



# Valhalla Helsesenter

## Kristiansand Kommune

Margaret A Heald Assisterende Kommuneoverlege / Sykehjemsoverlege



# Litt Historikk

- ▶ Inntil febr 2010 et vanlig sykehjem med 8 korttidsplasser og øvrige 68 var langtidsplasser
- ▶ Inkluderte 8 «sterk avd» senger for utagerende pasienter med demens
- ▶ 3 allmennpraktikere /sykehjemsleger i små brøkstillinger
  
- ▶ Febr 2010 Kom Norovirus , en ny lege i 60% stilling , brøkstillingene ble «øket» til 20% x 3
- ▶ Øvrige personalet ble forespurt om de ville fortsette eller flytte stillinger til langtidssykehjem
- ▶ Pasientene ble omplassert i løpet av de neste ukene , sterkavdeling flyttet til Prestheia Omsorgssenter og korttidspasienter ble tatt imot på Valhalla
- ▶ 76 pasienter , 1,4 årsverk lege





# Utviklingen de siste 7 årene

- I dag er der 2,4 legestillinger ved + vikar mellom Kløvertun / Valhalla
- Styrket med 2 fysioterapeuter og 2 ergoterapeuter i deltidstillinger
- Spesialutdannede sykepleiere – intensiv , akutt mottak , psykiatri , kreft , palliasjon
- 67 pasienter
- 8(12) øyeblikkelig hjelp senger har egen sykepleier- og legebemanning
- Korttidsopphold har blitt forkortet fra 3 uker til 2 uker til 5-10 dager
- Målet er uendret og om å få pasienten hjem ( eller til en kommunal service/omsorgsbolig/ sykehjem)
  
- Turnuslege 1 dag / uke

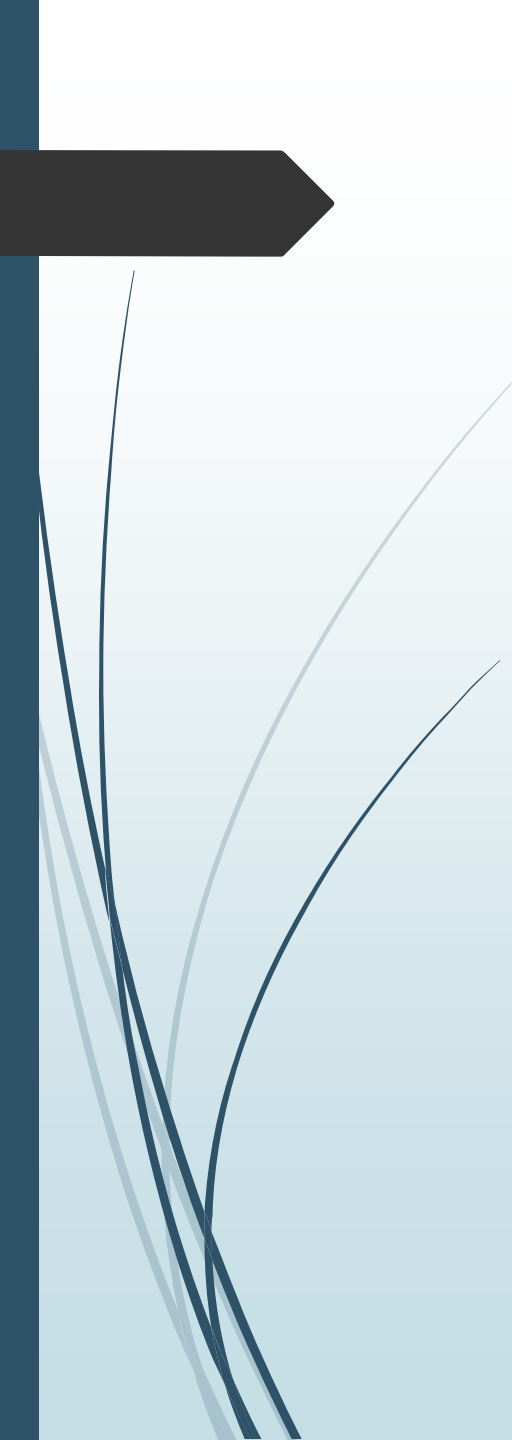


Guro  
Strandberg

Margaret  
Heald

Ashraf  
Abu Sierra

Astrid  
Andersen

- 
- Samhandlingsreformen 01 01 2012
    - Utskrivningsklar pasient defineres av sykehuset og overføres til videre behandling og oppfølging i primærhelsetjenesten
    - Utskrivning til hjemmet eller til institusjon er avhengig av oppfølgingsbehov for hver enkel pasient
    - Innfløkte behandlinger medfører krav til informasjon og kunnskapsoverføring fra 2 til 1 linje
  - Stiller krav til all informasjonsoverføring
    - Epikriser inneholder tidligere sykdommer ,aktuelt , forløp, behandling, oppfølging, løp videre
    - Ajourført legemiddelliste
    - Prognose, HLR notat
  - Stiller krav til transportlogistikken
  - Stiller krav til å kjenne ordlyden i delavtaleteksten
  
  - Avviksmeldingssystemet utviklet seg

## Gode legeopplysninger og oppdatert legemiddelliste

- ▶ Avvikssystem utviklet mellom kommune og SSHF vedr utreise ( Delavtale 5) gjelder somatikk - Fører til bedret dialog og bedre opplysningsoverføringer
- ▶ Stor positiv bistand fra de aller fleste sykehuslege- og fastlegekontakter og man utvikler en jevnlig kontakt med disse
- ▶ Hospitering Valhalla- lege -> SSK med avd x 1/ uke fortsetter
- ▶ Fortsatt logistiske utfordringer vedr pasienttransport med ambulanse i 2017
  
- ▶ Meld avvik hvis ikke avtaler overholdes
- ▶ Hold vennlig tone når en ser informasjon mangler i pasientoverføring!

## Forvaltning fordeler alle plasser til kommunal institusjon etter individuell søknad – både hjemmefra og fra 2 linje institusjon


- Ca . 50% av pasientene kommer fra sykehus
  - 60% fra medisinske avdelinger
  - 10% fra ortopedisk
  - 10% fra kirurgisk
  - SFK, Nevrologisk , gynekologisk , alderspsykiatrisk
- 40 % hjemmefra
  - Fastlege
  - Lindrende team / fastlege / «egen» søknad
  
  - Vel 60% utskrives til eget hjem/ servicebolig el l.
  - 17% til langtidsplasser
  - 26% dødsfall ( «forventet»)



# Belegg

Årstall	Liggedøgn kapasitet	Liggedøgn	Antall senger
2012	28835	24385	79
2013	33215	24385	79
2014	33215	22803	79
2015	28835	22302	67
2016	28914	19009	67

- Ombygger til tomanns rom
- Rullerende avlasting fases over til SHOS
- ØHD rom ombygges og starter opp

- 
- ▶ Ved innkomst korttidsavdeling og på ØHD må man tenke på :-
    - ▶ Utreisedato ( hvor raskt må vi jobbe)
    - ▶ Mål for oppholdet ( pasientens og innleggende instansens «ønsker/ mål»)
    - ▶ Er boligen egnet ift sykdommen og allmenntilstanden
    - ▶ Hva må til for å kunne fungere i egen bolig med sykdom
    - ▶ Kan vi få pasienten frisk og evt hvor frisk før utreise
    - ▶ Er hjemmesykepleie inn i bildet ? Ønskes de inn? Er «hjemmerehab» aktuell ?
    - ▶ Har pasienten pårørende eller fungerende nettverk omkring seg ?
    - ▶ Pårørendesamtale med / uten hjemmesykepleie
  
  - ▶ Er helsetilstanden i samsvar med lege opplysningene (fra egen lege eller epikrise) eller sykepleierapporten?
  - ▶ Er sykdomsforløpet som forventet?
  - ▶ Er der behov for ny kontakt med sykehus eller med fastlege ( telefondiskusjon om pasienten vedr diagnoser ,undersøkelsesresultater eller undersøkelser som må utføres, behandling mål videre, prognoser mm
  - ▶ TILT!

# Forløp

- Ny pasient meldes til korttidsplass fra forvaltning og vedtak med mål for oppholdet og helseopplysninger skrives ut i papirform
- Rommet gjøres klar + evt tilleggsutstyr ( O2, NG sonde, pumpe, annet)
- Mer avansert behandlingstiltak krever besøk til f eks SSK - dette utføres + direkte dialog med utskrivende avdeling ( + lege til lege dialog ved indikasjon) Deretter er der intern kunnskapsvidereføring av behandlingsrettede tiltak
- Innkostjournal – Lege definerer behov for TILT videre , og andre behandlings- eller observasjonstiltak. HLR vurdering nødvendig ?
- Daglig revurdering
- Samtale behov med pårørende +/- hjemmetjenester
- Stadig vurdering og jobbing rundt pasienten og for en planlagt utreise
- Journaldokumentasjon skal sikre informasjonsflyt fra vaktlag til vaktlag



## ► TILT- Tidlig Intervensjon ved Livstruende Tilstander

- Følger pasienten under hele oppholdet
  - Arbeidsredskap gjennom døgnet
  - Overvåking av BT/p , vekt ,bl sukker ,CRP, væske inn og ut , avføringshyppighet
  - Lege forordner observasjoner på TILT skjema
  - Sykepleier fører inn observasjonen
- 
- Daglig pre-visitt : lege og avdelingssykepleier
    - Hvordan er forløpet frem mot planlagt utreise og hvordan er sykdomsutviklingen
  - Ukentlig tverrfaglig kardexmøte
    - Hvordan er forløpet frem mot planlagt utreise og hvordan er sykdomsutviklingen
    - Hvem må gjøre hva for å oppnå målet
  - TILT skjema gjennomgang av lege og sykepleier daglig
    - Sykdomskontroll og utvikling



White board med farge knapper som gir fokus på:  
Smerte,sår,ernæring,O2 ,KAD,  
Ergo- ,fysio-, smitte,LCP



Inn dato og (forventet) ut dato

HLR notat  
dato for blodprøver  
« skal ikke innlegges sykehus»




## Supplerende undersøgelsesmuligheder Valhalla

- Blærescanner
- EKG
- Pulsoxymeter – finger/ panne
- Bedside monitor
- Blodsukker , CRP, Hæmoglobin , INR , Leucocytter , D Dimer , ( kreatinin , elektrolytter )

## Valhalla ØHD fom oktober 2015

- 8 rom ( 4 dobbeltrom)
- Innleggelse fra lege til lege - avklart diagnose
- Rutine innkomstblodprøver-TILT-lege u s innen 2 timer 24/7
- Utreise helst innen 3 dgn dvs fokus på tiltak for å komme hjem ( i likhet med korttids)
- Samarbeid med hjemmetjenester, pårørende, fastlege , kommunal hjemme –rehab
- Daglig legevisitt og planlegging av dagen der og derpå ( prøver , resultater, samarbeidspartnere som må kontaktes m m )
- Evt søke korttids plass sammen med pasienten
- Egne spesialsykepleiere og helsefagarbeidere ( samarbeider toveis med resten av Valhalla)
- Eget legelag med vakt ( Utrykningsleger LV/ØHD )
- Belegg på plasser 30-40% første året opp til 60-70% etter hvert nå



## Valhalla rutiner :-

Målrettet jobbing for felles kvalitets sikre rutiner

Bruk avvik å tydeliggjør når ikke ting fungere

Bruk nasjonale rettlingslinjer for behandlinger og tiltak

Bruk samme sykdomskartleggings rutiner som samarbeidspartnere dvs SSK  
TILT, Q Sofa ,Wells ,VAS, GCS , «terminal regime», ( LCP)

- Alle skal kunne hjelpe hverandre og skal kunne jobbe på andre etasjer enn de « sedvanlige»
- Like rutiner og prosedyrer for alle og for hver faggruppe føres over til langtidssykehjem etter hvert
- Felles fokus på fag og kvalitet
- Felles språk mellom behandlingslinjer
- Intern kompetanse utvikling både planlagt og ad hoc ( pasient / kasus rettet)
- Fagutvikler sykepleie og fagutvikler lege kommuniserer og samarbeider målrettet
- Det er ikke flaut å søke råd og spør om hjelp \* eller det er flaut å ikke søke råd og spør om hjelp



Minst en gang / år er der gjennomgang av HHLR og Akutt koffert



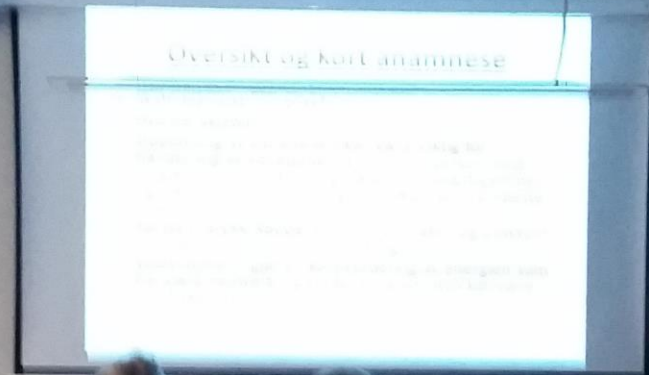
H HLR –  
ALLE må gjennomføre  
dette - Og gjør det SAMMEN  
i grupper



Akutt koffert – med instruks  
Og medikament dosering  
definert per sykdoms tilstand

Intern undervisning for sykepleiere , leger ,helsefag arbeider , nattjenesten  
Felles undervisning gir bedre felles forståelse for håndtering av pasientene

« A\_B\_C\_D\_E »



Dr Jacob Moe






# Planlegging av og gjennomføring av utreise

gjelder BÅDE korttids og ØHD pasientene

- Alle aktuelle hjelpemidler er på plass
- Pårørende er informert
- Hjemmetjenester er informert og forberedt
- Hjemmerehabilitering er kontaktet
  - Gode medaktører i kommunen kan hjelpe pasienten hjemme selv om de trenger fortsatt litt ergo- fysio – veiledning
- Lindrende Team er informert ved kreft pasienter
- Fastlege får epikrise / telefon Sykehuset får epikrisekopi
- Sykehjemslege får oppsummert overflyttingsnotat

## Valhalla Helsesenter samlested for fremtidens kommunal helse fokusering

- ▶ **Telemedisinsk sentral**
  - ▶ KOLS , nettbrett , oppfølging en mnd v/ spesialsykepleier
- ▶ **Responscenter**
  - ▶ Lokalt og utenfor lokal region
- ▶ **ØHD**
  - ▶ Felles for Kristiansand, Lillesand, Birkenes 12 senger - lege til lege innleggelses- og behandlingsvurdering
- ▶ **Base for nattjenesten for hele kommunen**
- ▶ **Ambulerende blodprøvetagning**
  - ▶ Bioingenør som går til alle sykehjem i kommunen (betjene også hjemmetjenesten v behov etter ordinasjon av lege )
- ▶ **Ambulerende ØHD- sykepleier**
  - ▶ Bistår med spesialsykepleier kompetanse til øvrige langtids sykehjem ved utrykning og prosedyrer f eks NG sonde
- ▶ **Utrykningslege/ samarbeid med Legevakta**
  - ▶ Opplæring og veiledning i sykehjemsmedisin ( fra Valhalla- lege ) i tillegg til legevaktsmedisin ( legevaktslege)
- ▶ **Lege valhalla faglig samarbeid lege ØHD/ utrykningslege** - Daglig veiledning
- ▶ **Lege Valhalla faglig samarbeid lege Kløvertun** - kurs x 1/mnd Godkjent DNLF
- ▶ **Kurscenter for fagutviklere i helse/sosial i kommunen og i Fylket**
  - ▶ Fagsykepleiere , kompetansesykepleiere , regionale legekurs i regi kommune/DNLF

- 
- Telemedisinsk sentral Respons senter ØHD  
Base for natttjenesten for hele kommunen  
Ambulerende blodprøvetagning Ambulerende  
akutt sykepleie utrykningslege/ samarbeid  
med Legevakta Lege valhalla faglig samarbeid  
lege ØHD/ utrykningslege Lege Valhalla faglig  
samarbeid lege Kløvertun Kurssenter for  
fagutviklere i helse/ sosial i kommunen og fylke  
andre sentral kommunale aktører

- Valhalla helsesenter og videre utvikling:
- Fokus på fag og kvalitet som gjelder for hele vår  
kommune og videre i nabokommuner  
(undervisnings senter prinsippet)



# Kort oppsummert

- ▶ Valahlia huser mange funksjoner og der alle føler at de kan jobbe med å tilpasse seg endringer og ta imot utfordringene i helse- og omsorgsbehov i primærhelsetjenesten
- ▶ Pasient i fokus - BEON prinsippet
- ▶ Fag og kvalitet er viktig – Gjør alle stolte av å dra lasset sammen
- ▶ Bruk avvikssystemet for forbedring av rutiner som ikke er optimale

## Samarbeid ☺

