

Akuttkjeden

Rapport – forprosjekt akuttkjeden i Telemark

1. SAMMENDRAG

Prosjektet har hatt som mål å styrke den akutte helsetjenesten i Telemark. Det er gjennomført et omfattende kartleggingsarbeid, og dette gir et godt grunnlag for framtidige mål og tiltak.

Kartleggingen har avdekket store geografiske forskjeller i fylket. Blant annet har de kommunale legevaktene i Telemark ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse. Bruken av ambulanse varierer også mye fra kommune til kommune.

Det har vist seg at standardiserte behandlingsflyter trolig er mer pasientvennlige enn behandlingen av andre uavklarte tilstander.

Aktørene i akuttkjeden har uklare forventninger til hverandre, og de stoler ofte ikke på hverandre eller hverandres vurderinger. Dette fører blant annet til i at pasientene undersøkes unødvendig mange ganger. Dette gjelder både utenfor og innenfor sykehuset.

Innsiktene fra forprosjektet har allerede medført endringer i dagens behandlingsskjede. Blant annet har medisinsk klinikk endret på vaktfunksjoner for nevrologi.

Pasientene vil få en bedre akutt helsetjeneste dersom vi får til et bedre samarbeid og en bedre samhandling mellom de ulike aktørene.

Forprosjektet anbefaler en videreføring av prosjektet i strategiperioden 2017-2019, som innebærer forbedring av 30 konkrete akuttflyter og tiltak for å styrke samarbeidet mellom kommuner og sykehus. Likeledes at det gjennomføres et forbedringsarbeid for å styrke samarbeidet med legevaktene i fylket.

2. BAKGRUNN OG MANDAT

I strategien til Sykehuset Telemark (2016-2019) er det tre medisinske satsningsområder. Dette er kreft, rus og avhengighet og akuttkjeden.

Satsingen skal bidra til bedre kvalitet, pasientsikkerhet og omdømme. Områdene vil bli gitt ekstra prioritet ved tildeling av drifts- og investeringsmidler og organisatorisk fokus.

Ambisjonen om ett STHF og en felles kunnskapsbasert praksis innebærer at «like tilstander skal gis likeverdig behandling», uavhengig av geografi.

Den akuttmedisinske kjeden er samfunnets samlede beredskap og innsats for å yte befolkningen akutt helsehjelp. Kjeden består av en sammenhengende rekke av vurderinger og handlinger fra en akutt skade eller sykdom oppstår, og hvor en rekke aktører inngår. I noen tilfeller omfatter den også behandling på intensivavdeling og

operasjonsavdeling, og i psykiatrien kan akuttpost, sikkerhetspost, BUP og andre avdelinger være involvert.

STHF tar imot mer enn 2 000 pasienter hver måned med ulike akutte tilstander – både somatiske og psykiatriske. En stor majoritet av de somatiske innleggelsene er eldre pasienter, ofte med sammensatte medisinske tilstander.

Det er viktig for kvaliteten i tjenesten at samhandlingen i alle ledd i den akuttmedisinske tjenesten utenfor og innenfor sykehuset fungerer godt sammen, og at pasienten opplever et effektivt og sømløst behandlingsforløp.

Resultatmål for forprosjektet

- Etablere samarbeid og samhandlingsarenaer mellom STHF og kommunene
- Kartlegge nå-situasjonen: Dagens tilbud, aktører og pasientstrømmer
- Beslutningsgrunnlag: Prosjektplan for hovedprosjekt "Akuttkjeden 2016-2019"

3. ORGANISERING AV FORPROSJEKTET

Mandat og plan for forprosjektet ble vedtatt i april 2016.

Det ble valgt en tradisjonell prosjektorganisering med prosjekteier, styringsgruppe, prosjektgruppe og tre delprosjektgrupper. Målsettingen var å få bredt sammensatte grupper, hvor alle ledd i kjeden var representert, fra både kommunene og sykehuset, og fra både by og land. Likeledes har det vært viktig å ha med brukere og tillitsvalgte.

Prosjekteier er Frank Hvaal, klinikkssjef for Akutt- og beredskapsklinikken. Prosjektleder i 40 prosent stilling er Kine Jordbakke. Hun er til daglig fastlege og legevaktsansvarlig i Seljord kommune. Jordbakke har også ett års erfaring som akuttoverlege ved Sykehuset Telemark i Skien.

Styringsgruppe

Frank Olav Hvaal	Prosjekteier
Kine Jordbakke	Prosjektleder
Bess Frøyshov	Sykehusdirektør (til 01.11.16)
Tom Helge Rønning	Konst. Sykehusdirektør (fra 01.11.16)
Anne Grete Rønningsdalen	Notodden kommune
Gisle Roksvund	Praksiskonsulent, STHF
Halfrid Waage	Fagdirektør, STHF
Jon Gunnar Gausel	Klinikkssjef, Barne- og ungdomsklinikken
Lars Ødegård	Klinikkssjef, Klinik for psykisk helsevern og rusbehandling
Merethe Skui	Tinn kommune
Terje Kili	Kommunalsjef, helse og velferd, Bø kommune
Per Urdahl	Klinikkssjef, Medisinsk klinikk
Per Wold	Rådmann, Porsgrunn kommune

Eirik Eliassen	Klinikksjef, Kirurgisk klinikk
Henrik Høyvik	Klinikksjef, Medisinsk serviceklinikk
Karianne Hansen	Prosjektsekretær

Hovedprosjektgruppe

Kine Jordbakke	Prosjektleder
Berit Unhammer	Avdelingsleder, akuttmottak, intensiv og FOVA (leder del 1)
Dag Aas	Lean-navigatør (leder del 3)
Grete Bø	Leder, AMK
Lars Kittilsen	Kommunikasjonssjef, STHF
Ole Øystein Kildebo	Avdelingsleder, Klinikk for psykisk helsevern og rusbehandling
Knut Inge Skoland	Avdelingsleder, prehospitale tjenester (leder del 2)
Arild Paulsen	Tillitsvalgt
Eirik Halsør	Verneombud
Vidar Bersvendsen	Brukerrepresentant
Karianne Hansen	Prosjektsekretær

For oversikt over de øvrige deltagerne – se eget vedlegg

Det har vært et klart mål at alle deltagerne i forprosjektet skal oppleve et reelt og likeverdig samarbeidsklima på tvers av fag og organisasjonsgrenser. Ut fra tilbakemeldinger underveis har dette lyktes godt.

4. PROSESS

Planen var først å kartlegge bredt, verifisere funnene og bearbeide kartleggingen. Deretter skulle vi trekke ut innsikter av kartleggingsarbeidet. Disse innsiktene har i etterkant lagt grunnlaget for en rekke tiltak som tilsammen utgjør handlingsplanen for de neste tre årene. (Dette er beskrevet under punkt 8 i dokumentet.)

Vi skulle kartlegge alle tenkelige pasientflyter gjennom hele den akutte kjeden, i både by og distrikt, og i tillegg skulle det samlede akutttilbudet i hele Telemark kartlegges.

Det ble bestemt at arbeidet med kartlegging av pasientflytene måtte utføres i to delprosjektgrupper, én prehospital- og én inhospital. I tillegg var det en delprosjektgruppe som kartla det samlede akutte tilbudet i Telemark.

Kartleggingen ble gjennomgått av hovedprosjektgruppa, og deretter videre bearbeidet i delprosjektgruppene. Dette har gjort at alle deltagerne har vært delaktige i hele prosessen. Dette har vært viktig for engasjementet og troverdigheten til resultatene.

Gruppe 1 og 2 hadde i oppgave å beskrive de faktiske pasientflytene i akuttkjeden, det vil si hvordan pasienten "flyter" gjennom akuttkjeden i henhold til hvilket symptom pasienten har.

Vi brukte litt tid på å finne ut hvordan vi skulle passe på at vi fikk med oss alle kategorier og symptomgrupper av pasienter. Stort sett endte vi opp med å ta utgangspunkt i kontaktårsaker i AMIS (Akuttmedisinsk informasjonssystem), det vil si det pasientene oppgir som årsak når de ringer AMK eller er i kontakt med ambulansene. For delprosjektgruppene var det viktig å dokumentere de faktiske pasientstrømmene. Et grundig kartleggingsarbeid er gjennomført med stor involvering.

4.1 Delprosjektgruppe 1, prehospital pasientflyt

Gruppen har tatt utgangspunkt i prehospitale hendelser etter liste fra AMIS. Dette er hendelser som er sporbare og et godt statistisk materiale. Underveis i kartleggingsarbeidet har gruppen justert kategorier av hendelser etter hva som er hensiktsmessig og relevant for prosjektarbeidet. Gruppen var stor og bredt sammensatt med representanter fra både kommunal- og sykehussektor.

4.2 Delprosjektgruppe 2, inhospital pasientflyt

Gruppen har hatt i oppgave å beskrive pasientstrømmer inhospitalt. For å få gode beskrivelser av de forskjellige pasientstrømmene var det viktig med god og bred deltagelse fra alle fagmiljøer, den mest krevende faggruppen å få med seg er legene. Prosjektgruppen ble så stor at det ble hensiktsmessig å dele delprosjektgruppen i tre arbeidsgrupper, en gruppe for henholdsvis Notodden, Skien og psykiatrien. Mange av flytene er såkalte "gåflyter", det vil si at sykepleier eller annet helsepersonell har fulgt pasientene igjennom akuttkjeden. Disse "gåflytene" har kun latt seg dokumentere inhospitalt. Innenfor psykiatrien fulgte gruppen noen pasienter frem og tilbake mellom psykiatrien og somatikken, og dette har gitt god innsikt til kompleksiteten rundt slike pasientbehandlinger.

I begge delprosjektgruppene ble pasientflytene dokumentert i excel-ark, med symptomdiagnoser nedover og antall treffpunkt bortover. Deretter har disse blitt og lagt i vårt digitale arbeidsrom. Delprosjektgruppe 3 har også brukt det digitale arbeidsrommet i sin kartlegging. Det pågående arbeidet har da vært tilgjengelig for de fleste av prosjektdeltagerne i prosjektperioden.

4.3 Delprosjektgruppe 3, Telemarks samlede akutte tilbud

Denne gruppen fikk i oppgave å kartlegge alt vi har av akuttilbud i fylket. Gruppen skulle lage en oversikt over "det vi har å rutte med" innenfor akuttkjeden i Telemark. De har kartlagt

- Akuttilbudet i primærhelsetjenesten – fastleger/legesentre/legevakter
- AMK og ambulansetjenesten

- Akuttmottakene og sykehustilbudet for diagnostikk og behandling av akutte tilstander, herunder andre sykehus utenfor Telemark
- Utvidet akutttilbud i helsetjenesten – KAD-plasser, korttidsplasser, kommunal psykiatritjeneste, DPS-er og sykehjem
- Andre aktører i akuttkjeden (Røde Kors m.fl.)

4.4 Aktivitet og arbeidsform

Hovedprosjektgruppa og de tre delprosjektgruppene har hatt møter uavhengig av hverandre. Gruppelederne har selv fått bestemme form, møtehyppighet og fordeling av arbeidsoppgaver. Organiseringen og møteaktiviteten har variert avhengig av arbeidsmengde og metode.

Delprosjektgruppene har som regel hatt møter før hovedprosjektgruppemøtene, som igjen har vært avholdt før styringsgruppemøtene. Det har vært tilsammen fire styringsgruppemøter og sju møter i hovedprosjektet.

I tillegg til møtene, som er beskrevet over, har det vært gjennomført tre fellesmøter hvor alle representanter fra hele prosjektet har vært invitert (to heldags- og ett halvdagsmøte). Det var god deltagelse fra prosjektdeltagerne på disse møtene.

Det har også vært gjennomført et kveldsmøte hvor alle involverte i hele Telemark ble invitert. Målsettingen med møtet var å informere alle parter om prosjektet, samt forsøke å heve engasjement og involvering av alle, både kommune- og sykehusansatte. Det var 120 frammøtte til et to timers langt møte.

Det har vært stor interesse rundt akuttkjedeprojektet i Telemark. Som nevnt var det et stort fremmøte på fellesmøtet i Bø i september. Et bredt utvalg av fagfolk, kommunale- og politiske representanter. 15 av fylkets 18 kommuner var representert.

Generelt har det vært god deltagelse i forprosjektets ulike aktiviteter. Stor arbeidsbelastning innebærer at det er mer krevende for leger enn andre yrkesgrupper å få tid til å delta.

Det har også vært størst deltagelse og engasjement fra kommuner utenfor Grenland.

Prosjektleder har besøkt alle rådmannsutvalg i fylket (Vest-, Midt- og Grenland) og informert om prosjektet. Hun har holdt innlegg på Fylkesmannens høstkonferanse, på NSHs nasjonale konferanse om prehospitale tjenester, på AMK Vestfold/Telemark sitt halvårige samarbeidsmøte og i Brukerutvalget ved Sykehuset Telemark.

Medisin og Helsefag i Helse Sør-Øst har vist interesse for prosjektet, og de har på eget initiativ bevilget penger. Helsedirektoratet har også tatt kontakt og ønsket at vi presenterer prosjektet for dem.

5. STATUS

Kartleggingsfasen er gjennomført, innsiktene er beskrevet og vi har hatt et felles arbeidsmøte for alle deltagere med utarbeidelse av tiltak og handlingsplan.

5.1 Delprosjektgruppe 1, prehospital flyt

Gruppen har kartlagt til sammen 197 flyter. Flytene er gjennomgått av hovedprosjektgruppen. Resultatet av kartleggingen viser stor variasjon, både med tanke på symptomer, geografi og antall treffpunkt.

Det har vist seg at flyter som allerede er standardisert, som for pasienter med mulig slag, er enklere og har færre treffpunkter. De standardiserte flytene er trolig mer pasientvennlige enn behandlingen av andre uavklarte tilstander som for eksempel magesmerter.

Gruppen har også konkludert med at flyter som starter via hjemmetjenesten naturlig nok får flere treffpunkter, og at dette potensielt kan medføre forsinkelse i diagnostisering og behandlingsoppstart.

Kartleggingen viser at ambulanspersonell ofte henvender seg til AMK og AMK-legen (vakthavende anestesilege i Skien) istedenfor å ta kontakt med legevaktslege. AMK bruker AMK-lege til konferering i de fleste akutte tilfeller.

5.2 Delprosjektgruppe 2, inhospital flyt

Gruppen har kartlagt til sammen 117 somatiske flyter. 29 av disse er "gåflyter" (beskrevet tidligere). Denne gruppen har også kartlagt 11 psykiatriske flyter. Alle disse flytene er gjennomgått i hovedprosjektgruppen.

Også i denne gruppen har det vist seg at det er standardiserte flyter som er de korteste, og at disse flytene gir de mest forutsigbare pasientforløpene. Gruppen peker på uavklarte pasientflyter som magesmerter og brystmerter. "Gåflyter" innenfor disse symptomkategoriene har vist flere forskjellige pasientflyter, med et varierende antall treffpunkter gjennom kjeden.

Sammen med delprosjektgruppene og styringsgruppen har hovedprosjektgruppen valgt ut om lag 30 flyter det skal ses nærmere på de neste tre årene. Vi planlegger å se på om lag 10 flyter hvert år.

Vi har jobbet med å visualisere, skjematisk og sette sammen 11 av de flytene (pre- og inhospitale) som vi skal se nærmere på i 2017. Videre arbeid med dette vil beskrives under handlingsplan for hovedprosjekt.

5.3 Delprosjektgruppe 3, Telemarks samlede akutt tilbud:

Denne gruppa har gitt oss en oversikt over alle de akutte ressursene vi har i fylket. Vi har fått innsikt i, og kunnskap om store variasjoner over hele fylket, og om mange av de forskjellige leddene i kjeden. Det vises her til vedlagt utfyllende rapport, men vi vil trekke frem noen punkter som for eksempel stor variasjon i bruk av ambulanse og drift av de ni legevaktene i fylket. Legevaktene varierer både i bemanning, beredskap, åpningstider, utstyr og størrelse. Kvaliteten har ikke vært målt eller kartlagt, men vi ønsker å gå nærmere inn på flere av funnene i gruppe 3 når vi utarbeider handlingsplanen.

Fullstendige rapporter fra alle de tre arbeidsgruppene som egne vedlegg.

5.4 Pilot Seljord (prosjektrapport, se eget vedlegg)

Parallelt med prosjektarbeidet i Akuttkjeden, har det vært et pilotprosjekt i 2016 mellom STHF (primært Notodden sykehus) og Seljord legevakt. Dette prosjektet springer ut fra delavtale 11 i samhandlingsreformen, og har vært ledet av to av samhandlingskoordinatorene i Telemark.

I dette prosjektet har vi prøvd ut noen av de tenkte tiltakene i hovedprosjektet. Det viser seg at samtrening, og det å bli kjent med hverandre på tvers av leddene i akuttkjeden, blir sett på som viktig av alle parter.

Det kan her bemerkes at Seljord kommune har valgt å kjøpe inn utstyr til legevakt for å bedre samhandlingen mellom legevakt og sykehus.

Det er også ansatte fra tre legevakter i fylket som har fått instruktørkurs i regi av STHFs SIM-senter. Disse er utdannede instruktører, og kan drive med trening i sitt eget legevaktsdistrikt.

5.5 Verdig vei videre

“Verdig vei videre” (se eget vedlegg) er et samarbeidsprosjekt mellom Sykehuset Vestfold og Sykehuset Telemark. Prosjektet har som mål å kartlegge nåsituasjonen og avdekke forbedringspunkter for å få akutt psykisk syke og ustabile pasienter mer sømløst og verdig inn til riktig behandlingsnivå. Innsikt i tjenestenes leveranse og i pasientenes opplevelse av transport ved akutt psykisk krise er avgjørende for utvikling og gjennomføring av forbedringstiltak.

Prosjektet har levert 14 tiltak som skal gjøre alle ambulansene i Vestfold og Telemark like gode i håndtering og transport av akutt psykisk syke. Tiltakene består av kompetanseheving innen psykiatri, nye arbeidsverktøy for å løse psykiatrioppdrag og prosedyrer for samhandling på tvers av involverte tjenester. Tiltakene berører alle involverte tjenester, mens noen er spesialtilpasset den enkelte tjeneste (f.eks. AMK, ambulanse eller politi).

To av tiltakene er allerede iverksatt og implementert i Vestfold hos AMK, ambulansetjenesten, psykiatrien og politiet, og det er tatt i bruk tiltakskortet BVC (Brøset Violence Checklist), et verktøy for å vurdere risiko for nært forestående vold og et "hand over"-skriv som skal følge pasient fra hentested til endelig behandlingssted. Disse vil bli implementert i Telemark i første halvdel av 2017 og det er planlagt en felles fagdag for de involverte parter. Det er også lagt inn et e-læringskurs i NAKOS-portalen for ambulansetjenesten.

6. INNSIKTER

STHF har investert mye i både bygg, utstyr og kompetanse i akuttfunksjonene gjennom mange år.

Innføring av Triage hastegradsprioritering, akuttisykepleiere, akuttoverleger og standardisering av mange innsyke akutte behandlingsflyter har økt kvaliteten og pasientsikkerheten i den akutte fasen betydelig. Traumer og slag er eksempler på dette. Helsetilsynet har gjennom tilsyn i akuttmottak både i 2014 og 2016 ikke gitt noen behandlingsavvik, og konkludert med at pasientsikkerheten er meget god.

Ambulansetjenesten har siden 2003 vært organisert i en felles klinikk sammen med Sykehuset i Vestfold. Fra 1.1.2016 ble tjenesten igjen organisert inn i Akutt og beredskapsklinikken på STHF. Målet med denne endringen er å knytte ambulansetjenesten tettere inn i den akuttmedisinske kjeden i Telemark. Totalt sett vurderes det at Telemark har godt fungerende akutte funksjoner. Dette vises også i nasjonale og regionale kvalitetsindikatorer.

Innsiktene som er utviklet i forprosjektet er basert på en kritisk gjennomgang av mange akutte behandlingsforløp.

Det har blitt trukket ut over 30 innsikter fra kartleggingsarbeidet. En komplett oversikt over innsiktene følger som vedlegg til rapporten. Disse har langt på vei bekreftet hypotesene vi hadde før vi startet prosjektet. Vi ser også at variasjonene er store og at det er få standardiserte flyter som dekker hele det akutte behandlingsforløpet. Vi har fått bekreftet at alle ledd i kjeden ønsker en tettere dialog, mer samtrening og arenaer der de kan bli kjent med hverandre.

Prosjektgruppa mener at disse innsiktene er de mest sentrale:

- **Variierende tillitt og anerkjennelse mellom aktørene i akuttkjeden**
Aktørene i akuttkjeden har uavklarte forventninger til hverandre. De stoler ikke på hverandre eller hverandres vurderinger. Dette resulterer i at pasientene risikerer å bli undersøkt unødvendig mange ganger. Dette gjelder både utenfor og innenfor sykehuset.

- **Standardisering gir gode pasientforløp**
Vi ser at de standardiserte flytene gir en raskere og riktigere behandling og mindre variasjon i forløpet. Ikke-standardiserte pasientforløp kan være belastende for pasienten, og medfører bortkastet tid og ressurser.
- **En sammenhengende journal ville styrke pasientsikkerheten**
Viktig informasjon kan bli forsinket eller forsvinne ved at hvert ledd har sitt eget system.
- **Legevaktene i fylket har stor variasjon i tjenestetilbudet**
De kommunale legevaktene i Telemark har ulike åpningstider, utstyr, bemanning og kompetanse. Forskjellene er utfordrende for både pasienter og samarbeidspartnere.
- **Akuttmottaket er en avansert samhandlingsarena med uklarhet i ansvarsfordelingen**
Ansvar for pasientbehandlingen er fordelt på mange fag og organisatoriske enheter. Pasienteierskap er ofte uklart. U hensiktsmessig organisering og samtidetskonflikter fører ofte til lang ventetid.

7. RESSURSBRUK

Forprosjektet ble bevilget penger til 40 prosent prosjektlederstilling (500.000 kroner). Midlene er i sin helhet benyttet. Ut over dette har det påløpt om lag 250.000 kroner til møte- og reisekostnader. Pengene er benyttet til fellesmøter med kommunene, deltagelse på NSH-konferanse, prosjektmøter og andre aktiviteter. Beløpet er i sin helhet dekket av Akutt- og beredskapsklinikken. Prosjektdeltagelse fra klinikker og kommuner har blitt dekket av ordinær arbeidsgiver.

8. MÅL OG PROSJEKTPLAN HOVEDPROSJEKT 2017-2019

Sykehuset Telemarks visjon er å skape pasientens helsetjeneste.

Pasientene skal oppleve tilgjengelighet og et helhetlig, moderne behandlingstilbud.

Pasientene skal oppleve god samhandling mellom alle aktørene i behandlingsforløpet og profesjonalitet, empati og god service i hele det akuttmedisinske forløpet.

Vårt mål er at kommunene og STHF i fellesskap skal skape Norges beste akuttkjede.

Vårt forslag til videre mandat

Hovedprosjektet skal bidra til en styrket akuttkjede innen somatikk og psykiatri i hele Telemark, hvor pasienten skal ivaretas i alle ledd. Målet må være en likeverdig, ensartet og kunnskapsbasert praksis når det gjelder diagnostikk og behandling av akutte

tilstander. De akutte behandlingsforløpene skal gjennomføres på en slik måte at pasientene får

- Rask og riktig diagnostikk.
- Klargjort behandlingsalternativer og riktig nivå
- Igangsatt adekvat behandling i tråd med til enhver tid gjeldende beste praksis.

Vårt forslag til prosjektmål 2017-2019

- Beskrive og implementere 30 komplette standardiserte akuttflyter (om lag 10 flyter hvert år i prosjektperioden)
- Høy kvalitet i akuttforløpene ved god faglig standard og godt samarbeid
- Utvikle gode samarbeidsarenaer mellom aktørene i hele akuttkjeden
- Felles kompetanseutvikling på tvers av fag og nivå
- Felles metode og dokumentasjonsverktøy
- Innfri rolle og ansvarsdeling fastlege/legevakt og sykehus i tråd med medisinsk utvikling og nasjonale lover, forskrifter og føringer

Prosjektet bør utvikle et sett av kvalitetsindikatorer og etablere målinger. Det bør også vurderes om prosjektet kan være et grunnlag for forskningsaktivitet.

Organiseringsmodellen kan videreføres fra forprosjektet, og prosjektet kan deles inn i fire delprosjekter.

Disse fire områdene er et resultat av den kartleggingen som ble gjort forprosjektet. Både flytbeskrivelsene og innsiktene ligger som grunnlag for de fire hovedretningene det skal jobbes videre med i hovedprosjektet de neste tre årene:

8.1 Flytarbeid

Delprosjektet skal gå gjennom og standardisere flytene. Dette arbeidet skal utføres av grupper sammensatt av de som er involvert i den aktuelle flyten.

- Beskrive, kartlegge tid og kvalitet, samt analysere valgte flyter
- Plukke ut om lag 10 pasienter som har "vært gjennom" flyten. Følge pasienten igjennom hele forløpet
- Komme med forslag til forbedring og standardisering av flytene

For 2017 er det valgt ut 11 flyter

- Traume (høyenergi)
- Slag/Trombolyseflyt (FAST symptomer – innenfor 4,5 timer)
- FCF (Lårhalsbrudd)
- KOLS/Astma
- DVT (blodpropp i leggen, dyp venetrombose)
- Villet egenskade/ selvmordsforsøk (inkludert Intox)

- Brystsmerter
- STEMI (fastslått av lege)
- Sepsis
- Magesmerter
- Hjertestans (med pågående HLR/ROSC)

8.2 Samhandling og kompetanseutvikling

Innenfor området samhandling og kompetanse skal det etableres faste møtepunkter. Dette gjelder både for sykehus- og kommunalsektoren. Det bør være noen overgripende arenaer, og noen som favner om enkeltledd som for eksempel en felles møteplass for alle legevaktene i fylket. Det bør fokuseres på felles kompetanseutvikling og innføring av felles verktøy som for eksempel vurderingssystemet NEWS (National Early Warning Score). Det bør være et mål at alle legevaktdistrikter får gjennomført et instruktørkurs i scenariotrening.

- Utvikle gode samarbeidsarenaer mellom aktørene i hele akuttkjeden
- Tilrettelegge for teamtrening
- Jobbe med felles kompetansebygging
- Oppfølging og revidering av tjenesteavtale 11

8.3 Dokumentasjon og kommunikasjon

Gruppen skal beskrive dagens situasjon og målbilde med tanke på teknologi innenfor akuttkjedens primærområde og samarbeidende parter.

- Kartlegge og innhente opplysninger om relevant teknologi og IKT-prosjekter – både nasjonalt og regionalt
- Kartlegge og definere mulighetsrommet for utvidet bruk i allerede innført IT teknologi og programvare ved STHF og primærhelsetjenesten
- Beskrive dagens situasjon om bruk av triagesystemer og metoder, samt definere muligheter for felles standard
- Anbefale felles IKT for alle samarbeidende parter i akuttkjeden, og komme med forslag til implementering av dette
- Utarbeide plan og legge til rette for opplæring, test og igangsetting av IKT-prosjekt og felles triagesystem
- Ferdigstille og kvalitetssikre drift av felles IKT-løsning innen dokumentasjon og kommunikasjon
- Ferdigstille implementering og bruk av felles triagesystem i Telemark
- Følge prosjektet "Verdig Vei Videre", og eventuelt bidra til implementering.

8.4 Arbeid ut mot legevakt

Gruppen skal innfri rolle- og ansvarsdeling mellom fastlege/legevakt og sykehus. Dette skal være i tråd med medisinsk utvikling og nasjonale lover, forskrifter og føringer.

Gruppen skal også passe på at funn og resultater i de andre tre delprosjektene blir formidlet ut til kommunene og legevaktene i fylket, samt jobbe for å få til prøveordninger med legebil.

8.5 Økonomiske rammer








Prosjektet kan i 2017 også gjennomføres med et lavt budsjett til drift, uten store investeringer.

Total ramme 2017

Prosjektmidler STHF	NOK	500.000
Støtte fra HSØs fagavdeling	NOK	250.000
Sum 2017	NOK	750.000

Øvrige ressurser vil dekkes av den organisasjonen som ressursen tilhører.

VEDLEGGSOVERSIKT

Kapittel	Navn	Vedlegg
3.0	Organisering av forprosjektet	 Akuttkjeden - prosjektdeltakere 25.0
4.1	Delprosjektgruppe 1, prehospital pasientflyt	 Prehospital pasientflyt.pdf
4.2	Delprosjektgruppe 2, inhospital flyt	 Delprosjekt 2 pasientstrømmer inho:
4.3	Delprosjektgruppe 3, Telemarks samlede akutte tilbud	 TelemarksAkuttTilbud Rapport.pdf
5.4	Pilot Seljord	 Prosjektrapport pilot Akuttmedisin Seljord -
5.5	Verdig vei videre	 Innsiktspresentasjon HT13 12 14.pdf
6.0	Innsikter	 INNSIKTER.pdf

