

Kontaktpersonsordning på B56 Regionshospitalet Viborg, Skive, Kjellerup



Udgangspunktet for al pleje og behandling på B56 er, at såvel forældre som barn besidder en personlig og en individuel kompetence, som vi i plejegruppen tager udgangspunkt i og bygger videre ud fra, når vi med vores faglige viden og erfaringer indgår i korte eller lange plejeforløb. For at gøre dette bedst muligt har vi valgt "kontaktpersonsordningen" som plejeform.

Opgaven som kontaktperson er først og fremmest at have ansvaret for en kontakt/relation til en eller flere patienter i alle de aspekter, som relationen indebærer inden for rammerne af afdelingens arbejdsområde.

Formålet med kontaktpersonsordningen:

1. At sikre en høj grad af kontinuitet overfor den indlagte familie. Selv om kontaktpersonerne ikke altid selv er til stede, er der planer for en fremadrettet pleje, som opleves som kontinuitet for familierne.
2. At øge kvaliteten af plejen. Nogle få kontaktpersoner går i dybden og varetager helhedspleje af familien.

Det åbner mulighed for:

- øget tryghed for familien i forhold til plejepersonalet, ikke mindst til egen kontaktpersoner.
- stor tilfredsheds- og ansvarsfølelse hos den enkelte kontaktperson. Det giver større udfordringer.

Aftaler:

- Alle familier tilknyttes 2 kontaktsygeplejersker fra egen plejegruppe + hjælpere. Langtidsindlagte evt. flere. I ferieperioder findes evt. afløsere.
- Kontaktpersonerne findes indenfor de første 1 - 2 indlæggelsesdage.
- Afdelingssygeplejersken eller souschefen er ansvarlig for fordelingen af kontaktpersoner.
- Overvejelser omkring tildeling af kontaktpersoner:
 - De skal ifølge tjenestetidsplanen være tilstede i en for familien relevant periode.
 - De skal supplere hinanden såvel tidsmæssigt (være der på skift) som erfaringsmæssigt (ny/gammel).
 - De bør max. være kontaktpersoner for 2 - 3 familier ad gangen, afhængig af omsorgs- og plejetyngden.
- Opnår én/flere plejepersoner en tidlig god kontakt til familien (fx. i modtagesituationen, i en akutsituation m.m.), bør vedkommende selv skrive sig på som kontaktperson, dog under hensyntagen til ovenstående kriterier.
- Kontaktpersonerne noteres på rød tavle og i EPJ.
- Enhver er ansvarlig for at holde sig orienteret ud fra den røde tavle om, hvem man er kontaktperson for.
- Det er altid sygeplejerskerne, der er hovedansvarlig kontaktpersoner. Disse har således 1. prioritet ved tildeling af børn/familier ved udarbejdelsen af fx. arbejdsfordelingen til næste dag. Næste prioritet har hjælperne på den røde tavle.
- Kontaktpersonerne skal synliggøre sig overfor familien og vore samarbejdspartnere.
- Ved dårligt fungerende kontakt mellem familien og kontaktpersonen, revurderes og evt. omroteres blandt kontaktpersonerne.

Ansvarsområder for kontaktpersoner:

- Deltage mest muligt i den direkte pleje.
- Skitsere indlæggelsesforløb for familien.
- Give råd og vejledning omkring "Kommunikation og samspil" og den mere grundlæggende viden omkring amning (fx. anatomi og fysiologi).
- Lægge fremadrettet plan for plejen sammen med familien, så øvrige personale i videst muligt omfang kan følge planen ved kontaktpersonernes fravær.

Eksempler på fremadrettet plan:

- Ernæringsplaner (ammecirkel, ammevideoer, vitaminer, tid for 2/3 kost, udelukkende amning, brug af suttebrik (til præmature)).
- Ud af overvågning/kuvøse.
- Behov for og kontakt med tværfaglige samarbejdspartnere (socialrådgiver, psykolog, fysioterapeut, jordemoder, sundhedsplejersker m.m.)
- Planlægning af udskrivelsen, inkl. diverse informationer.
- Tjekke checklisten løbende og specielt kigge fremad i den.

- Tage problemområder/refleksioner op til morgenmøder.
- Sørge for ajourføring i diverse papirer, evt. skrive resumé efter behov.

Følgende artikel "Udviklende fortrolighed - at være kontaktperson på en børneafdeling" af Bente Meilvang og Ann Meilvang supplerer og beskriver de tiltænkte holdninger og værdier omkring "Kontaktpersonsordningen på B56"



Artikel børnesygeplejersken nr2,2002.lwp

ONKOLOGISK AFDELING

INSTRUKS FOR KONTAKTSYGEPLEJE I STRÅLETERAPIEN

Udøvelse af kontaktsygeplejens indhold og niveau vil være afhængig af den enkelte sygeplejerskes forudsætning og kompetence, og kan derfor ikke ensrettes. Nyansatte sygeplejersker udøver kontaktsygepleje under vejledning af erfarne sygeplejerske.

FORMÅL MED KONTAKTSYGEPLEJEN

Formålet er, at den tillid, som er opstået ved den første sygeplejesamtale udbygges så patienten oplever, at der er sammenhæng i behandlings og plejeforløbet.

Formålet med den viden og kontakt som sygeplejersken får ved modtagelsessamtalen er, at hun/han i samarbejde med patienten kan; opnå et højt informationsniveau, sikre en ensartet høj kvalitet, sikre at patienten oplever nærhed og tilgængelighed, motivere patienten til at tage aktiv del i egen behandling og pleje, forebygge eventuelle bivirkninger.

Formålet er at sikre sygeplejerskens engagement samt faglige udvikling.

Hvad er kontaktsygepleje ?

Kontaktsygepleje er, at den samme sygeplejerske planlægger, udfører samt evaluerer den daglige sygepleje sammen med patienten. Kontaktsygeplejersken planlægger plejen af sin patient ud fra modtagelsessamtalen. (se instruks for sygeplejesamtalen med kurative patienter inden behandlingsstart.)

Hvad gør man når kontaktsygeplejersken er fraværende?

Ved kontaktsygeplejerskens fravær har de øvrige sygeplejersker ved behandlingsapparatet det midlertidige ansvar for plejen af patienten. Hun /han udfører den planlagte pleje og foretager nødvendige ændringer i akutte situationer. Den sygeplejerske der har det midlertidige ansvar for plejen, kan bidrage til planlægningen og vurderingen af plejen, og komme med forslag til ændringer.

Hvad er kontaktsygeplejerskens ansvar?

Kontaktsygeplejersken har ansvaret for den totale pleje af patienten, samt er medansvarlig for at behandlingsplanen overholdes. Hvis patienten er indlagt på en afdeling eller på hotellet har personalet i terapien kun det behandlingsmæssige ansvar, men er ansvarlig for at videregive relevante observationer til pågældende afdeling.

Kontaktsygeplejersken er ansvarlig for at dokumentere den planlagte og den udførte sygepleje i patientens sygeplejelog.

Desuden er hun/han ansvarlig for i samarbejde med den anden behandlende sygeplejerske ved opsætningen, at få videregivet relevante oplysninger, således at behandlingen fremover bliver givet korrekt. Kontaktsygeplejersken er medansvarlig for at behandlings og boost-oplægget er godkendt af en læge, samt at dosisplanen er godkendt af fysiker inden patientens 3. behandling.

Kontaktsygeplejersken er ansvarlig for at informere samt henvise til andre relevante faggrupper. Dette kunne f.eks være fysioterapeut, diætist, psykolog, præst, hjemmesygepleje, socialrådgiver og læge.

		Regionshospitalet Randers Organkirurgisk afdeling		Retningslinjer for kontaktpersons ordningen.	
Udarbejdet af/ revideret af:			Godkendt af afdelingsledelsen:		
Initialer		Dato		Initialer	
RDN		12.03.07			
Formål:					
- For at skabe tryghed / kontinuitet / kvalitet i plejen udpeges der i afsnittet en sundhedsfaglig person som har ansvar for sammenhæng i patientens pleje og behandling.					
Definition på kontaktperson og kontaktpersonens opgave:					
- Det er kontaktpersonens ansvar at sikre kontinuitet i patientforløbet. Kontaktpersonen skal have overblik over patientens undersøgelser, behandling og pleje - Kontaktpersonen skal sikre en god overgang til eventuelle andre afsnit, afdelinger eller sygehuse samt sikre en god udskrivelse fra afsnit C6					
Retningslinjerne:					
- Når der pakkes akut-journaler lægges der et kontaktkort ved hvert enkelt sæt. - Kortet udleveres til patienten ved indlæggelsessamtaler - Ved udlevering af kortet informeres patienten om følgende: Kontaktkortets betydning / formål At hvis han flyttes til en anden afdeling vil han få udleveret et nyt kort som så er gældende. Ved udskrivelse fra C6 kan patienten op til 24 timer efter udskrivelsen ringe til afsnittet hvis der bliver noget. Efter de 24 timer skal patienten gå via egen læge eller vagtlæge. - Plejepersonalet som udleverer kontaktkortet skal skrive sit fulde navn på kortet. - Patienter som permanent overflyttes til anden afdeling såvel internt som eksternt overgår til ny kontaktperson					
Dokumentation i journalen:					
- Det skal dokumenteres på forsiden i sygepleje-journalen med dato og initialer at der er udleveret kontaktkort.					

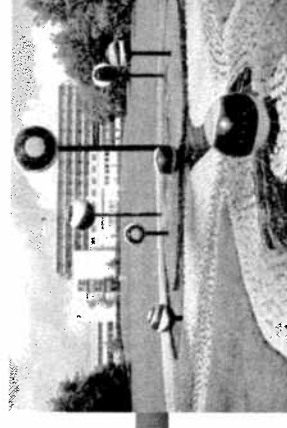
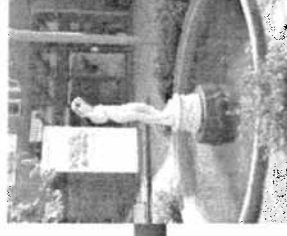
KONTAKTPERSON – KONTAKTKORT ORDNINGEN, GERIATRISK AFDELING

Vejledning om KP / KK - ÅS 2007	Instruks, Geriatrisk afd. - 2007 Opfylder vejledning fra ÅS, tilpasset til afdelingen. (Udarbejdet i marts 2007 / DN. Næste justering, marts 2008) § betyder at der skal udarbejdes en procedure i afsnittene til brug for implementering af opgaven -
FORMÅL m. KP / KK * alle ptt skal vide hvem de kan kontakte * alle pt skal kunne få svar på deres spørgsmål om us / beh / pleje / genopt.	
DEF af K-Person hjælpe pt med at få svar på ?spørgsmål om us / beh osv. i forb. med pt.forløbet på sgh. er ansat på stamafdelingen - er involveret i pt's forløb - og har særligt ansvar for at sikre sammenhæng i pt-forløb KP-funktionen vedrører det konkrete forløb på sgh KP kan være læge / sgpl / terap /andre hvis flere KPP – mindst én sundhedsfaglig	OBS: KP / KK ordningen fritager ikke øvrige ansatte for ansvar for og pligt til at informere pt. Alle ansatte skal være PT behjælpelig med at få kontakt til KP på PT's anmodning. I Geriatrisk afdeling er KP = den forløbsansvarlige læge ("Følge-hjem- lægen" / "målsamtale-lægen") Men ved patientens ankomst - dvs. når sekretæren som et led i den IT-tekniske "arbejdsplan" opretter patientforløbet i Grønt system - tildes automatisk en KP = den overlæge som har ansvaret for det pågældende afsnit. Overlægens navn skrives i afsnittets informationspiece der udleveres til pt. KP skal herefter ændres til at være den forløbsansvarlige læge (med overlægen som back-up) på følgende tidspunkter: Sengeafsnit: Ved målsamtalen Geriatrisk Team: Ved journaloptagelsen Øvrige udadgående teams: Ved 1.ste G-journaloprettelse KP skal være opmærksom på, om det bliver nødvendigt at: 1) PT skal skifte til en ny KP fremover ? 2) en vikar-KP skal erstatte KP i dennes fraværperiode ? (forudsigeligt ved at sammenholde patientforløbs tidsvarighed og eget fravær (fremgår af vagtplan / ferieplan etc.) I dét tilfælde skal KP informere PT herom + udlevere nyt KK med navn og foto.
DEF af K-Kort 1 KP / KK for hvert patientforløb Region Midt stiller krav om: ens design af forside, KP's navn / tlf nr / træffetid / afd's + afs's navn ÅS stiller 2 korttyper til rådighed:	De obligatoriske oplysninger på KK er: KP's navn / afd's navn + tlf.nr 89491935 / afsnits navn + tlf.nr. / træffetid Geriatrisk KP's kontakttid / træffetid er fra kl. 08.00 – 15.00 Der udleveres altid afsnittets egen patient-informationspiece , der foruden de obligatoriske data også skal forsynes med navnene på patientens tværfaglige behandlerteam. Der skal suppleres med KK af visitkort typen m. foto af KP. Både den "automatiske" KP og den "efterfølgende" . Pjecen og KK klipses sammen

<i>visitkort</i> eller <i>kombikort</i> med plads til mødetider i amb. afdelingerne bestemmer selv resten	(S alle nyansatte læger der falder ind under kontaktpersondefinitionen, skal fotograferes til brug for visitkort.)
HVEM skal have KP / KK: IKKE ptt der overflyttes indenfor 24 timer 1. alle patienter – for hvert forløb 2. pårørende (hvis pt ikke selv kan) 3. den efterladte	
HVORNÅR + HVORDAN skal KP / KK tildeles senest 24 tm efter indlæggelse kan udsendes før fremmøde kan gives ved første personlige fremmøde PT informeres mundtligt om ordningen ved udlev. af KK	APO-team, E4/GO-team, MVA-team : 1) hvis PT visiteres til anden eller egen afdeling: IKKE KP / KK 2) hvis PT følges hjem +/- 24 tm, <u>uden opfølgende intervention</u>: G-visitkort med billede udleveres ved udskrivelsen 3) hvis PT følges hjem + opfølgende intervention: G- pjece + KK m. foto klipses sammen og udleveres ved udskrivelsen fra akutafdelingen G TEAM : udleveres ved første kontaktmøde med pt: pjece + KK m. foto (klipses sammen) SENGEAFD: udleveres ved patientmodtagelsen i afsnittet: pjece + KK m. foto (klipses sammen)
DOKUMENTATION tildeling og udlevering af KP og KK <u>skal</u> dokumenteres i journalen, eller i GS eller i EPJ booking ? ! 1. til brug for opgørelse til målopfyldelse af servicemål 2. synliggør overfor kolleger hvem KP er 3. så KP kan overskue tilknyttede patienter	<u>Ved målsamtalen / 1.ste teambesøg</u> sikrer lægen sig, at pjece + KK er udleveret, og dikterer til journalnotatet dette samt hvder er pt,s KP (så kollegerne nemt kan se hvem det er) <u>Sekretæren er "bagstopper"</u> hvis der intet fremgår om dette i journalidktatet. <u>Sekretæren registrerer med en kode i Grønt system</u> at KK / KP er blevet tildelt patienten, samtidig med at de opretter patientforløbet. Senere – når KP ændres til den forløbsansvarlige – rettes det også i GS (Svejledning v/Lis Lund, IT-planlægn.afd, ÅS)
MÅLING kvalitetsafdelingen ÅS trækker cpr nrr. hvert kvartal → afd. G måler opfyldelse for 15 amb + 15 indlagte i RM's pt.tilfredsh.-us. spørges PTT om de fik tildelt KP /KK	(OBS: Afd G har indgået kontraktmål med Medicinsk Center vedr. målopfyldelse : 75% af alle Ptt. i afd. G - der er omfattet af KP ordningen - får KK) <u>Målopfyldelsen undersøges af G-sekretærer v/h a Grønt System</u>: gå ind på de oplyste CPR-nr og se om der er kodet for "udleveret kontaktkort"

Information om kontaktperson-ordning

UDKAST



På hospitalet vil vi gerne sikre, at dit forløb bliver så hensigtsmæssigt som muligt.
Derfor bliver du tilknyttet en forløbsansvarlig læge og en kontaktperson.

Forløbsansvarlig læge

Den forløbsansvarlige læge har det overordnede ansvar for, at dit undersøgelses- og behandlingsforløb er så hensigtsmæssigt som muligt.

Den forløbsansvarlige læge er sjældent den eneste læge, der bliver involveret i dit forløb. Derfor må du forvente at komme til at tale med flere læger. Men den forløbsansvarlige læge er ofte den, der informerer dig (og eventuelt dine pårørende) om væsentlige forhold og varetager den ambulante opfølgning.

Senest ved udskrivelsen får du lægens visitkort med hjem. På kortet står der et telefonnummer til sekretariatet i afdelingen. Her kan de formidle kontakt til din forløbsansvarlige læge.

Du kan efter udskrivelsen kontakte din forløbsansvarlige læge vedrørende spørgsmål til dit forløb på hospitalet.

Andre spørgsmål skal du tale med din egen læge om.

Har du spørgsmål, som du gerne vil stille til din forløbsansvarlige læge, er det en god ide at skrive spørgsmålene ned på forhånd. Du kan eventuelt bruge bagsiden af dette papir.

Kontaktperson



Kontaktpersonen er oftest en sygeplejerske eller en terapeut, men det kan være en social- og sundhedsassistent eller sygehjælper.

Kontaktpersonen har ansvaret for dit pleje-/genoptræningsforløb og sikrer koordinationen til andre faggrupper og til hjemmeplejen. Det er også kontaktpersonen, du og eventuelt dine pårørende kan henvende jer til under og efter forløbet.

Kontaktpersonen deltager så vidt muligt i de samtaler, der har betydning for dit ambulante- / indlæggelsesforløb.

Hvis du og dine pårørende efter dit ambulante besøg eller efter udskrivelsen har spørgsmål vedrørende dit aktuelle forløb, kan du ringe til din kontaktperson. Øvrige spørgsmål beder vi dig rette til din praktiserende læge.

Du vil få udleveret din kontaktpersons visitkort hvor på kontaktpersonen eller afdelingens telefonnummer fremgår. Personalet i afdelingen vil formidle kontakten til din kontaktperson, hvis vedkommende ikke er til stede, når du eller dine pårørende ringer.

Titel

Politik for den sundhedsfaglige kontaktpersonsordning på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Formål

Formålet med denne politik er at fastlægge de overordnede begreber, rammer og mål i ordningen for sundhedsfaglige kontaktpersoner på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Patientgruppe/patientforløb/anden målgruppe

Alle stationære og ambulante patienter på Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder med mindst et døgn indlæggelse eller 2 ambulante besøg.

Definition af begreber

Den sundhedsfaglige kontaktperson

Den sundhedsfaglige kontaktperson kan være en *forløbsansvarlig speciallæge* og/eller sygeplejefaglig/terapeutisk *kontaktperson*. Den sygeplejefaglig/ terapeutiske kontaktperson kan være en sygeplejerske, social- og sundhedsassistent (SSA), terapeut eller sygehjælper. Det optimale er, at der både er tilknyttet en forløbsansvarlig speciallæge og en sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson. Såfremt der er udpeget både en forløbsansvarlig speciallæge og en sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson, vil der være forskellige funktioner knyttet til speciallæge og plejerson¹ som kontaktpersoner. I de tilknyttede kliniske retningslinjer er det nærmere beskrevet, hvilke rammer der er gældende for de respektive funktioner og hvilke opgaver, der ligger i funktionerne som forløbsansvarlig speciallæge og sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson.

Kontinuitet

Kontinuitet defineres ud fra 3 former(1):

1. Total kontinuitet, hvor kontaktpersonen er den, som patienten/de pårørende møder fra første til sidste kontakt til en afdeling. Kon-

¹ Plejerson er defineret bredt i denne sammenhæng. Der kan være tale om en sygeplejerske, eller i særlige tilfælde en terapeut, en sygehjælper samt en social- og sundhedsassistent.

taktpersonen følger patienten fra henvisning til afslutning. Kontaktpersonen er den samme både for- og efterambulant og hver dag under indlæggelsen og ved en eventuel genindlæggelse.

2. Udvidet kontinuitet, hvor kontaktpersonen er den patienten og dennes pårørende møder første gang i et sengeafsnit efter behandlingsindikationen er stillet. Kontaktpersonen er herefter den samme hver dag under hele indlæggelsen, ved efterambulant kontrol og ved en eventuel genindlæggelse. Patienten har mødt en anden i det forambulante forløb.
3. Delt kontinuitet, hvor der er to sæt af kontinuitet. Patienten og den pårørende møder den samme kontaktperson hver gang i ambulatoriet både i det for- og efterambulante forløb. I indlæggelsen på det stationære sengeafsnit møder patienten og den pårørende en anden kontaktperson, hvor denne er gennemgående for hele indlæggelsesforløbet. Det vil sige kontinuitet i det ambulante forløb og et tilsvarende i indlæggelsesforløbet.

Omfanget af kontinuitet:

Total kontinuitet		
Udvidet kontinuitet		
Delt kontinuitet	Delt kontinuitet	Delt kontinuitet

På Regionshospitalet vil det ofte ikke være muligt, at den sundhedsfaglig kontaktperson² er til stede hver dag under indlæggelsen eller ved eventuel genindlæggelse. Det vil sige at den sundhedsfaglige kontaktperson ikke nødvendigvis er fysisk til stede hver dag. Kontinuiteten opnås snarere ved, at den sundhedsfaglige kontaktperson overleverer ansvaret til andet personale i afdelingen, når vedkommende er fraværende.

² Begrebet sundhedsfaglig kontaktperson dækker over begrebet kontaktperson som det fremgår i definitionen på kontinuitet.

Fremgangsmåde

Baggrund

Ifølge strategien for Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder skal vi arbejde for flere tilfredse patienter, eliminering af unødigt ventetid samt faglig kvalitet i alle ydelser (5).

En væsentlig forudsætning for opfyldelse af disse strategiske målsætninger er effektiv arbejdsplanlægning, kontinuerede patientforløb samt løbende dialog mellem patient/pårørende og personalet. Derved kan alle parter konstant være på forkant med udviklingen i patientforløbet og sikre tryghed for patienten, effektiv ressourceudnyttelse samt gode behandlingsresultater.

Erfaringer viser, at det kræver en særlig indsats at sikre et koordineret, kontinuert og trygt patientforløb. Det forventes samtidigt, at udfordringen vil blive endnu større i takt med, at behandlingsmulighederne bliver flere og stadig mere komplekse (2).

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder har arbejdet med denne udfordring i de seneste 5 år. I 2003 udarbejdedes således den første beskrivelse af funktionerne som sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson og forløbsansvarlig speciallæge (inklusive udlevering af visitkort)(3). Disse funktioner skulle tilbydes alle patienter, både stationære og ambulante for at sikre dialog, entydighed, kontinuitet og den fornødne koordination i patientforløbet. Hospitalet har således arbejdet med kontaktpersonordningen i 4 – 5 år – også før det blev obligatorisk (først som dele af økonomiaftalerne mellem amterne og regeringen, senere som en del af Den danske Kvalitetsmodel (4)). Dette har hospitalet gjort, fordi vi tror på, at netop en velfungerende kontaktpersonsordning kan levere et afgørende bidrag til, at hospitalet lykkes med de strategiske mål om tilfredse patienter, minimale ventetider og effektiv ressourceudnyttelse (5).

Ordningen har nu fungeret i en årrække, og både nationale og regionale initiativer er siden kommet til på området. Dette aktualiserer en opdatering af hospitalets politik og retningslinjer kontaktpersonordningen Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder.

Kontekst

I følge Sundhedsaftalerne indgået mellem Region Midtjylland, Regionshospitalet Horsens, Brædstrup, Odder og kommunerne Odder, Horsens, Hedensted og Ikast-Brande (6) skal alle patienter have tildelt, en forløbsansvarlig speciallæge³ og en sygeplejefaglig/terapeutisk⁴ kontaktperson, som er ansvarlige for koordination af indlæggelsesforløbet og for information til patienten. Med denne ordning forventes det, at patienten vil opleve en bedre, sammenhængende og mere tryk hospitalsindlæggelse, når de kan sætte et kendt ansigt på lægen og sygeplejersken, og når der er en kendt person, de kan henvende sig til.

Desuden er der truffet aftale mellem regeringen og regioner om, at alle patienter skal have tildelt en sundhedsfaglig kontaktperson. Dette bliver der fulgt op på kvartalvis via indrapportering til Danske Regioner på baggrund af journalaudit. Tilbage meldingen fokuserer på, hvorvidt der ifølge journalen er tilknyttet en navngiven fagperson til det enkelte patientforløb.

Kontaktpersonordningen indgår også i Den danske Kvalitetsmodels akkrediteringsstandarder(4) vedrørende koordinering og kontinuitet (2.3.2), hvor kravene til hospitalerne er, at "Der udpeges en sundhedsfaglig kontaktperson tilknyttet den enkelte patient med særligt ansvar for at sikre sammenhæng i patientforløbet under indlæggelse og i ambulante forløb." Formålet med standarden er at sikre "koordinering af de sundhedsfaglige ydelser under indlæggelse og i ambulante forløb" samt at sikre "information til patient og pårørende om forløbet"

Den sundhedsfaglige kontaktperson er konkretiseret på følgende måde i Den danske Kvalitetsmodel:

"Der foreligger retningslinjer, der definerer den sundhedsfaglige kontaktpersons funktion, opgaver og ansvar, herunder:

- at den sundhedsfaglige kontaktperson er direkte involveret i patientforløbet (dvs. medvirke ved levering af en eller flere sundhedsfaglige ydelser i forløbet)
- at der ved indlæggelsen er udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson senest 24 timer efter indlæggelsen

³ Jf. vejledning for hospitalspersonale til brug af Sundhedsaftalerne bruges begrebet forløbsansvarlig speciallæge.

⁴ Jf. vejledning for hospitalspersonale til brug af Sundhedsaftalerne bruges begrebet kontaktsygeplejerske. Det sidestilles heri med begrebet sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson.

- at den sundhedsfaglige kontaktperson sikrer, at udskrivelsen planlægges
- at der for ambulante patienter med mere end ét ambulant besøg er udpeget en sundhedsfaglig kontaktperson
- at navnet på den sundhedsfaglige kontaktperson er oplyst til patienten både mundtligt og skriftligt (eksempelvis visitkort)
- at patienten har fået oplyst, hvad ordningen indebærer
- at funktionen som sundhedsfaglig kontaktperson ved fravær og i forbindelse med overflytning overdrages”

Procedure

På Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder skal kontaktpersonordningen gøre en reel forskel for patienten og eventuelle pårørende.

Dette vil vi sikre ved at beskrive, formidle og følge op på et konkret grundlag for varetagelsen af funktionen for den sundhedsfaglige kontaktperson. Grundlaget består af:

1. En politik for den sundhedsfaglige kontaktpersonordning (Dette dokument)
2. Klinisk retningslinje for sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson
3. Klinisk retningslinje for forløbsansvarlig speciallæge
4. Løbende monitorering af kontaktpersonordningen via
 - a. kvartalsvise journalaudits og indberetning til Danske Regioner
 - b. løbende kvalitative studier af udøvelsen af den sygeplejefaglige/terapeutiske kontaktpersonsfunktion(7)

På Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder arbejder vi med 2 typer af kontaktpersoner:

1. Forløbsansvarlig speciallæge
2. Sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson (sygeplejerske, terapeut, SSA eller sygehjælper)

De 2 typer af sundhedsfaglige kontaktpersoner har forskellige roller og opgaver, hvilket fremgår af de respektive kliniske retningslinjer.

Desuden opererer Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder med forskellige grader af kontinuitet i forhold til kontaktpersonen. Der gælder, at:

1. der til **alle** patienter **tilstræbes total kontinuitet** med hensyn til tilknytningen af en forløbsansvarlig speciallæge.
2. der til alle **indlagte** patienter **sikres delt kontinuitet** med tilknytning af en sygefaglig/terapeutisk kontaktperson (sygeplejerske, terapeut, SSA eller sygehjælper)
3. der ved alle **ambulante** besøg **sikres delt kontinuitet** med tilknytning af en sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson
4. der til alle patienter med en **alvorlig diagnose**, eller til de patienter der har en åben indlæggelse, **sikres total kontinuitet** med tilknytning af både en forløbsansvarlig speciallæge og en sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson. - Delt kontinuitet for sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson, da vi ikke altid kan sikre total kontinuitet i et sengeafsnit med mange vagter i 2- og 3-holds skift.

Særlige patientgrupper

Der er en særlig udfordring med at sikre kontinuitet for de patienter, der har længerevarende indlæggelser, hvoraf en del af forløbet foregår på **intensiv** afsnit. På intensiv afsnit har man formuleret en særskilt klinisk retningslinje⁵ for varetagelse af kontaktpersonordningen, idet det er vurderet, at vilkårene for intensiv patienter adskiller sig væsentligt fra vilkårene for varetagelse af kontaktpersonordningen på de øvrige sengeafsnit.

Patienter, der indlægges på **GVA/FAM** og udskrives direkte herfra får ved ankomsten tilknyttet en kontaktlæge, som vedkommende efter indlæggelsen har mulighed for at kontakte. Disse patienter er ikke omfattet af denne politik, idet de sjældent er indlagt i mere end 24 timer.

Kvinder i graviditets- og fødselsforløb har under normale omstændigheder primært kontakt med jordemodergruppen. Denne patientgruppe møder kun en læge, hvis der tilstøder somatiske komplikationer til forløbet. Ordningen om forløbsansvarlig læge vil således ikke give mening for denne patientgruppe. Samtidig vil kvinderne kun have længerevarende kontakt med plejegruppen, hvis de er indlagt i forlængelse af fødslen, hvilket primært gælder førstegangsfødende. Disse kvinder får tildelt en sygeplejefaglig kontaktperson. Kvindeafdelingen har udarbejdet en særlig instruks⁶ for kontaktjordemoder til gravide.

⁵ Klinisk retningslinje: "Kontaktpersonordning i intensiv afsnit" er formidlet på Intranet og lægges i e-Doc.

⁶ Instruks: "Kontaktjordemoder" formidles via e-Doc.

Visitkort

For patienter tilknyttet kontaktpersonordningen udleveres der visitkort.

Patientinformation

Under normale omstændigheder skal den mundtlige information til patienten og eventuelt pårørende om kontaktpersonordningen ledsages af skriftlig informationsmateriale. Der er udarbejdet skriftlig patientinformation om kontaktpersonordningen, som kan anvendes af alle afdelinger. Den skriftlige information omfatter to en-sides-dokumenter:

1. "Information om kontaktperson-ordning", der informerer om sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson
2. "Information om forløbsansvarlig læge", der informerer om den forløbsansvarlige speciallæge.

Idet patientsammensætningen på afsnittende på HBO varierer ganske betydeligt, skal den hospitalsdækkende patientinformation dække bredt. Derfor er formuleringerne i materialet tilsvarende brede.

Det betyder, at der kan være afdelinger eller afsnit, der ønsker at supplere eller erstatte hospitalets skriftlige informationsmateriale med skriftlig information, der er målrettet afdelingens eller afsnittets patientgruppe. Er dette tilfældet, skal afdelingen/afsnittet sikre, at den lokale patientinformation som minimum indeholder de samme elementer som hospitalets skriftlige patientinformation.

Dokumentation

Handler udført som led i varetagelsen af kontaktpersonordningen dokumenteres i den elektroniske patientjournal. Vejledning til dokumentation af kontaktpersonens navn og udlevering af visitkort fremgår af den kliniske retningslinje for sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson.

Ansvar

Det er afdelingsledelsens ansvar, at der implementeres procedurer for systematisk tildeling af sygeplejefaglig/terapeutisk kontaktperson og forløbsansvarlig speciallæge til det enkelte patientforløb indenfor de første 24 timer af indlæggelsesforløbet eller senest ved 2. ambulante besøg.

Referencer

1. Kjærgaard, Johan, et. al. (red.): *Kvalitetsudvikling i sundhedsvæsenet*. København: Munksgaard, 2001. (s. 193 – 194)
2. Jonasson, Charlotte: *Kontaktpersonordningen og organisering af patientforløb – Muligheder og barrierer for innovativ udvikling af brugernes sundhedsvæsen*. Viborg: Region Midtjylland, 2007.
3. Henriksen, Inge et. al.: *Handlingsplan for en intensiveret indsats af tilknytning af kontaktpersoner til patienterne på Horsens og Brædstrup Sygehuse*. Brædstrup og Horsens Sygehuse, 2002.
4. Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet: *Den danske Kvalitetsmodel, Akkrediteringsstandarder for sygehuse, høringsmateriale 2. høring, Januar 2008*. Århus: IKAS, 2008.
5. Horsens og Brædstrup Sygehus: *Strategi 2005 – 2008*. Horsens og Brædstrup Sygehus, 2004.
6. Region Midtjylland & regionens kommuner: *Sundhedsaftale mellem XXX Kommune og Region Midtjylland*. Region Midtjylland, 2007. Aftalerne kan findes på hospitalets Intranet på adressen <http://www.horsens.intranet.rm.dk/klinikken/kommunesamarbejde>
7. Haugaard, Mads et. al.: *Kvalitativ monitorering af kontaktpersonordningen*. Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder, 2007 .

METADATA

Tekstforfatter

Mads Haugaard

Faglig ansvarlig

Kvalitetsansvarlig

Kvalitetschefen

Ledelsesansvarlig

Hospitalsledelsen

Standard og indikator

Akkrediteringsstandard vedrørende "Koordinering og kontinuitet" i Den danske Kvalitetsmodel.

Revisionsdato

Resumé

Anvendelsesområde / lokation

Regionshospitalet Horsens, Brædstrup og Odder

AGREE-scoret

Nej

Nøgleord

Informationstype

Politik