

Det gode pasientforløp

Gode
pasient
—forløp

Et tverrfaglig samarbeid mellom kommune- og spesialisthelsetjenesten

«Sammen blir vi gode»

Anita Vangen, Teamleder Tverrfaglig vurderingsteam (TVT) – Sør-Varanger Kommune

Kristin J. Pedersen, Samhandlingskoordinator - Klinikk Kirkenes



**Sør-Varanger
kommune**



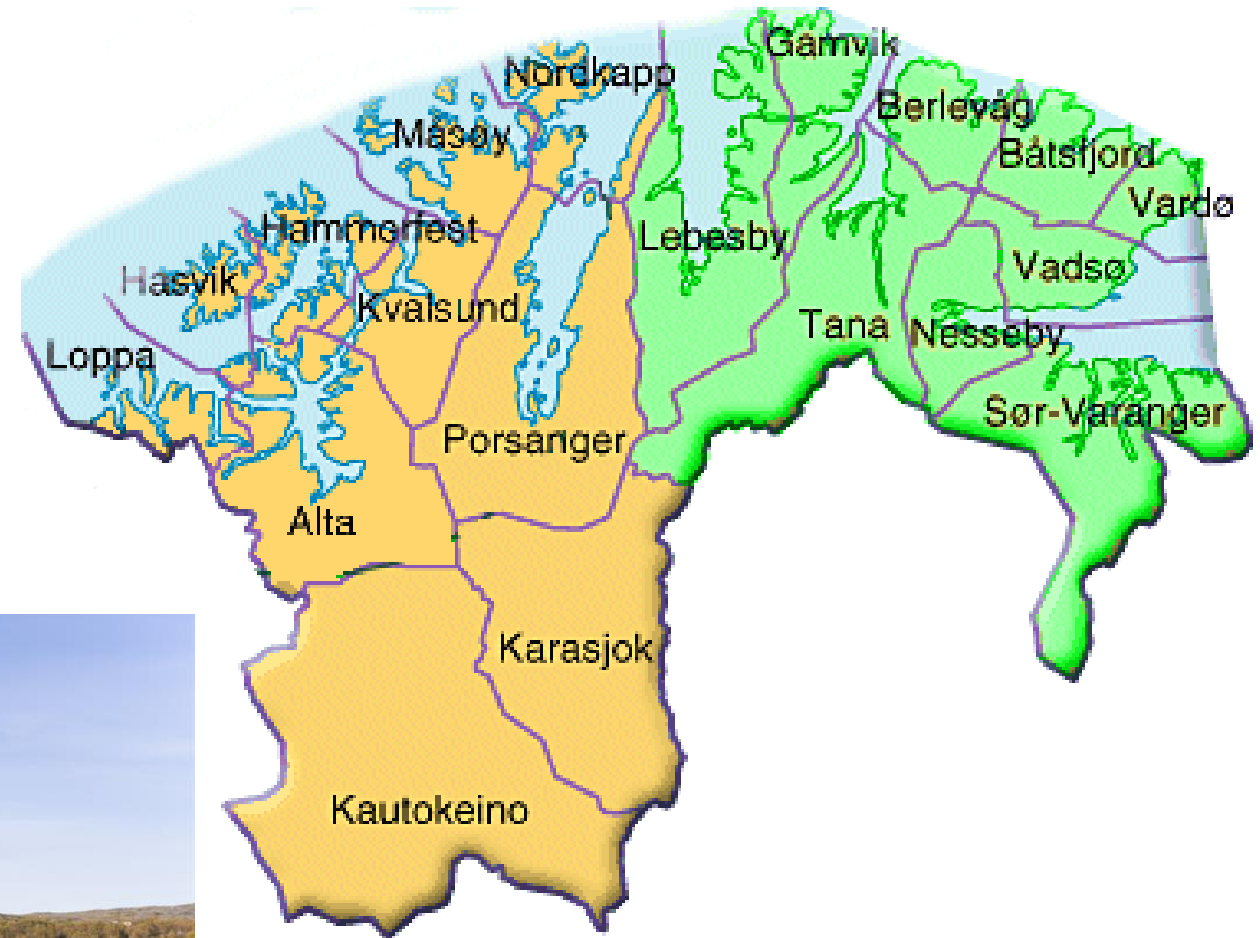
Utviklingscenter for
sykehjem og hjemmetjenester

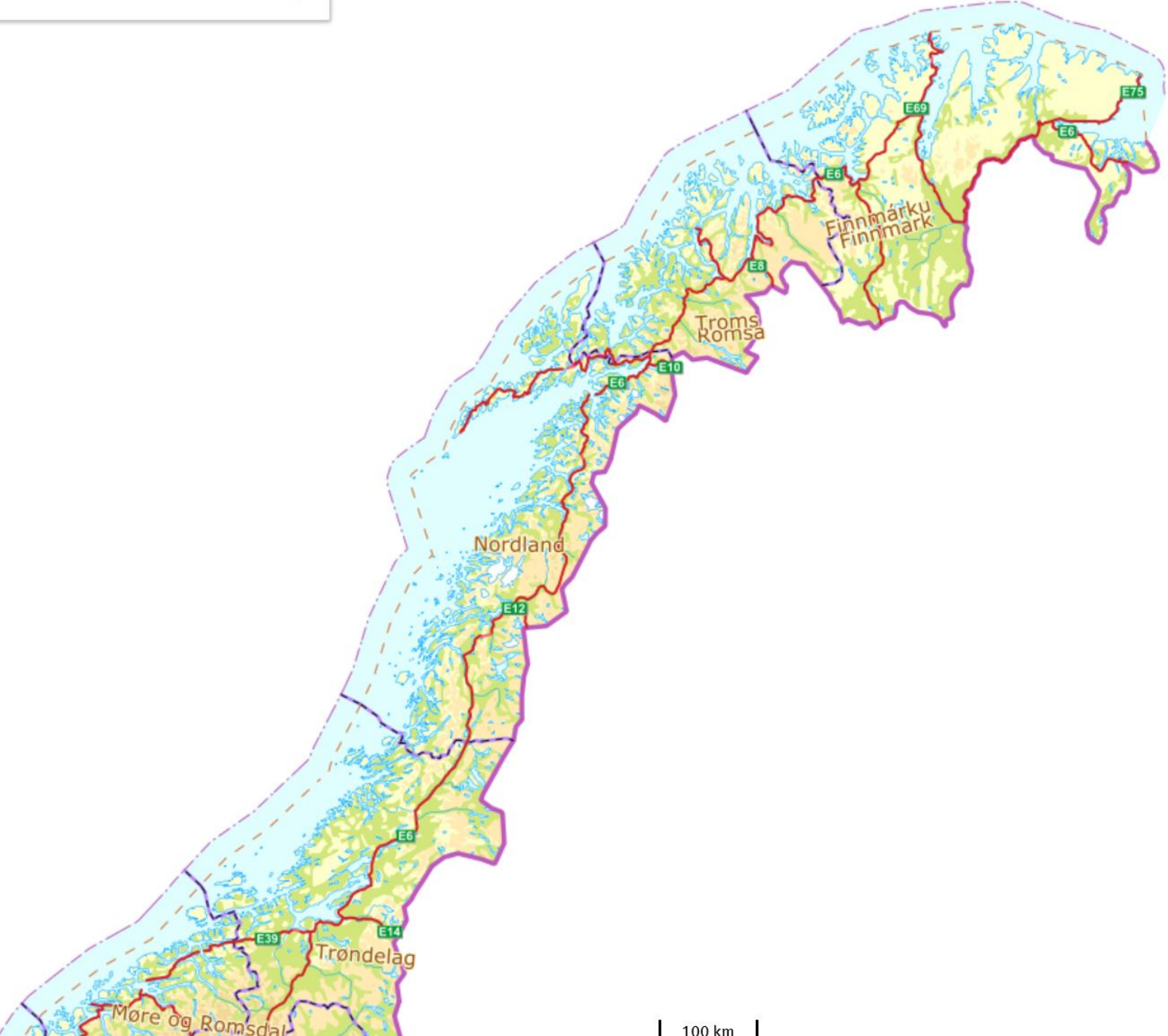


FINNMARKSSYKEHUSET
FINNMÁRKKU BUOHCCIVIESSU









100 km



Landareal

3 459 km²

Innbyggertall

10 156

Administrasjonssenter

Kirkenes



Utfordringer



Styrker





Nasjonalt program:
Det gode
pasientforløp.



Lokalt nettverk og
felles workshop
Kommune, pasient
og sykehus



Forbedringsteam i
sykehus og kommune
Tverrfaglighet

Hva er viktig for deg ?



System









Pasientsentrert helse tjeneste.



Felles fagutvikling og opplæring



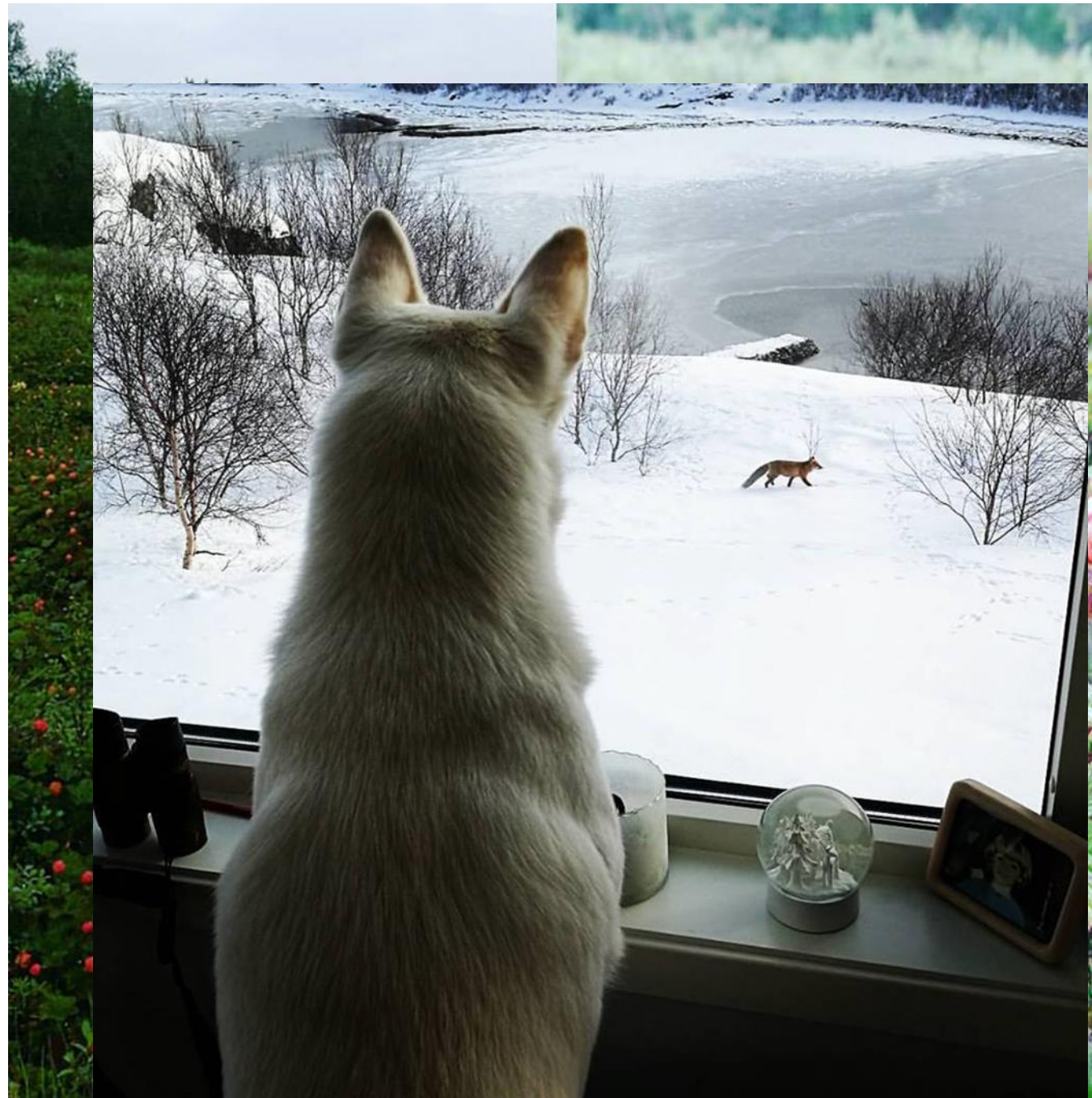
Kommunikasjon



Forebygge re-innleggelser

Figur 2 Felles satsningsområder for kommuner og sykehus

Motivasjon



Ambulansesaken: Pasienter som har behov for innbyggelse i Trondheim, må få

komme dit raskt. Ikke etter 5 dager. (En sann sak !!)

At helseperson har tid til å høre på meg

Få helsehjelp hos kompetente fagfolk

Å kunne være hjemme

God HELSE

At jeg som pasient blir sett, enten jeg er pasient eller pårørende. At alle arbeidshelsepersonell samarbeider og gir best mulig behandling

VÆRE FRISK

God helsetilstand

Hva er viktig for deg?

At de som du er i kontakt med har tid, hører og hjelper

KLARE MED SELV

At Resepsjonen får være åpen også i frokosttiden på helgekvelder så vi eldre/drenger kommer tidligere på dagen

Rask helsehjelp ved brudd eller akutt nødssituasjon - Ikke vent noen dager



Få medisiner som kan yorenes

Basal & Børnebasal

At det er gode folk som forstår

At vi får den hjelpen vi trenger når vi behøver den

At pasientreiser skal fungere bedre enn i dag

Reise

Et på uke

Bli sett og
hørt

Respekt

Trygghet

God
informasjon

Mestring

Behandling

Ventetid

Kost

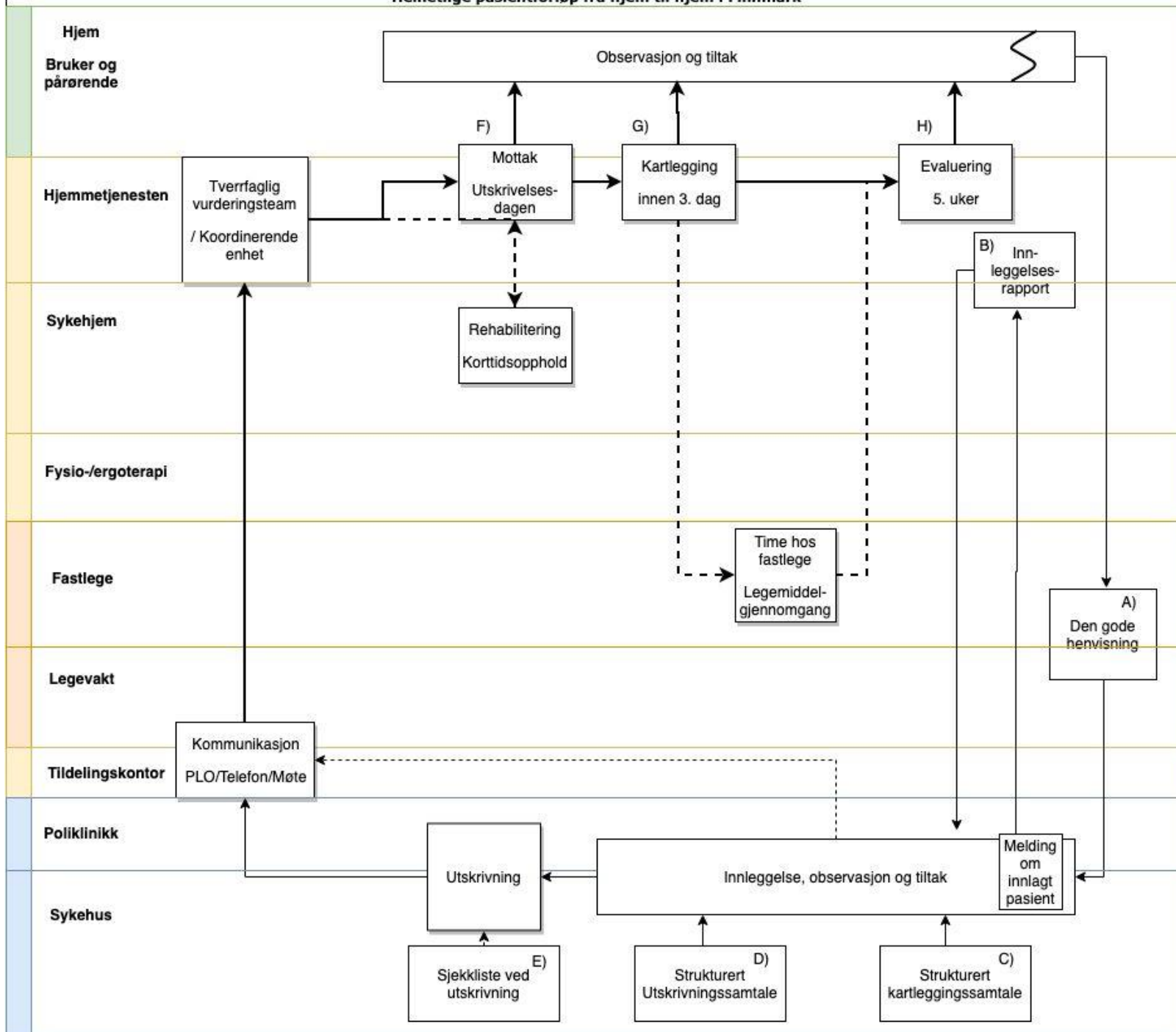
Individuelt
fokus

Det var viktig for oss å ta med pasientens opplevelser i arbeidet med Gode pasientforløp. Vi spurte pasientene hva som var viktige for dem i møtet med helsevesenet. Innspillene har vi tatt med i arbeidet med å utarbeide «Helhetlige pasientforløp, fra hjem til hjem».

Felles målsetninger

- Innen november 2019 skal vi ha utarbeidet et felles beskrevet og visualisert pasientforløp for PLO pasienter som overføres mellom sykehus og kommune (Kirkenes og Sør-Varanger)
- Innen 2020 implementere «Trygg utskrivning» ved Klinikk Kirkenes og «Trygt mottak» i Sør-Varanger kommune.

Helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem i Finnmark



A) "Den gode henvisning"

B) Strukturert innleggelsesrapport

C) Strukturert kartleggingsamtale

D) Strukturert utskrivningssamtale og legemiddelgjennomgang

E) Sjekkliste ved utskrivning

F) Sjekkliste ved mottak

G) Sjekkliste ved 3. dagsbesøk

H) Sjekkliste ved 5. ukers evaluering.

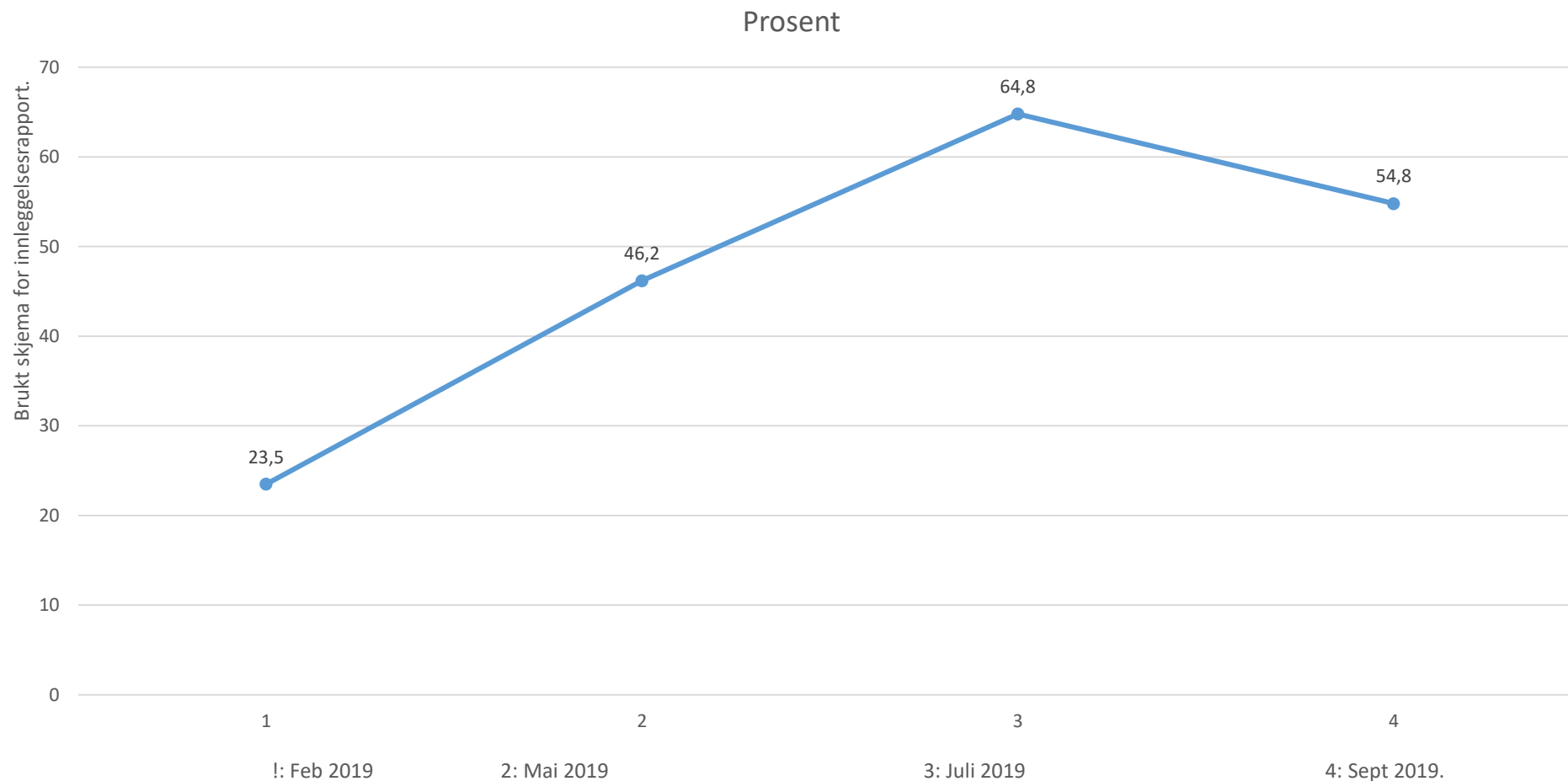
Hvor	Legevakt/kommunen	Akuttmottak	På sengepost	På sengepost	På sengepost	I Hjemmet/kommunen
Hva	Henvisning	Innleggelse	Kartlegging	Utredning og behandling	Trygg utskrivning	Trygg mottak
<p>Overordnet mål er å forbedre pasientens erfaring med utskrivning fra sykehus. Det skal være et vern mot skade og unødvendige reinnleggelse. Forløpet skal sikre pasientens medvirkning og realisering av egne ressurser.</p>	<p>Sikre god vurdering, henvisning og kommunikasjon videre i systemet</p>	<p>Sikre viktig informasjonsoverføring og gi godt grunnlag for utredning og behandling i sykehuset.</p>	<p>Sikre kvalitet i kartlegging og grunnlag for endring i sykdomsbilde og funksjon. Få frem hva som er viktig for pasienten, pasientens ressurser og eventuelt behov for opplæring og mestringstilbud.</p>	<p>Sikre et helhetsbilde for pasientens funksjon og sykdomsbilde. Sikre helhetlig behandling risikovurdering og behov for opplæring for å mestre sin egen hverdag med sykdommen. Vurdere pårørendedeltakelse i opplæringen</p>	<p>Sikre pasientens medvirkning, at h-n forstår informasjon og opplæring som blir gitt, sikre at kommunen er klar for å ta imot pasienten.</p>	<p>Sikre trygg mottak av pasienten i hjemmet, og at pasienten får oppfølging og behandling som er igangsatt og nødvendig. Sikre at pasienten kommer til kontroll hos fastlegen dersom dette er aktuelt. Følge opp behov for opplæring av pasient, pårørende der økt sykdomsforståelse og mestring er et mål. At pasienten klarer seg med bruk av egne ressurser, og får hjelp der det er et behov.</p>
Tiltak	<ul style="list-style-type: none"> Undersøkelse henvisende lege Henvisning med samstemt legemiddelliste NEWS ISBAR /kommunikasjon Triage KAD seng, Utarbeide egen veileder? 	<ul style="list-style-type: none"> Mottakssykepleie innkomst Legens innkomst med oppstart av legemiddelsamstemming Tilkalle farmasøyt i mottak ved behov Supplerende undersøkelser Tidlig henvisning til aktuelle faggrupper (slag, DIA, underernæring mm). 	<ul style="list-style-type: none"> Strukturert kartleggingsamtale «Hva er viktig for deg?»-fokus Pasient og pårørendeopplæring/Læring og mestring Tidlig planlegging av utskrivning Samstemming som ikke er ferdig i mottak, fullføres første ordinære visitt Behov for involvering av tverrfaglig vurderingsteam i kommunen. 	<ul style="list-style-type: none"> Tverrfaglig samarbeid Bruk av risikotavler Henvisning til aktuelle faggrupper Pasient og pårørendeopplæring Supplerende undersøkelser Veiledningsbehov kommunen Planlegge utskrivelse 	<ul style="list-style-type: none"> Utskrivningssamtale Epikrise sendes elektronisk samtidig med at pasienten reiser ut Epikrise i hånden, ett eksemplar til kommunal tjeneste Tiltak i hht sjekklister ved utskrivning 	<ul style="list-style-type: none"> Sykepleiebesøk utskrivningsdag i kommunen Bruk av sjekklister for oppfølging Besøk av sykepleier og/eller tverrfaglig vurderingsteam innen 3 dager. Bestille kontroll hos fastlegen jf epikrise 5 ukers oppfølgingsbesøk
Elektronisk meldesystem fra sykehus		Melding om innlagt pasient	Tidligmelding innen 24 timer	Underveismelding (Fagmelding og Oppdatert fagmelding)	Utskrivningsklar pasient, utskrevet pasient. Sykepleiesammenfatning.	
Elektronisk meldesystem fra kommunen	Henvisning Legemiddelliste	Innleggelsesrapport fra sykepleietjenesten i kommunen	Dialogmelding	Dialogmelding	Svar på mottatt melding.	Melding om utskrivningsklar pasient behandles og fordeles til rett tjeneste for oppfølging.
Målepunkter Interne kvalitetsmålinger	Den gode hensvining Samstemt legemiddelliste	Måle ventetid i mottak? Melding om innlagt pasient sendt Bruk av Innleggelsesrapport.	Strukturert kartleggingsamtale gjennomført Har vi spurt pasienten "Hva er viktig for deg"?	Henvisning til aktuelle faggrupper Tilbud om pasient og pårørendeopplæring	Utskrivningssamtale gjennomført Bruk av sjekklister ved utskrivning Epikrise sendt elektronisk innen 24 timer. Oppdatert legemiddelliste.	Gjennomført sykepleiebesøk utskrivningsdag Gjennomført strukturert kartleggingsbesøk innen 3. dager Gjennomført evalueringsbesøk innen 5 uker.



Mål og målinger internt i SVK

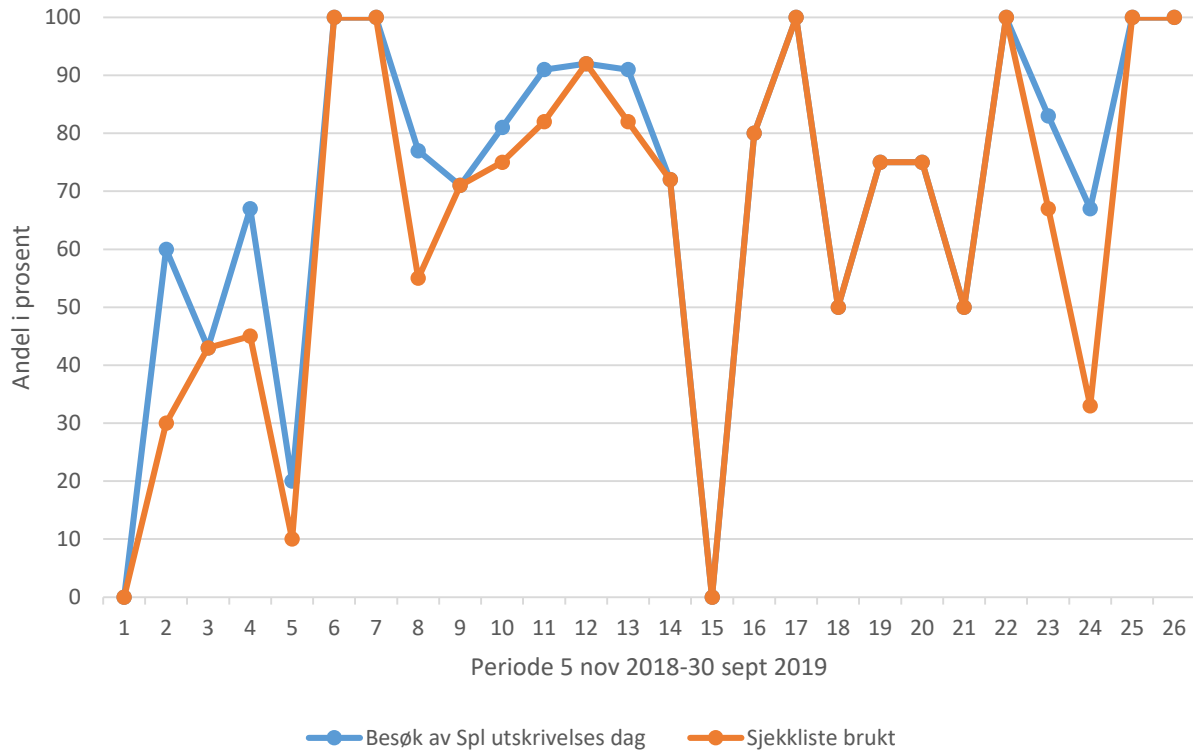
- Innleggelsesrapport – 100 % bruk av skjema for innleggelsesrapport
- Kartleggingsbesøk mottak – 100% av utskrevne pasienter får strukturert kartleggingsbesøk av sykepleier utskrivningsdag.
- Grundig kartlegging innen 3. dag – 100% av utskrevne pasienter skal ha et grundig kartleggingsbesøk innen 3. dag.
- Evaluering innen 5 uker – Igangsettes innen 1. kvartal 2020.

Bruk av innleggelsesrapport.

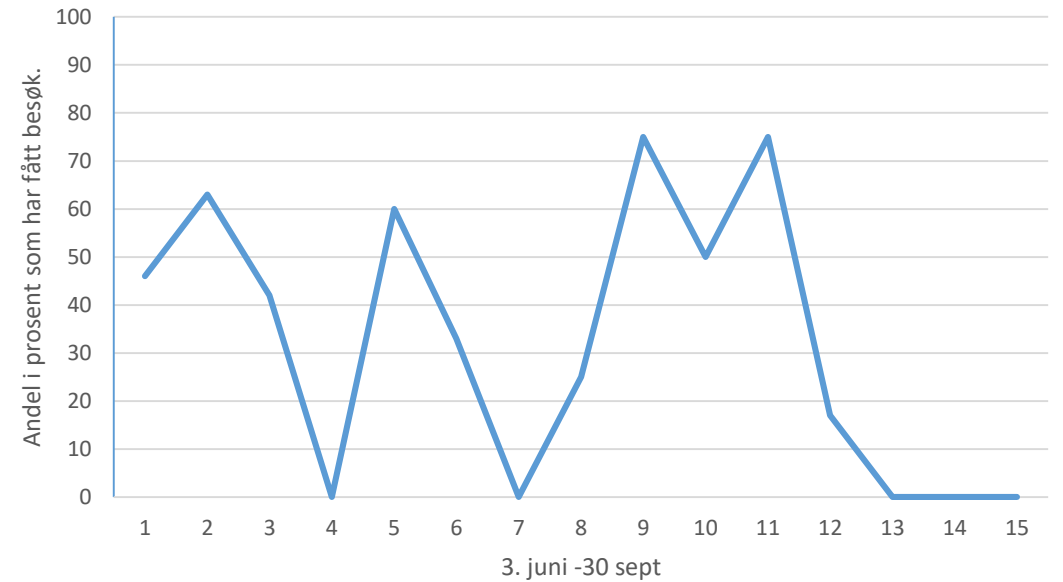


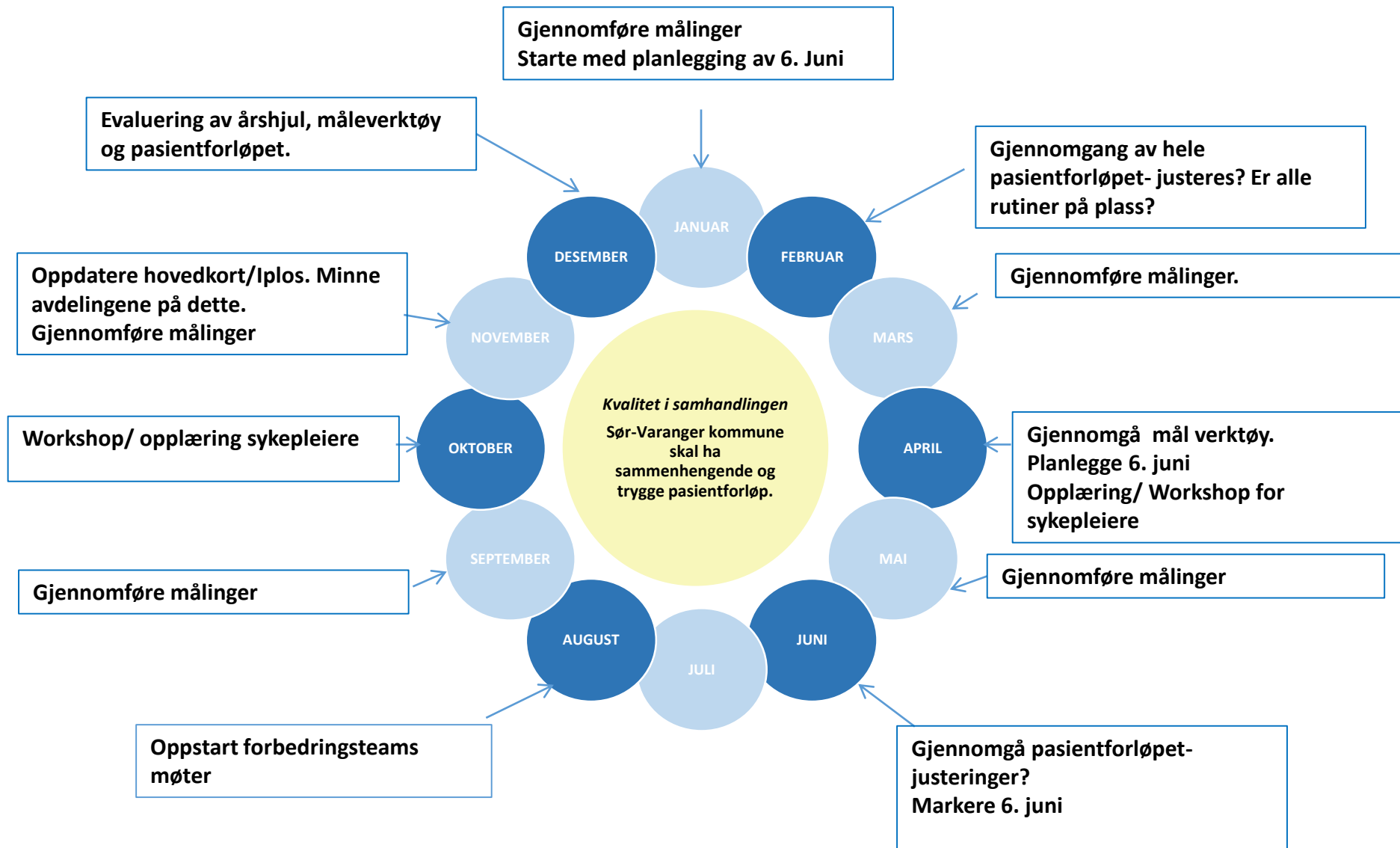
Målinger Sør-Varanger kommune.

Målinger mottak i hjemmet.



Grundig kartlegging innen 3 dager





Årshjul SVK forbedringsteam

Opplysninger som skal oppgis i innleggsrapport

Aktuell situasjon. Ikke bruk forkortelser – skriv hele setninger.

1. Innleggsårsak hvis kjent
2. Avklaringer i forhold til behandlingsnivå/reservasjoner/smitte
Avklaringer som er gjort med pasient/pårørende i samarbeid med fastlege/sykehjemslege om for eksempel livsforlengende behandling og Res minus. Reservasjoner kan være ift blodtransfusjon
3. Legemiddelopplysninger
Administrasjonsform/Hvem administrerer medisinene? Multidose? Knuses eller annet?
- Andre viktige opplysninger: For eksempel svelgvansker, bivirkninger, dato for sist gitt depot /injeksjoner/plaster/Marevan. Siste INR, neste måling og terapeutisk nivå.
- Medisiner tatt i dag?
- Har CVK / Veneport? Når er det sist skiftet rundt innstikkssted?
- Er grippenål satt inn? Dato for siste gjennomskylling?
OBS: Dersom IKKE vi administrerer brukers medikamenter MÅ det fremgå av

OBS: Om det er sykepleier fra annen base enn den brukeren tilhører kan det være vanskelig å finne svar på alle spørsmålene over. Viktig at en da kopierer «Sammenfatningen» evt tar kontakt helsefagarbeider på aktuell base for å sjekke om sammenfatning er ok (gjelder selvfølgelig ikke på natt om basen er ubemannet).

Innleggsrapporten! Medikamentene skal da heller ikke være registrert i Profil. Vet vi at bruker står på Marevan kan det nevnes, men at vi ikke vet INR verdi, dato for neste INR kontroll eller dosering.

4. Tjenester som pasienten mottar og hyppighet (ikke godt nok med tjenestenavn og antall minutter som hentes automatisk) Eksempel: Hjemmesykepleie x3/dag (morgenstell, tilsyn på dagen/kveldstell) Presisere hvis det er behov for 2 pleiere. En til en bruker?
Sykepleieopplysninger Ikke bruk forkortelser – skriv hele setninger.
5. Hva er viktig for pasienten
Ønsker og mål for pasienten. Motivasjon for å ivareta egen helse, for eks ved livsstilssykdommer.
6. Kommunikasjon/sanser
Syn, hørsel, evt. hjelpemidler. Språk, afasi, kommunikasjonsevner. Utenlandsk, behov for talk?
7. Psykisk/mental status
Hukommelsesproblemer (gjort MMS score/demensutredning?), forvirring,

nedstemthet, angstlignende symptomer, irritasjon, samtykkekompetanse, psykiske lidelser, fare for vold/trusler, selvmordsrisiko

8. Respirasjon/sirkulasjon
Frekvens, ubesværet/besværet, O₂ behov, surkling, hoste, slim, temperatur, hud (klam, varm, tørr), ødemer, BT/puls, TILT målinger og score hvis det foreligger, bruker støttestrømper.
9. Ernæring
KMI, vekt/høyde, ernæringsstatus, vektendring siste tid? Ved underernæring: hvilke konkrete tiltak fungerer? Diett, spiser selv/PEG sonde, matallergi, svelgevansker, moset mat. Bruker ernæringsdrikke type/mengde pr døgn. Utarbeidet ernæringsplan? Tann- og munnhelsestatus?
10. Eliminasjon
Kontinent for urin og avføring, obstipasjon, bruk av lakserende midler.
Kateter / Stomi – gjør bruker noe selv? Skifte kateter pose, stell av stomi?
11. Hud/vev/sår
Hel hud, eksem, sår, risiko for trykksår, evt. forebyggende tiltak. Sårprosedyre – siste sårskift

12. Funksjonsnivå (beskrivelse)
Hjelpebehov, hjelpemidler, grad av mobilitet/falltendens. Tiltak i forhold til personlig hygiene; hva klarer pasienten selv, tilrettelegging, hjelp
13. Smerter
Akutte/kroniske smerter-hvor? Hyppighet. Hemmer smertene pasientens mobilitet/hvile. VAS skala?
14. Sosialt
Hjemmesituasjon, boforhold (trapper i bolig/etg i bolig/antall mil til nærmeste apotek), spesielle familierelasjoner/nettverk, avhengighetsproblematikk
15. Annet
Individuell plan, koordinator, oppfølging fra andre faggrupper. Andre relevante opplysninger
16. Er nærmeste pårørende informert om innleggelsen?
17. Barn under 18 år?
18. Andre relevante opplysninger

Innleggsrapporten underskrives med navn, stillingstittel, arbeidssted og telefon nr.

Hva er viktig for deg?

1. Fortell
- Hvordan har det gått siden sist?
2. Hvordan har dagen din vært?
- utfordringer/mestring?
3. Hva tenker du?
- Skal til for å mestre/hvordan gjorde du tidligere?
4. Ressurser.
- Egne/pårørende/nettverk

Utskrivelsesdag. Hjemme hos bruker.

Emne:

4. Nødvendige hjelpemidler/utstyr på plass?
Blir utstyr brukt riktig?

5. Pasientsikkerhet – umiddelbare forhold som; brannsikkerhet, fallfare, mobilitet.

6. Har bruker trygghetsalarm? Er bruker i stand til å forstå bruken? Test alarmen. Føler bruker seg trygg?

7. Smerteproblematikk

8. Vitale målinger BT p, resp, spo2, (NEWS? Fare for forverring)

9. Sår (trykksår)

10. Beskriv matlyst og næringsinntak. Kvalme? Klarer bruker å ordne med mat selv? Har bruker mat hjemme?

11. Eliminering

12. Søvnmonster dag/natt

13. Hukommelsesproblemer? Forvirringstilstand? Angstlignende reaksjoner, nedstemthet, irritasjon, mistenksomhet?

14. Personlig hygiene.

15. Kontakt med pårørende. Hvem er nærmeste pårørende, kontaktinfo.

Grundig kartlegging utføres av sykepleier innen 3 dager.

Emne:

1. Søknad om hjemmetjenester

2. IPLOS registrering. Se punkter i Profil

3. Hva er viktig for deg?

4. Pasientsikkerhet; brann, fallfare (falt siste 6 mnd.?), mobilitet

5. Smerteproblematikk. Endring siden første besøk? ESAS

6. Ernæring. Endringer? Utfordringer? Allergier? Vekt.

7. Sår. Operasjonssår? Trykksår?

8. Eliminering

9. Døgnrytme

10. Brukers psykiske helse

11. Blir utstyr brukt riktig? Ergoterapeut.

12. Avklar behov for time hos fastlege. Evt. Er time bestilt?

13. Skal Tverrfaglig vurderingsteam kontaktes? Evt. andre

14. 4 meter gangtest

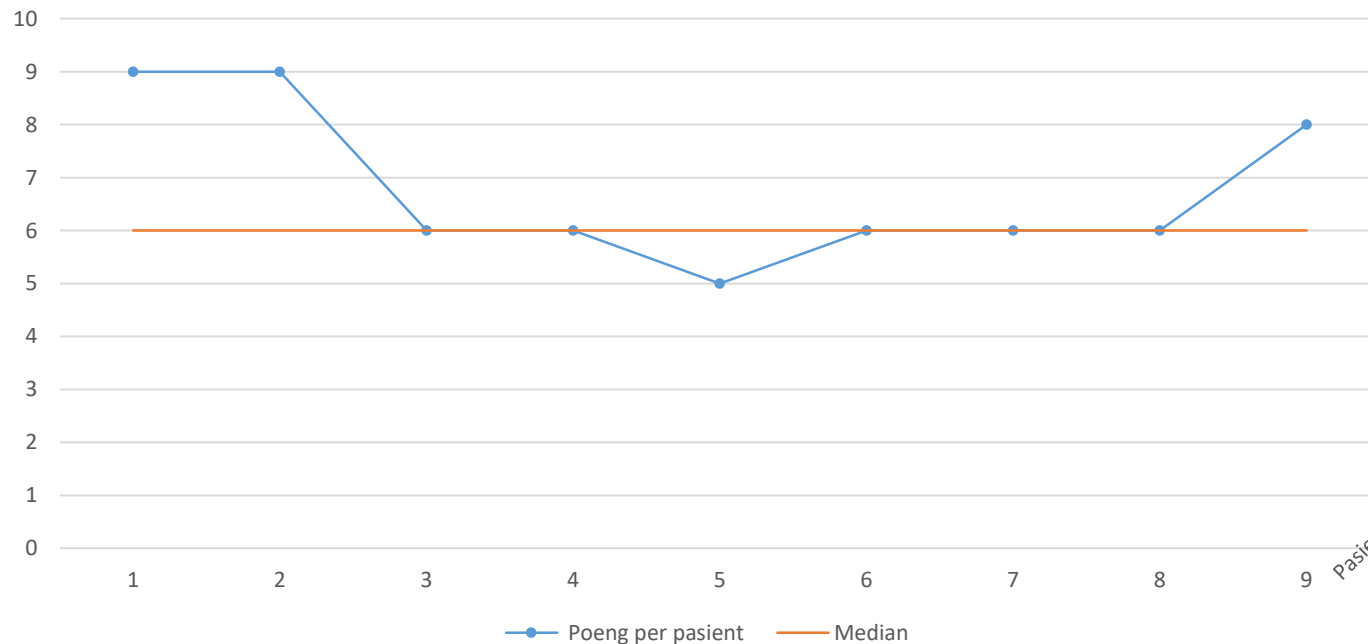
15. BT, p, SpO2, resp, tp, (NEWS? Forverring)

Målinger klinikk Kirkenes

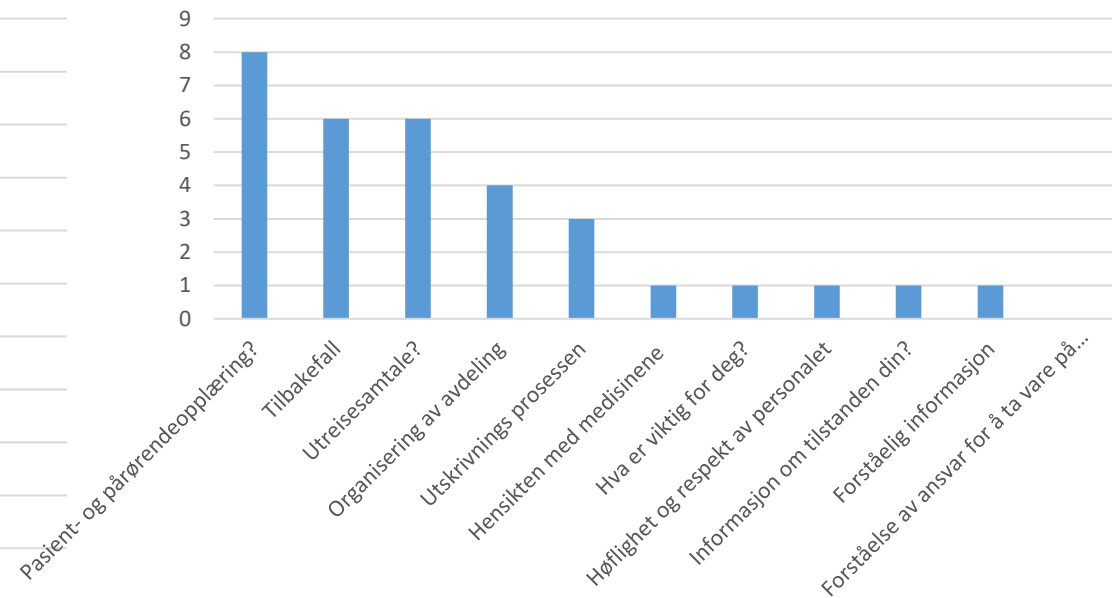
- Kartleggingssamtalen – Innen utgangen av 2019 skal 80% av innlagte PLO pasienter skal få en strukturert kartleggingssamtale innen 48 timer.
- Brukerens stemme – Alle pasientene skal ha 9 av 10 tiltak i hht brukertilfredshetsundersøkelsen innen 2019.
- Epikrisetider- Innen 2020 skal 80 % av epikriser sendes elektronisk utskrivningsdagen.
- Sjekklister ved utskrivning
- Utskrivningssamtale

Brukerens stemme

Brukertilfredshet Klinikk Kirkenes oktober 2018 (med avd)

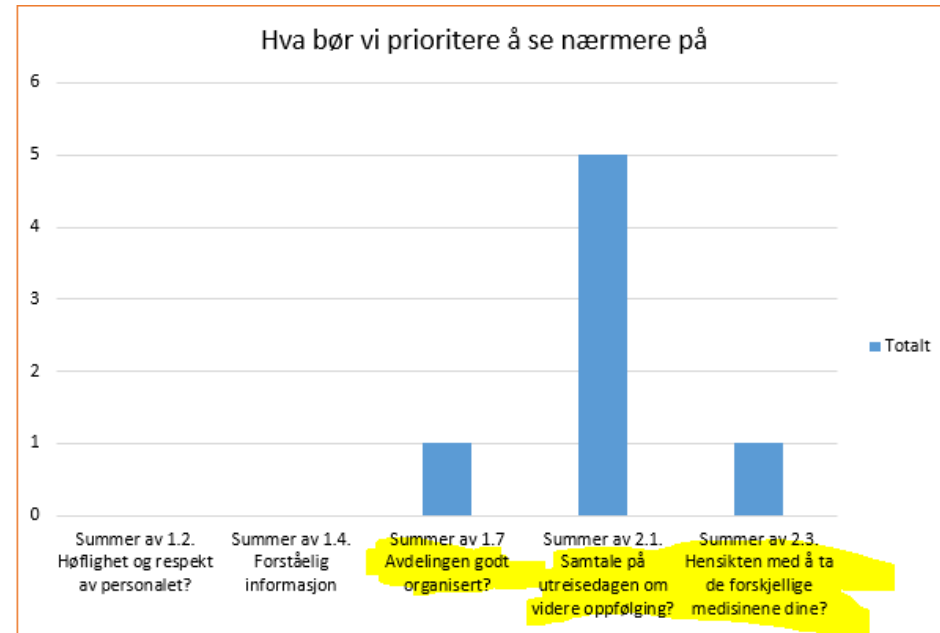
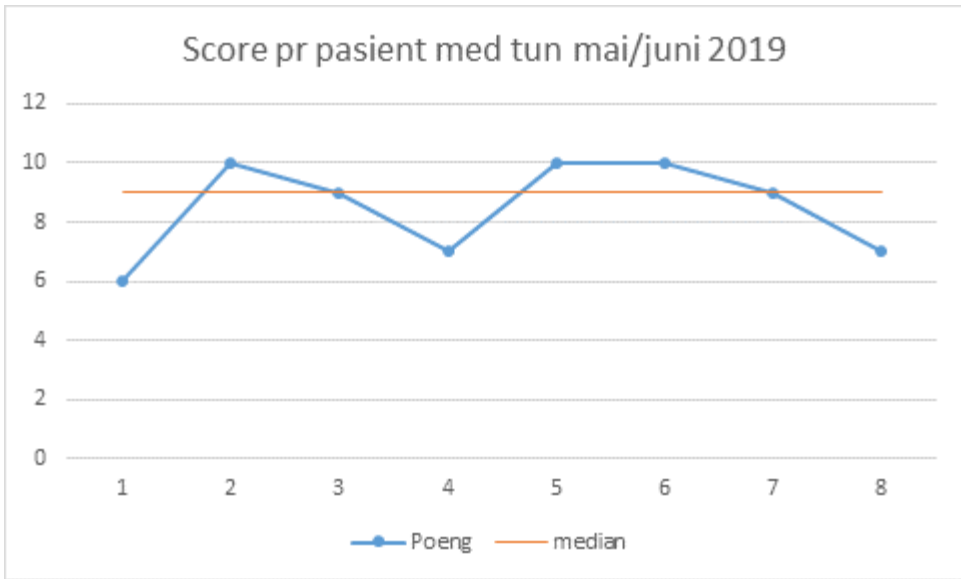
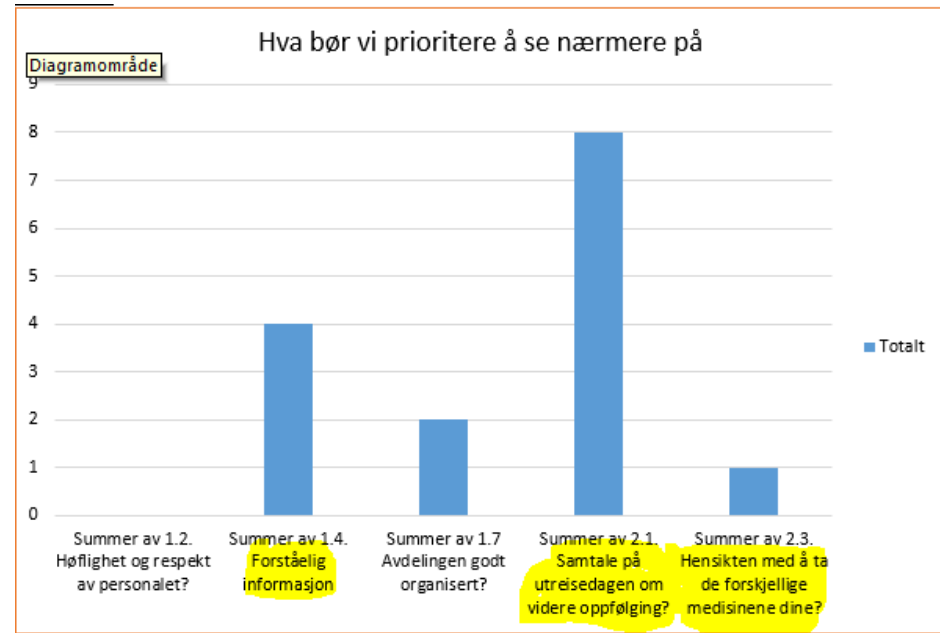
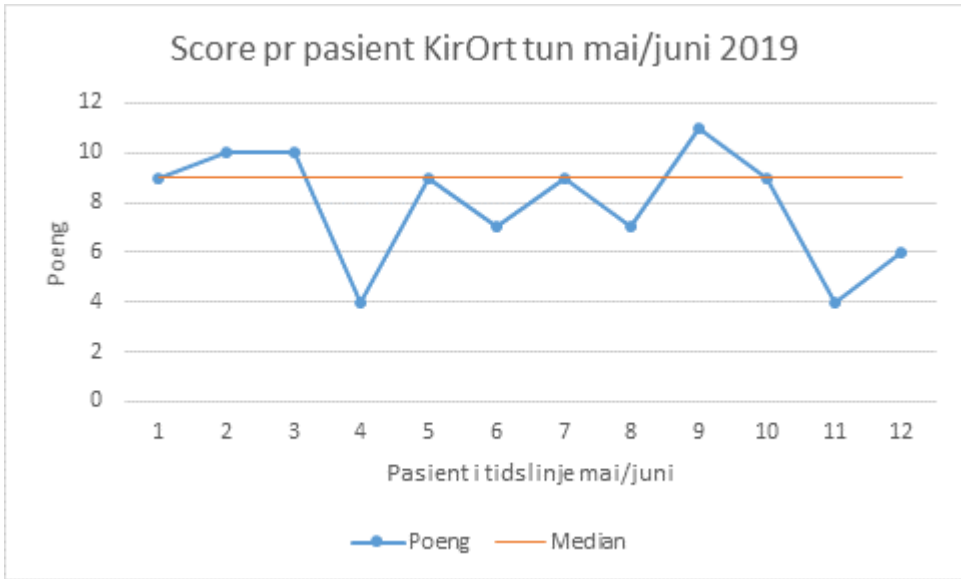


Hva bør vi prioritere å se nærmere på?

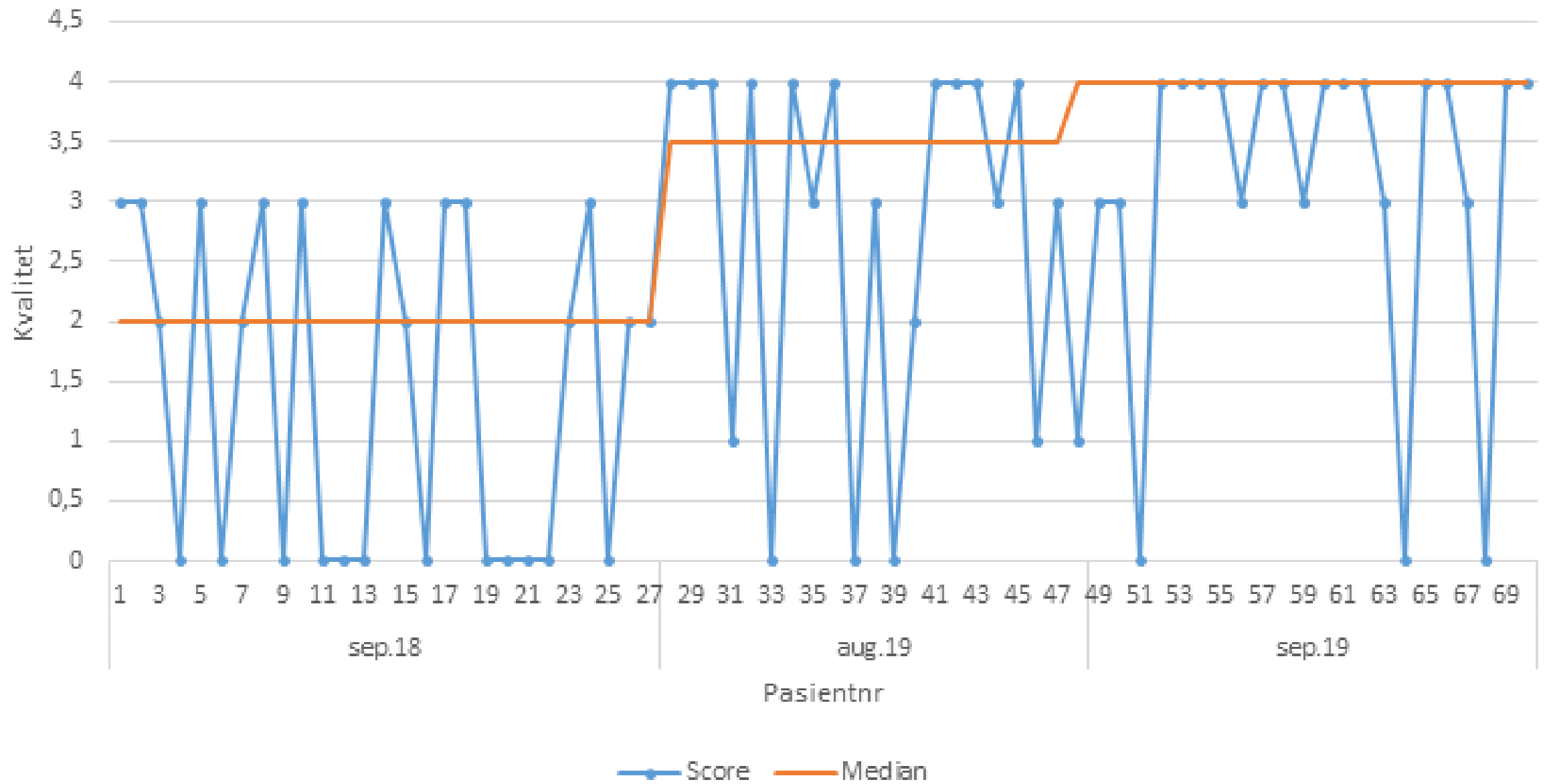


Pasient og pårørendeopplæring
Samtale på utreisedagen
Hva kan jeg selv gjøre ved tilbakefall?

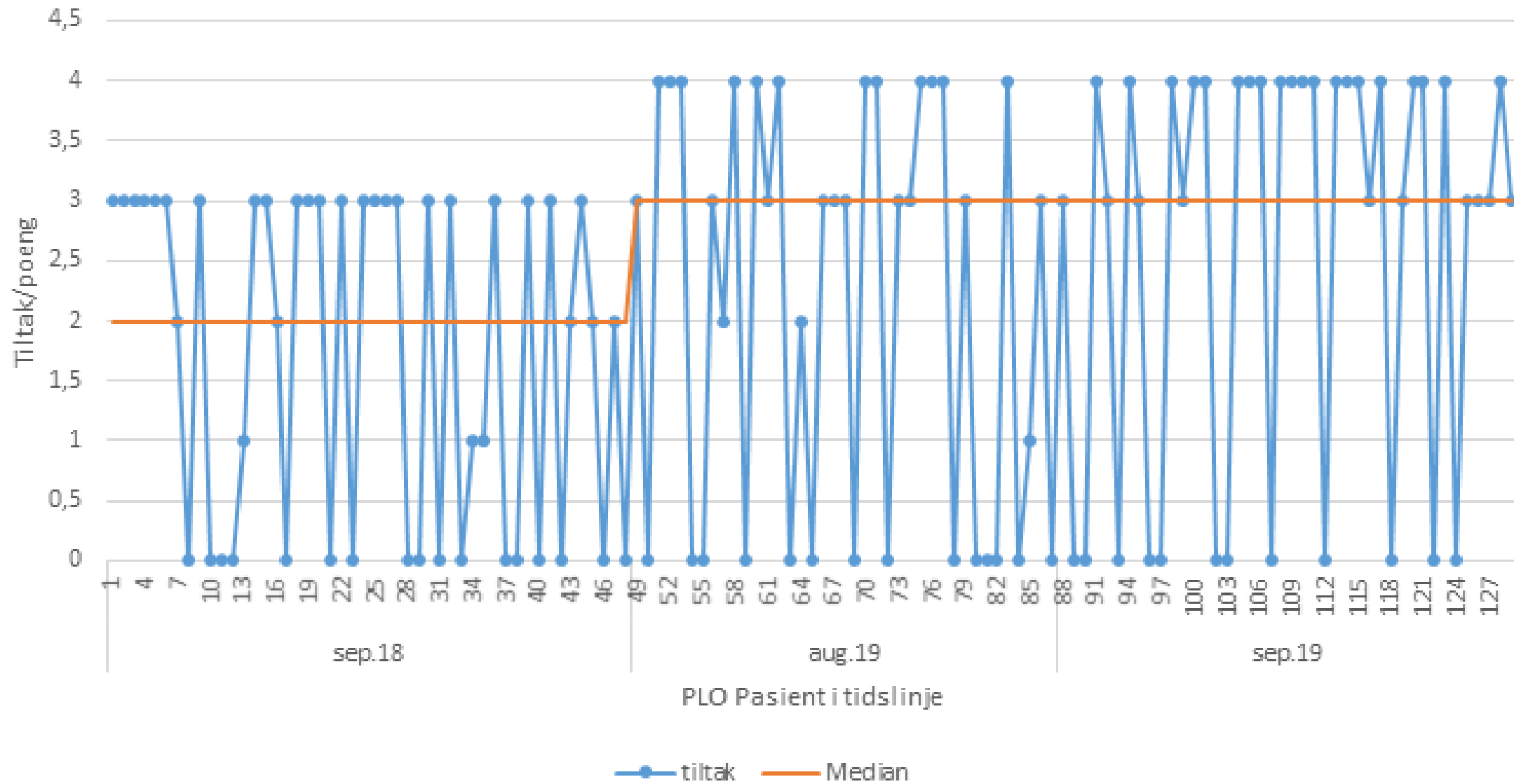




Strukturert kartlegging KIR 2018-2019



Strukturert Kartlegging Med avd. 2018-2019



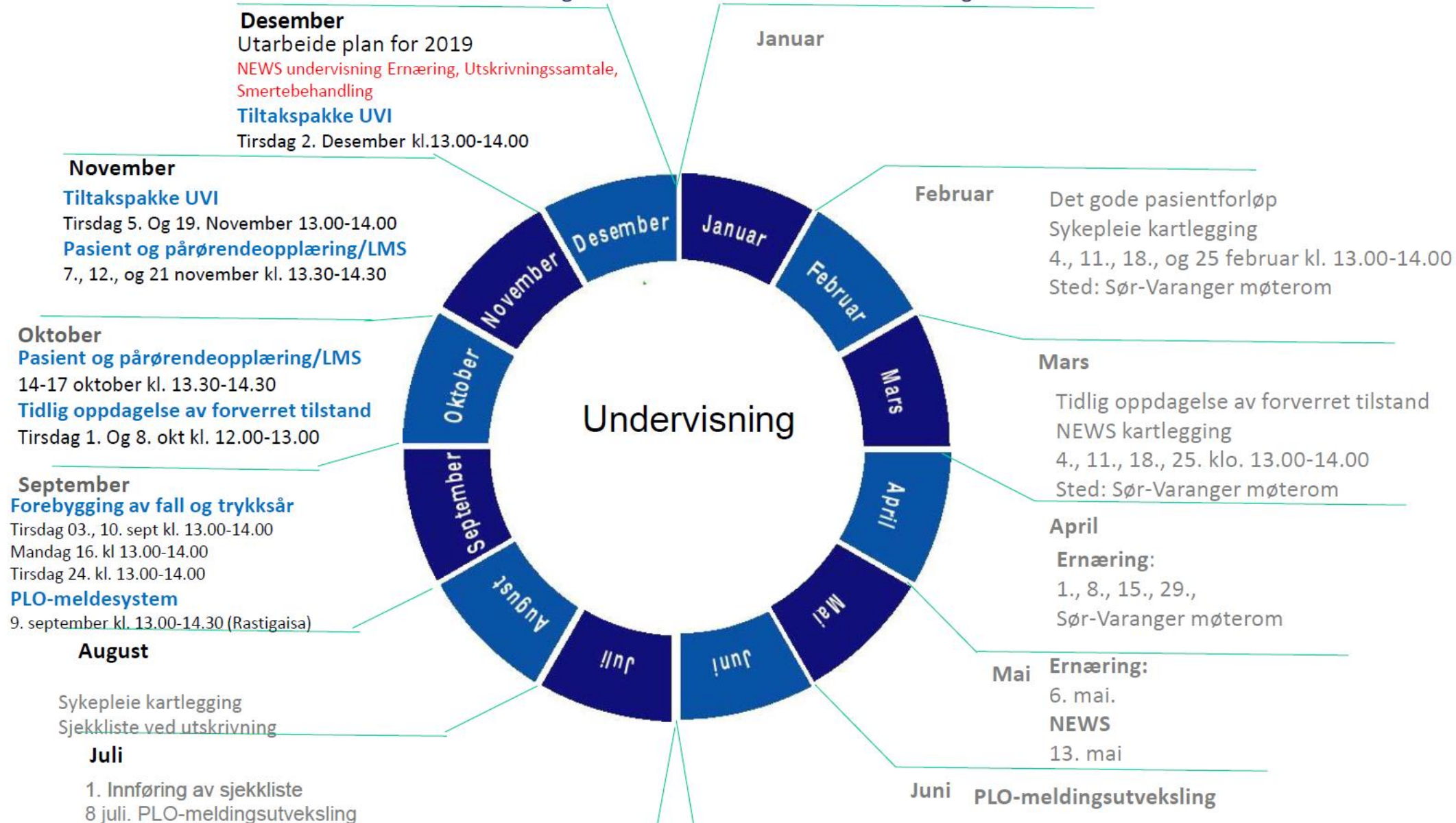
SYKEPLEIE INNKOMST / KARTLEGGINGSSKJEMA

<p>1: <u>Komm/sanser</u> -Evne til å gjøre seg forstått -Nedsatt syn, hørsel o.l. -Hjelpemidler ifbm dette (briller, linser, høreapparat o.l.) -Tolk?/Logoped?</p>	
<p>2: <u>Kunnskap/utv/psyk</u> -Kognitive evner, utvikling, emosjoner, hukommelse. -Samarb.evne/vilje, samtykkekomp? -Sykdomsinnsikt/Mental status/selvmondsrisiko/voldsrisiko -Behov for opplæring/ veiledning</p>	
<p>3: <u>Åndedrett/sirkulasjon</u> -Problemer med luftveier, frekvens, ubesvær, besvær, surkling, hoste, slim -Feber/hud, klam-varmtørr -Behov for O2, inhalasjon, sengeleie -Ødem/støttestrømper -NEWS (Tidlig oppdagelse av forverret tilstand)</p>	
<p>4: <u>Ernæring/Veske/elektrolyttbalanse</u> -Vekt/høyde/BMI -Munnstatus (proteser ol), matlyst, kvalme, dehydrering - -Ernæringscreening - Matinntak siste uken, ufrivillig vekttap, kartlegge risiko. -Kost (FK, ØK, DIA), allergier, kulturelle forhold som påvirker kost -Sveigvansker? -Henvisning til Klinisk ernæringsfysiolog (KEF)</p>	
<p>5: <u>Eliminasjon</u> -Kontinent/kateter/stomi -KAD, bleie, innlegg (behov for utstyr) -Forstoppelse, <u>diaré</u>, retensjon</p>	

<p>6: <u>Hud</u> -Vev/sår/skader/tørrhet/utslett/ kløe (beskrivelse av hvordan det ser ut) -Risiko for trykksår</p>	
<p>7: <u>Aktivitet/funk.status</u> -Funksjonsevne/begrensninger/risiko for fall -ADL funksjon, evt. Hjelpemidler/egenomsorg-personlig hygiene -Henvisning fys/ergo</p>	
<p>8: <u>Smerte/søvn/hvile/velvære</u> -Smerter? Beskrivelse av disse (konstante/<u>takvise</u>, lokalisasjon) -Søvn problemer? -VAS /<u>esas</u>-r</p>	
<p>9: <u>Seksualitet/reproduksjon</u> -Barn (Barn under 18 år – barn som pårørende) -Sivilstatus</p>	
<p>10: <u>Sosialt/<u>planl. utskrivelse</u></u> -Boforhold (alt på et plan, trapper osv.). Hjelpebehov? -Hva har pas. <u>ay</u> hjelp i dag, hva trenger pas. <u>etter</u> utskrivelse? -Økt hjelpebehov? -Samtykke til evt. PLO-meldinger (NYE PLO- pasienter). -Har kommunen kompetanse <u>mt</u> sykdommen? -Forventet utskrivningsdato</p>	
<p>11: <u>Åndelig/kulturelt/livsstil</u> -Kultur, religion -Livsstil, alkohol, røyk, rusavhengighet -Interesse</p>	
<p>12: <u>Annet/<u>legedel</u></u> -<u>VAP</u>, <u>CVK</u>, PEG, IV, Stomi, <u>nefrostomi</u> o.l. Få med når skift/stell skal gjøres. -Behov for koordinerte tjenester - Behov for læring og mestringskurs (LMS) -Har pasienten klær og sko til utreise</p>	
<p>13: <u>Hva er viktig for pasienten/ Andre ting pas vil formidle?</u> -Ønsker og mål i forhold til videre pasientforløp -Innleggelse og videre forløp i kommunen</p>	

Årshjul for felles faglig oppdatering ved Klinikk Kirkenes 2019

Undervisningene er i hovedsak på Sør-Varanger møterom1 eller 2, det sendes ut melding dersom det er satt av andre undervisningsrom





Innsatsområder



Riktig legemiddel-
bruk i sykehjem



Riktig legemiddel-
bruk i hj. tjenesten



Samstemming av
legemiddellister



Forebygging av
trykksår



Forebygging av fall i
helseinstitusjoner



Forebygging av
underernæring



Tidlig oppdagelse
av forverret tilstand



Tidlig oppdagelse
av sepsis



Forebygging av
urinveisinfeksjoner



Forebygging av
infeksjon ved SVK



Behandling av
hjerneslag



Trygg kirurgi



Forebygging av
selvmord



Forebygging av
overdosedødsfall



Ledelse av
pasientsikkerhet



Trygg utskrivning

Veien videre

- Kontinuerlig kvalitetsforbedring.
- Vedtatt 3 års felles arbeid med forløp.
- Jobbe videre med trygg utskrivning og trygt mottak.
- Tidlig oppdagelse av forverret tilstand (KlinObsKommune).
- Samarbeid og samhandling med resten av kommunene i Øst-Fylket (USHT?). Tilbud mht workshop og opplæring.
- Skype i forberedelse og ved utskrivning.
- Søkt såkornsmidler for å utarbeide profesjonelle verktøy. undervisningsmateriell mm.





Takk for oss