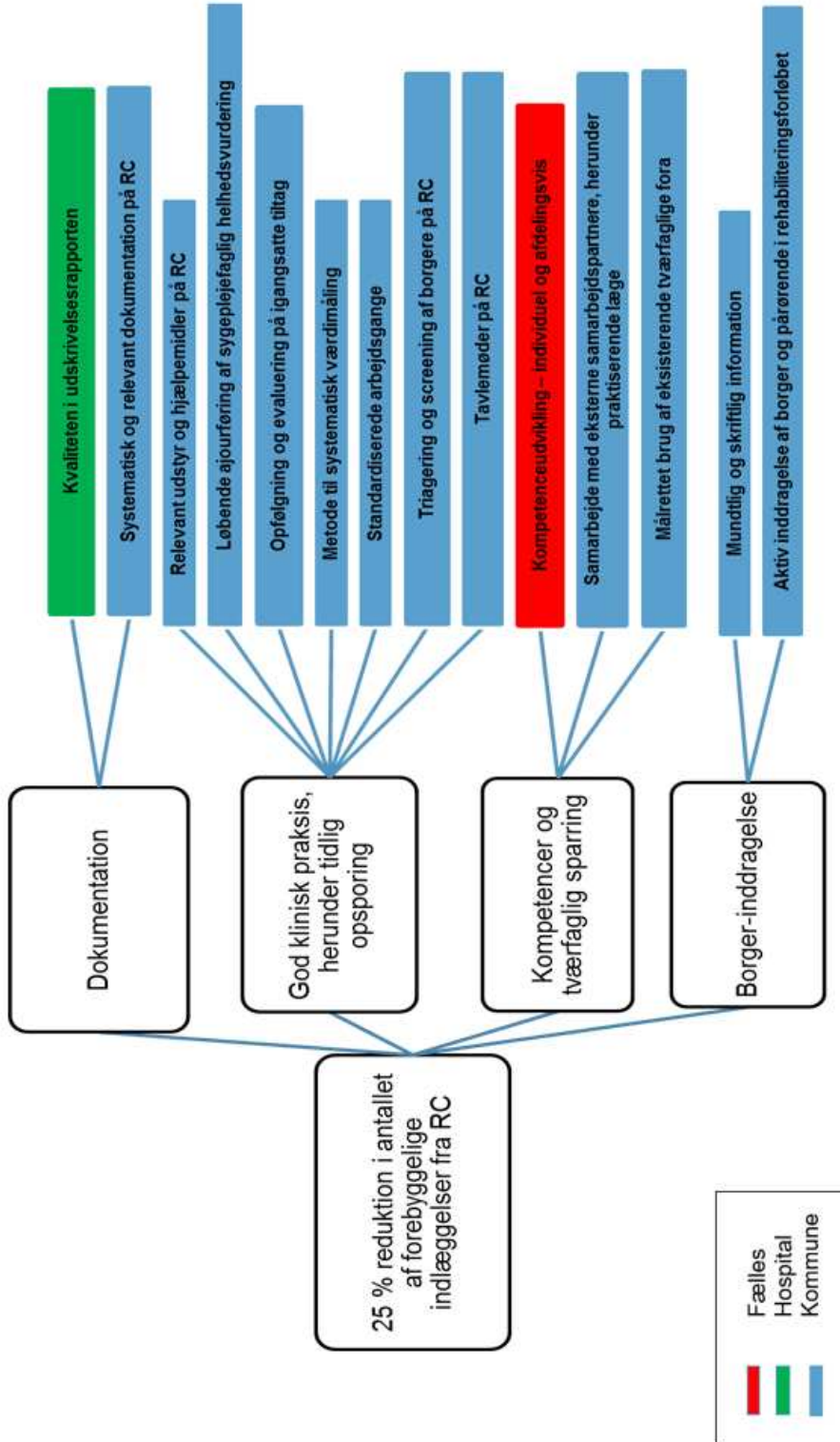
Ventedage



Genindlæggelser



Forebyggelige indlæggelser

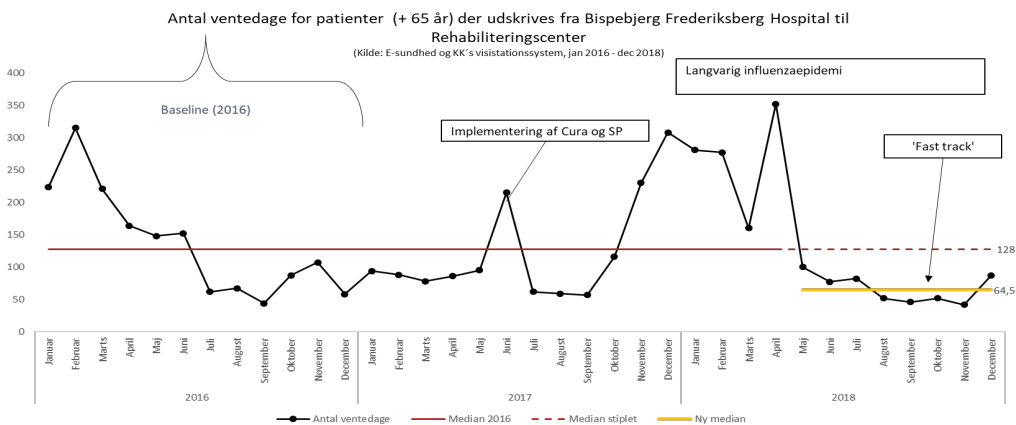


Resultater

Ventedage

Et af projektets mål har været at reducere antallet af ventedage med 90 %.

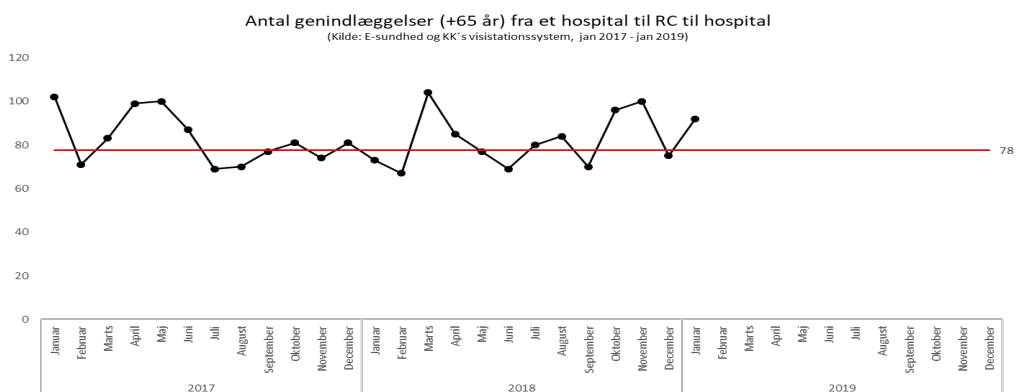
Nedenstående graf viser, at der i 2. halvår af 2018 er opnået en 50 % reduktion i antallet af ventedage set i forhold til baseline i 2016.



Genindlæggelser

Et af projektets mål har været at reducere antallet af genindlæggelser med 25 %.

Nedenstående graf viser, at dette desværre ikke er lykkedes i projektperioden.



Forebyggelige indlæggelser

Data fra E-sundhed har gennem hele projektperioden været forsinkede og uregelmæssige.

Kommunernes medfinansiering af aktiviteten på hospitalerne er ændret fra 1. januar 2018, så betalingen nu afhænger af borgerens alder, og samtidig er der planlagt en omlægning af Landspatientregisteret, som fremadrettet skal være mere forløbsbaseret i stedet for kontaktbaseret – og begge dele påvirker tilgængeligheden af de data, vi har adgang til i E-sundhed.

Omlægningen af Landspatientregisteret betyder bl.a., at vi ikke længere kan opdele aktiviteten på hospitalerne i ambulante og stationær behandling, hvilket påvirker data om forebyggelige indlæggelser. Det betyder, at ambulante aftaler (alle aftaler, hvor 'borgeren går ind gennem døren')

i en overgang vil være blandet ind i datatræk over forebyggelige indlæggelser, og projektet har ikke kunnet trække data vedr. forebyggelige indlæggelser i 2018.

Brugertilfredshed

Projektet har fundet frem til brugbare spørgsmål vedr. borgertilfredshed i overgange og har fundet en metode, som kan anvendes generisk. Det sted, som har arbejdet systematisk både med modtagelse og dataindsamling, har opnået stigning i borgertilfredsheden fra 20 % til 46 %.

Forbedringer

Projektet har opnået forbedringer i forhold til en række procesindikatorer, som på længere sigt forventes at medvirke til at reducere unødige genindlæggelser.

Eksempelvis:

- **Daglige tavlemøder**

Anvendelse af daglige korte tavlemøder med opfølgning på udvikling i borgerens helbredsstand har medvirket til hurtig identificering af problematikker hos borgeren og skabt fremdrift i rehabiliteringsforløbene. Den typiske opholdstid er reduceret fra 31 dage til 30 dage, hvilket svarer til 103 forløb mere om året.

- **Medicinhåndtering**

Korrekt medicinhåndtering i overgangene mellem hospital og kommune, f.eks. ajourføring af FMK, medicindispensering ifm. udskrivelse og kommunal instruks for håndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse. Antallet af korrekt ajourført FMK ved udskrivelsen er steget fra 89 % til 95 % på den afdeling, der har deltaget i projektet vedr. FMK. Udskrivende læger har givet tilbagemeldinger om, at det er blevet lettere at afstemme FMK ved udskrivelse.

- **Forebyggelse af indlæggelser**

Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser ved at sørge for, at patienterne får foretaget de ordinerede undersøgelser om nødvendigt. Systematisk opfølgning på påkrævede ambulante tider under indlæggelse har medvirket til, at Endokrinologisk Afdeling har sparet 169 ambulante tider og 94 kørsler i 2018, og Kardiologisk Afdeling har sparet 172 ambulante tider og 36 kørsler fra uge 15 i 2018.



Generisk model

I oplægget til projektet fremgik det, at der ikke måtte skabes nye funktioner eller nye opgaver. I udarbejdelsen af den generiske model har der derfor været opmærksomhed på at arbejde med eksisterende arbejdsgange.

Formålet har været at sikre, at arbejdsgangene blev udført konsistent, og samtidig har projektet undersøgt, om arbejdsgangene kunne gøres anderledes og smartere. Efterfølgende har der været fokus på, hvordan kvaliteten i arbejdsgangene kunne forbedres.

Den generiske model består af 15 indsatser, der har været med til at skabe gode sammenhængende tværsektorielle forløb.

1. Ventedage
1.1 Tværsektorielle kapacitetskonferencer
1.2 Kapacitetskonferencer i kommunen – kommunal kapacitetsstyring
1.3 Daglig systematisk gennemgang af borgerens helbredstilstand og effekt af indsats
1.4 Rettidig afsendt plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter
1.5 Udfyldelse af plejeforløbsplaner
1.6 Nedbringelse af 'ikke udskrivningsparate' patienter
2. Genindlæggelser
2.1 Manuel indlæggelsesrapport (M-ILR) afsendt fra kommunen
2.2 Ajourføring af FMK ved udskrivelse
2.3 Dispensering af medicin via Navigator ved udskrivelse
2.4 Forebyggelse af forgæves ambulante tider for indlagte patienter
2.5 Specialespecifik udskrivningsrapport
2.6 Den gode modtagelse på rehabiliteringscentret.
2.7 Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) på rehabiliteringscenter
2.8 Sygeplejefaglig udredning på rehabiliteringscentre
2.9 Forebyggelse af urinsvejsinfektion hos ældre

Indsatserne i den generiske model tager udgangspunkt i driverdiagrammerne. De 15 indsatser beskrives i de kommende afsnit, og under hver enkelt indsats vil det fremgå hvilke primære og sekundære drivere, indsatsen knytter sig til.

1. Ventedage

1.1 Tværsektorielle kapacitetskonferencer

Mål: Reduktion af ventedage

Primær driver:
Samarbejde

Sekundær driver:
Tværsektoriel kapacitetskonference

Formål

Afprøvning af tværsektorielle kapacitetskonferencer var et af de få indsatsområder, som var udvalgt inden projektstart. Idéen var, at nye samarbejdsformer og et dagligt fælles kapacitets- og dataoverblik på tværs af sektorer skulle skabe kendskab og tillid og dermed grundlag for en mere smidig koordination på tværs af sektorer.

Proces

I perioden september 2017 til og med februar 2018 afprøvede hospitalets samordningskonsulenter og kapacitetskoordinatorer sammen med kommunale ledere og medarbejdere fra forløbskoordinationen og den tværsektorielle udrednings- og udskrivningsenhed forskellige modeller til at skabe et fælles kapacitetsoverblik og dermed nedbringe antallet af ventedage.

Afprøvningsrettede sig imod, hvilke data der skulle deles, hvornår og af hvem. Processen var udfordret af, at det kommunale kapacitetsoverblik bl.a. af tekniske årsager var vanskeligt at dele.

Afprøvningsresultaterne resulterede i, at den kommunale pladsanvisning på hverdage kl. 9 sender en mail til hospitalets samordningskonsulenter med oplysninger om antallet af færdigbehandlede patienter, som er godkendt til et rehabiliteringsophold, og som samme dag eller næste dag vil blive tilbudt en rehabiliteringsplads.

1.2 Kapacitetskonferencer i kommunen - Kommunal kapacitetsstyring

Mål: Reduktion af ventedage

Primære drivere:
Administration af pladser på rehabiliteringscentrene

Samarbejde

Sekundære drivere:
Kapacitetskonferencer i kommunen

Varsling om ledige pladser, når udskrivningsdato er kendt

Styrket samarbejde mellem lokal visitator og udskrivningskoordinator

Udskrivningskoordinator laver opsøgende arbejde i afdelingerne

Formål

Afprøvning af kommunale kapacitetskonferencer var også et udvalgt indsatsområde inden projektstart. Idéen var, at nye samarbejdsformer og redskaber til kapacitetsstyring af ca. 300 kommunale midlertidige døgnpladser beliggende på fem rehabiliteringscentre skulle være et

væsentligt element i en samlet indsats for at reducere antallet af dage, færdigbehandlede patienter venter på at blive udskrevet fra hospital til rehabiliteringscenter.

Målet har været at udskrive flere borgere til eget hjem, skabe øget flow på de midlertidige døgnpladser og større forudsigelighed i den ledige kapacitet, så flere borgere helst dagen før udskrivelsen får information om, hvilket rehabiliteringscenter de udskrives til.

Afholdelse af en kommunal kapacitetskonference var afhængig af fælles kapacitets- og dataoverblik.

Beskrivelse af produkt

I maj 2017 ved overgangen fra Københavns Kommunes Omsorgssystem (KOS2) til det nye IT-system Cura Omsorg udviklede kommunen en midlertidig, manuel Excel-løsning, som understøttede pladsanvisningens daglige kapacitetsstyring af kommunens døgnpladser. Denne løsning blev brugt en overgang, indtil det nye IT-system Cura Bolig blev en realitet i oktober 2018.

Cura Bolig giver nu ikke kun pladsanvisningen, men også myndigheden og rehabiliteringscentrene mulighed for at få et overblik over både efterspørgsel (ventelister) og ledig kapacitet.

Proces

Der blev afprøvet nye samarbejdsformer mellem kommunale enheder i perioden 2. halvår 2017 - 1. halvår 2018, men uden effekt bl.a. grundet manglende fælles overblik over efterspørgsel og kapacitet samt tekniske udfordringer ved f.eks. virtuel kommunal kapacitetskonference.

Det samlede myndighedsområde har i 2. halvår 2018 arbejdet med nye måder at håndtere sagsbehandlingen på bl.a. gennem tilknytning affast visitator, etablering af et 'fast track' i sagsbehandlingen samt nye måder at organisere kontakten til hospitalerne.

Med Cura Bolig er der i 2019 åbnet mulighed for flere afprøvninger på tværs i kommunen og grundlag for en fælles ansvarstagen i at styre og forudsige kapaciteten.

Resultat

Antallet af ventedage fra Bispebjerg og Frederiksberg Hospital til rehabiliteringscentrene er i 2. halvår 2018 faldet fra 128 ventedage pr. måned til 65 ventedage pr. måned svarende til et fald på 50 % (se graf under 'Resultater', s.23).

Andelen af borgere, som minimum dagen før får information om, hvilket rehabiliteringscenter de udskrives til, er ikke forbedret i projektperioden og ligger fortsat på 24 %. Forudsigeligheden i den ledige kapacitet er dermed ikke øget.

1.3 Daglig systematisk gennemgang af borgerens helbredstilstand og effekt af indsats - Tavlemøder



Formål

Afprøvning af tavlemøder på rehabiliteringscentre var også et udvalgt indsatsområde inden projektstart. Erfaringer viser, at en daglig gennemgang af udviklingen i borgerens helbredstilstand og effekt af indsatsen på korte tavlemøder bidrager til at opspore og identificere problematikker hos borgere, øger borgersikkerheden og medvirker til fremdrift i rehabiliteringsforløbene.

Beskrivelse af produkt

Der er udarbejdet en vejledning til ledere og medarbejdere til implementering og afholdelse af tavlemøder. Vejledningen indeholder en beskrivelse af rammerne og organiseringen, roller og opgaver i et tavlemøde samt tjeklister f.eks. til medarbejderens forberedelse til et tavlemøde. Dele af vejledningen bliver anvendt ved introduktion til studerende og nye medarbejdere (se Bilag 3 - Vejledning til systematisk gennemgang af borgeres helbredstilstand).

Proces

Afprøvnings og implementering er forgået i forskellige tempi på rehabiliteringsenhederne. Erfaringer fra hospitalets tavlemøder har dannet grundlag for rammen for rehabiliteringscentrenes tavlemøder. Der har fra begyndelsen været tydelighed i rammen for tavlemødet, men der er givet plads til afprøvnings, som har udfordret og kvalificeret rammen i en kommunal kontekst.

Det har været afgørende, at alle medarbejdere og ledere blev bekendt med formål og opgaver i forbindelse med tavlemødet. Første skridt i processen var at definere tid, deltagere, tavlens indhold og mødeledelse. I processen har der været praktiske forhindringer og udfordringer såsom ophængning og indretning af whiteboards, tid til forberedelse, oplæring i rollen som mødeleder, herunder afklaring af hvilke kompetencer rollen som mødeleder kræver.

Andet skridt i processen var at sikre kvalitet i indhold, kommunikation, flow i rehabiliteringsforløbet og tidlig opsporing af problematikker. Projektets kvalitets sygeplejerske har observeret og superviseret indsatsen, hvilket skabte en tæt tilknytning, åbenhed og tillid i samarbejdet med ledere og medarbejdere.

Ledelsens opbakning, nysgerrige spørgsmål, opfølgning og anerkendelse af indsatsen har været en afgørende faktor til succesen med at implementere tavlemøder.

I 2018 har et plejehjem afprøvet vejledningen og implementeret tavlemøder.

Parallelt med afprøvningen af tavlemøder er der i samarbejde med 'Projekt Overbliksteknologi' udviklet elektroniske overblikstavler (E-tavler), som henter data til tavlerne fra Cura Omsorg. De elektroniske tavler forventes at medvirke til at kvalitetssikre dokumentationen og understøtte beslutningstagen under tavlemøderne. E-tavlerne er planlagt til implementering i 2. kvartal 2019.

Resultat

Afholdelse af tavlemøderne er implementeret, og det er nu en robust proces. Tavlemøderne gennemføres med en systematisk gennemgang af borgers helbredstilstand. Under tavlemøder bruges kommunikationsværktøjet ISBAR, som skaber en fælles og effektiv faglig kommunikation og identificering af problematikker hos borgeren. Møderne skaber overblik over opgaver og ansvar, fremdrift i rehabiliteringsforløbene og bidrager til tværfaglig sparring med mulighed for feedback og undervisning her og nu.

Opfølgning på udviklingen i borgerens helbredstilstand og effekten af indsatserne på de daglige tavlemøder har medført en nedgang i den typiske opholdstid fra 31 dage til 30 dage, hvilket svarer til 103 forløb mere om året. Målet er at nedbringe opholdstiden yderligere.

Under afprøvningerne har medarbejderne indsamlet data manuelt, f.eks. i forhold til overholdelse af tid, mindske forstyrrelser og udbytte af møderne.

1.4 Rettidig afsendt plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter

Mål: Reduktion af ventedage

Primær driver: Planlægning af udskrivelse fra hospital

Sekundære drivere: Planlagte udskrivelsesdato overholdes
Tidlig afklaring af behov for yderligere koordinering

Formål

Formålet med indsatsen er at nedsætte antallet af ventedage ved at overholde planlagte udskrivningsdato og afklare behov for yderligere koordinering.

Beskrivelse af produkt

En sygeplejerske på Mavetarmkirurgisk Afdeling K3 har udarbejdet en tjekliste for nyansatte sygeplejersker til brug ved planlægning af patientforløb mhp. kontakt til primær sektor.

I afdelingen hænger to plancher; en om indholdet af plejeforløbsplaner (PFP) og en om indholdet i udskrivningsrapporter (USR): "De 5 bud om PFP" og "De 5 bud om USR", som beskriver rettidighed og kvalitet i en god PFP/ USR (se Bilag 4 - Udskrivelsestjekliste K3 og De fem bud PFP og USR – K3).

Sygeplejersken har udarbejdet et vagtsystem med nøglepersoner med ansvar for, at Kommunikationsaftalen overholdes, så der altid er nøgleperson til stede i dagvagt på hverdage.

Proces

Der er gennemført en spørgeskemaundersøgelse blandt alt plejepersonalet, der viste, at der var manglende viden om Kommunikationsaftalen, særligt vedr. korrekt afsendelse af PFP.

På baggrund af den indsamlede viden blev der udpeget nøglepersoner, og der blev lavet introduktionsmateriale til nyansat plejepersonale. Erfaringen er, at hvis nye sygeplejersker introduceres til Kommunikationsaftalen i begyndelse af deres ansættelsesforløb, udarbejder de gode vaner ift. kontakt til primær sektor. For det erfarne personale udarbejdes de før omtalte 5 bud, som hænger fremme i afdelingen på sygeplejekontoret, så de altid er tilgængelige, når man sidder med den opgave.

Resultat

Data viser, at der er sket en stigning i antal af rettidigt afsendte plejeforløbsplaner fra 70 % til nu 80 %.

Data viser også, at der er sket en stigning i antal af rettidigt afsendte udskrivningsrapporter fra 45 % til nu 85 %.

Afdelingen fortsætter indsatsen og bruger bl.a. casegennemgang, sidemandsoplæring og undervisning, hvilket den assisterende afdelingssygeplejerske er ansvarlig for.

Indsamling af data

Data er indsamlet vha. månedlige journalaudit på alle udskrevne patienter over 65 år med kontakt til primær sektor.

1.5 Udfyldelse af plejeforløbsplaner

Mål: Reduktion af ventedage

Primær driver:
Planlægning af udskrivelse fra hospital

Sekundær driver:
Kvalitet af plejeforløbsplan

Formål

At nedsætte antallet af ventedage til rehabiliteringscentrene i Københavns Kommune og højne kvaliteten i plejeforløbsplan.

Beskrivelse af produkt

To sygeplejersker i Neurologisk Afdeling N26 har udarbejdet en instruks til, hvordan man rent teknisk udfylder en plejeforløbsplan. Instruksen indeholder også en kvalitativ beskrivelse af,

hvordan man udfylder en funktionsevnevurdering i plejeforløbsplanen (Bilag 5 - Guide til udfyldning af PFP – N26).

Proces

På baggrund af data blev det klart, at afdelingens plejepersonale havde tekniske udfordringer i Sundhedsplatformen mhp. udfyldelse af plejeforløbsplanen. Det gjaldt både erfarent og nyansat plejepersonale, hvorfor udviklingsarbejdet var nødt til at begynde her. Funktionsevnevurderingen blev stort set ikke anvendt trods ofte meget fysisk udfordrede patienter.

Instruksen blev først valideret på Hjernesgade- og Rehabiliteringscentret, hvorefter den blev afprøvet på både nyt og erfarent personale og tilrettet herefter. Efter adskillige afprøvninger blev det endelige produkt præsenteret via sidemandsoplæring for alt plejepersonale.

Resultat

Data viser, at antallet af korrekt udfyldte plejeforløbsplaner nu ligger på 90 %.

Indsamling af data

Data er indsamlet vha. ugentlige journalaudit på udskrevne patienter med kontakt til primær sektor. Der blev auditeret på brugen af funktionsevnevurdering, både ved planlagte udskrivelser og ved anmodning om yderligere koordinering. Der blev endvidere auditeret på irrelevante data i plejeforløbsplanen.

1.6 Nedbringelse af 'ikke udskrivningsparate' patienter

Mål: Reduktion af ventedage

Primær driver:
Planlægning af udskrivelse fra hospital

Sekundære drivere:
Lokale tavlemøder på hospitalet
Planlagt udskrivelsesdato overholdes

Formål

At nedbringe antallet af ventedage fra hospital til rehabilitering for at udnytte de eksisterende ressourcer bedst muligt til gavn for de ventende patienter.

Beskrivelse af produkt

Der er udarbejdet en guide til, hvordan personalet skal prioritere rækkefølgen af patienter, der skal ses til stuegang. Det er besluttet, at patienter, der skal udskrives til rehabiliteringscentrene den følgende hverdag, skal ses inden kl. 12.

Proces

Sygeplejerskerne på Geriatrisk Afdeling Q31 havde mange teorier om årsagen til de mange 'ikke udskrivningsparate' patienter, afdelingen havde. De mente, det bl.a. skyldtes blodprøve taget på udskrivningsdagen, og at ingen patienter blev udskrevet mandag eller fredag. Der blev gennemført fodspor i afdelingen og der blev indsamlet data, som afslørede, at dette ikke var de rigtige årsager.

Formodningen var derefter, at årsagen lå i, at patienterne, som var meldt færdigbehandlet næstkommende dag, ikke blev gennemgået. I august 2017 udviklede og indførte afdelingen

forstuegangsmøder, hvor patienterne blev prioriteret ud fra fastlagte kriterier (Bilag 6 - Forstuegangsmøde på Q31).

Resultat

Resultatet viser, at der bliver færre 'ikke udskrivningsparate' patienter efter indførelse af forstuegangsmødet. Lægerne får nu set og afmeldt de patienter, som alligevel ikke er færdigbehandlede den følgende dag. Det er ikke muligt slet ikke at have 'ikke udskrivningsparate' patienter, da de kan blive dårlige over natten og dermed selvfølgelig ikke skal udskrives.

Samtidig viser resultater for hele Bispebjerg og Frederiksberg Hospital, at der er et markant fald i antal af ikke udskrivningsparate patienter.

Indsamling af data

Data blev indsamlet af Københavns Kommune, som manuelt registrerede hver gang, de ringede til afd. Q31 og tilbød dem en plads på et rehabiliteringscenter til en færdigmeldt patient, og afdelingen takkede nej til pladsen med den begrundelse, at patienten alligevel ikke var færdigbehandlet.

2. Genindlæggelser

2.1 Manuel indlæggelsesrapport (M-ILR) afsendt fra kommunen

Mål: Reduktion af ventedage

Primær driver:
Planlægning af udskrivelse fra hospital

Sekundær driver:
Kommunen sender rettidig M-ILR med opdaterede data, herunder beskrivelse af bevilligede hjælpemidler og behandlingsredskaber

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver:
Dokumentation

Sekundær driver:
Kvalitet i manuelle indlæggelsesrapporter

Formål

En rettidig M-ILR med relevante oplysninger om borgerens samlede situation op til indlæggelsen bidrager til beslutningsgrundlaget for behandlingsplanen ved indlæggelsen og til at undgå genindlæggelser forårsaget af manglende oplysninger om borgerens helbredstilstand ved forrige indlæggelse - fra generalister til specialister.

Beskrivelse af produkt

Der er udarbejdet en tjekliste ved indlæggelse (se Bilag 7 - Tjekliste ved indlæggelse på hospital).

Instruksen er udarbejdet, så den medarbejder, der er involveret i indlæggelsen, også klargør den information, som manuelt skal sendes til hospitalet, når kommunen modtager en

indlæggelsesadvis. Tjeklisten indeholder en kvalificering af, hvilke oplysninger hospitalet efterspørger ved indlæggelsen.

Proces

Kommunen kan altid bidrage med væsentlige informationer vedrørende indlæggelsen/forløbet op til indlæggelsen. Derfor er målet, at alle indlæggelser fra et kommunalt døgntilbud følges op af en manuel indlæggelsesrapport.

En audit i første halvår af 2017 viste, at der kun blev sendt få manuelle indlæggelsesrapporter, og de, der blev sendt, indeholdt relevante oplysninger. Audit viste også, at der i kommunens omsorgssystem var dokumenteret andre relevante informationer, som ikke kom hospitalet i hænde.

Arbejdsgangsanalyser og interview af medarbejderne på rehabiliteringscentrene og i hjemmepleje/sygeplejeenheder viste, at der manglede viden om, hvad en manuel indlæggelsesrapport er, hvornår den skal sendes og hvordan. Derudover er det en teknisk udfordring, at den manuelle indlæggelsesrapport først kan afsendes, efter kommunen har modtaget en indlæggelsesadvis fra hospitalet. Det betyder, at medarbejderne - ofte på tværs af et vagtskifte - skal holde øje med, hvornår der bliver åbnet for afsendelse af den manuelle indlæggelsesrapport.

På de tværsektorielle læringstræfer indholdet i den manuelle indlæggelsesrapport blevet gennemgået og kvalificeret af hospitalets medarbejdere, hvorefter instruksen blev udviklet. Tjeklisten er afprøvet og spredt til rehabiliteringscentrene i efteråret 2018.

Rehabiliteringscentrene har gennemført undervisning i opgaven samt afprøvet forskellige løsninger, så opgaven bliver husket. Centrene får i 2019 elektroniske overblikstavler, som vil understøtte, at opgaven huskes.

I to hjemmepleje/sygeplejeenheder og på tre plejehjem har de i 2018 afprøvet tjeklisten i en kortere periode.

Resultat

Andelen af rettidigt afsendte manuelle indlæggelsesrapporter er i KK uændret på 33 %. På det rehabiliteringscenter, hvor tjeklisten er implementeret, er andelen af rettidigt afsendte manuelle indlæggelsesrapporter steget fra 30 % til 60 % i december 2018.

Der ses endnu ikke forbedringer i de to hjemmepleje/sygeplejeenheder eller på de tre plejehjem.

Indsamling af data

Der er under projektet udviklet en elektronisk løsning, så data vedrørende afsendte manuelle indlæggelsesrapporter hentes fra Cura Omsorg og vises i 'QlikView' (Business Intelligence); en brugervenlig applikation, som rehabiliteringscentre og plejehjem selv kan tilgå og her følge egne data.

2.2 Ajourføring af FMK ved udskrivelse

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver: Samarbejde

Sekundær driver: FMK

Formål

At forebygge genindlæggelser via korrekt afstemt FMK ved udskrivelse.

Beskrivelse af produkt

Der er, i samarbejde med lægerne fra Ortopædkirurgisk Afdeling M, udarbejdet en quickguide som lommekort med anbefalinger til korrekt håndtering af medicin i Sundhedsplatformen ved indlæggelse. Sideløbende blev der i kommunen udarbejdet en instruks for 'håndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse' på baggrund af observationer af håndtering af medicin i kommunal praksis, kortlægning af eksisterende vejledninger og instrukser (se Bilag 9 - Arbejdsgangshåndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse fra hospital).

Repræsentanter fra hospital og kommune fulgte derefter 'medicinen/pillens vej' fra Sundhedsplatformen og videre til Cura Omsorg og fik dermed identificeret de områder, hvor de to sektorer vejledninger ikke harmonerede, hvilket gav anledning til tilpasning af den kommunale instruks.

Proces

Hensigten var at øge andelen af korrekt ajourført FMK ved udskrivelse. Derfor var første tiltag at gå i fodspor med de udskrivende læger mhp. at identificere problemstillinger ved udskrivelse. Det blev dog hurtigt klart, at det ikke var ved udskrivelse, at udfordringerne opstod. Udfordringerne opstod derimod, hvis indlæggende læge ikke havde håndteret medicinen korrekt ved indlæggelsen.

Der blev gennemført fodspor med indlæggende læger, og det blev derigennem tydeligt, at de havde hver deres måde at modtage patienterne på, hvilket gav store udfordringer for den udskrivende læge.

I samarbejde med afdelingens forvagter blev der derfor udarbejdet en guide til håndtering af medicin ved indlæggelsen (se Bilag 9 - Quickguide til medicin ved indlæggelse).

Efter adskillige afprøvninger af guiden blev det færdige produkt præsenteret ved en afdelingslægekoneference med opbakning fra afdelingens administrerende overlæge. Det blev besluttet, at dette fremover skulle være afdelingens arbejdsgang.

Resultat

Data viser, at korrekt ajourført FMK ved udskrivelsen er steget fra 89 % til nu 95 %.

Udskrivende læger har givet tilbagemeldinger om, at det er blevet lettere at afstemme FMK ved udskrivelse.

Indsamling af data

I perioden september til december 2018 har rehabiliteringscentrene manuelt indsamlet data fra 276 udskrivelser fra hospitalet til rehabiliteringscentre (se Bilag 10 - Medicinregistreringsark). Data bliver videregivet til FMK-gruppen under samordningsudvalget Byen og 'Medicinsikkert Hospital', hvor de kan fungere som en senere baseline.

Data viser, at den medicin, der sendes med patienterne til rehabiliteringscentrene, ikke stemmer overens med det, der står på den udskrevne medicinliste i 31 % af tilfældene. Teorien er, at hvis medicinen ved udskrivelse dispenseres efter Navigator, vil disse fejl stort set kunne elimineres. Det er på baggrund af data desværre ikke muligt at se, om den indsats der er igangsat på Ortopædkirurgisk Afdeling M3 har haft den ønskede effekt, da dataindsamlingen er ophørt i uge 49 2018.

Data viser desuden, at FMK er afstemt i 89 % af tilfældene, og at 98 % har en printet medicinliste med. Data bliver videregivet til FMK-gruppen under samordningsudvalget Byen.

Der er gennemført ugentlige audits på indlagte patienter på to ud af fire ortopædkirurgiske afdelinger. Audit er foretaget på anvendelse af guiden på seks forskellige parametre (se Bilag 11 - Auditskema FMK afd. M). Der har været personlig opfølgning til de læger, som ikke brugte guiden korrekt.

Data vedr. ajourført FMK ved udskrivelse er trukket via hospitalets dataafdeling.

2.3 Dispensering af medicin via Navigator ved udskrivelse

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver: Samarbejde

Sekundær driver: FMK

Formål

At forebygge genindlæggelser via korrekt dispenseret medicin ved udskrivelse.

Beskrivelse af produkt

Der er i Ortopædkirurgisk Afdeling M3 udarbejdet en guide til korrekt dispensering af medicin ved udskrivelse, som fungerer som en musemåtte i medicinrummet.

Proces

Guiden er udarbejdet af en sygeplejerske, som i første omgang besøgte en afdeling, der i forvejen dispenserede via Navigator som fast procedure, for at lære af deres erfaringer. Derefter blev guiden afprøvet adskillige gange i plejegruppen på stamafdelingen, hvorefter det endelige produkt blev præsenteret på et personalemøde og introduceret via sidemandsoplæring for alt plejepersonale (se Bilag 12 - Guide til medicindispensering M3).

Forud for udarbejdelse af guiden indsamlede afdelingen antallet af opringninger fra kommunen vedr. medicin efter udskrivelsen. Med udgangspunkt i dataindsamling og fodspor blev der udarbejdet en grafisk fremstilling af arbejdsgangene ved telefonisk kontakt fra kommunen (se bilag 13 - Arbejdsgange ved medicinfejl).

Guiden blev præsenteret med det formål at øge patientsikkerheden og spare opkald fra kommunen. Afdelingen havde en afdelingssygeplejerske, som støttede projektet og efterspurgte proceduren, hvilket understøttede processen.

Resultat

Data viste, at før indsatsen blev der aldrig dispenseret via Navigator ved udskrivelse. Efter introduktion af guiden viser data, at der bliver dispenseret via Navigator i 83 % af udskrivelserne efter 21 uger, hvilket bidrager til at øge patientsikkerheden.

Afdelingen fortæller samtidig, at der er sket et markant fald i antallet af opringninger fra kommunen.

Indsamling af data

Der er gennemført ugentlige audits på udskrevne patienter, der har fået udleveret medicin. Der er auditeret på, om der er dispenseret via Navigator. Efter afdelingens eget ønske er der givet besked direkte til personale, som ikke har fulgt retningslinjen.

2.4 Forebyggelse af forgæves ambulante tider for indlagte patienter

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver: Patient og pårørende

Sekundær driver: Patienten kender sin plan efter udskrivelse

Formål

At forebygge indlæggelser og genindlæggelser ved at sørge for, at patienterne får foretaget de ordinerede undersøgelser om nødvendigt.

Beskrivelse af produkt

En vejledning, der systematisk beskriver sekretærernes og lægernes opgaver for patienter med ambulante tider under indlæggelse i sengeafdelingerne.

Proces

Projektet begyndte med det formål, at patienten skal kende sin plan ved udskrivelse, både ambulante tider, plan for opfølgning hos egen læge samt speciel sygepleje, men det blev for omfattende i første omgang. Det blev derfor reduceret til at fokusere på de ambulante tider, patienten har under indlæggelsen, da der ligger mange spildte ressourcer her, når patienten ikke møder op.

Efter adskillige afprøvninger med sekretæren på Endokrinologisk Afdeling I14, blev der udarbejdet en arbejdsgang til systematisk gennemgang af tiderne, senere udviklet til en elektronisk model med sekretæren på Kardiologisk Afdeling Y20.

Arbejdsgangen med tilhørende instrukser er efter godkendelse i Kvalitetsrådet BFH blevet til en vejledning gældende på BFH-matriklerne (Bilag 14 - VIP ambulante tider).

Resultat

Der ses ikke forandring i antallet af udeblivelser for hele BFH i 2018, hvor medianen uændret er 17/uge eller 78/måned. Dette tal forventes at falde, når arbejdsgangen er spredt til de afdelinger med flest udeblivelser.

Afdeling I14 har nu kun 1 udeblivelse om måneden, og afdeling Y20 har nu 2 udeblivelser pr. måned. Til sammenligning har Kirurgisk Afdeling K5, hvor projektet ikke er spredt til endnu, en median på 7 udeblivelser/måned.

Indsamling af data

Antallet af udeblivelser er en del af et samlet datatræk fra hospitalets dataafdeling hver uge, som herefter bliver manuelt sorteret efter afdelinger.

Derudover har begge afdelinger i hele projektperioden samlet data på, hvor mange ambulante tider og evt. tilhørende kørsler, de har sparet. Dette har været en motiverende faktor for både sekretærer og læger. En sparetid er en tid, hvor ambulatoriet ville være tomt, hvis sekretæren intet havde foretaget sig.

Sekretærene sparer også tider ud i fremtiden i eget ambulatorie ved at være i dialog med lægen, om pågældende konsultation enten er foretaget under nuværende indlæggelse eller kan blive det.

Afdeling I14 har sparet 169 ambulante tider og 94 kørsler i 2018.
Afdeling Y20 har sparet 172 ambulante tider og 36 fra uge 15 2018.

2.5 Specialespecifik udskrivningsrapport

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver: Dokumentation

Sekundær driver: Kvalitet af udskrivningsrapport

2.5.1 Lungemedicinsk afdeling L23

Formål

At forebygge genindlæggelser via specialespecifikke udskrivningsrapporter.

Beskrivelse af produkt

Lungemedicinsk Afdeling L23 har i samarbejde med Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro udarbejdet et lommekort med guidelines til relevante punkter til udskrivningsrapport (se Bilag 15 - Lommekort L23).

Proces

To sygeplejersker fra afdeling L23 har udarbejdet et lommekort og har afprøvet det på afdelingens sygeplejersker med forskellige kompetencer. Indholdet i lommekortet er udarbejdet efter afprøvninger med Rehabiliteringscenter Bispebjerg/Nørrebro. Efter adskillige afprøvninger blev det endelige produkt præsenteret via sidemandsoplæring for alt plejepersonale. En af nøglepersonerne var den assisterende afdelingssygeplejerske, som var til stede mandag til fredag uden vagter, hvilket gav optimale oplæringsforhold.

Guiden blev introduceret på et fællesmøde i afdelingen og blev præsenteret med det formål at forebygge genindlæggelser. Afdelingen har flere eksempler på genindlæggelser, hvor patienter indlægges med værdier, der i afdelingen vurderes som acceptable, men som i den kliniske retningslinje lægger op til indlæggelse, f.eks. sat. på 88 hos KOL-patient, som kan være habituel.

Resultat

Data viste, at der før indsatsen aldrig blev skrevet specialespecifikke data i USR. Efter introduktion af guide viser data, at 85 % af relevante patienter er udskrevet med en udskrivningsrapport med specialespecifikke data.

Afdelingen har desuden fået gode uopfordrede tilbagemeldinger fra Københavns Kommune, som oplever, at data er meget anvendelige i klinikken - fra specialister til generalister.

Indsamling af data

Data er indsamlet vha. ugentlige journalaudit på udskrevne patienter med diagnoser relateret til specialet; nyopdagede eller kendte lungelidelser. Der blev i udskrivningsrapporten fundet data på acceptable værdier, brug af P.N. medicin og lejrning af patient ved dyspnø.

2.5.2 Neurologisk afdeling N11

Formål

At forebygge genindlæggelser via kvalificerede udskrivningsrapporter (USR).

Beskrivelse af produkt

Neurologisk Afdeling har i samarbejde med Hjerneskade- og Rehabiliteringscentret (HRC) udarbejdet et lommekort med guidelines til relevante punkter til udskrivningsrapporten (se Bilag 16 - Tjekliste til USR N11).

Proces

Kontaktpersonen, en social- og sundhedsassistent med specialfunktion, fra afdeling N11 har spurgt personalet på HRC, hvad de havde brug for i udskrivningsrapporten, og deres tilbagemelding var: "Ernæringsproblematikker ift. dysfagi og evt. sonde, faldrisiko, og respirationsproblematikker specielt ift. acc. Saturation".

Resultaterne blev præsenteret til et personalemøde og blev skrevet ind i afdeling N11's årshjul som fokuspunkt og hængt op ved alle afdelingens computere. Alle nye i afdelingen bliver præsenteret for guiden og får hjælp til at udskrive patienter.

Resultat

Data viser, at før indsatsen indeholdt 60 % af udskrivningsrapporterne oplysninger om ernæring, faldrisiko og respiration. I maj 2018 viste data, at 80 % af udskrivningsrapporterne indeholdt relevante oplysninger om ernæring, faldrisiko og respiration.

Data ligger i maj 2018 med en median på 80 %, og målet er 90 %.

Indsamling af data

Data er indsamlet vha. ugentlige journalaudit på alle udskrevne patienter med kontakt til primær sektor, hvor guidens punkter er relevante.

2.6 Den gode modtagelse på rehabiliteringscentret

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver: Borger/pårørende

Sekundær driver: Den gode modtagelse på rehabiliteringscentret

Formål

Et mål i projektet har været at øge borgertilfredsheden i de tværsektorielle overgange. En ensartet og systematisk modtagelse af borgeren på rehabiliteringscentret kan medvirke til at øge borgertilfredsheden og undgå en unødigt genindlæggelse.

Beskrivelse af produkt

Den gode modtagelse består af en arbejds gang med en række tjeklister og hjælpespørgsmål til den indledende samtale på rehabiliteringscentret.

Proces

Under gennemførelsen af tværsektorielle 'fodspor' og arbejdsgangsanalyser identificerede medarbejderne områder, der var brug for at forbedre i de tværsektorielle overgange. Et område var det første møde med borgeren på rehabiliteringscentret.

Rehabiliteringscentrene har afprøvet, hvordan f.eks. den praktiske forberedelse inden borgers ankomst kan bidrage til borgerens oplevelse af at være ventet og velkommen, og hvordan stedets værdier kan udtrykkes gennem måden, medarbejderen byder borgeren velkommen på.

På baggrund af eksisterende modtagelsesprocedurer på de fem rehabiliteringscentre blev der i projektet udarbejdet en arbejds gang for 'Den gode modtagelse', som sikrer sammenhæng til faglige retningslinjer og dokumentationskrav. Arbejds gangen er afprøvet og tilrettet i dialog med centrene.

Resultat

Rehabiliteringscentrene har indarbejdet alle elementer fra arbejds gangen i de lokale modtagelsesprocedurer, men har bibeholdt lokalt layout og lokale løsninger bl.a. i forhold til ansvarsfordeling.



2.7 Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom (TOBS) på rehabiliteringscentre



Formål

TOBS er en systematisk metode til opsporing af forværring i borgerens helbredstilstand på et tidligt tidspunkt, så medarbejderne iværksætter relevant behandling rettidigt og medvirker til at forebygge og reducere unødige (gen)indlæggelser.

Beskrivelse af produkt

TOBS er et systematisk observationsredskab, som tager udgangspunkt i måling af følgende vitale værdier: Puls, bevidsthedsniveau, temperatur, respirationsfrekvens og systolisk blodtryk.

TOBS er udviklet i 2013 i samarbejde mellem overlæge Ove Ammitsbøl fra akutafdelingen på Regionshospitalet Randers og Favrskov samt Nord- og Syddjurs Kommune.

TOBS er inspireret af Regionernes TOKS (Tidlig Opsporing af Kritisk Sygdom) og EWS (Early Warning Score), men er udviklet til og tilpasset borgere i primærsektoren. De angivne værdier måles, når det sundhedsfaglige personale vurderer borgerens helbredstilstand som ændret. TOBS indeholder en handlingsalgoritme, som afhængig af borgerens værdier og kliniske tilstand angiver handlingsanvisninger. Handlingsanvisningerne skal ses som minimumstiltag, som altid skal sammenholdes med det kliniske skøn.

TOBS sikrer opfølgning på borgerens tilstand, ved at værdierne måles efter algoritmen, og borgeren vurderes efter algoritmens retningslinjer.

ISBAR benyttes, når information om borgeren videregives.

Proces

Processen begyndte i maj 2017 med afsøgning og afprøvning af et redskab, der kunne opfylde behovet for systematisk værdimåling. På baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger og positive erfaringer fra andre kommuner, bl.a. Aarhus Kommune, besluttede Københavns Kommune at afprøve det systematiske redskab TOBS.

Det første skridt var at afklare, om rehabiliteringscentre havde det nødvendige udstyr til rådighed for at kunne foretage systematisk værdimåling. Registrering af udstyr på rehabiliteringscentre var tilendebragt i august 2017.

Redskabet blev først afprøvet på en afgrænset gruppe borgere på ét rehabiliteringscenter (august - december 2017). Målgruppen var begrænset grundet uklarhed i forhold til værdimåling og lovgivning. Lovgivning blev endelig klarlagt den 20. december 2017 af Styrelsen for Patientsikkerhed.

April 2018 udvikledes og afprøvedes undervisningsmateriale til undervisning af sygeplejerske og social- og sundhedsassistenter. Materialet blev udviklet og tilpasset i samarbejde med medarbejdere fra de afprøvende centre.

I august 2018 oprettedes 'TOBS observation' i Cura Omsorg. Observationen samler dokumentationen af de fem værdier og handlingsalgoritmen.

Oktober 2018 begyndte yderligere to rehabiliteringscentre afprøvninger af TOBS, og redskabet spredes til alle enheder i første halvår af 2019.

Resultat

Der er udviklet undervisningsmateriale, en observation i Cura Omsorg og et lommekort på scorings- og handlingsalgoritme (se Bilag 17 – TOBS scorings- og handlingsalgoritme).

Data viser endnu ikke, at der er tale om en robust proces. Der ses en tendens til, at flere får systematisk målt de fem værdier inden for samme vagt efter ankomst til rehabiliteringscenteret.

Medarbejdere udtrykker, at TOBS-redskabet er logisk, skaber systematik og frigiver tid til øvrige opgaver. TOBS følges gennem kontinuerlig audit på de involverede enheder. Der arbejdes fortsat med at få indarbejdet robuste arbejdsgange, som sikrer, at borgeren får målt alle fem vitale værdier ved ændring i sin helbredstilstand, samt at handlingsalgoritmen følges systematisk efterfølgende. Alle vagttag er repræsenteret i audit.

Indsamling af data

Kvalitetssygeplejersker på rehabiliteringsenhederne indsamler data fra Cura vha. et auditskema (se Bilag 18 – TOBS audit-skema).

2.8 Sygeplejefaglig udredning på rehabiliteringscentre

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primære drivere:
Risikovurdering

Dokumentation

Sekundære drivere:

Sygeplejefaglig helhedsvurdering på rehabiliteringscentre

Systematisk og relevant dokumentation på rehabiliteringscentre

Mål: Reduktion af forebyggelige indlæggelser

Primære drivere:
Dokumentation

God klinisk praksis – herunder tidlig opsporing

Sekundære drivere:
Systematisk og relevant dokumentation på rehabiliteringscentrene

Løbende ajourføring af sygeplejefaglig helhedsvurdering

Opfølgning og evaluering på igangsatte tiltag

Standardiserede arbejdsgange

Formål

En indikator for den sygeplejefaglige kvalitet på rehabiliteringscentrene er bl.a., hvornår den sygeplejefaglige udredning udføres og dokumenteres efter borgerens ankomst. Udførelsen af den sygeplejefaglige udredning ved ankomsten til rehabiliteringscentret medvirker til at reducere og forebygge antallet af unødige (gen)indlæggelser.

Beskrivelse af produkt

Kommunen har udarbejdet 'Instruks for sygeplejefaglig udredning' (se Bilag 19 – Instruks for sygeplejefaglig udredning). Instruksen beskriver arbejdsgangene i den sygeplejefaglige udredning i punkter og indeholder et lommekort, der deler opgaven i to trin, hvor trin 1 udføres inden for 24 timer, og trin 2 udføres inden for 48 timer.

Den sygeplejefaglige udredning indgår i den samlede modtagelse af borgeren på rehabiliteringscentret. Den udføres umiddelbart i forlængelse af modtagelsen og sikrer et overblik over borgerens aktuelle helbredstilstand, så relevante handlinger bliver iværksat og nødvendige kompetencer er til stede.

Proces

I samarbejde med kommunens kvalitetsorganisation blev proces igangsat med henblik på at udarbejde en beskrivelse af indhold og opgaver i den sygeplejefaglige udredning. Der har i den første fase været fokus på, at der inden for de første 48 timer er taget stilling til og dokumenteret i alle dele af den sygeplejefaglige udredning.

Definitionen på den sygeplejefaglige udredning blev præciseret i samarbejde med relevante centrale kommunale enheder og afprøvet og tilpasset i samarbejde med ledere og sygeplejersker fra to rehabiliteringscentre. Det tætte samarbejde med rehabiliteringscentrene medvirkede til løbende tilpasninger og udvikling af både instruksen og skemaet til registrering af data for udførelsen af den sygeplejefaglige udredning.

I processen har der været fokus på organiseringen i arbejdsgangen, tidsforbrug, opgavefordeling og oplæring af personale i udarbejdelse af den sygeplejefaglige udredning, samt hvordan der er sikret systematisk indsamling af data for udførelsen.

Der er undervejs gået 'fodspor' med henblik på at afdække arbejdsgange og tidsforbrug på den sygeplejefaglige udredning. Observationerne fra fodsporene viste, at en klar ramme for samtalen med borgeren, fastlagte arbejdsgange, tydelig opgave- og ansvarsfordeling mellem

sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter samt få og kun relevante afbrydelser medvirker til en effektiv udførelse af den sygeplejefaglige udredning. Brugen af 'fodspor' viste sig også god til at indhente valide tidsdata.

Når den sygeplejefaglige udredning skal udføres inden for 24/48 timer hver gang, kræver det, at opgaven prioriteres, at der allokeres ressourcer til en planlagt (sen)vagt, og at personalet er introduceret til instruksen. Tavlemødelederen følger op på udførelsen af den sygeplejefaglige udredning på de daglige tavlemøder.

I den næste fase (2019) er formålet at undersøge kvaliteten i den sygeplejefaglige udredning, hvor kommunens eksisterende auditeringsredskab til den sundhedsfaglige dokumentation i Cura Omsorg har vist sig effektivt.

Resultat

Instruksen er implementeret på to rehabiliteringscentre, men er fortsat ikke helt robust. På de øvrige tre centre er instruksens under spredning.

Der, hvor brugen af instruksens er implementeret, er andelen af borgere, hvor den sygeplejefaglige udredning er foretaget og dokumenteret inden for 48 timer, på 90 %.

Data for KK, som inkluderer de rehabiliteringscentre, hvor instruksens er under spredning, viser, at andelen af borgere, hvor den sygeplejefaglige udredning er foretaget og dokumenteret inden for 48 timer, er på 60 %.

Indsamling af data

Fra november 2017 er der lavet afprøvninger og indsamlet data for, hvornår efter borgerens ankomst til rehabiliteringscentret udredningens trin er foretaget, samt årsager til at udredningen ikke er nået inden for 48 timer. Data indsamles manuelt i et dataregistreringsskema og samles derefter i en Excel-fil, som præsenterer data både i seriediagrammer over andele, der udføres inden for 24/48 timer, og i histogrammer, som viser fordelingen over dage for, hvornår de to trin er foretaget.

2.9 Forebyggelse af urinvejsinfektioner hos ældre

Mål: Reduktion af genindlæggelser

Primær driver:
Personalets kompetencer

Sekundær driver:
Kompetenceudvikling i forhold til sygeplejefaglige opgaver fx KAD, infektion, sårpleje m.m.

Mål: Reduktion af forebyggelige indlæggelser

Primær driver:
Kompetencer og tværfaglig sparring

Sekundær driver:
Kompetenceudvikling – individuel og afdelingsvis

Formål

At forebygge urinvejsinfektioner hos ældre.

Beskrivelse af produkt

Plejhjemmet Klarahus har i 2018 afprøvet indsatser med henblik på at forebygge urinvejsinfektioner. På et dagligt tavlemøde gennemgår medarbejderne alle beboere med fokus på 'tidlige tegn', ændringer og opfølgning på observationer.

Plejhjemmet har ændret deres arbejds gange, så medarbejderne:

- foretager nedre toilette i sengen, når borgeren har behov for fuld hjælp.
- anvender engangshåndklæder til borgere med behov for fuld hjælp med henblik på at have et tilstrækkeligt antal håndklæder til at sikre hygiejnen.
- anvender engangskolber, da der ikke er adgang til en bækkenkoger.
- anvender faste toilettider.
- anvender væskevogn.

Proces

Plejhjemmet Klarahus foretog en journalaudit på alle indlæggelser gennem det forudgående år. Resultaterne viste, at den hyppigste årsag til indlæggelse var UVI/urosepsis, og at der kunne være dokumenteret 'tidlige tegn', såsom ændret adfærd og mindre indtag af mad og drikke, uden dokumenteret iværksættelse af relevante handlinger.

Medarbejderne gik fods por og observerede manglende viden om korrekt udførelse af håndhygiejne og nedre toilette, behov for flere håndklæder hos borgeren og utilstrækkelige fysiske rammer til rengøring af kolber og vaskefade.

På baggrund af de indsamlede data og observationer blev der gennemført undervisning i håndhygiejne og korrekt udførelse af nedre toilette til mænd og kvinder samt til KAD-brugere. Samtidig blev der afprøvet nye løsninger som f.eks. toilettider og indsatser i forhold til væskeindtag (væskevogn) samt nye produkter såsom engangshåndklæder, engangskolber og -vaskefade.

Resultat

Indlæggelser grundet UVI er nu reduceret til tæt på 0.

Indsamling af data

Data indsamles manuelt ved journalaudit.



Forebyggelige indlæggelser

Et af projektets mål har været at nedbringe forebyggelige indlæggelser. I projektet er brugt de 12 diagnoser, der betegnes som forebyggelige.

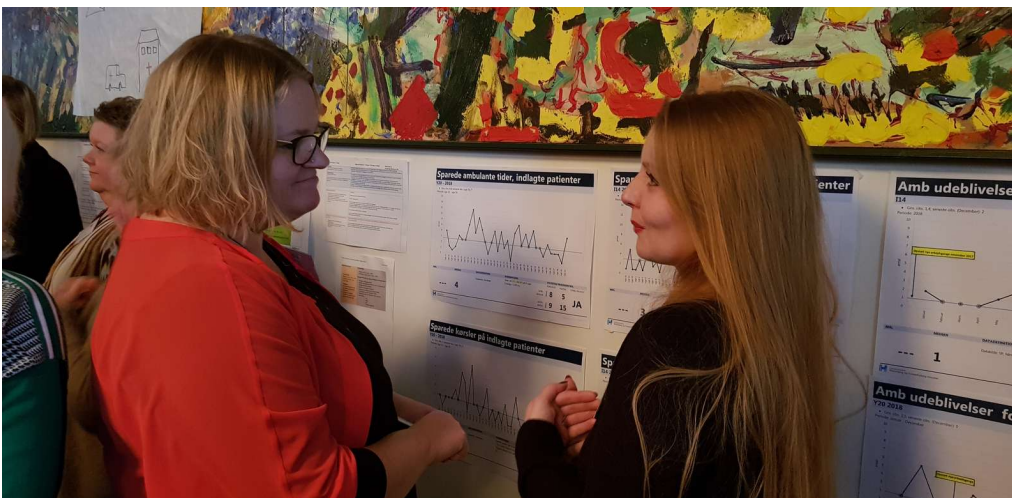
De forebyggelige diagnoser trækkes fra borgerens aktionsdiagnose ved udskrivelsen. Der blev ved projektets begyndelse stillet spørgsmålstejn ved de forebyggelige indlæggelser, da en journalaudit viste, at en forebyggelig indlæggelsesdiagnose kunne have en anden udskrivelsesdiagnose, hvis patienten undervejs blev diagnosticeret eller blot undersøgt for en anden diagnose. På baggrund af denne opdagelse blev det besluttet at lave en tværsektoriel audit. I samarbejde med en overlæge blev der udarbejdet et auditredskab i SurveyXact og én fagperson fra hver sektor blev udpeget til at foretage auditten. Formålet med audit var at undersøge, om der i kommunen var blevet dokumenteret fund i så god tid, at en indlæggelse kunne forebygges.

Audit blev foretaget med udgangspunkt i Sygeplejeprocessen (Ida Jean Orlando). Den første audit på 10 forløb blev gennemført i 2017, mens kommunen brugte IT-systemet KOS 2. Denne audit viste gode tidlige observationer og oprettelse af handleanvisninger. Den viste også, at der var udfordringer med, at det ikke var dokumenteret, om handleanvisningerne blev fulgt, og det var derfor uvist, hvad der førte til indlæggelsen. Det var tydeligt, at der var stor kompleksitet i de patienter, der blev indlagt, og det er uvist, om en indlæggelse kunne være undgået.

Efter en datagodkendelse fra Styrelsen for Patientsikkerhed blev det i foråret 2018 muligt at lave en fælles audit på yderligere 10 forløb. Audit viste samme resultat som den første audit.

I forbindelse med afprøvningerne af de sygeplejefaglige udredninger (punkt 2.8, s. 41), er det kommet frem, at en væsentlig udfordring er en kultur, hvor handlinger ofte kommunikeres mundtligt eller skriftligt på whiteboard-tavler og ikke i det elektroniske omsorgssystem.

Resultater af arbejdet med forebyggelige indlæggelser fremgår af resultatafsnittet (s. 23).



Samarbejde med Almen praksis

Det var i projektets første år vanskeligt at afgrænse og præcisere, hvad afprøvninger mellem rehabiliteringscentrene og almen praksis kunne bestå i, da rehabiliteringscentrene samarbejder med mange skiftende læger.

I efteråret 2017 deltog kommunens praksiskonsulent på to læringstræf, hvor kommunikation og kontaktfremgang mellem almen praksis og rehabiliteringscenter var temaet. Konklusionen herfra var, at kommunikationen skal struktureres ved hjælp af ISBAR⁴, medarbejderen skal identificere sig med både navn og uddannelse, situationen beskrives med relevante data eventuelt suppleret af, hvem situationen har været drøftet med forud for henvendelsen. Det skal i kommunikationen tydeligt fremgå, hvad medarbejderen ønsker at opnå med henvendelsen.

Når det er muligt, kontaktes almen praksis så tidligt som muligt på dagen af hensyn til planlægning af et eventuelt 'hjemmebesøg'.

Der er udarbejdet en skabelon til kontakt til praktiserende læge (se bilag 20 – Skabelon til kontakt til praktiserende læge).

I 2018 blev plejecentre med 'fast læge' inkluderet i projektet, hvilket åbnede for muligheden for at afprøve nye samarbejdsformer. På baggrund af drøftelser på et møde i juni 2018 mellem projektlederne, hospitalsoverlæge, 'faste læger' på plejehjem og PLO blev en række idéer til afprøvninger identificeret, men det viste sig efterfølgende, at afprøvingerne ikke kunne lade sig udføre i praksis.

Den faste læge på Plejehjemmet Klarahus og tre andre praktiserende læger har bidraget til af-dækning af medicinens vej fra hospital til almen praksis. Konklusionen er, at praktiserende læger oplever forskellige udfordringer afhængigt af, hvilket IT-system de anvender.

Ledelsesinvolvering

Projektets styregruppe har udvist stor interesse for ikke kun projektets resultatmål, men også for de mange procesmål. Gruppen har drøftet forskellige problemstillinger som f.eks. brugerundersøgelsen og bidraget med idéer og nye perspektiver undervejs i projektet.

Der har gennem hele projektperioden været afholdt månedlige møder mellem de tre projektledere og projektejerne fra hospital og kommune. Det tætte samarbejde med løbende sparring, idégenerering og problemløsning har bidraget til at sikre fremdrift og fælles retning i projektet. Projektejernes tilgængelighed, tillid og forventninger har givet et solidt grundlag for

⁴ ISBAR er en forkortelse, der står for:

- I - Identificer dig selv og patienten
- S - Beskriv **S**ituationen
- B - **B**eskriv baggrunden kort
- A - Giv din **A**nalyse af situationen
- R - Giv eller få et **R**åd om problemet

projektlederne i forhold til at kunne foretage nødvendige justeringer og handlinger, og projekt-ejernes deltagelse på læringstræf har understreget projektets betydning over for deltagerne.

Lederne har undervejs i projektet været inviteret med på læringsstræffene til særlige ledelsesop-læg. Gruppen af ledere har været meget forskellig. Ledelsesstrukturen er forskellig i de to sek-torer, og der har været et stort spænd i de enkelte ledes ledelsesrum. Kommunen har på læ-ringstræffene prioriteret at deltage med en større gruppe ledere. Enheder med tæt ledelsesop-bakning og solid forståelse for forbedringsmetoden, f.eks. hvor små afprøvninger skal være, har opnået de største og mest robuste forandringer.

Projektledere

Der har været udpeget en projektleder i hver sektor, og begge projektledere har været allokeret fuld tid til projektet. Projektledernes samarbejde har været bærende for det tværsektorielle sam-arbejde – både på ledelsesniveau og på deltagniveau.

Tips og tricks til samarbejde for projektledere, der skal samarbejde på tværs af sektorer
Samarbejdet fungerer bedst, hvis:

- projektlederne har stort kendskab til egen sektor.
- projektlederne har stort netværk i egen sektor.
- symmetri og balance i deltagerkreds/ledelsesstrukturen sikres på læringstræffene.
- der bruges tid på at lære hinanden og hinandens organisationer at kende.
- forpligtigelser sikres hos ledere.
- der afsættes tid til at indsamle og validere data – sammen.
- projektlederne er bevidste om, at de fungerer som rollemodel for deltagerne i lærings-netværket.
- der skabes en feedbackkultur – hos både projektledere og -ejere.
- fælles ejerskab og konstant loyalitet sikres på tværs af sektorer.



De to projektledere fra henholdsvis Københavns Kommune, Tana Anneke Bredesen, og Bispebjerg-Frederiksberg Hospital, Anne-Mette Falkenberg Andgren, præsenterer resultater fra Sikker Sammenhæng på Patientsikkerhedskonference 2018.

Kommunikation

Formålet med kommunikationen har primært været at dele viden, erfaringer og resultater blandt de faggrupper, som er en del af projektet. Ved at dele viden, erfaringer og resultater skal kommunikationen samtidig bidrage til at inspirere og motivere faggrupperne i projektet.

Den primære målgruppe for kommunikationen er de faggrupper, som er en del af projektet, dvs. læger, sygeplejersker, sosu-assistenten, sosu-hjælpere og fysio- og ergoterapeuter.

Eksempler på historier:

- Ambulante tider - Bispebjerg og Frederiksberg Hospital
- Afprøvning af elektroniske overblikstavler på rehabiliteringscentre – Københavns Kommune
- Udvidelse af projektets målgruppe – Københavns Kommune
- Erfaringer med tværsektorielt samarbejde – Kommunal Sundhed

Deltagerne har givet udtryk for, at opmærksomheden og anerkendelsen har skabt motivation.

Kommunikationen har også været brugt til at orientere dele af organisationerne, som ikke har deltaget direkte i projektet.

Fastholdelse og spredning

Alle beskrevne indsatser har vist sig essentielle for at bedre de tværsektorielle forløb. Alle indsatserne fortsætter og spredes til flere dele af henholdsvis hospitalet og kommunen. Fastholdelse og spredning af indsatserne vil fortsat kræve opmærksomhed og støtte til de involverede enheder.

De to projektledere ophører i deres funktion den 31. marts 2019 og overgår til andre opgaver, og i den forbindelse er alle indsatserne i gang med at blive knyttet til kvalitetsorganisationerne i de to sektorer.



Bilagsoversigt

- Bilag 1 - Guide til fodspor
- Bilag 2 - Brugerundersøgelse
- Bilag 3 - Vejledning til systematisk gennemgang af borgeres helbredstilstand
- Bilag 4 - Udskrivelsestjekliste K3 og De fem bud PFP og USR – K3)
- Bilag 5 - Guide til udfyldning af PFP N26
- Bilag 6 - Forstuegangsmøde på Q31
- Bilag 7 - Tjekliste til indlæggelse på hospital
- Bilag 8 - Arbejdsgangshåndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse fra hospital
- Bilag 9 - Quickguide til medicin ved indlæggelse
- Bilag 10 - Medicinregistreringsark
- Bilag 11 - Auditskema FMK afd. M
- Bilag 12 - Guide til medicindispensering M3
- Bilag 13 - Arbejdsgange ved medicinfejl
- Bilag 14 - VIP ambulante tider
- Bilag 15 - Lommekort L23
- Bilag 16 - Tjekliste til USR N11
- Bilag 17 - TOBS scorings- og handlingsalgoritme
- Bilag 18 - TOBS auditskema
- Bilag 19 - Instruks for sygeplejefaglig udredning
- Bilag 20 - Skabelon til kontakt til praktiserende læge

Bilag 1 - Guide til fodspor

Guide til "I patientens fodspor" i projekt Sikker Sammenhæng.

Når en borger skal indlægges fra et rehabiliteringscenter til Bispebjerg Hospital og der er vurderet, at personale fra rehabiliteringscenteret kan følge med, kontaktes projektleder fra BBH, Anne-Mette Andgren. Anne-Mette ringer til den afdeling hvor patienten skal indlægges og forespørger om der er ressourcer til at personalet kan afhente borgeren på Rehabiliteringscenteret. Hvis dette er tilfældet indhentes borgerens accept og personalet fra hospitalet tager til rehabiliteringscenteret. Hvis hospitalet ikke kan afse ressourcer, ringer Anne-Mette til rehabiliteringscenteret og aflyser fodsporet. Fodsporet må aldrig foregå med en borger der skal med en kørsel 1 (udrykning). Fodsporet afsluttes når borgeren er modtaget og den første dokumentation er foretaget.

Når en patient skal udskrives fra BBH til et rehabiliteringscenter, indhenter projektleder fra Københavns Kommune Tana Bredesen, et navn fra pladsanvisningen. Tana kontakter afdelingen hvor patienten er indlagt og afklarer om de har ressourcer til at kunne følge patienten, transportform og tidspunkt. Derefter kontaktes rehabiliteringscenteret og forespørger, om de har ressourcer til at følge borgeren. Hvis dette er tilfældet, kontaktes sengeafdelingen igen og bedes om, at indhente borgeraccept. Hvis borgeren accepterer, skal afdelingen kontakte rehabiliteringscenteret og bekræfter aftalen. Fodsporet afsluttes når borgeren er modtaget og medicinen er afstemt.

I begge tilfælde, skal borgerens accept dokumenteres i journalen. Dagen efter vil borgerne/patienten blive kontaktet af enten, projektleder eller afdelingsleder med henblik på tilfredshed på overgangen.

Projektleder på hospitalet kan kontaktes på telefonnummer _____

Projektleder i kommunen kan kontaktes på telefonnummer _____

Nedenstående skema bedes udfyldt

MedCom standard afsendt	Dato	
Indlagt (ILR)		
Manuel – indlæggelsesrapport (M-ILR)		
Afsendt plejeforløbsplan (PFP)		
Udskrivningsrapport (USR)		
Melding om færdigbehandling (MOF)		
Udleveret	Ja	Nej
Printet udskrivningsrapport		
Printet medicinliste (FMK)		
Printet epikrise		
Dosseret medicin til 3 dage		

Bilag 2 - Brugerundersøgelse

Projekt Sikker Sammenhæng – Borgeroplevelset kvalitet

Praktisk gennemførelse

Dagen efter ankomst fra hospital til rehabiliteringscenter tilbydes alle borgere at besvare fem spørgsmål vedrørende udskrivelsen.

På rehabiliteringscentrene kan borgeren vælge selv at besvare direkte på tablet, få hjælp af pårørende eller af personalet. Besvarelsenerne registreres i SurveyXact.

På Bispebjerg Hospital, medicinsk modtage-afd. tilbyder projektleder eller følge-hjem sygeplejerske borgere indlagt fra et rehabiliteringscenter at besvare fire spørgsmål vedrørende indlæggelsen. Projektleder/følge-hjem sygeplejerske lægger efterfølgende besvarelsenerne ind i surveyXact.

Spørgeskemaerne er successivt taget i brug i juli/august 2017 og anvendt t.o.m. november 2018.

Information til borgeren

Dette spørgeskema handler om din oplevelse af din udskrivelse fra hospitalet og ankomsten til rehabiliteringscentret.

Undersøgelsen er en del af et samarbejdsprojekt mellem Københavns Kommune og Bispebjerg Hospital.

Der er 5 spørgsmål, og det tager ca. 5 minutter at udfylde spørgeskemaet.

Du kan kun se ét spørgsmål ad gangen. Når du har besvaret ét spørgsmål, skal du trykke på "næste"-knappen nederst til højre, for at komme videre til næste spørgsmål.

Du kan selv udfylde spørgeskemaet, men er også meget velkommen til at få en pårørende eller personalet til at hjælpe dig.

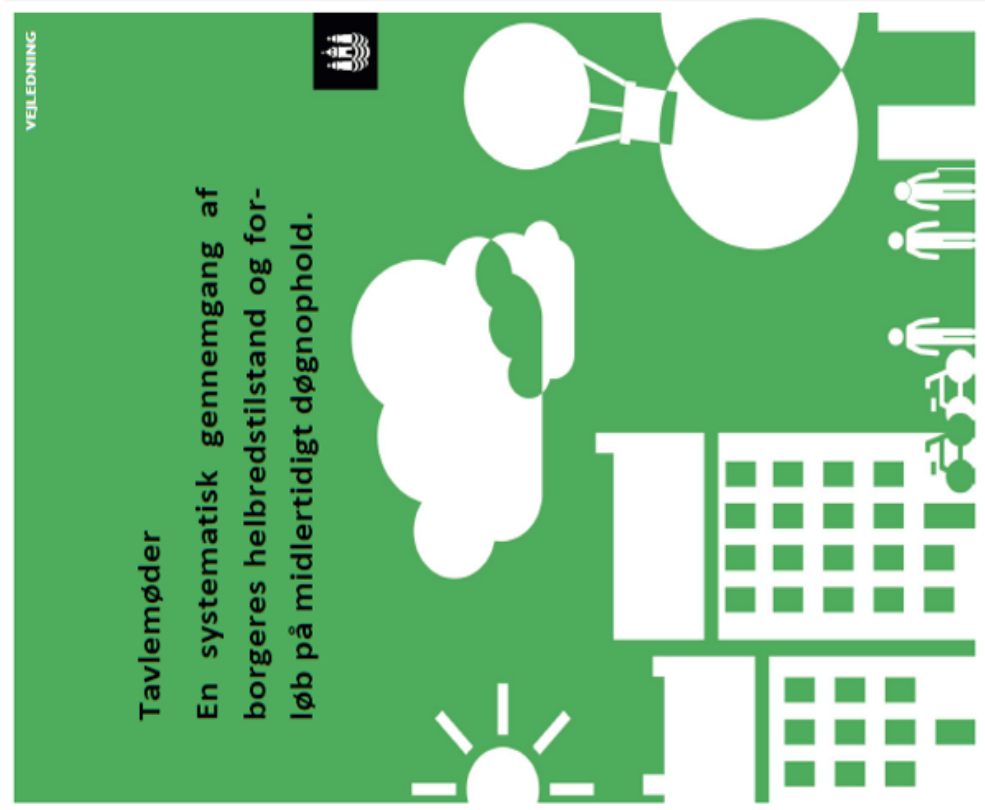
Spørgsmål vedrørende udskrivelse

- Var du med til at beslutte, at du skulle på et midlertidigt døgnophold / rehabiliteringscenter?
- Var du tryk under transporten fra hospitalet hertil?
- Er du blevet informeret om, hvad der skal ske de første dage af dit ophold?
- Har du talt med nogen om, hvad der skete under indlæggelsen på hospitalet?
- Har du indtryk af, at medarbejderne her på stedet ved, hvad der skete under din indlæggelse på hospitalet?

Spørgsmål vedrørende indlæggelse

- Var du med til at beslutte, at du skulle indlægges?
- Var du tryk under transporten hertil?
- Blev du ved ankomst hertil informeret om, hvad du skulle undersøges for?
- Har du indtryk af, at lægerne og sygeplejerskerne her på stedet ved, hvad der førte til din indlæggelse?

Bilag 3 - Vejledning til systematisk gennemgang af borgeres helbredstilstand



Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgeres helbredstilstand og løb på Midlertidigt døgnophold

- Indledning..... 3
- Hvem skal kende vejledningen..... 3
- Hvad handler vejledningen om?..... 3
- Hvad er et tavlemøde?..... 3
- Formålet med tavlemøder?..... 3
- Hvad betyder tavlemøder for os?..... 3
- Indhold på tavlemødet – sådan indrettes i tavlen..... 4
- Sådan ser tavlen ud..... 4
- Målgroupe..... 4
- Faggrupper der deltager i tavlemødet..... 4
- Ansvars- og rollefordeling mellem leder og medarbejdere..... 4
- Tavlemødeleders kvalifikationer..... 4
- Tavlemødelederens ansvar ved tavlemødet er..... 5
- Deltagerens ansvar ved tavlemødet er..... 5
- Lederens ansvar ved tavlemødet er..... 5
- Forberedelse til tavlemødet..... 6
- Rammer og organisering..... 6
- Tidspunkt for afholdelsen af tavlemødet..... 6
- Mødeleder skaber strukturen..... 6
- Hjft tempo på mødet..... 6
- Start til tiden..... 6
- Slut til tiden..... 6
- Uden afbrydelser..... 6
- Tjekkort ved tavlemøde..... 7
- Implementering – handlesvejning..... 8

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på midlertidigt døgnophold

Indledning

Hvem skal kende vejledningen?

Vejledningen henviser sig til ledere og medarbejdere, der anvender tavlemøder på midlertidigt døgnophold.

Hvad handler vejledningen om?

Vejledningen beskriver formålet med at anvende tavlemøder som redskab til en systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på midlertidigt døgnophold. Hvordan rammerne skabes omkring tavlemøderne, samt hvilke roller og opgaver deltagerne har i forhold med et tavlemøde. Slutteligt præsenteres en implementerings- og fastholdelsesplan for tavlemøder

Hvad er et tavlemøde?

Tavlemødet er et redskab til at sikre en systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på midlertidigt døgnophold. Det er et kort møde på 15 minutter, som afholdes dagligt på et fast tidspunkt. Medarbejderne mødes omkring en tavle for at gøre status på borgernes forløb og helbredstilstand inden for de forudgående 24 timer og de næste 24 timer planlægges.

Formålet med tavlemøder

Tavlemødet tager udgangspunkt i at skabe systematik, styring og flow i borgerens forløb.

Formålet med et tavlemøde er:

- at identificere problematikker hos borgeren
- at skabe overblik og fremdrift i borgerens forløb
- at skabe synlighed over opgaver og ansvar
- at styrke samarbejdet omkring borgeren
- at styrke faglige refleksion, sparring og kompetencer
- at øge borgersikkerheden

Hvad betyder tavlemøder i hverdagen?

Tavlemødet er et styringsredskab, som i anvender til at koordinere og prioritere borgernes behov, aldelingsressourcer og kompetencer. Tavlen visualiserer målet for borgernes rehabiliteringsforløb, hvor langt der er til målet med henblik på at sikre, at i alle arbejder mod et fælles mål. Erfaringen viser, at det giver en større borgersikkerhed, forebygger indlæggelser, skaber effektive og veltitretlagte rehabiliteringsforløb, når alle dagligt er opdaterede på borgernes forløb.

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på midlertidigt døgnophold

Indhold på tavlemødet

I anvender en tavle som oversigt og styringsredskab for mødet. Indholdet i tavlemødet består af en dagsorden med de punkter, som skal gennemgås og sikre, at i holder dialogen på sporet og fokuserer på de områder, der kræver opfølgning.

Sådan ser tavlen ud

Stue nr.	Navn	Dato / Flow	Tværsfagligt team	Diagnoser	Indsatsområder	Aftaler	Plan/Mål
	Borgers navn	Dato for: Ankomst Statusamtaler konferencer Udskrivelse	Det team eller personer fra hver faggruppe (navn) der er fast tilknyttet borgeren	Diagnoser og tilstande, som beskrevet under helbredstilstande i Cura	Kort beskrivelse af indsatsområder/ ydelser der er tildekket borgeren	Aftaler ud af huset f.eks. hospitalet, hjem eller talsafale hjemmebesøg	F.eks. Plejebolig, eget hjem eller tværfaglige mål for borgeren

Tavlen er bygget op i felter, hvor overskrifterne er sammenlignelige med overskrifterne i Cura og visualiserer det, som i taler om på mødet. I opdaterer tavlen både under og mellem møderne, så den altid afspejler det, i taler om på mødet.

Målgruppe

De deltagende faggrupper bidrager med deres faglige viden, og tavlemødet prioriteres ligeledes med dagens øvrige opgaver.

Faggrupper der deltager i tavlemødet

- Sygeplejerske
- Social- og sundhedsassistent
- Social- og sundhedshjælper
- Fysioterapeut
- Ergoterapeut
- Diætist
- Pædagog
- Afdelingsleder/teamleder

Ansvars- og rollefordeling mellem leder og medarbejdere

Det er væsentligt, at der er en tavlemødeleder til at styre mødet. Mødelederen er den medarbejder, der uafhængigt af faggruppe bedst sikrer et struktureret møde. Systemet er robust, når der er flere personer, der kan varetage rollen som tavlemødeleder.

Tavlemødet har større effekt, når der er ledelsesmæssig tilstedeværelse og opbakning i beslutningsprocesserne ved tavlemøderne, uden at det nødvendigvis er lederen, som leder tavlemøderne.

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på Midlertidigt døgnavhold

Tavlemødelæders kvalifikationer

- have mødet til at styre et tavlemøde
- have en systematisk tilgang
- have et personligt engagement, som virker motiverende på deltagerne
- være klar og tydelig i kommunikationen
- være faglig dygtig indenfor sit område
- skabe ro i rummet

Tavlemødelæders ansvar ved tavlemødet er

- at være ordstyrer
- at sørge for at mødet starter og slutter til tiden
- at spørge ind til borgernes situation og status (se nedenstående Talekort)
- at sikre at planen for borgeren er synlig og relevant
- at fastsætte dato på deadlines
- at være ansvarlig for at samle op og sikre at der er taget /eller tages beslutninger
- at uddelgere opgaver
- at opdatere tavlen løbende under mødet
- at skabe flow og struktur på mødet
- at frasortere diskussioner som ikke hører til på tavlemødet

Deltagernes ansvar ved tavlemødet er

- at være forberedt (se nedenstående Forberedelse til tavlemødet)
- at være aktive og bidrage med viden i drøftelsen af borgeren
- at bidrage til højt tempo og energi i tavlemødet
- at bidrage til læring og tværfaglig feedback
- at være anerkendende over for alle faggrupper

Leders ansvar ved tavlemødet er

- at være deltagende i afdelings beslutninger og udfordringer omkring borgernes forløb
- at skabe overblik og indblik i afdelingens aktuelle opgaver og arbejdsbelastning
- at bakke op om en konstruktiv dialog
- at sikre udbytte for alle deltagende faggrupper
- at fælle løbende og systematisk op og evaluere tavlemødet.

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på Midlertidigt døgnavhold

Forberedelse til tavlemødet

Dialogen på tavlemødet er det bærende, det er derfor afgørende, at alle er velforberedte på egne borgere. Forberedelsen består i at være opdateret på borgernes:

- situation inden for de sidste 24 timer
- indsatsområder/tydelser
- medicin (hvis det er relevant for fagområdet)
- værdimålinger og eventuelle handleplaner
- aftaler, plan og mål

Rammer og organisering

Tidspunkt for afholdelse af tavlemødet

Et fast mødetidspunkt er et værn mod den ofte travle dagligdag og sikrer jer, at møderne gennemføres. Et kendetegn ved tavlemøder er, at de afholdes indenfor den fastsatte tid. Vælg et tidspunkt, hvor flest mulige medarbejdere og repræsentanter for faggrupper kan samles. Afprøvninger viser, at det afgørende er, at der *får* tavlemødet er tid til at følge op fra forrige døgn, orientere sig i omsorgssystem og tilse borgeren. *Efter* tavlemødet er det vigtigt, at medarbejderne har mulighed for at kopiere, følge op på opgaver og dokumentere fra tavlemødet.

Mødelæder skaber strukturen

Mødelæderen nævner efter tur borgernes navn og tildejer dermed ordet til de ansvarlige medarbejdere. Øvrige deltagere byder ind med sparring, input eller tilbyder at hjælpe eller tage en opgave ved behov.

Højt tempo på mødet

Stående deltagelse giver bedre flow og energi på mødet. Ved at holde mødet stående er deltagerne mere klar til at byde ind undervæjs og tage ordet, når det er deres tur. På tavlemødet er drøftelsen kort og præcis. Problemløsninger og længere diskussioner tages uden for tavlemødet.

Start til tiden

Døren lukkes, når tavlemødet begynder. Tavlen gennemgås med størst fokus på de komplicerede borgere/forløb.

Slut til tiden

Mødet afsluttes i vidt muligt omfang til tiden (max. 15 minutter), dog ikke før alle borgere er gennemgået.

Uden afbrydelser

For at skabe størst mulig ro under mødet, er det en god ide at aftale, hvem der besvarer telefoner og klokker.

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på Midlertidigt døgnehold

Talekort ved tavlemøde

Mødelederen benytter talekortet som skabelon til at spørge ind til borgernes forløb og helbredstilstand uredsigt alt efter, hvor borgeren er i sit forløb.

Talekort ved gennemgang af borgere på tavlemødet

- Før ankomst**
- Hvem modtager borgeren?
 - Er der oplysninger om borgeren?
 - Kender vi borgerens sygdomshistorie?
- Ankomst**
- Dato og tidspunkt for forventnings samtale (indenfor 1 hverdags), og hvem deltager?
 - Præsentation af borgeren i forhold til ISBAR
 - I – Identifikation: Borgerens navn og stue
 - S – Borgerens situation, hvad er aktuelt for borgeren
 - B – Beskriv baggrund for opholdet
 - A – Kort analyse af borgerens situation
 - R – Hvad observeres / evalueres
 - Sygeplejefaglig vurdering indenfor 24/48 timer efter ankomst
 - Synliggøre faglige mål for opholdet
 - Fastbæret forventet udskrivelsesdato

Daglig gennemgang

- Flow: Er der fremdrift i borgerens forløb?
- Er planen aktuell?
- Ændringer i borgerens helbredstilstand, herunder de 12 problemområder
- Dato og tidspunkt for status samtale/hverdaglig konference
- Status på faglige mål/udskrivningsbetinget mål

Udskrivelse

- Dato og tidspunkt for udskrivelses samtale
- Observation PA- MTO
- Medicin
- Sygepleje/hjemmehjælp/visitation
- Træning/hjælpemidler

Ved indlæggelse

- Observation "borger kørt på hospital"
- MLR (manuel indlæggelsesrapport) senest 8 timer efter indlæggelsesadvis. Ved indlæggelse i nat-tesvagt senest kl. 10 næste dag
- Opfølgning på planen for borgeren / stuen frigives?

Tavlemøder En systematisk gennemgang af borgernes helbredstilstand og forløb på Midlertidigt døgnehold

Implementering – handleanvisning

Nedenstående boks illustrerer fase med implementering af tavlemøder.

Forberedelse	Beslut at i arbejder med tavlemøder	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Det besluttes hvilke faggrupper, der deltager ✓ Hvem er tovholdere for implementering og fastholdelse af tavlemøder? ✓ Informationsmøde til hele afdelingen ✓ Lederen af rehabiliteringscenteret formidler formålet med tavlemødet og planen for etableringen af tavlemødet
	Praktisk	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Indret tavlen ✓ Fastbæret tidspunkt for tavlemøde ✓ Synliggør og informer om rammer for tavlemødet ✓ Synliggør roller ved tavlemødet ✓ Gør Talekort tilgængeligt - kan hænges ved siden af tavlen. ✓ Hvem tildeles mødeledersrollen (mellem 3-5 personer)
	Opklaring	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Opklaring til varetagelse af mødeledersrollen ✓ Opklaring af deltagerens roller på tavlemødet
Evaluering	Gennemfør mødet	
	Løbende opfølgning og tilpasning	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hvem i afdelingen har ansvaret for opfølgning af tavlemødet ✓ Af tale næste dato for opfølgning ✓ Feedback på mødeledersrolle ✓ Feedback på deltagerrolle ✓ Feedback på ledersrolle

I følger dagligt op på tavlemødet i to uger efter implementeringen. På den måde sikrer I, at rammerne følges, og implementeringen af tavlemødet bliver tilpasset jeres hverdag. Herefter vil der løbende være behov for, at I følger op på tavlemøderne med jævne mellemrum. Når tavlemødet er godt implementeret i afdelingen, vil det være relevant, at I evaluerer hver tredje måned.

Det er vigtigt, at medarbejderne involveres tidligt i processen og kender til formålet med tavlemøder. Derudover er det vigtigt, at I konkret holder fast i at holde tavlemødet dagligt, og at I overholder rammerne for tavlemødet.

Bilag 4 - Udskrivelsestjekliste K3 og De fem bud PFP og USR – K3)



UDSKRIVELSE – PFP – USR - FÆRDIGMELDING

TJEKLISTE FOR DE NYE SYGEPLEJERSKER

1. **Udskrivelses planlægning** (starter ved indlæggelse på afd.; tavle opdatering; ensartet dokumentation om udskr.planer i SP- FYI/Kommunikation- info om behov om hj.hj., tidl. problemer i hjemmet)
2. **Korrespondance** - mulighed for at se, om pt. får hj.hj., og hvilke ydelser
3. **Kommunikationsaftale**
4. **Regler for afsendelse af PFP** (hurtigst muligt, hvis der er behov for yderligere koordinering og hvis det er tvivlsomt, om pt.kan blive udskrevet hjem; og ellers inden kl.13 dagen før udskrivelsen) og **USR** (på udskrivelses dag inden pt. går hjem) **OBS!** USR til ptt., indlagte under 48 timer
5. **Praktisk** – PFP og USR søgeord i vurderings skema i SP, praktisk øvelse i at udfylde PFP og USR
6. **Vejledninger og eksempler** (mappe på kontor)
7. **Yderligere koordinering** – hvad bruges den til
8. **Forventet udskrivelse dato** – udfyldes kun, hvis den sikker, og ellers hvis yderligere koordinering bruges – ingen dato, men kommentar felt skal udfyldes
9. **Færdigmelding** - spl.ansvar, og ikke LÆGE/SEKRETÆR!!!! hvad betyder det, hvornår det anvendes, og hvordan vi gør det i SP
10. **Hvilke kommunale tilbud** er der; f.eks. bosted er også et kommunale tilbud, så derfor ingen mulighed for reab. **VIGTIGT**- vi kan ikke rekvirere et midlertidigt ophold, men vi kan udfylde en god, beskrivende PFP med gode argumenter, så kan pt. få tilbudt det rigtige af kommunen.
11. **Samordningskonsulent** – hvad kan de hjælpe os med? De komplekse udskrivelser
12. **Forebyggelse** – speciale relaterede tiltag – f.eks. ascites, laxantia, obstipation og coma forebyggelse i USR
13. **Funktions vurdering** – skal opdateres, hver gang vi sender en ny PFP eller USR

Zivile Varankaite. Afd. K3, Bispebjerg og Frederiksberg Hospital 2018

De 5 bud om PFP

1. Skal sendes en hverdag før udskrivelsen **inden kl. 13!**
2. Fokuser på objektive vurderinger → anmod **aldrig om rehab.** Det er kommunen, der vurderer dette!
3. Lav **altid** funktionsvurdering og skriv den score, der gives i kommentarfelt!
4. Skriv **aldrig** en aftalt udskrivningsdato!
5. PFP sendes med **yderligere koordinering**, hvis der opdages et ændret behov for hjælp i hjemmet!

De 5 bud om USR

1. Tænk **specialet** ind i USR → F.eks. råd til forebyggelse af levercoma!
2. USR skal **altid** sendes, hvis pt har kontakt til kommunen!
3. Skriv planer for opfølgning i **"Fremtidige planer"**!
4. Skal sendes **inden** pt forlader afdeling → husk den skal printes, gives med og gennemgås med pt!
5. Hvis pt går efter kl. 13, så **ring altid til kommunen!**

♥ Ved behov for hjælp til PFP & USR → tag fat i nøglepersoner!

Bilag 5 - Guide til udfyldning af PFP N26



Guide til udfyldning af PFP

Inden du udfylder en PFP

- Læs notater fra fys+ergo.
 - Hvordan vurderer de pt? (Forflytning, ADL, rehabpotentiale, kognitivt)
- Læs notat (AOP) fra læge.
 - Hvorfor er pt blevet indlagt?
 - Hvorfor ligger pt aktuelt på N26?
 - Hvad er pt's hjemmesituation? (kan også findes i notat fra ergo/fys)
- Undersøg om pt er kendt af hjemmeplejen. (Indes under indlæggelsesrapport i navigatører under korrespondancer)
 - Hvilken hjælp har pt i forvejen?
 - Hvilken hjælp har pt yderligere behov for?

Sådan åbner du en PFP

- Dobbebskik på den aktuelle patient.
- Åben vurderingskemaer og vælg fanebladet "plejeforløbsplan"

(Denne kan søges frem i højre side, hvis den ikke er lagt fast ind)

Sådan udfylder du en PFP

- Start fra toppen. ALLE kolonner skal gennemgås. (Indgå at udfylde punktet offtalt udskrivelse)
 - Udfyld relevante kolonner
- Eller
- Tjek om senest gemte information er relevant. (Er informationen ikke længere relevant, kan dette slettes ved blot at sætte et punktum i stedet. Er dette ikke muligt, så tilføj en kommentar hvor der står, at info ikke længere er relevant. OBS: det er vigtigt at vi ikke sender gammel/misvisende information ud til kommunen)

Sådan åbner du funktionsevnevurderingen

(Der skal altid udfyldes en funktionsevnevurdering, hvis der anmodes om yderligere koordinering/øget hjælp.)

- Klik "relevant" i kolonnen i funktionsevnevurderingen.
- Udfyld den funktionsevnevurdering der foldes ud jf. guiden i højre side af SP.
- Tilføj en uddybende/forklarende kommentar, hvis pt scorer let (1) eller derover. (Hvis der mangler plads til den uddybende kommentar, kan funktionsevnevurderingen udfyldes under navigatører → fanebladet indlæg → vurderingsområder → funktionsevnevurdering. Her er mere plads til frit tekst i kommentarfeltet)

OBS: PFP'en kan ikke sendes uden enten en dato eller en kommentar i "forventet udskrivning" under navigatører.

Bilag 6 - Forstuegangsmøde på Q31

Forstuegangsmøde på Q31 kl. 9.9.15 i teamets lægekantor mellem læge, sygeplejerske og terapeut

Kort gennemgang af patienter i teamet

- nyt fra vagten
- sygeplejeobservationer
- kort nyt fra lægen
- afventende undersøgelser el.lign.
- terapeut tilføjelser

Prioritering af dagens stuegang

- akutte/ustabile patienter
- dagens udskrivelser
- udskrivelser til efterfølgende da
- generel stuegang

Aftal om der er patienter hvor sygeplejersken skal deltage til stuegang

Læge og sygeplejerske samler op inden kl. 12 (særlig med fokus med udskrivelser dagen efter)

Bilag 7 - Tjekliste til indlæggelse på hospital

Tjekliste ved indlæggelse på hospital (M-ILR)

- Opret observationen 'Borger kørt til hospital'

Indhold:

- Årsag til den aktuelle indlæggelse fx forudgående sygdomsforløb - hændelser og handlinger op til indlæggelsen samt målte værdier.
- Oplysninger som hospitalet typisk efterspørger, kan borgeren:
 - gøre sig forstået/kan borgeren forstå?
 - Tygge/synke?
 - Stå og forflytte sig?
- Medicin: Supplerende oplysninger om aktuel medicin, fx om medicinindtagelsen eller medicin efter skema.
 - Seneste depotmediceringivning (fx smertepaster)
 - Seneste PN medicin
- Andet: Hjælpemidler, fast vagt, BS-måling/hyppighed, hvad kan skabe tryghed ved utryghed
- Er pårørende informeret?
- Gå til Funktionsevnetilstande og helbredstilstande og se om de er retvisende, ellers skal den relevante tilstand opdateres.
- Rehabiliteringscenter: Opret observation 'Indlæggelse fra midlertidigt døgnophold' og læg opgave til pladsanvisningen
- Når indlæggelsesadvis (ILA) er modtaget – opret M-ILR
- Kopiér teksten fra observationen 'Borger kørt til hospital' til den manuelle indlæggelsesrapport i relevante felter.
- Tilføj eventuelle manglende information og send M-ILR

Bilag 8 - Arbejdsgangshåndtering af medicin ved indlæggelse og udskrivelse fra hospital

<p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Medicinytninger som du skal følge i den manuelle indlæggelsesrapport</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oplysninger om næste administration af fx smertepåst, AK-behandling samt lokale ordinationer, som endnu ikke er ordineret i FMK • Oplysninger om risikomedicin, fx at borgeren er i AK-behandling • Årsager, der har betydning for indlæggelsen. <p>Modtagelse af FMK-ændringer mens borgeren er indlagt</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • For at undgå, at FMK-ændringer forstyrrer på listen over FMK-ordinationer i 'Mit overblik' skal du godkende ændringen i borgers FMK, ved at trykke 'Godkend' • Du skal ikke overføre ændringen fra FMK til LMK, fordi: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Du har ikke ansvaret for medicinhåndteringen, så længe borgeren er indlagt ◦ Så længe du ikke overfører ændringen fra FMK til LMK, kan du efter udskrivelsen se alle eventuelle ændringer i FMK, der er foretaget under indlæggelsen. ◦ Ændringerne kan ses under overkriftene i FMK-billedet - fx 'Nye ordinationer', eller 'Ændrede FMK-ordinationer'. 	<p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medgivet medicin, der følger med den indsendte aftale: <ul style="list-style-type: none"> ◦ Er patientens udskrivelse planlagt til før kl. 12:00, medgives medicin til udskrivelsesdagen og følgende hverdag ◦ Er patientens udskrivelse planlagt til efter kl. 12:00, medgives medicin til udskrivelsesdagen og de to følgende hverdage. <p>OBS lægning, sætning og hængsling lægges ikke som hverdage</p> <p>Håndtering af medicin medsendt fra hospitalet</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontroller, at borgeren har fået medsendt dispenseret medicin i henhold til overstående aftale, samt at der medfølger en medicinliste for den dispenserede medicin. • Medicinlisten i forbindelse med at der ydes 'Støtte til indlæggelse af medicin' <p>Faglig ansvarlig: Mette Nordholt E-mail: m22@rzd.dk Telefon: 25 20 31 29 Afdeling: Afdeling for de nære sundhedsvesen Center: Center for sundhed</p> <p>Operatør: 30.05.2018 Operatør: 23.11.2018 Udvalds nr.: 23.11.2018 Version: 2.0 F-til: 2017-009600-30</p> <p style="text-align: right;">Side 1</p>
---	---

<p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Indhold</p> <p>Hvem skal kende instruksen?..... 1</p> <p>Hvorfor skal du kende denne instruks?..... 1</p> <p>Hvad skal du gøre?..... 1</p> <p>I forbindelse med indlæggelse..... 1</p> <p>I forbindelse med udskrivelse..... 2</p> <p>Hvad skal du også vide?..... 5</p> <p>Hvis du vil vide mere?..... 5</p> <p>Hvem skal kende instruksen?</p> <p>Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter som håndterer borgers medicin ifm. en indlæggelse eller efter en udskrivelse, i borgers hjem, i sygeplejeklinik, på plejehjem og rehabiliteringscenter, samt dens leder.</p> <p>Hvorfor skal du kende denne instruks?</p> <p>Ved at følge denne instruks undværges du i at sikre, at medicin ifm. indlæggelsen og udskrivelsen kan foregå sikker og systematisk.</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <p>I forbindelse med indlæggelse</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <p>Medicin i forbindelse med indlæggelse:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du skal ikke medgive udprintede medicinytninger, når borgeren bliver indlagt. <ul style="list-style-type: none"> ◦ Hvis du oplever problemer med ambulanspersonalet, der ikke kan forstå, at de ikke kan få en medicinliste udleveret, skal du sende en besked til Supporten, samt ringe til Supporten, som derefter retter derefter henvendelse til Afdeling for det nære sundhedsvesen. ◦ Hvis ambulanspersonalet har behov for medicinytninger i forbindelse med transporten, skal de kontakte AMK (Akut Medicinsk Koordination) som kan oplyse borgerens medicin. • Når borgeren specialmedicin som kan være svært at aflevere til et fat på, fx medicin mod HIV, skal denne sendes med på hospitalet. <p>Faglig ansvarlig: Mette Nordholt E-mail: m22@rzd.dk Telefon: 25 20 31 29 Afdeling: Afdeling for de nære sundhedsvesen Center: Center for sundhed</p> <p>Operatør: 30.05.2018 Operatør: 23.11.2018 Udvalds nr.: 23.11.2018 Version: 2.0 F-til: 2017-009600-30</p> <p style="text-align: right;">Side 1</p>	<p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Håndtering af medicin, når borgeren indlægges/udskrives fra hospitalet</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Du skal ikke ansvaret for medicinhåndteringen, så længe borgeren er indlagt • Så længe du ikke overfører ændringen fra FMK til LMK, kan du efter udskrivelsen se alle eventuelle ændringer i FMK, der er foretaget under indlæggelsen. • Ændringerne kan ses under overkriftene i FMK-billedet - fx 'Nye ordinationer', eller 'Ændrede FMK-ordinationer'. <p>OBS lægning, sætning og hængsling lægges ikke som hverdage</p> <p>Håndtering af medicin medsendt fra hospitalet</p> <p>Hvad skal du gøre?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontroller, at borgeren har fået medsendt dispenseret medicin i henhold til overstående aftale, samt at der medfølger en medicinliste for den dispenserede medicin. • Medicinlisten i forbindelse med at der ydes 'Støtte til indlæggelse af medicin' <p>Faglig ansvarlig: Mette Nordholt E-mail: m22@rzd.dk Telefon: 25 20 31 29 Afdeling: Afdeling for de nære sundhedsvesen Center: Center for sundhed</p> <p>Operatør: 30.05.2018 Operatør: 23.11.2018 Udvalds nr.: 23.11.2018 Version: 2.0 F-til: 2017-009600-30</p> <p style="text-align: right;">Side 1</p>
--	---

- Dokumenter i generelle medicophønlister, at kortet har status 'Udbetret uden afjurling', da der ikke var medicinhændlinger under indlæggelsen.
 - Husk at fjerne teksten fra generelle medicophønlister, når kortet igen er afjurlert.
- Er der kommet medicinhændlinger under indlæggelsen, skal du følge nedenstående trin for at få FMK afjurlert:
- Kontakt den hospitalafdeling, borger er udbetret fra, og bed om afjurling kortet. Du finder afdelingens tlf.nr. i udbetlingsrapporten i kortet 'Sygehus/Hjemmepleje' under aktens kommunikation.
 - Hvis hospitalafdelingen ikke kan hjælpe – kontakt de supporten, som retter henvendelse til Afdeling for det nære samarbejdsnet, som dækker vil rette henvendelse til Regionens.
 - Dokumenter i generelle medicophønlister, at kortet har status 'Udbetret uden afjurling', da hospitalet ikke har afjurlert kortet, på trods af henvendelse fra enheden.
 - Husk at fjerne teksten fra generelle medicophønlister, når kortet igen er afjurlert.
 - Opret en UTM med hospitalafdelingen som hændelsested.

Overførsel af oplysninger fra FMK til LMK, hvis kommunen skal varetage opgaver iht. medicinbehandling

- Hvad skal du gøre?**
- Overfør FN-medicin fra FMK til LMK
 - Overfør medicin der skal administreres, fx insulin, inhalationer, dråber, fra FMK til LMK
 - Tryk derefter 'Godkend'
 - Når den dispenserede medicin fra hospitalet er opløst, overlægger kommunen dispenseringen, hvis dette er aftalt med borger. Se medicininstraks 5
 - Overfør først medicin til dispensarske fra FMK til LMK, i forbindelse med den første medicindispensering. Hvis det overføres før dispenseringen, lægger sædvanlige preparater og forsket under kortet 'Fast administration'

Arbejdsgang i forbindelse med gennemgang / overførsel mellem FMK/LMK


- Hvad skal du gøre?**
- Hvis du finder fejl i medicinkortet, som kræver kontakt til udbetrende enhed, skal du søge for at have gennemgået alt medicin, før du tager kontakt til udbetrende enhed.
 - Da dette minimerer antallet af uretvedtagne oplysninger

Ansvar iht. udbetaling af recepter på medicin i forbindelse med udskrivelsen

- Hvad skal du gøre?**
- Hospitalet har ansvar for, at der ligger recepter på medicin, da det er ordineret.
 - Før du kontakter hospitalets Iht. recepter, skal du følge nedenstående punkter i Cure:

Regler ansvarlig: Maria Nordholt
E-mail: m.n@region.dk
Telefon: 25 30 31 19
Afdeling: Afdeling for det nære samarbejdsnet
Center: Center for sundhed

Opdateret: 30.05.2018
Opdateret af: 23.11.2018
Udvalgt af: 23.11.2018
Version: 2.0
E-Proc: 2017-009630-30



- Sammenblanding mellem FMK og medianset medicinliste**
- Den dispenserede medicin fra hospitalet, stemmer overens ikke altid overens med det der står i FMK, da hospitalet substituere de præparater, de trækker ned i Sundhedsoplysningsformlen.
 - Det betyder, at dispenseringen i løselagskærne, som sendes med borgeren hjem, ikke altid stemmer overens med FMK.

Hvad skal du gøre, når borgeren kommer hjem fra hospitalet og medicinliste og dispenseret medicin ikke stemmer overens?

- Hvad skal du gøre?**
- Bed først en kollega om at gennemgå medicinliste og de dispenserede antal tabletter sammen med dig.
 - Hvis i ikke har modtaget en medicinliste fra hospitalet, skal i oprette en UTM med hospitalafdelingen som hændelsested.
 - I tilfælde af, at der ikke er medsendt en medicinliste, skal sygeplejersken tilkaldes, med henblik på at tage kontakt til udbetrende afdeling, som skal sende en medicinliste
 - Hvis der er uoverensstemmelse mellem medicinlisten og den dispenserede medicin kontaktes den udbetrende afdeling, som må rette fejlen. I nogle tilfælde skal afdeling sende et nyt medicinkærne samt ny doseret medicin.
 - Kun hospitalet ikke være behjælpelig, må sygeplejersken overføre alle ordinationer fra FMK til LMK og udføre en dispensering af borgerens medicin.


FMK har status 'Udbetret uden afjurling'

- Hvad skal du gøre?**
- Start med at sikre, at FMK er opdateret. Gå ind i FMK og tryk fingeren ned over skærmen, og vent til hjertet er væk.
 - FMK skal være aktiveret af en hospitallæge senest 2 timer efter udskrivelse
- Er status derefter stadig 'Udbetret uden afjurling', skal du følge nedenstående procedure:

- Kontrollér om der er kommet ændringer i FMK under indlæggelsen. Kontrollér ved at gå ind i FMK i Cure for at se om der er ændringer. Det kan du se ved, at der ligger ordinationer, ændringer eller seponeringer, der ikke er håndteret.
- Er der ikke foretaget medicinhændlinger under indlæggelsesforløbet, må hospitalet gerne udbetle borgeren med status 'Udbetret uden afjurling'. Kortet bliver ved med at have status 'Udbetret uden afjurling', indtil en evt. ny indlæggelse, hvor hospitalet udbetler af afjurlert kortet, eller hvis en praktiserende læge afjurler kortet.

Regler ansvarlig: Maria Nordholt
E-mail: m.n@region.dk
Telefon: 25 30 31 19
Afdeling: Afdeling for det nære samarbejdsnet
Center: Center for sundhed

Opdateret: 30.05.2018
Opdateret af: 23.11.2018
Udvalgt af: 23.11.2018
Version: 2.0
E-Proc: 2017-009630-30



Udlevering af medicin, når borgeren indlægger/udskrives fra hospital

- Gå ind i FMK via trepunktsmenuen
- Gå ind i indlægerskuren – oversigten "receptfornyelse/gensubstivering". Her kan du få et overblik over ordinationer og recepter. Hvis der findes en åben recept, så ses dette under "nye". Status kan være "åben" eller "deklar dispenseret"...
- Lid for hvert præparat er det et informationstegn, hvor du kan se FMK medicoordinationsdetaljer og få mere information om recepterne. Her kan du se, hvem der har oprettet recepten, samt hvornår den er udstedt. De nyeste recepter ligger nederst i rækken.
- Egen læge har ansvaret for at udstede recepter på den øvrige medicin
- Hvis en specialpraktiserende læge har ordineret specialmedicin, er det speciallægens ansvar at udstede recepter på medicinen. Se medicinstruktura 2
- Det er en forudsætning for gensubstivering af medicin, at oplysningerne om apotek er korrekt udfyldt i "Standard" i kortet "Om borgeren" i feltet "Foretrukket apotek".
- For sortering og opbevaring af medicin se medicinstruktura 0 og 4.

Første dispensering efter en udskrivelse

Hvad skal du gøre?

- Første gang du dispenserer medicin hos borgeren efter en udskrivelse, skal du åbne FMK, for at sikre, at der ikke ligger uhåndterede FMK-ansøgninger.

Hvad skal du også vide?

Er du...	Skal du ...	Se link...
Sygeplejerske/ SCSU- assistent	Hensid til "Veledning for medicinhåndtering og dokumentation", samt tilhørende instruktuer	https://www.kontra.dk/da/medicinhandtering

Hvis du vil vide mere?

- Du kan hente mere information om lægemiddelhåndtering i VAR Healthcare under procedure: <https://www.varportal.dk/>
- Søger du information om konkrete præparater, kan du få information på pro.medicin: <https://pro.medicin.dk/An/Med/Artikler/52>

Bilag 9 - Quickguide til medicin ved indlæggelse

Quickguide til medicin ved indlæggelse

Åben FMK online og print FMK listen ud herfra

Gennemgå FMK listen med patienten, hvis muligt. Hvis ikke muligt, se da under "recepter" i FMK online for aktuelt forbrug. Brug pilen yderst til højre og se, hvornår medicinen sidst er udleveret

Seponer uaktuel medicin med rødt kryds i "side 'side'" visningen (FMK og best/ord) og fjern tilhørende recepter. Brug funktionen "ikke aktuelle lægemidler" så du undgår at overføre seponeret medicin

Pauser altid i MDA og brug aldrig "ordiner ikke" i SP

Den medicin, der dokumenteres i AOP under "medicin ved indlæggelse", skal kun være den medicin, der er overført fra FMK og ikke den medicin, der ordineres i afd. Brug den smartphrase der hedder .FMKPTAMEDS

Dokumentér at du har gennemgået FMK online i AOP og noter, hvis der er opmærksomhedspunkter vedr. medicinen til udskrivelsen



Forskellig dosis f.eks. morgen og aften:

Brug funktionen "doser over døgnet". Tryk Ja
OBS: under "dosis" udfyldes med mindste og højeste dosis over døgnet f.eks. 20-80 mg. Placer derefter doserne over døgnet

Pause ved udskrivelse:

Hvis et præparat ønskes pauseret efter udskrivelse, brug da pauseknappen i "side side" visningen og angiv evt. datoer

Bilag 10 - Medicinregistreringsark



Medicin i overgangen mellem hospital og rehabiliteringscenter

BORGERS NAVN _____ CPR.NR. _____

UDSKRIVES FRA HOSPITAL: _____ AFDELING: _____

	JA	NEJ
1. FMK viser <i>Ajourført FMK</i> - hvis nej, beskriv hvad der står:		
2. Udskrevet med korrekt antal medicinæsker		
3. Udskrevet med medicinliste fra hospitalet (kommer i papirform)		
4. Medicinliste og medicinæsker stemmer overens		
5. Medicinlisten er uden håndskrevne rettelser		
6. Der er recepter på medicin, som er ordineret under <i>seneste indlæggelse</i>		
7. Andet:		
Har du ved modtagelsen af borgeren kontakten den udskrivende afdeling grundet mangler/uoverensstemmelser ved pkt. 1-7? Hvis ja – hvor lang tid har du brugt på at få afklaret disse mangler/uoverensstemmelser? _____ minutter		
Angiv tidsforbrug brugt på kontrol af medicinliste og medicinæske, overførsel af PN eller anden medicin (som ikke er i æskerne) fra FMK til LMK. Tiden fratrækkes eventuelle opbringninger til hospitalet og afbrydelser: _____ minutter		
Dato	Initialer	

Anvendt siden september 2018 – forventes at skulle anvendes resten af 2018.

Bilag 11 - Auditskema FMK afd. M

Auditskema FMK afd. M

Dato:

Indlæggelsesdato:

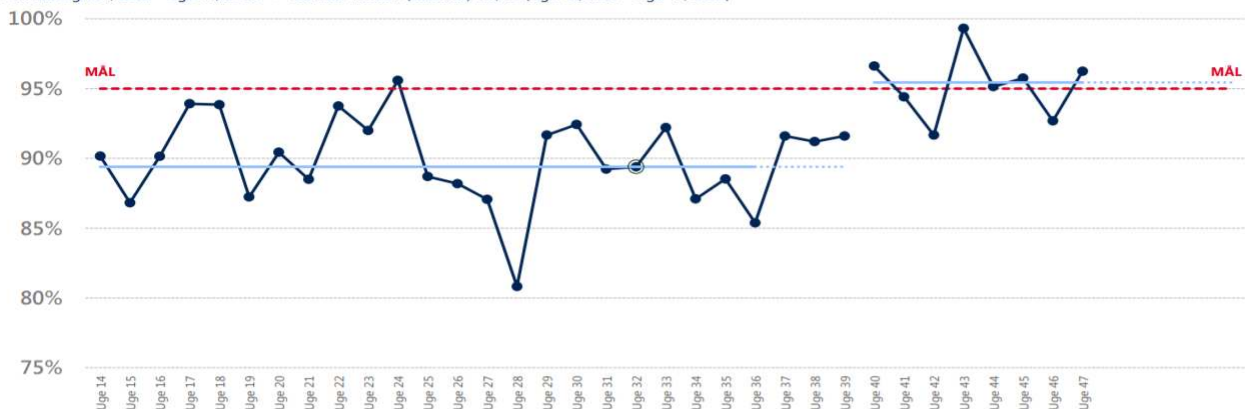
Evt. CPR, hvis brug til case:

	Ja	Nej	Ikke relevant
Er ikke aktuelt med medicin seponeret i FMK?			
Er al relevant medicin overført til SP?			
Er "ordiner ikke" anvendt?			
Er medicinen pauseret i MDA, hvis relevant?			
Er der noteret i AOP ang. medicin?			
Er den rigtige smartphrase brugt i AOP?			

FMK - ajourføring ved udskrivelse

Ortopædkirurgisk Afdeling M

Andel udskrevne med ajourført FMK senest 2 timer efter udskrivelse • Gns. obs.: 105/114; seneste obs.: (Uge 47, 2018): 128/133.
 Periode: Uge 14, 2018 - Uge 47, 2018 • Seneste median (baseline): 95,4% (Uge 40, 2018 - Uge 47, 2018)



Bilag 12 - Guide til medicindispensering M3



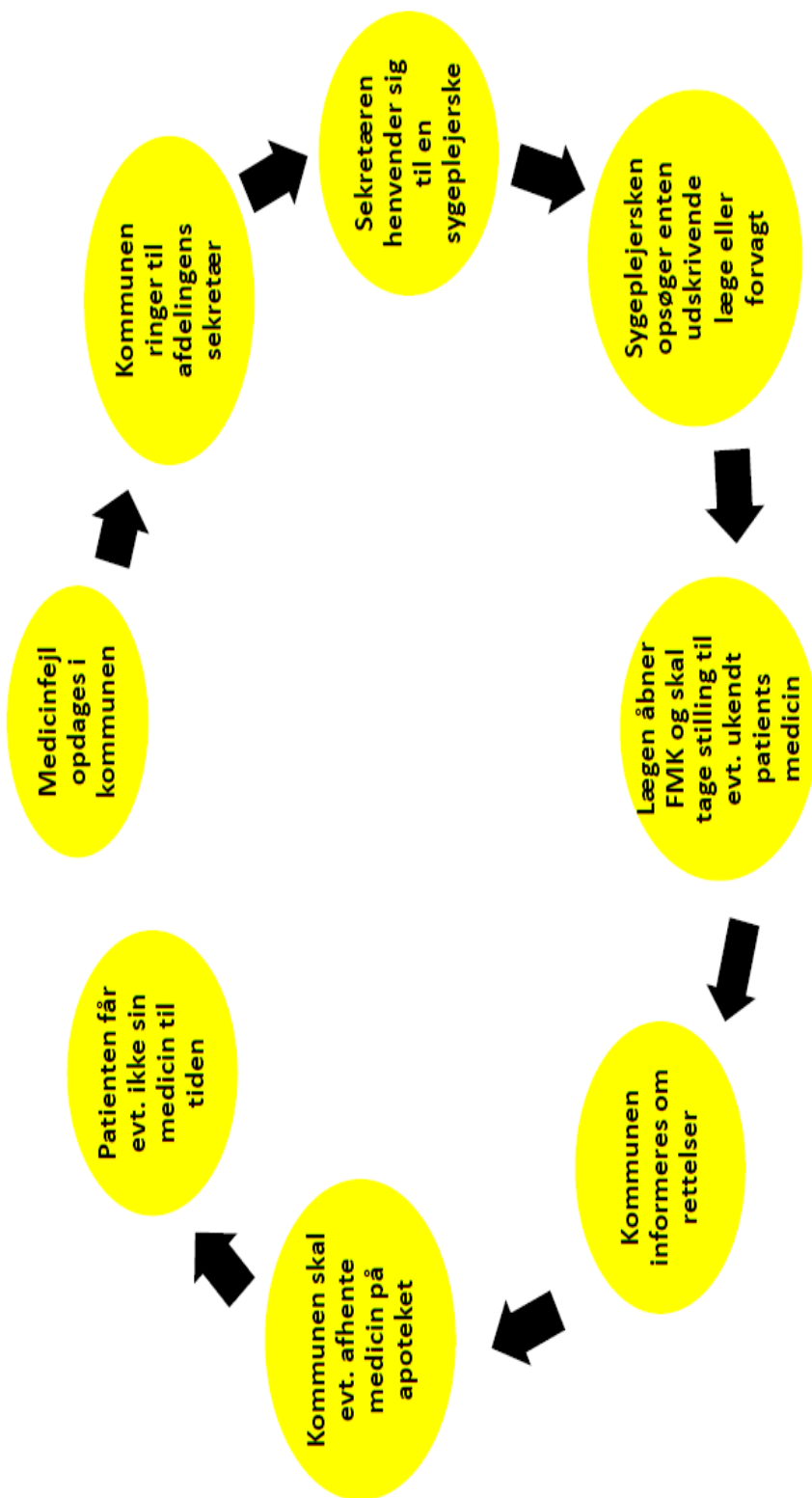
Dispensering i navigator ved udskrivelse:

- 1) Klik på *navigator* i venstre kolonne (aktiviteter)
- 2) Klik på *udskriv* i fanebladet
- 3) Klik på *FMK* i den nye kolonne der åbner
 - 3.1 Godkend dig i pop-up vindue
 - 3.2 Log på med digitalsignatur
 - 3.3 Accepter
4. Scroll ned og klik på *arkiver ændringer* og *accepter* nederst i højre hjørne
Nu åbner *udleveret medicin* modulet og du er klar til at dispensere og dokumentere den udleverede medicin
5. Klik på *dispenser medicin* i forlængelse af de forskellige præparater
6. Angiv antal i pop-up vinduet og
7. Angiv om præparatet er tablet, kapsler eller stk.
8. Godkend og fortsæt til næste præparat

Tips og trick:

- Ved dispensering af pn medicin kan der printes labels inden du godkender
- Du kan benytte shift-knappen under dispensering og undgå at bruge musen
- På tavlen i medicinnummer hænger et SP quick sheet med skærmbilleder fra dispensering i navigator

Arbejdsgange ved medicinfejl



Bilag 14 - VIP ambulante tider



1. Forberedelse:

- Gennemgå dagligt alle indlagte patienters aftaleoversigter, gerne om morgenen før patientgennemgang samt hos nye patienter, når de modtages i løbet af dagen
- Hvis der er tider indenfor de næste 5 dage, udskrives (bilag 1) og highlightes aftaleoversigterne med **ambulante tider/indlæggelse/operation**
- Oversigten afleveres til stuegangsgående læge, som skal tage stilling til, om patienten skal bibeholde tiderne, om de skal ombookes eller helt aflyses. Gælder selvfølgelig ikke tider bestilt i afd. under indlæggelsen. Husk orlovs-patienter
- Tider i egen afd. tages der stilling til uanset hvor langt ud i fremtiden, da nogle konsultationer/undersøgelser kan være foretaget under indlæggelsen
- Hvis der er tider, tjek altid kørsel, selvom det ikke er angivet som behov i SP (Husk at krydse af i boksen: "På tværs af hospitaler", når man søger i historik)

2. Opfølgning:

- Skab overblik over hvorvidt der er tider, der skal handles på her og nu. Skriv under "aftaler" i feltet: "Aft. Notat" (Red. aftalenotater) om, hvorvidt patientens tid beholdes, udskydes ellers aflyses, hvornår der er taget stilling til dette, lægens og egne initialer (bilag 2). **Det er vigtigt at skrive efter ambulatoriets egne notater i feltet, så de ikke mister overblikket**

2.1 Tider der bibeholdes

- Tider der skal bibeholdes indenfor 2 hverdage, noteres på afdelingens patient-tavle med dato, tid og ambulatorium
- Tjek om der er kørsler, der skal afbestilles/ombookes (til eksterne ambulatorier) fra hjemadressen
- Bestil portør til transport til ambulatorier internt
- Ved udskrivelse til midlertidige døgnpladser kontaktes ambulatoriet mhp. patientens midlertidige adresse

2.2 Tider der ombookes

- Kontakt pågældende ambulatorium mhp. ny tid + ombooking af kørsel, samt evt. koordinering af intern portørbestilling
- Obs. redigering i aftaleteksten på den nye tid. Ved ombookning trækkes aftaleteksten med over, som skal slettes i den nye aftale for at undgå forvirring
- Ombookes tider, informeres patient skriftligt om ændring i tiderne (hvis det skønnes patient relevant)

2.3 Tider der aflyses

- Kontakt ambulatorium mhp. aflysning af tid og kørsel. Dokumentér i aftaleteksten
- Patienten informeres mundtligt (hvis det skønnes patient relevant)
- Ved mors kontaktes Falck mhp. aflysning af alle fremtidige kørsler, da Falck ikke automatisk får besked

Bilag 15 - Lommekort L23



UDSKRIVNINGSRAPPORT

Beskriv patienten så grundigt som muligt i USR, særligt respiratorisk og tænk på at give plejehjemmet/rehab/hjemmespl nogle redskaber til at optimere pt respiratorisk inden evt. indlæggelse kommer på tale.

Eksempler på kommentarer der kan noteres i USR (skriv kort og præcist):

I vurderingsskemaet 'Udskrivningsrapport'

-Under ilttilskud, notér antal L hjemmeilt eller O hvis pt ikke udskrives med ilt og tilføj kommentaren: 'Acceptabel saturation er XX % i hvile'

-Under respirationsmønster: hvis fx funktionsdyspnø/taledyspnø/hviledyspnø, vælg dette og skriv fx 'Brug ventoline inhalation/bricanyl/combivent forstøvermaske ved bronkospasme/udtalt dyspnø, evt. over spacer'

-Under respiratoriske handlinger: vælg lejring, hoste og dyb vejrtrækning, PEP-fløjte + andet og skriv fx 'brug PEP 3x10 pust dagligt'



I navigatoren 'Udskriv' under udskrivningsrapporten

-Under 'Medsendt medicin til dato', notér dato og tilføj kommentar fx 'Pt skal have hjælp/guides til at tage inhalativa korrekt over spacer' eller 'Der er behov for opfølgning på korrekt inhalationsteknik'.

Send USR så hurtigt som muligt på udskrivningsdagen, senest kl 13 og medsend udprintet USR.

Bilag 16 - Tjekliste til USR N11



Opmærksomhedspunkter til USR på N11

- **Ernæring:** Beskriv kost/væske konsistens – skal der fortykningsmiddel i væsker, hvis ja hvor meget? Er der en dysfagi problematik? Hvis patient har nasalsonde, skriv dato for hvornår den er anlagt, samt hvad planen i forhold til PEG?
- **Faldrisiko:** Bliver der nævnt i USR om din patient er i faldrisiko? Hvis ja, så husk at skrive en uddybning omkring dette i USR
- **Respiration:** Har din patient KOL? Hvis ja er patient i behandling for dette? Er der sat en værdi for hvor lavt SAT må ligge? Skriv oplysninger ind i USR.

Bilag 17 - TOBS scorings- og handlingsalgoritme

Scorings- og handlingsalgoritme

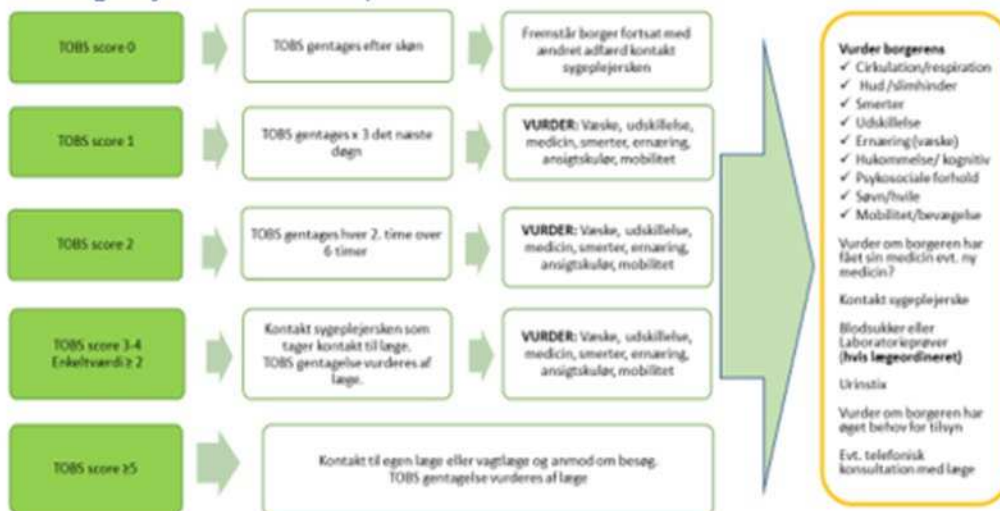
Vitale værdier og TOBS score

OBSERVATION	VITALVÆRDI	SCORE
Puls	>130	3
	110-129	2
	90-109	1
	50-89	0
	40-49	1
	< 39	2
Bevidsthed	Agiteret	1
	Habituel	0
	Reagerer kun på tiltale	1
	Reagerer kun på smerte	2
	Ingen reaktion	3
Temperatur	>40	3
	39-39,9	2
	38-38,9	1
	36-37,9	0
	34-35,9	2
	< 33,9	3

OBSERVATION	VITALVÆRDI	SCORE
Respirations frekvens (RF)	>25	3
	21-24	2
	12-20	0
	9-11	1
	<8	3
Sytolisk blodtryk	>200	2
	100-199	0
	80-99	1
	70-79	2
	< 69	3

Temperatur måles primært rektalt. Hvis dette ikke er muligt dokumenteres det hvor temperaturen er målt (oralt/øre/pande).
Temperaturer under 36 og over 40 bør altid måles rektalt.

Retningslinjer for reaktion på TOBS



Bilag 19 - Instruks for sygeplejefaglig udredning

- Værdimålinger/undersøgelser (fx vægt, BS-måling, BT, Puls, respirationsfrekvens)
- Evt screening (fx Ernæringscreening, Braden score, faldscreening)

Hvornår er dokumentation af den sygeplejefaglige udredning fyldstegørende?

- Generelle oplysninger: Helbredsoplysninger: indeholder et overblik over borgersens sygdomme og handicap
- Medicinoplysninger: herunder medicinsk Cave (hvis borgeren modtager støtte til medicin/håndtering)
- Der er indhentet oplysning af og registreret allergier i standard
- Medicinliste stemmer med doseret medicin
- FN-medicin overføres fra FMK til LMK
- Helbredstilstande: Der er taget stilling til samtlige 12 sygeplejefaglige problemområder og de aktuelle og potentielle problemer er dokumenteret. Ved allerede oprettede helbredstilstande skal feltet 'Sidst vurderet' rettes til dags dato. Borgers symptomer/dokumenteres under beskrivelse af tilstand. Behandlingsansvarlig læge og faglige plan dokumenteres under fagligvurdering/plan
- Relevante sygeplejefaglige ydelser tilfældt
- Observationen: 'Vurdering af borgersens ernes til at give samtykke' er oprettet
- Handlingsanvisninger oprettet og beskriver hvordan opgaven skal varetages, og borger har givet sit samtykke til planen.
- Ud fra den samlede sygeplejefaglige udredning, skal sygeplejersken tage stilling til om der er behov for kontakt til behandlingsansvarlig læge
- En evt. opgaveoverdragelse er formidlet. [Vedledning i delelegation og opgaveoverdragelse](#)
- Se evt. [Vejledning i sundhedsfaglig dokumentation](#)

Sygeplejefaglig udredning indenfor 48 timer efter ankomst på rehabiliteringscenter.

Lønmekort

Sygeplejefaglig udredning kan inddeles i 2 faser: hvor det mest akutte gennemføres indenfor 24 timer og det resterende gennemføres indenfor 48 timer efter modtagelsen på rehabiliteringscenteret.

<p>Indenfor 24 timer efter ankomst</p> <p>Indenfor vagten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Føbet helbredsoplysninger: generelle oplysninger skal indeholde: en samlet opdateret oversigt over borgersens sygdomme og handicap • Medicinliste stemmer med doseret medicin <p>• Stillingsplan til aktuelle og potentielle helbredstilstande indenfor de 12 sygeplejefaglige problemområder og data opdateres.</p> <p>• Prioritering og stillingsplan til, hvilke akutte sygeplejefaglige ydelser der er vigtige indenfor de næste 24 timer. De prioriterede sygeplejefaglige ydelser skal indeholde opdaterede handlingsanvisninger</p>	<p>Indenfor 48 timer efter ankomst</p> <ul style="list-style-type: none"> • Der tages stilling til, hvilke sygeplejefaglige ydelser der er relevante for den samlede helbredstilstand. Ydelserne skal indeholde opdaterede handlingsanvisninger • Sikre overensstemmelse mellem helbredstilstande og borgers medicin • Observationen: 'Vurdering af borgers evne til at give samtykke'
---	--

Hvornår foretages en sygeplejefaglig udredning?

Den sygeplejefaglige udredning indgår i den samlede modtagelse af borgeren på rehabiliteringscenteret. Den skal udføres af sygeplejerske umiddelbart i forbindelse af modtagelsen og skal sikre et overblik over borgersens aktuelle helbredstilstand, så relevante handlinger kan iværksættes, og rehabiliteringscenteret kan sikre, at de nødvendige kompetencer er tilstede i den efterfølgende vagt.

Den sygeplejefaglige udredning er en opgave, som kontinuert skal opdateres ved ændringer.

Sygeplejefaglig udredning på nye eller kendte borgere

Der er to situationer

1. Nye borgere, som ikke er kendt i kommunen, hvor der ikke foreligger noget dokumentation fra tidligere i Cura. Her skal alle dele i den sygeplejefaglige udredning dokumenteres fra bunden.
2. Kendte borgere, alle dele i den sygeplejefaglige udredning skal dokumenteres fra bunden og andre dele skal revideres og ajourføres. Ift. borgersens aktuelle situation. Ved allerede oprettede helbredstilstande ændres sidst vurderet til d.d. og de tilrettes borgers aktuelle helbredstilstand.

Ved allerede oprettede handleanvisninger, der nu vises som pauserede, ændres sidst vurderet til d.d. og tilrettes borgers aktuelle tilstand. Der dokumenteres hvilke pauserede handleanvisninger der arbejdes videre i ydelsen tværfaglig koordinering.

Opgaveoverdragelse

Dele af den sygeplejefaglige udredning kan varetages eller overdrages til en social - og sundhedsassistent, som må dokumentere:

- Helbredsoplysninger i generelle oplysninger
- Oprette enkeltstående helbredstilstande for et aktuelt/potentielt helbredsproblem
- Beskrive symptomer, observationer og kendetegn
- Oprette enkeltstående ydelser samt udarbejde handleanvisninger
- Tjekke, at medicinliste stemmer overens med medsenet medicin doseret af hospitalet

På baggrund af samtale, vurderer sygeplejersken om borgeren har potentielle/aktuelle helbredstilstande under alle 12 problemområder.

- Opretter helbredstilstande på potentielle/aktuelle problemer
- Ved allerede oprettede tilstande, skal feltet sidste vurderet rettes til dags dato

Hvordan laves den sygeplejefaglige udredning - vurdering af data i Cura

- Oplysninger fra henvisende part, fx KM eller observationer
- Fagforløbsplan efter udskrivelsesrapport fra hospital
- Tidligere oprettede helbredstilstande eller generelle oplysninger
- Medicinoplysninger fra FMK/LMK (hvis borgeren modtager støtte til medicin/håndtering)

Samtale med borgeren og pårørende, hvor der spørges ind til borgersens situation og oplevelse af helbredstilstand ud fra de 12 sygeplejefaglige problemområder, fx:

- Hvilke erfaringer/symptomer har du med din sygdom, hvordan påvirker det din hverdag?
- Jeg kan se du får medicin mod XX, er det noget du mærker i din hverdag?

Vurdering af potentielle og aktuelle tilstande indenfor de 12 sygeplejefaglige problemområder

- Kliniske observationer/kendetegn af borgersens fysiske tilstand og symptomer

Bilag 20 - Skabelon til kontakt til praktiserende læge

Korrespondancebrev bør skrives i "brevform" efter ISBAR princippet

Husk overskrift

Kære lægens navn.

Borger opholder sig p.t. på Hjernesgade og Rehabiliterings Center København afd...

- beskriv problemet
- Kort præsentation af borgers situation
- Hvad er din vurdering
- Hvilket råd ønsker du
- Lægen ønsker, at vide om du har rådført dig med en sygeplejerske først.

Venlig hilsen

Dit navn

Stilling

Hjernesgade og rehabiliteringscenter København afd...

Bystævneparken 18

2700 Brønshøj

3827xxxx

S!kker
Sammen
—heng