

Referat fra møde i Temagruppen vedr. behandling, pleje, træning og rehabilitering den 5. februar 2014

Deltagere:

./ Se vedlagte oversigt over medlemmerne af temagruppen.
Der var afbud fra Tove Holm, Grete Bækgaard Thomsen, Birgit Thorup og Lene Lange.

Anders Kjærulff og Jens Bejer Damgaard informerede om aftalen.

./ Se vedlagte oplæg.

Forslag til navn: Sundhedsstrategisk aftale

Oplæg Mikael Kristensen:

Knæpatient. Lastvognmekaniker, Holstebro.

Langt forløb. 2 gange skadet. Korsbånd er sprunget. Operation september 2013. Det blev ikke opdaget i første omgang, at menisken var ødelagt.

Genoptræning på hospitalet efter operationen. Fysioterapeuten mente ikke, at Mikael måtte ret meget. 3 ugers genoptræning på hospitalet. Derefter almindelig ambulant genoptræning i Holstebro. De kommunale fysioterapeuter er mere optimistiske i forhold til, at han kan få et normalt liv igen.

Han har svært ved at forstå, hvordan han kan få så forskellige meldinger om sit knæ og sin fremtid (læge, hospitalsfys og kommunal fys). Gav meget frustration, fordi han ikke rigtig må noget. Lang sygemelding.

Savner: Kommunikation mellem hospital og kommune om sygemelding. Han skal selv svare på mange spørgsmål i forbindelse med sin sygemelding. Hospitalet har jo allerede sendt papirer til kommunen om hans situation. Hvorfor skal han så selv sende alle de papirer til kommunen? Meget administrativt besvær.

Han vidste, at han havde et job at komme tilbage til, men han skulle alligevel "hele møllen igennem" med Jobcentret. Det var frustrerende for ham.

Han ønsker, at sagsbehandlingen i Jobcentret tager udgangspunkt i den enkelte! Det skal ikke være en generel løsning.

Ønsker en mere realistisk vurdering fra fysioterapeuten på hospitalet – melding fra læger og fysioterapeuter skal være mere enslydende.

Egen læge: Han var kun inde over forløbet lige i starten.

Man skal være meget vedholdende som patient og tydeligt sige, hvad man vil.

Om 10 år, skal han ikke forvente at kunne passe sit arbejde som mekaniker. Men han har ikke fået hjælp til, hvad han så kan fremover. Der er heller ikke nogen, der har sagt, hvordan han kan blive ved med at bruge sin uddannelse. Han har fået lidt vejledning om arbejdsmiljø og korrekte stillinger. Han mener ikke, at han har behov for, at den kommunale fysioterapeut kommer ud på hans arbejdsplads. Han har talt lidt med sikkerhedsrepræsentanten og værktørføreren på sin arbejdsplads om at finde løsninger i forhold til, at han kan passe sit arbejde.

Information om genoptræning: Fik noget info om øvelser før operationen. Han var glad for at få øvelserne, men det var lidt svært, for han fik at vide, at han skulle træne noget, men ikke måtte træne for meget – svær balancegang.

Ved han, om lægen og fysioterapeuten har talt sammen om prognosen? De har talt sammen om, hvad der kunne gøres. Det var fysioterapeuten, der kontaktede lægen for at få info, da der opstod problemer. Han kunne godt tænke sig en bedre koordinering mellem læge og fysioterapeut.

Kontakt mellem kommunal fys og arbejdsmarkedsområdet: Han ved ikke, om de havde direkte kontakt med hinanden. Det fornemmede han i hvert fald ikke.

Han savner, at alle involverede taler sammen om, hvad der er sket og, hvad der er af muligheder for ham! Måske en fælles journal!

Han har en forventning om, at hospital, kommunal fys og Jobcenter taler sammen og koordinerer! Men han skulle selv sørge for at melde sig syg, gå til møder med kommunen, sende papirer osv.

Fremover får han alt via E-post. Hvad så med de ældre mennesker, der ikke kan bruge PC'er?

Man skal have et godt overblik, når man er patient!

Plenumdrøftelser:

Elsebeth Fløe Mortensen, sygeplejerske, Regionspsykiatrien i Viborg:

Psykiatriske patienter. Patienterne har også ofte somatiske lidelser. Patienterne kræver ofte en "skæv" løsning, som ikke lige passer ind i de faste kasser. Ofte netværksmøder omkring de enkelte patienter.

Værdier: Livskvalitet for patienterne, keep it simple – så få personer omkring patienterne som muligt. Bedre tilgængelighed mellem hospital og kommune – f.eks. telefontid mellem 8 og 9, som ikke altid er til at overholde. Nogle patienter har kun professionelt netværk – her er der behov for, at personale fra Bostøttetilbud kan komme med på hospitalet.

Peter Bertelsen, SOSU, Psykiatrien i Holstebro Kommune:

Arbejder med unge mennesker først i 20'erne, som har sindslidelser.

Netværk er vigtigt. Han oplever, at hospital og kommune ikke altid ved nok om, hvad hinanden laver! Her kunne man måske lave nogle workshops.

Vigtigt at hospital og kommune samarbejder om den enkelte patient – informerer hinanden, når der sker ændringer.

Vigtigt at sprede budskabet om sundhedsaftalen, så den bliver kendt.

Sagsbehandlingen går nogle gange meget langsomt – det gør det svært for de psykiatriske patienter, fordi de har behov for en fast struktur i deres hverdag! De skal vide, hvad der sker. De har brug for forudsigelighed. En bruger har haft 6 forskellige sagsbehandlere på et år – ikke hensigtsmæssigt. Så få fagpersoner som muligt omkring hver patient.

Mie Havskov Tholstrup, fysioterapeut, Viborg Kommune:

1500 GOP'er om året.

Laver koordineret forløb for skulderpatienter – projekt. Borgerne har brug for en koordinator, som kender hele patientforløbet fra A-Z – det var udmeldingen fra borgerne.

Udfordringer: Kommunikation mellem sektorerne er vanskelig. De kommunale terapeuter kan ikke lige kontakte lægen, hvis der opstår komplikationer. Ønsker en lettere adgang til kommunikation med lægen.

Kommunen sender slutstatus til hospitalet, når den almindelige ambulante genoptræning er færdig. Her oplyser de alt relevant til hospitalet. Kommunen ved dog ikke, om hospitalet bruger denne slutstatus til noget. Ser lægen den?

Kommunen får ikke status fra hospitalet, hvis patienten har været til kontrol – det savner de. Det er kun borgeren, der oplyser om resultat af kontrol.

Ønsker helt klart en bedre skriftlig kommunikation.

Hun tror, at borgerne generelt oplever stor sammenhæng. Der kunne dog ske en bedre koordinering ifht. apoteams, hvor både kommune og hospital besøger borgeren og spørger om det samme.

Nogle borgere forstår ikke, hvorfor de skifter fra hospital til kommune.

Værdier: Kommunikationen skal være bedre – større kendskab til, hvad der sker i de forskellige sektorer.

Anna Josephsen, hjemmesygeplejerske, Holstebro Kommune:

Mangler nogle gange nogle mål for, hvad der skal ske med patienten efter udskrivelsen.

Det er vigtigt, at hjemmesygeplejersken ved, hvad der skal ske. Hvad skal der f.eks. fremadrettet ske med medicin eller kateter?

Vigtigt, at hjemmesygeplejersken har tid og rum til at få et godt første møde med borgeren efter udskrivelsen, så der kan skabes en god relation.

Nogle gange skriver hospitalet, at noget medicin er med, men så er det det ikke alligevel. Det skaber en del uro. Vigtigt at borgeren får det medicin med hjem, som der er behov for.

Udfordring med hjælpemidler: Der er ikke altid hjælpemidler med, når borgerne kommer hjem. Specielt ved plejeboliger, kan det være et problem, da det ikke er givet, at de nødvendige hjælpemidler er til stede i boligen. Her er det vigtigt, at hospitalet kontakter kommunen ang. hjælpemidler.

Hospitalet sender nogle gange breve til borgerne. Problem, hvis det er en dement borger, som måske får smidt brevet væk. Her er det vigtigt, at hospitalet får samtykke til at sende kopi af brevene til hjemmeplejen, så hjemmeplejen er informeret.

Værdier: Samspil mellem sektorerne. Kende forventningerne til hinanden. Vide hvilke informationer, parterne har behov for.

De korte indlæggelser vanskeliggør kommunikationen mellem hospital og kommune, fordi det er svært at nå at informere hinanden ordentligt om patienten.

Per Løvig, sygeplejerske, akutteamet, Viborg Kommune:

Godt samarbejde med HEM.

Savner et fælles kommunikationssystem med hospitalet. Det betyder, at information overleveres mundtligt, hvilken kan være kilde til fejl!

Hospitalsafdelingerne og AP glemmer nogle gange, at Akut teamet er der. Akut teamet skal hele tiden gøre opmærksom på sin eksistens.

PLO opfordrer AP til ikke at bruge akut teams, da det ikke er en del af deres overenskomst.

For at patienter kan få gratis medicin, skal de forbi hospitalet først. Det er ikke hensigtsmæssigt og skaber nogle gange et unødigt ekstra led.

Akut teamet skal være med til at undgå indlæggelser. Lovgivningen har ikke fulgt med udviklingen, og det gør, at teamet ikke bliver brugt nok. Pga. manglende overenskomst med AP! Brugte AP akut teamet, kunne man undgå mange indlæggelser.

Mangler at kunne sende sikker mail til hospitalet. Der kan sendes korrespondancer, men de sendes ikke direkte til akut teamet.

Medicin: borgerne får ikke altid kontrolleret deres medicin! Det betyder, at de ikke altid får den korrekte medicin! Der bør være krav om kontrol.

Stor udfordring at starte akut teamet op. Godt med teamet, fordi de kan undgå at sende nogle borgere på hospitalet. De har efterhånden stor erfaring i at vurdere borgerne.

Mangler et uddannelsesløft af SOSU'erne, da det er dem, der ser borgerne mest. De skal være opmærksomme på, om der er noget galt, så der kan blive handlet. Det kan måske hindre indlæggelser. Det vil løfte indsatsen i kommunerne.

3 akutstuer – vagtlægerne er ikke så gode til at bruge disse stuer. De indlægger hellere patienten.

Hospitalet kan visitere til akutstuerne. Problem, at borgerne skal betale for transporten til akutstuen – det skal de ikke, hvis de indlægges.

Jette Hørup, sygeplejerske, Hjertemedicinsk Afdeling, HEM:

Mange akutte patienter. Ofte overbelægning. Stort flow af patienter gennem døgnet.

Hospitalet kommunikerer med kommunerne på forskellige måder – de skal så altid lige huske, hvordan det nu lige er med den enkelte kommune.

Savner ofte en opdateret plejestatus, men det bliver måske bedre, når der findes en elektronisk løsning.

Ser gerne, at akutstuerne bliver brugt mere.

Dosispakket medicin – ønsker at kommunen og ikke hospitalet afmelder medicinen.

Opdateret FMK er et stort ønske. Praktiserende læge skal sørge for at opdatere.

Ønsker, at f.eks. medicin sendes med patienten ved indlæggelse – måske har borgeren behov for en særlig slags medicin, som hospitalet ikke lige har.

Opfølgende hjemmebesøg – screeningskemaer. Ønsker at få en opdateret status på den enkelte borger.

Borgere med IV-antibiotika: Hvor er der back-up ifht. at få lagt det?

Akutteamet i Viborg kommune har stor berettigelse – hindre indlæggelser.

Specialiseret ambulans genoptræning: Nogle patienter undrer sig over, at de skal til hospitalet, og ikke til kommunen.

Varsling af udskrivelse: Det ville være godt, hvis man kan varsle en lørdag, så en patient kan udskrives mandag. Varsling skal tilsyneladende sendes en hverdag, for at visitationen ser den!

Værdier: Respekt for hinandens kompetencer og beslutninger.

Malene Horn, sygeplejerske, Medicinsk Afdeling, HEM:

Mange af de samme udfordringer, som de har på hjertemedicinsk afdeling.

Vigtigt at få information fra hjemmeplejen om patienten.

Mangler opdaterede medicinlister fra hjemmeplejen.

Vil gerne kunne udskrive patienten en week-end, for at afkorte indlæggelsen.

Vil gerne kunne ringe direkte til hjemmesygeplejersken for at aftale nærmere omkring den enkelte borger.

Debat:

Medicin:

Medicingennemgang er vigtig i et hvert forløb. Hvordan sikrer vi, at medicinen bliver gennemgået?

Hvem sender man korrespondancer til, når der f.eks. sker ændringer i medicinen? Hvor er indgangen i kommunen?

Hvad med mestring af egen situation som borger? Hvor stort et ansvar kan vi give borgeren? De skal have ansvar for det, de vitterlig kan klare. Det er dog forskelligt fra borger til borger.

Hvordan rådgiver vi borgeren bedst muligt til at kunne tage ansvar for sig selv?

Vigtigt, at borgerne får det rigtige medicin.

Kommunikation om en patient/borger mellem sektorer:

Her skal it-gruppen på banen.

Hvordan inddrager vi borgeren? Hvordan får vi fortalt borgerne, hvad de har ansvar for?

Stort ønske at få et it-system, der kan tale sammen på tværs af sektorer. Det vil sikre, at viden om en borger ikke går tabt. Det kunne også være godt, hvis man havde adgang til hinandens it-systemer. Her er der dog en juridisk udfordring. Etikken er dog også vigtig – ikke al data skal udveksles om borgeren.

Almen praksis – akut team:

Vigtigt at afklare, hvem der har ansvaret for patienten, når patienten er på en akutplads. Hvis AP ved, hvem der har ansvaret, vil de være mere tilbøjelige til at bruge akutpladserne.

Akutteamet i Viborg har kun somatiske patienter. De er ikke klædt på til at have borgere med psykiske lidelser.

Akut pladserne er beregnet til korte ophold – nogle dage.

Vagtlægen/praktiserende læge ved ikke, om der er plads på akut pladserne. For ikke at ringe flere gange, vælger de nogle gange at indlægge borgeren på hospitalet, for der er der altid plads.

Vigtigt at sprede budskabet om, hvad en akut plads kan tilbyde! Så vil det blive kendt og dermed mere brugt.

Hvem har retten til at visitere til akutpladserne? Vigtigt at afklare dette.

Psykiatrien bliver en del af FAME i Region Midtjylland.

Hjælpemidler:

Vigtigt at vi har fokus på at finde løsninger på dette område.

Hjælpemiddelkataloget. Der arbejdes videre med dette.

Det opleves, at problematik omkring hjælpemidler fylder mindre og mindre☺

Patientforudsigelighed:

Vigtigt at informere patienterne om forløbet – f.eks. om hvilke smerter, de kan forvente.

Vigtigt, at information til patienterne er koordineret fra de forskellige fagpersoner.

Koordination:

Koordination er vigtig.

Vigtigt, at hjemmeplejen ved, hvad der skal ske med borgeren efter udskrivning. Hvad er planen? Hvilke tilbud, skal de have? Men hospitalet må jo ikke love noget på vegne af kommunen! Derfor er det ikke muligt for hospitalet at lave en plan for patienten over de indsatser, der skal ske i kommunen.

På psykiatriområdet er der udskrivningsplaner/koordinationsplaner. Det kunne hjemmesygeplejen måske godt være en del af. Godt redskab for den type patienter.

Træning:

Apoteams: Almindelig ambulant genoptræning i kommunen. Hvad gør man så, hvis der opstår kognitive skader, som ikke er beskrevet i GOP'en? Skal der laves en ny GOP? Eller kan kommunen kontakte hospitalet direkte? De kommunale terapeuter opdager mange problemer, som ikke opdages på hospitalet under den korte indlæggelse.

Snitfladekatalog findes.

Der er ikke de samme konflikter på området, som for år tilbage.

Rehabilitering: Hvor mange af de her planer gennemføres? Når borgerne målet med træningen?

Vigtigt at mål er afstemt mellem borger og sundhedsfaglig person.

Gruppedrøftelse – gruppe 1 og 2:

Brændende platforme

- Vi kan ikke gøre mere af det samme
- Nødvendig faglighed
- Silotænkning
- Incitamentstrukturer
- Entydigt ansvar i patientforløb
- Organisering af almen praksis
- Mening for alle (rød tråd)
- Medicin/ fælles medicinkort
- Almen praksis, akutteam og akutpladser (kapacitet?)
- Ledelse på tværs
- Hjælpe midler
- Forudsigelighed for patienten i psykiatrien
- Kommunikation med henvisning til IT-gruppe
- Hvor man kan yde den optimale indsats sammen (på mindst indgribende niveau)

Værdier

- På patientens præmisser
- Ordentlighed
- Tillid
- Sammenhæng

Målsætninger

- Færre genindlæggelser. Der er et stort potentiale i at nedbringe antallet af forebyggelige indsatser, som vi skal tage fat på.
- Fælles patientforløbsbeskrivelser
- Vi udvikler os sammen (alle tre parter)
- Strategisk ledelse med et økonomisk sundhedsperspektiv
- Borger skal opleve sammenhæng og tryghed i alle forløb
- Kendskab til hinanden
- Kompetencer
- Træning
- Koordination + koordinerede patientforløb
- Sætte fri i stedet for at begrænse/afgrænse > Forslag om friklynge

Gruppedrøftelse – gruppe 3:

Brændende platforme:

PLO

Ikke alle praktiserende læger er klar på at samarbejde. Er ofte ikke til stede, når der træffes beslutninger. Praksiskonsulenterne vil gerne, men de har ikke beslutningskompetence til at få de andre læger med.

Kunne regionen sidde med i kommunernes KLU?

Sundhedsaftalen skal stå på 3 ben, og sundhedsvæsenet skal være integreret. Hvordan får vi AP med? Vi er 3 ligeværdige parter i samarbejdet.

Massiv stigning i antallet af ældre mennesker

Udfordring at håndtere dette. Mange af dem vil også være demente.

Ulighed i sundhed - Få differentieret tilbuddene til de forskellige patienter

Hvordan finder vi dem, der skal have en særlig indsats? Hvordan screener vi patienterne?

Hvordan hjælper vi empowerment tankegangen på vej?

Vi skal hjælpe dem, der har behov for hjælp – vi skal graduere vores indsats overfor patienterne. Vi skal ikke overhjelpe.

Vi skal tænke stratificering ind i aftalen.

IT

Få FMK til at fungere. Måske patienterne også kan lære at kigge med i FMK.

Få implementeret MEDCOM-standarderne.

Udviklingen på cancer-området

Flere og flere får cancer, og der bliver behandlet mere – medfører mere medicin og rehabilitering.

Flytning af opgaver mellem hospital, kommune og AP

Det bliver tit til en økonomisk diskussion frem for at vurdere, om patienterne får det bedre og på den baggrund lave en opgaveoverdragelse.

Vigtigt, at alle parter er med ved bordet fra dag 1, når der skal overdrages opgaver!

Den sundhedspædagogiske tilgang

Hvordan ruster vi borgeren til at hjælpe sig selv, så vi kan hjælpe de svageste?

Værdier:

Den, der har borgeren/patienten, handler!

Motivation til mestring! Differentiere tilbud til patienterne afhængig af deres behov. Sørge for at forventningsafstemme med patienten. Vi skal være inddragende.

Borger/patient? Hvad hedder det? Man har nogle særlige rettigheder, når man er patient.

Koordinering mellem fagpersonerne!

- Organisationen, relationerne og kommunikationen skal understøtte koordineringen.

Undergrupper:

Ledsager fra kommunen – når en patient fra et bosted indlægges/skal til ambulans besøg, og har behov for at få en kendt medarbejder fra bostedet med.

Koordination på tværs af sektorer og internt i de tre sektorer.

Målsætninger:

Reduktion af akutte og forebyggelige indlæggelser

- Men det er altså ikke alle indlæggelser, der kan forebygges!!! Pas på ikke at gå benhårdt efter denne målsætning – vigtigt det bliver undersøgt, hvorfor patienterne (gen)indlægges!
- Ikke kun symptombehandle
- Undersøge, om patienterne er reelt færdigbehandlede, når de udskrives.
- Dem, der skal indlægges, skal indlægges.
- Hvad er det, vi gerne vil? Have de rette patienter i de rette senge!

Oplæg Jytte Sutton:

Pårørende til far.

Fortæller om overgangen fra hospital til kommune.

Faren har ofte været på hospitalet de sidste 5 år. Godt tilfreds med hospitalet og hjemmeplejen. Problemet ligger i overgangen.

Brækket lårben. De er 5 søskende, som stod klar ved udskrivningen. De følte, at de blev kastet ud i at passe faren uden varsel.

Hospitalet overvurderede, hvad faren kunne, da han blev udskrevet.

Familien var meget utryk ved udskrivelsen.

Ønskede en samtale med kommunen/hospitalet før udskrivelsen.

Faren har et stærkt netværk, som kunne hjælpe. Men de ville gerne have været informeret og inddraget i udskrivelsen.

Hjemmeplejen kom efter nogle dage. Og så fik han kaldeapparat.

Hvordan kunne pårørende, hospital og kommune udnytte hinandens viden? Familien havde brug for, at de praktiske ting er på plads, da faren kom hjem. Det er helt lavpraktiske ting, der er brug for.

Jytte foreslår, at hospital/kommune indkalder 1 af de pårørende til en samtale og bruger denne person som kontaktperson.

Da faren brækkede nakken i 2009, fungerede det rigtig godt. Det var et kompliceret brud.

Hospitalet burde have varslet kommunen om, at der kom en plejkrævende patient hjem.

Kommunerne og hospitalerne skal kunne håndtere de situationer, der ikke lige kører efter bogen. Der skal være et beredskab.

Vigtigt at medarbejderne/frontpersonalet kan træffe beslutninger.

Vigtigt med dialog mellem hospital og kommune – kommunikation.

Det lyder til, at jo mere kompliceret sygdommen/skaden er, jo bedre fungerer overgangen! Vi må ikke blive blinde for, at de mindre komplicerede sygdomme kan medføre komplicerede overgange.

Skal man planlægge udskrivningen allerede ved indlæggelsen? Måske dagen efter operationen. Helst så hurtigt som muligt. Vigtigt med samtale med et par pårørende.

Opsamling: Arbejdsgrupper:

Indlæggelse/udskrivning, ambulante forløb og den akutte patient:

- Linda
- Kirsten Vinther-Løgsted
- Peter
- Bente Dam

Træning og rehabilitering:

- Charlotte
- Lene Lange
- Inger Buhl

Hjælpe midler og behandlingsredskaber:

- Bruge den gamle gruppe
- Vibeke?
- Jens
- Sara

Grupperne skal bidrage med aftalen, og de er stående.

Grupperne skal vurdere, hvad der skal skrives om det pågældende område i aftalen. Udkast leveres til temagruppen. Foreløbigt udkast/stikord til aftalen klar til mødet den 27. marts. Endeligt udkast den 19. maj. 27. maj er der deadline for aflevering. Gerne have overskrifter klar til 6. marts.

Referent: Charlotte Jensen