



Fra parter til partnere

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

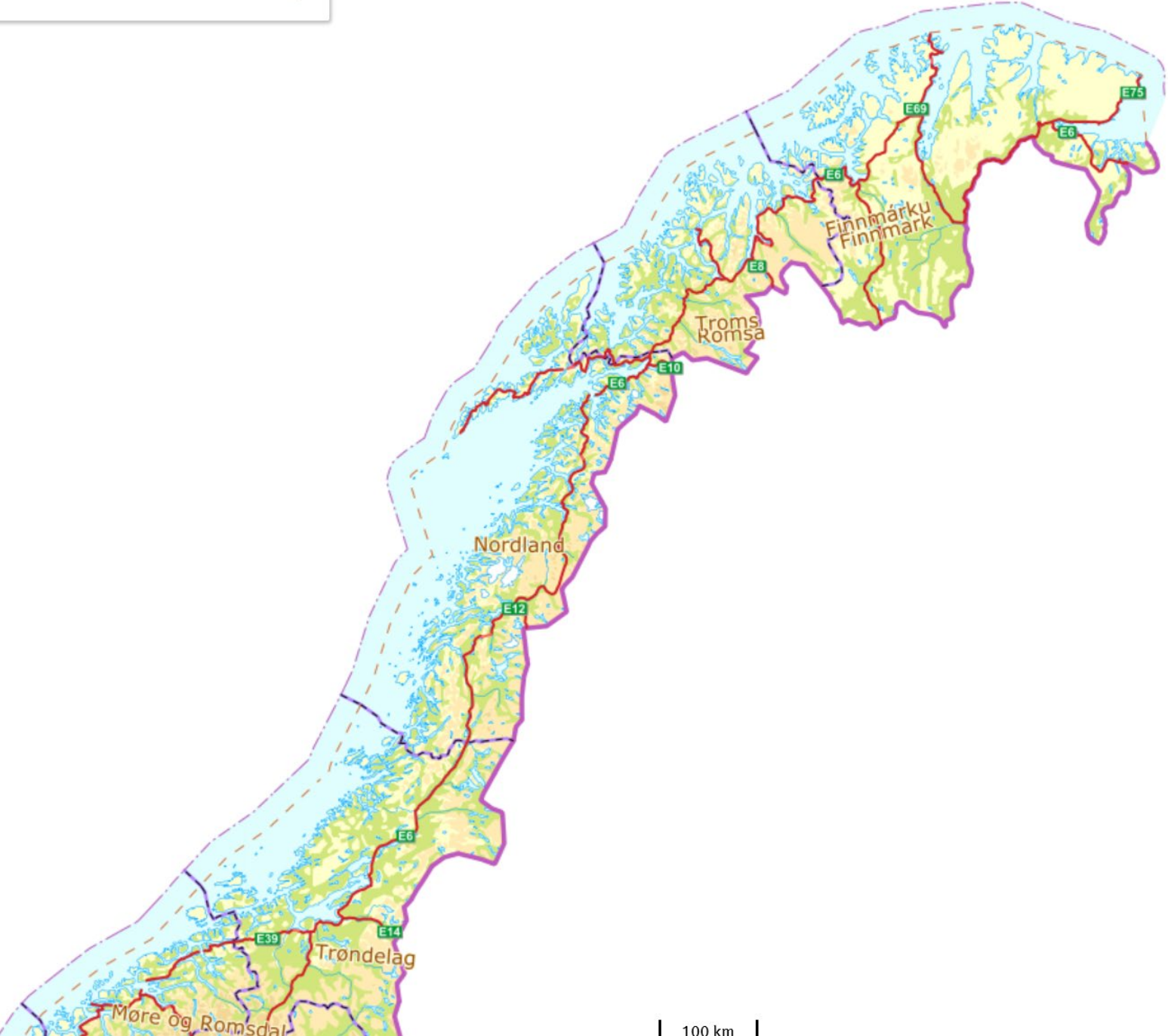


Tina Bønå – Krefitkoordinatør
Andreas Romsdal – LIS
Kristin J. Pedersen - Samhandlingskoordinatør
Lise M. Spring- Fagsykepleier
Kristina O. Nordgaard- Geriatrik spl
Britt Jervidalø- Kommunekoordinator
Elisabeth Karlstad- Fagsykepleier
Elin Sagbakken – LMS- rådgiver
Ikke på Bildet
Silje Nilsen – Ergoterapeut
Kine Brækkan- Farmasøyt
Målfrid Mikkola- Brukerrepresentant



Anita P Henninen – Avd. leder Fysioterapi
Stine Hansen – Saksebehandler
Sissel Sandnes- Koordinator
Anita Vangen- Teamleder Tverrfaglig vurderingsteam (TVT)
Tonje Indbjør- Avd.leder Ergoterapi
Ann Veronica Sotkajervi- Avd. Leder
Marte Hilden- Avd Leder rehab/korttid
May S. Birkely- Avd.leder

Hild Ulvang
USHT/ Hukommelsesteam
Kirsti Ollila- Avd. Leder
Grethe Bernardsen- Fagutvikling
Ikke på Bildet:
Drude Bratlien- Fastlege
Mia Josefsen
Mette Nødtvedt- Avd. Ledere



100 km



19 kommuner

Landareal: 45 755 km²

Innbyggertall: 75 863 (2019)





Landareal

3 459 km²

Innbyggertall

10 156

Administrasjonssenter

Kirkenes





Utfordringer





Bilde, Altaposten



<https://www.nrk.no/finnmark/uvaer-og-snoskred-stopper-ikke-denne-ambulansen-1.13337645>



Styrker



Lys i mørketid



Bilde: Kristin J. Pedersen

Kultur og trestammer møte







Nasjonalt program:
Det gode
pasientforløp.



Lokalt nettverk og
felles workshop
Kommune, pasient
og sykehus



Forbedringsteam i
sykehus og kommune
Tverrfaglighet

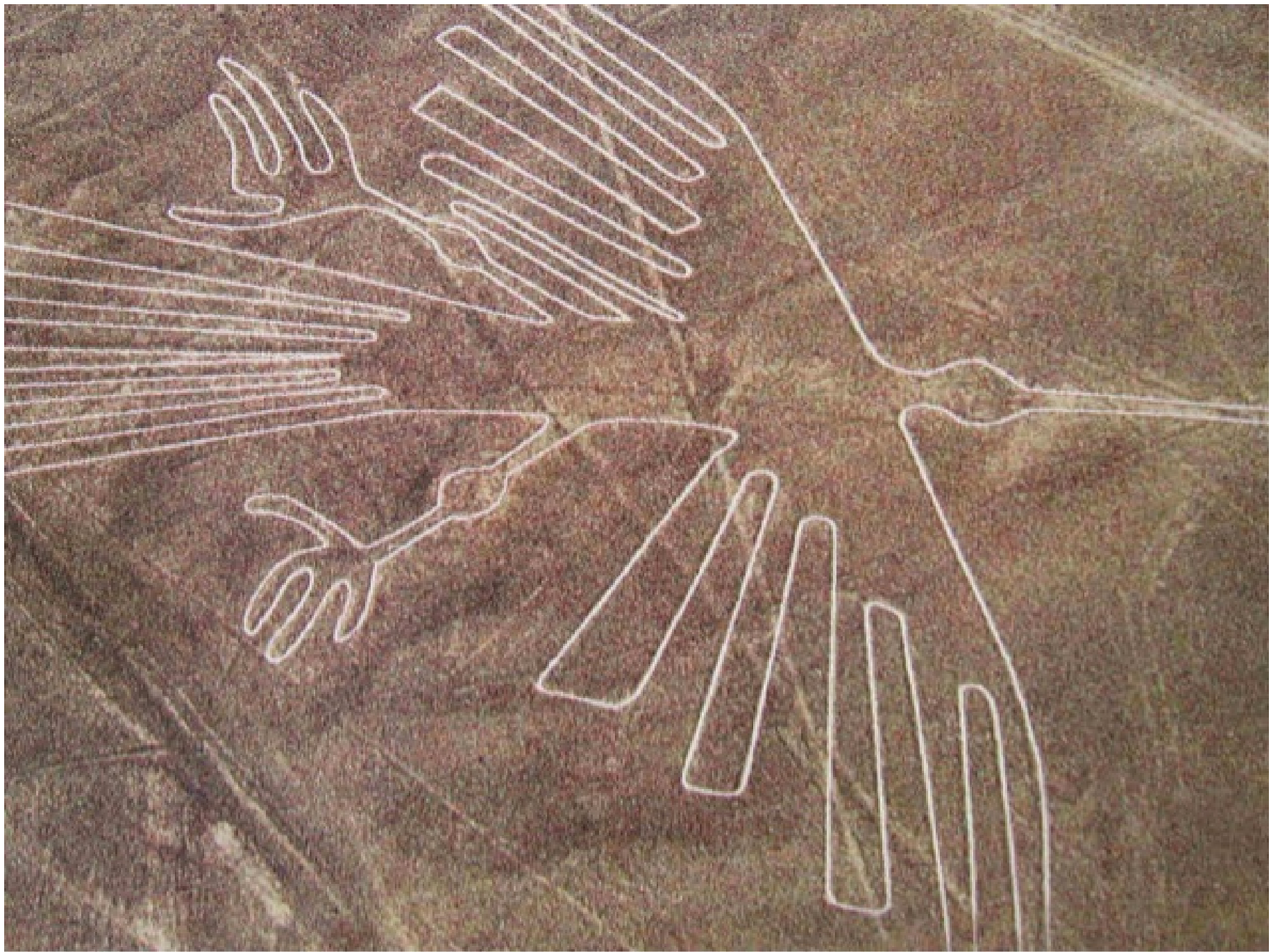
Hva er viktig for deg ?

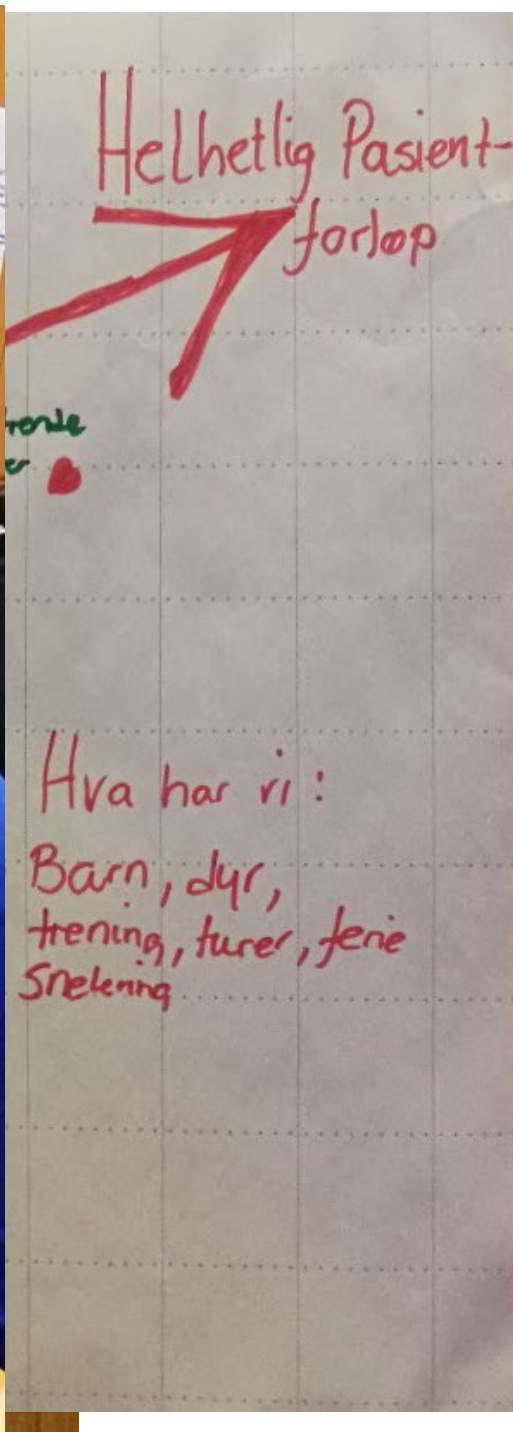




System



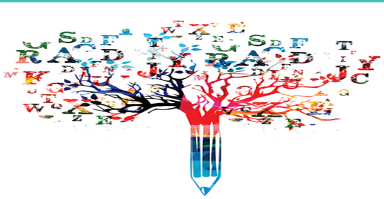




Hva
 Sykepl
 ledere
 Samho
 Jaq ut vi



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 innbygdelse i Trondheim, må få

komme dit raskt. Ikke etter 5 dager. (En sarm 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 deler i helsevesenet samarbeider og gir best mulige behandling

Hva er viktig for deg?

VÆRE FRISK

God helse

At Resepsjonen blir være åpen også i frokosttiden på legekontoret så vi aldri trenger komme tilbake senere på dagen.

Rask helsehjelp ved brudd eller akutt merkelde



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

KLARE MED SELV

Få medisiner som kan forenes

At vi får den hjelpen vi trenger når vi behøver den

At pasientreiser skal fungere bedre enn i dag

Reise

Barn og Barnebarne

At det er gode folk som forstår

Et på wafe



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».

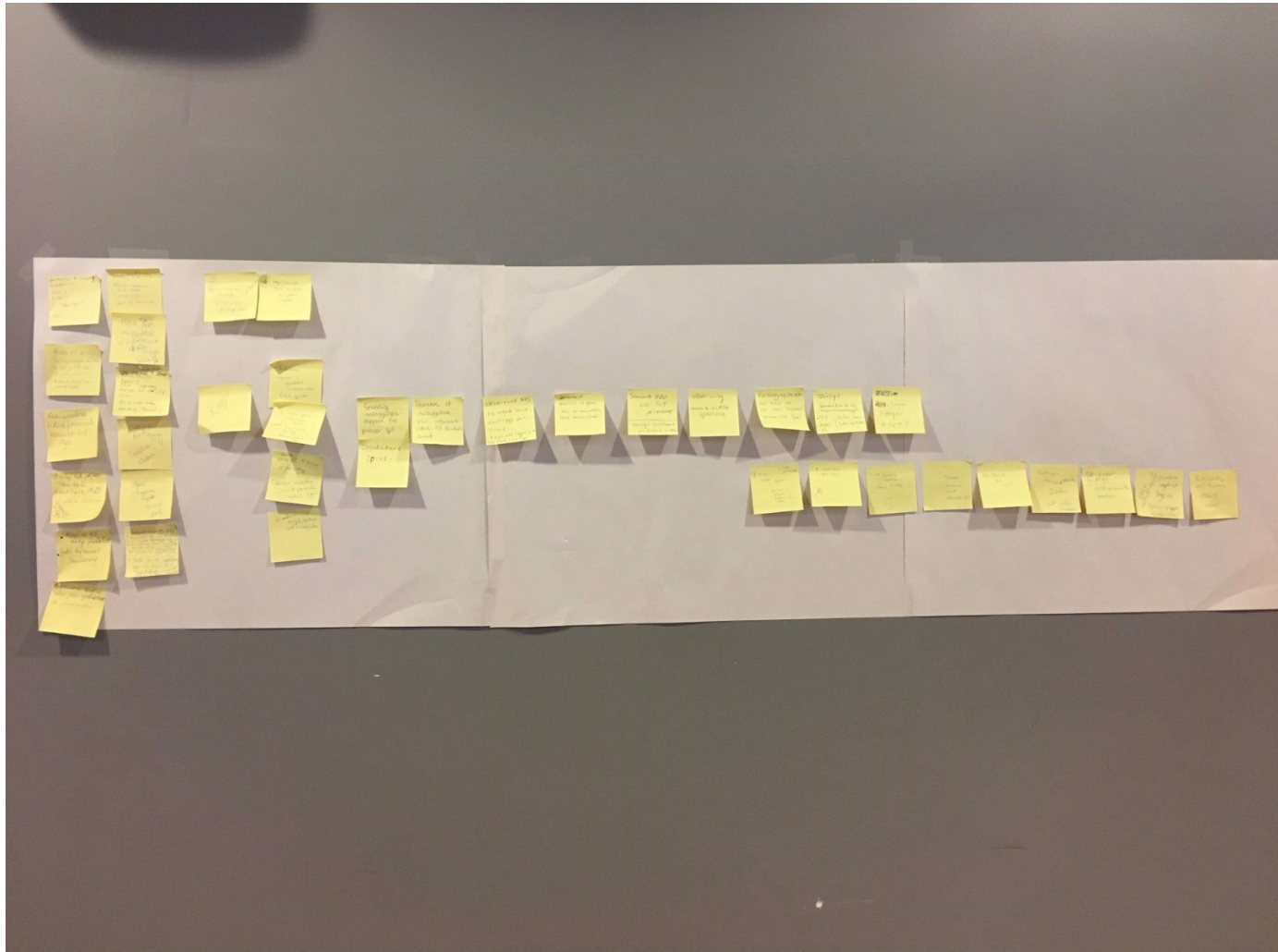


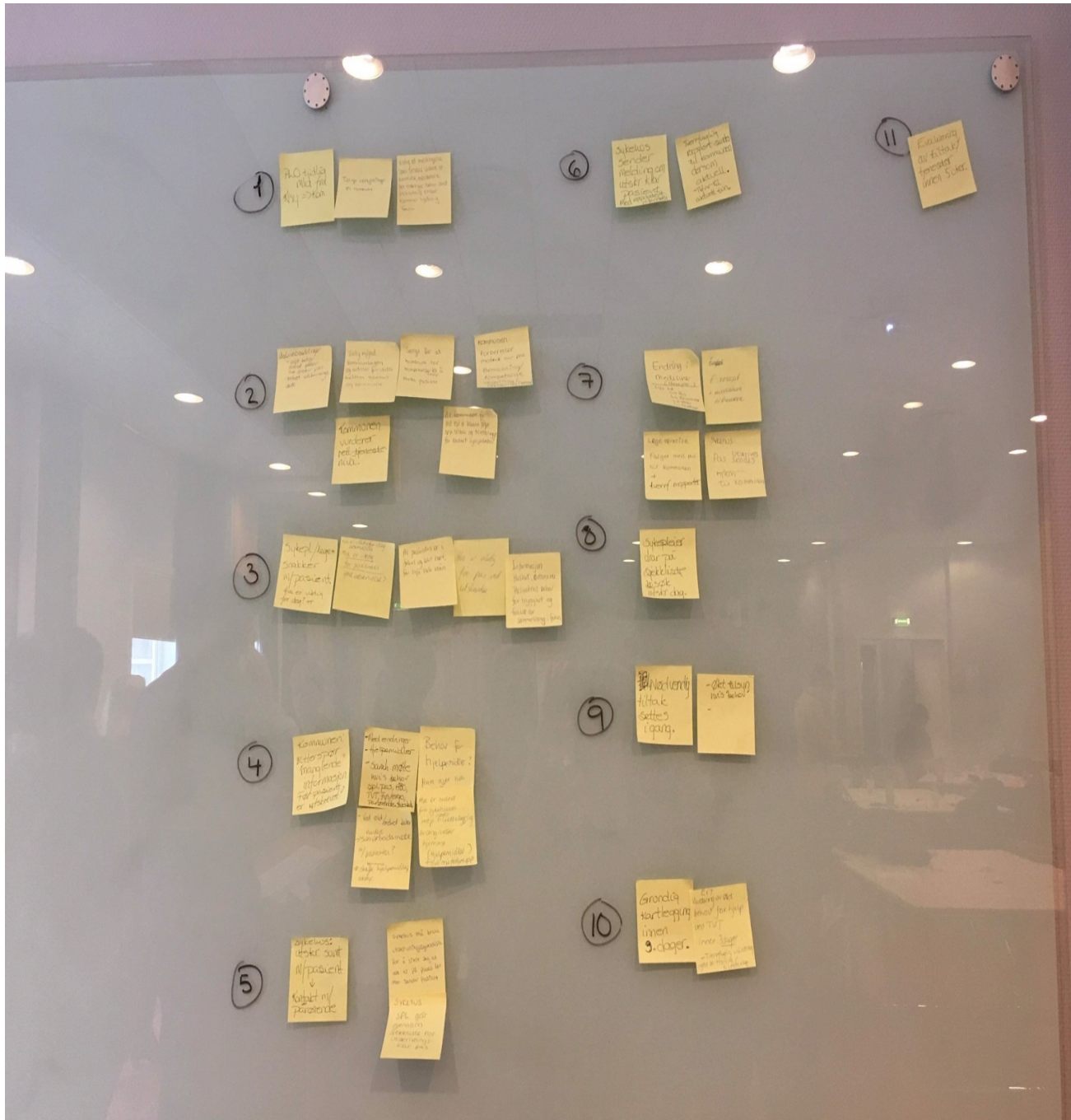
Felles målsetninger og målrettet strategi

- 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.



Hvordan skal vårt forløp se ut?

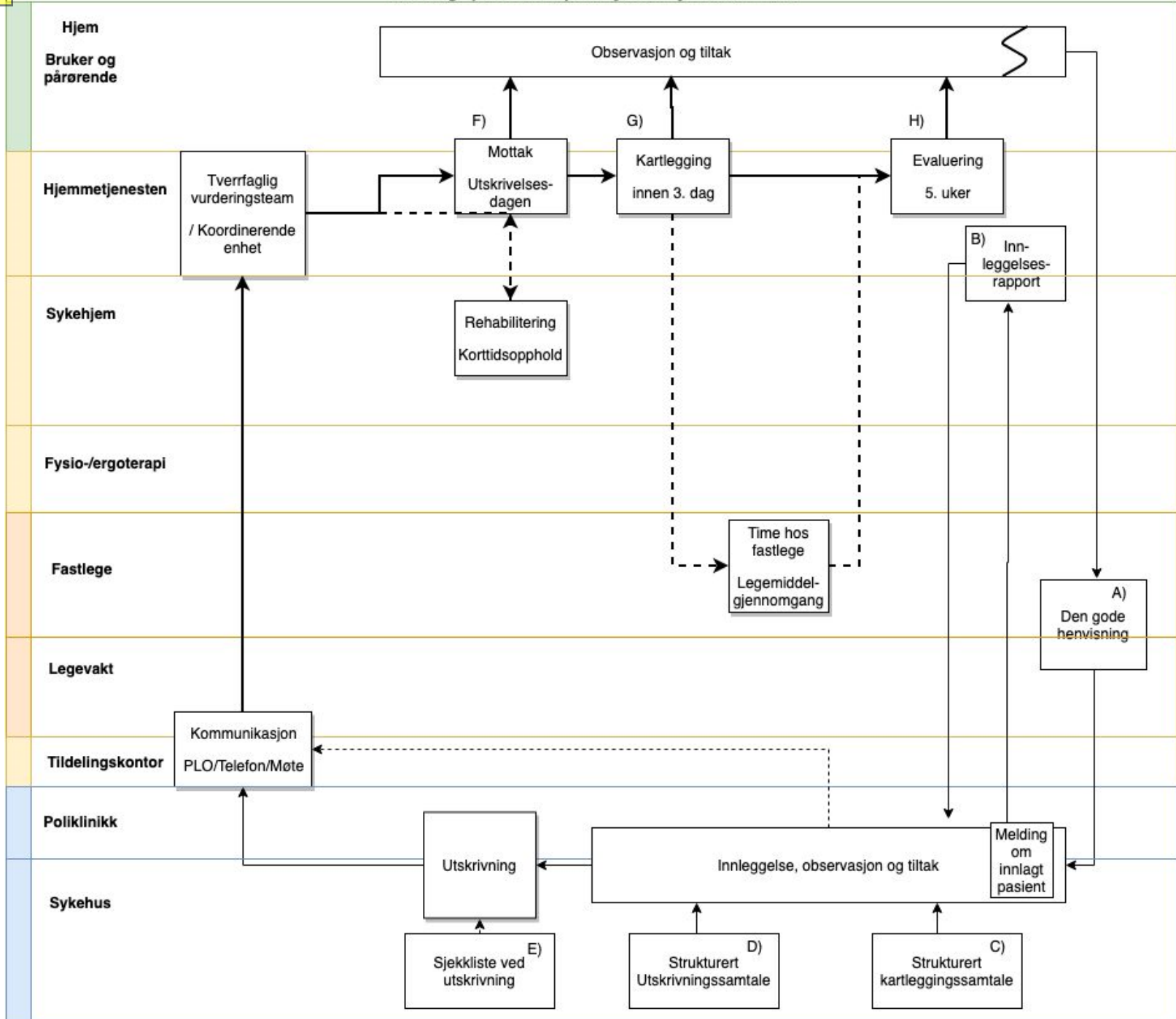








Helhetlige pasientforløp fra hjem til hjem i Finnmark



A) "Den gode henvisning"

B) Strukturert innleggingsrapport

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"> Utskrivningsamtale 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 | Utskrivningsamtale 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. |



STATUSRAPPORT

Helhetlig pasientforløp
i Finnmark

SAMMENDRAG

Statusrapporten oppsummerer et pågående arbeid med «Gode pasientforløp», «Trygg utskrivning» og Trygt mottak, som er et samarbeid mellom Sør-Varanger kommune og Klinikk Kirkenes. Det er også et pågående samarbeid om forløpsarbeidet mellom Kommuner i Vest fylket og Klinikk Hammerfest.

Anita Vangen og Kristin J. Pedersen

Representerer forbedringsteam i Sør-Varanger kommune og Klinikk Kirkenes.

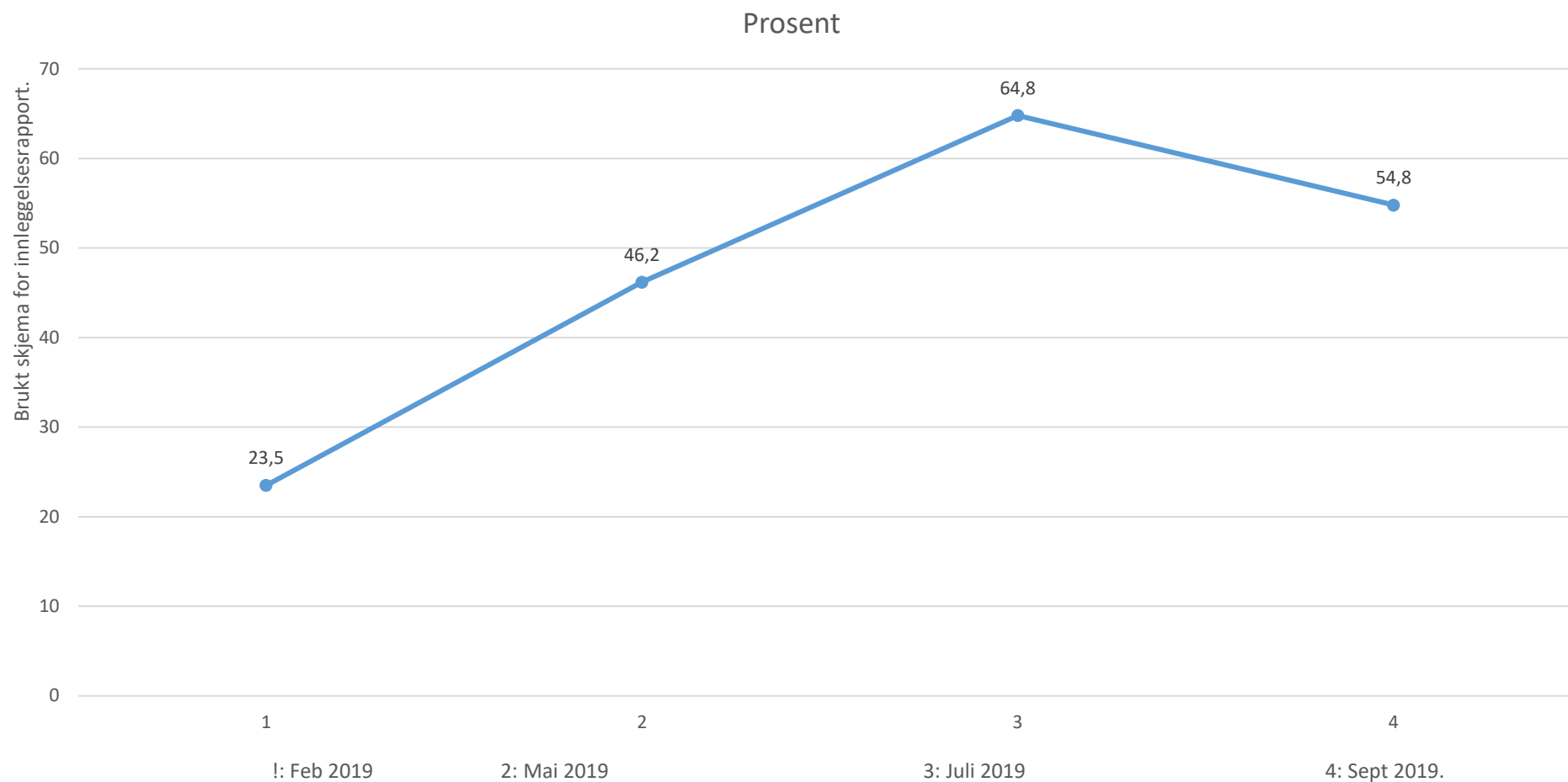




Mål og målinger internt i SVK

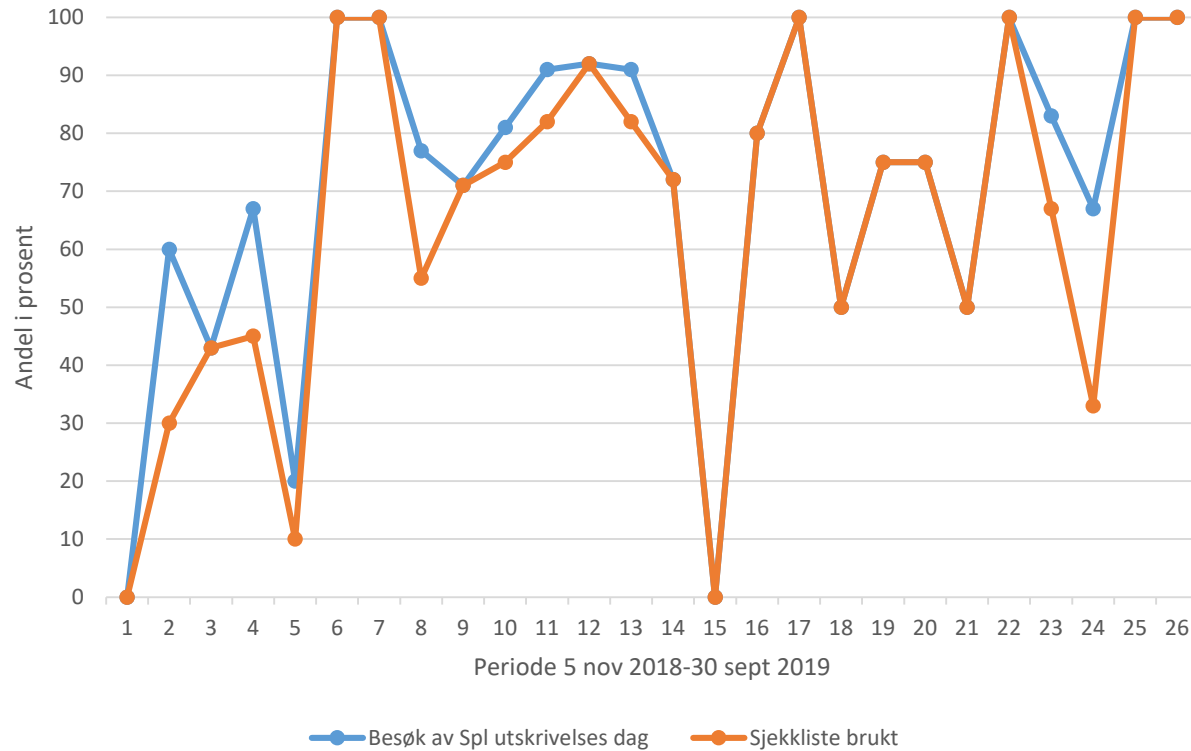
- Innleggelsesrapport – 100 % bruk av skjema for innleggelsesrapport
- Kartleggingsbesøk mottak – 100% av utskrevne pasienter får strukturert kartleggingsbesøk av sykepleier utskrivningsdag.
- Grundig kartlegging innen 3. dag – 100% av utskrevne pasienter skal ha et grundig kartleggingsbesøk innen 3.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

Bruk av innlegglesrapport.

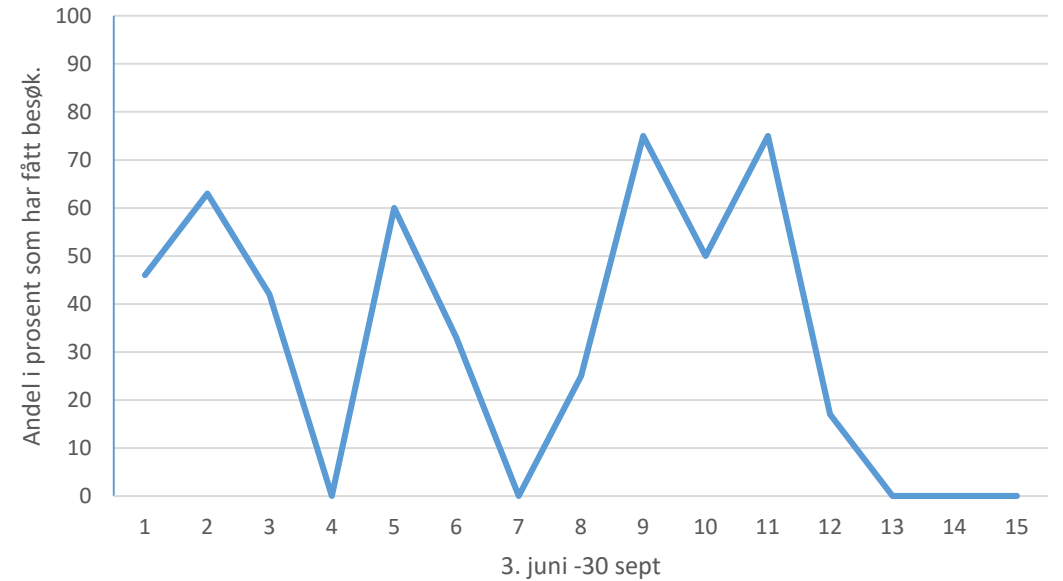


Målinger Sør-Varanger kommune.

Målinger mottak i hjemmet.



Grundig kartlegging innen 3 dager



Evaluering av årshjul, måleverktøy og pasientforløpet. Gjennomgang av hele pasientforløpet- justeres? Er alle rutiner på plass?

Gjennomføre målinger
Felles sykepleiermøte – Hvorfor sjekklister. Behov for opplæring- i hva?
Starte med planlegging av Hva er viktig for deg? dagen.
Planlegge implementering av sjekklister og innl.rapport til institusjoner, TFF, **Psyk.helsetj.**
Ernæring og vekt.

Oppdatere hovedkort/Iplos. Minne avdelingene på dette (innl.rapport) Gjennomføre målinger Fallforebygging.

Opplæring: 4.m gangtest, Hva er viktig for deg? samtalen.
Opplæring: vitale målinger
Dokumentasjon
PLO. meldinger

Workshop/ opplæring sykepleiere- 4 m gangtest, hva er viktig for deg? Vitale målinger. **PLO meldinger** Brannsikkerhet i hjemmet. Ernæring og vekt

Gjennomføre målinger. Sjekklistebesøk dag 1 og innen 3. dager. Bruk av innleggelsesrapport. Fallforebygging.

Gjennomføre målinger (kvalitet og kvantitet). Sjekklistebesøk dag 1 og innen 3. dager. Bruk av innleggelsesrapport.

Ernæring og vekt
Planlegge Hva er viktig for deg? dagen.

Oppstart forbedringsteams møter.

Ernæring og vekt

Gjennomføre målinger
Innføre *Evaluering innen 5 uker*
Vitale målinger

Gjennomgå pasientforløpet-justeringer?
Ernæring og vekt. Flyttes til Juli
Markere Hva er viktig for deg? dagen.

Kvalitet i samhandlingen
Sør-Varanger kommune skal ha sammenhengende og trygge pasientforløp.

Årshjul 2020 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. Smarter
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.

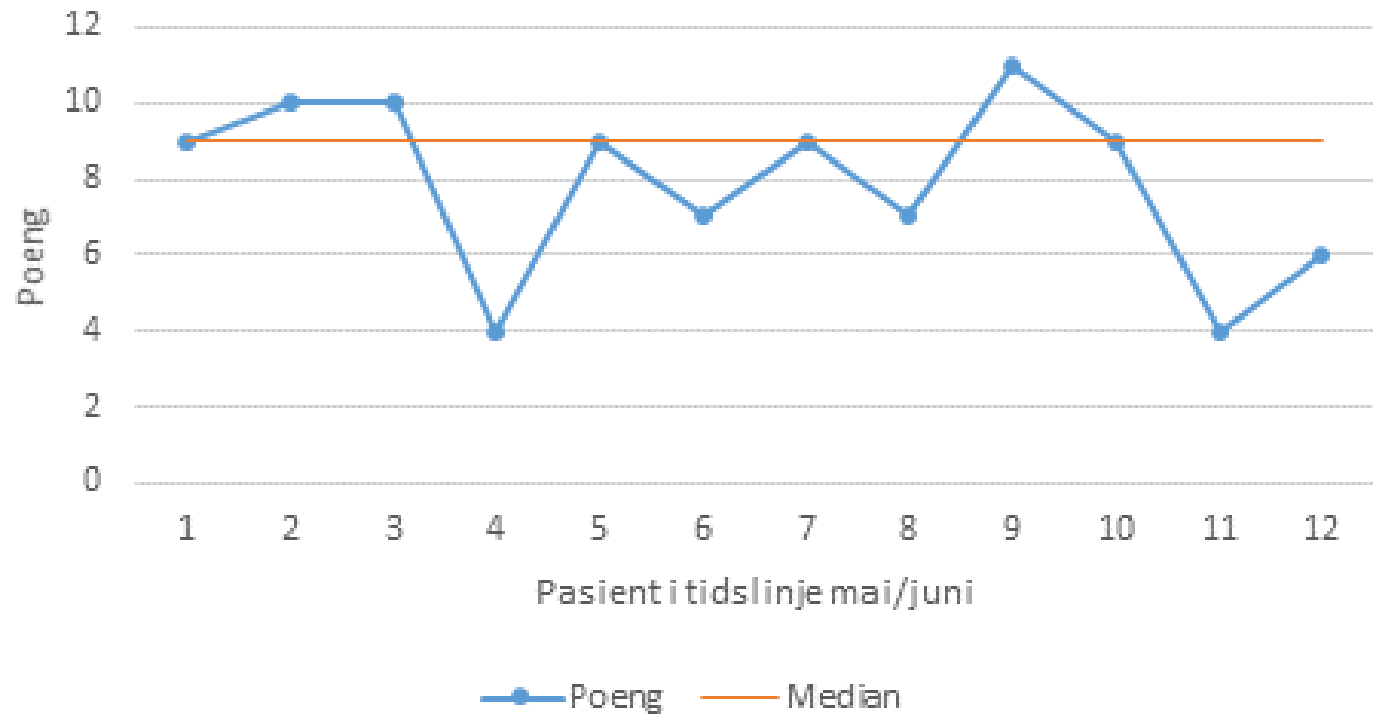
Emne:

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

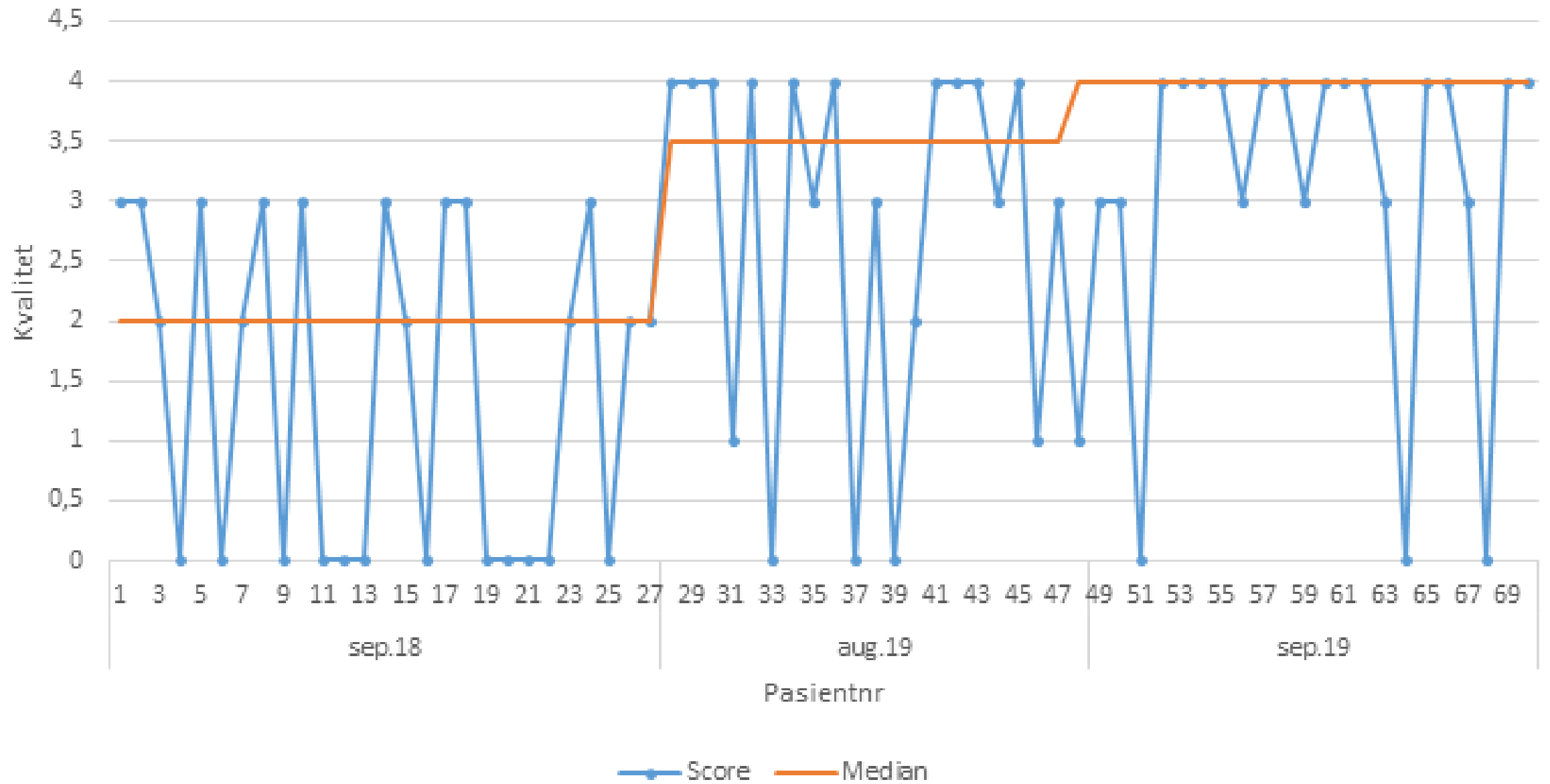
Score pr pasient KirOrt tun mai/juni 2019



Hva bør vi prioritere å se nærmere på



Strukturert kartlegging KIR 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, diaré, 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/takvise, lokalisasjon) -Søvn problemer? -VAS /esas-r</p> | |
| <p>9: <u>Seksualitet/reproduksjon</u> -Barn (Barn under 18 år – barn som pårørende) -Sivilstatus</p> | |
| <p>10: <u>Sosialt/planl. utskrivelse</u> -Boforhold (alt på et plan, trapper osv.). Hjelpebehov? -Hva har pas. ay hjelp i dag, hva trenger pas. etter utskrivelse? -Økt hjelpebehov? -Samtykke til evt. PLO-meldinger (NYE PLO- pasienter). -Har kommunen kompetanse mht sykdommen? -Forventet utskrivningsdato</p> | |
| <p>11: <u>Åndelig/kulturelt/livsstil</u> -Kultur, religion -Livsstil, alkohol, røyk, rusavhengighet -Interesse</p> | |
| <p>12: <u>Annet/legedel:</u> -VAP, CVK, PEG, IV, Stomi, nefrostomi 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> | |

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

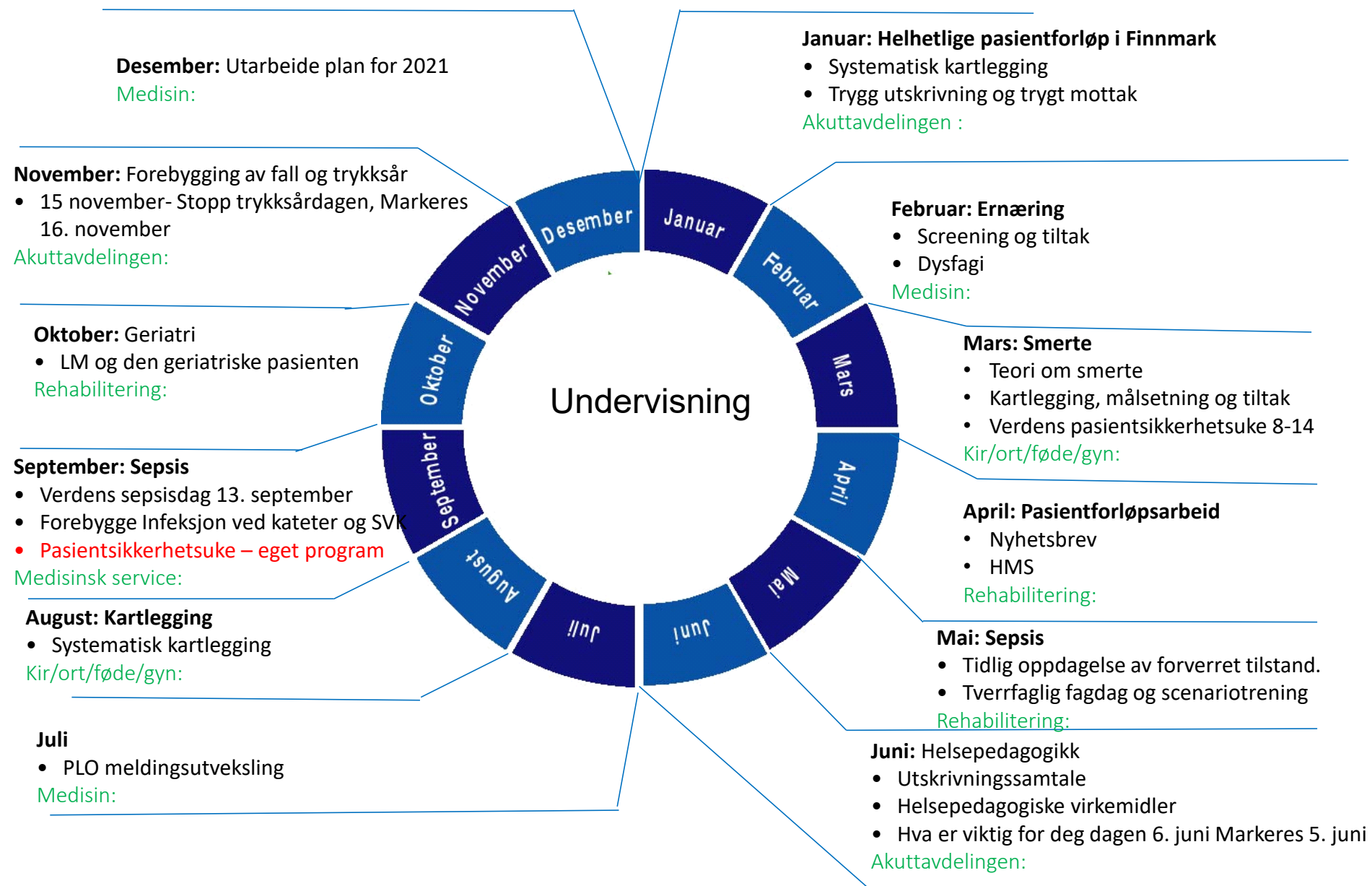


Trygg utskrivning

Årshjul for felles faglig utvikling ved Klinikk Kirkenes 2020

Undervisningstidspunkt, undervisere og rom annonseres via e-post, forkant.

I tillegg: rullerende undervisning for fagavdelingene hver tredje torsdag i måneden fra kl 1500 -1545 : Tema kommer





GODE PASIENTFORLØP KLINIKK KIRKENES

Nyhetsbrev Forbedringsteamet i Øst

Januar 2020

Hva skjer i januar

Forbedringsteamet har utarbeidet årshjul for faglig utvikling 2020. Temaene er basert på det vi skal kartlegge når pasienten kommer til sykehuset, og områder med høy risiko for skade i møte med helsevesenet. Forskning har vist at ved systematisk tverrfaglig jobbing og fag, så forebygger vi pasientskader og gir pasienten et bedre forløp. I januar starter undervisning om kartlegging ved innkost. Undervisere er Britt Jervidal, Lise Mikkelsen Spring, Elisabeth Karlstad og Kristina Nordgaard. Dette er en del av tiltakspakken «Trygg utskriving», og planleggingen skal startes ved innkost.

- Kartlegging innen 24 timer, som innebærer tidlig planlegging av utskriving
- Utskrivningssamtale, inkludert legemiddelgjennomgang
- Bruk av sjekklister for trygg utskriving

Disse tiltakene har sammenheng med forebygging av reinnleggelse, og er noe tema gjennom hele 2020.

Erfaringskonferanse for pasientforløp

Sammen med Sør-Varanger kommunes forbedringsteam har vi i Klinikken Kirkenes presentert arbeidet vårt på den regionale samlingen for Gode pasientforløp høsten 2019. Vi ble derfor invitert av KS, Folkehelseinstituttet og Helsedirektoratet til å fortelle om arbeidet i Oslo den 8 januar 2020. Arbeidet blir lagt merke til både regionalt og nasjonalt. Det er gøy!

Innovasjonsmidler på 300.000,-

Forbedringsteamet i Kirkenes har sammen med teamet i vest og med kommunenes forbedringsteam, blitt tildelt såkornsmidler fra Helse Nord. Midlene skal brukes til å utarbeide gode hjelpemidler for pasientforløpet, undervisnings- og informasjonsmaterieill til pasient, pårørende og ansatte. Vi starter med dette arbeidet i januar 2020.



Kartleggingsteamet

Fra venstre:

Fagsykepleier Kir: Elisabeth Karlstad

Fagsykepleier Med: Lise Spring Mikkelsen

Kommunekoordinator: Britt Jervidal

Geriatrisk sykepleier: Kristina O. Nordgaard

10 tips «Fra parter til partnere»

1. Sette sammen tverrfaglige team
2. Kartlegge felles utfordringer- snakke med pasientene
3. Systemforståelse - møtes og bli kjent
4. Sette felles mål
5. Designe og visualisere forløpet sammen
6. Motivere – gi feedback og støtte til ledere og ansatte
7. Lage og bruke matnyttige og forståelige målinger
8. Ledelsesforankring – en langsiktig prosess
9. Lage og følge kommunikasjonsstrategi
10. Hva er viktig for deg ? – en rød tråd gjennom arbeidet

11. Aldri, aldri, aldri gi opp

Veien videre

Kontinuerlig kvalitetsforbedring

3 års felles satsing

Spredning

Trygg utskrivning

Trygt mottak

KlinObsKommune

Innovasjonsmidler

Samarbeid og
samhandling med
hele Øst-Finnmark

Bruk av skype



Takk for oss