

Konference om multisygdom 14. maj 2012

Afrapportering fra workshops



Afrapportering fra workshops afholdt på Konference om Multisygdom

©CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region Midtjylland, 2012

Redaktion:

Eva Tersbøl, Helle Høgh, Kirsten Overgaard, Pernille Bjørnholt, Jesper Buchholdt Gjørup og Lise Arnth

Arrangører:

Sundhedsstyrelsen

Danske Regioner

Region Midtjylland

For yderligere oplysninger vedrørende rapporten rettes henvendelse til:

CFK • Folkesundhed og Kvalitetsudvikling

Kvalitetsudvikling

Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf. 78 41 40 10

E-mail: eva.tersboel@stab.rm.dk

Hjemmeside: www.cfk.rm.dk

Indholdsfortegnelse

AFRAPPORTERING FRA WORKSHOPS AFHOLDT PÅ KONFERENCE OM MULTISYGDOM	1
Opsamling	2
Læsevejledning	2
OPSAMLING FRA WORKSHOP A	3
OPSAMLING FRA WORKSHOP B1+B2	10
OPSAMLING FRA WORKSHOP C1	16
OPSAMLING FRA WORKSHOP C2	22
OPSAMLING FRA WORKSHOP D	26

Afrapportering fra workshops afholdt på Konference om Multisygdom

Mandag d. 14. maj 2012 afholdte Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og Region midtjylland en konference med fokus på, hvordan multisygdom kan håndteres i fremtiden. Der deltog ca. 160 deltagere, der på forskellige vis alle er centrale aktører i samarbejdet omkring og med patienter med multisygdom.

Som en del af konferencen blev der afholdt workshops, hvor formålet var at få udfoldet den mangfoldighed af viden, som deltagerne repræsenterer. Helt eksplicit var hensigten, at deltagerne skulle komme med deres bud og konkrete løsningsforslag til, hvordan udfordringerne for patienter med multisygdom kan imødekommes i fremtiden. Derudover var ønsket at understøtte gensidig forståelse for de mange hensyn, interesser og antagelser, der kan være på spil på tværs af sektorer og fagligheder.

Der var tilrettelagt en proces, der dels sikrede erfaringsudveksling mellem workshopdeltagerne og dels dannede grundlag for udarbejdelse af konkrete løsningsforslag samt prioritering af disse. Der blev afholdt 5 workshops. På grund af stor interesse for emnet "Patienter med multisygdom i det nære sundhedsvæsen – herunder almen praksis" blev der afholdt to workshops inden for emnet. I alle workshops deltog en faglig konsulent udvalgt af arrangørerne og en proceskonsulent fra Folkesundhed og Kvalitetsudvikling, Region midtjylland.

Arrangørerne af konferencen har i nærværende opsamling en samlet oversigt over de centrale drøftelser og konkrete idéer fra alle 5 workshops. Materialet vil på forskellig vis danne afsæt og være til inspiration for det videre arbejde med indsatsen overfor patienter med multisygdom.

Alle deltagere havde på forhånd tilmeldt sig en workshop indenfor følgende temaer:

A. Multisyrge patienters behov og ønsker i behandlingsforløbet

Patientens præferencer er centrale for valg og succesfuld gennemførelse af behandling, fordi multisyrge ofte har en stor behandlingsbyrde. Udfordringen er så vidt muligt at tilpasse behandlingen til patientens behov, ønsker og formåen samtidig med, at både kommuner og sygehuse etablerer standardiserede forløb.

B. Patienter med multisyrge i det opdelte sundhedsvæsen

I et sundhedsvæsen organiseret i specialer tages der i mange sammenhænge udgangspunkt i enkeltdiagnoser. Udfordringen er, at med flere diagnoser bliver behandlingen ofte kompleks og fragmenteret, og der mangler overblik i forhold til det samlede patientforløb for multisyrge patienter.

C. Patienter med multisyrge i det nære sundhedsvæsen – herunder almen praksis

Hovedparten af indsatsen overfor multisyrge varetages i det nære sundhedsvæsen – hvor almen praksis ofte koordinerer med det specialiserede sygehusvæsen og det kommunale sundhedstilbud. Udfordringen er at sikre og understøtte, at almen praksis og det kommunale sundhedstilbud kan varetage de ofte komplicerede forløb.

D. Forebyggelse og multisygdom

Mange patienter med en kronisk sygdom er i fare for at få multisygdom. Udfordringen er at forebygge, at den enkelte sygdom forværres, og at der ikke støder nye kroniske sygdomme til. En særlig udfordring er at forebygge somatisk kronisk sygdom blandt psykisk syge.

Opsamling

I det følgende er der lavet korte opsamlinger fra alle 5 workshops. Der er samlet op i forhold til de drøftelser, der var på alle workshops, de konkrete idéer, der blev udviklet i en brainstormproces. Afslutningsvis udvalgte deltagerne på hver workshop 3 konkrete idéer, til at være de vigtigste at tage handling på.

Læsevejledning

Opsamlingerne er udarbejdet, således:

1. Et kort resume af problemområdet

Resuméet er en kort opsamling på de drøftelser, der generelt prægede den enkelte workshop. Der vil både være en kort sammenskrivning af centrale pointer i drøftelserne og udsagn som er blevet fundet særligt værdifulde at viderebringe

2. Alle workshops blev indledt med drøftelser på baggrund af 4 hovedspørgsmål

Hovedspørgsmålene var udarbejdet af arrangørerne og skal ses som en operationalisering af workshopens tema. Drøftelserne blev afholdt inspireret af cafemødemetoden, hvor alle deltagerne skulle rundt ved 4 borde og forholde sig aktivt til at alle spørgsmål. Ved hvert bord var udnævnt et tovholder til at samle centrale pointer og temaer for drøftelserne.

3. Fremkomne idéer

Formålet med afholdelse af workshops var, at konferencedeltagerne blandt andet skulle byde ind med konkrete løsningsforslag og idéer til, hvordan udfordringerne omkring multisygdom kunne håndteres i fremtiden. En del af workshop var derfor en idé - og løsningsgenereringsproces. Idéerne blev udviklet på post-its og er i opsamlingen så vidt muligt skrevet ned i den form som deltagerne har valgt at formulere dem.

4. Udvalgte idéer

Afslutningsvist skulle konferencedeltagerne stemme på, hvilke af de udviklede idéer de fandt vigtigst at tage handling på. Afstemningen forgik ud fra følgende kriterier:

Hvad ville gøre den største forskel for patienterne? (Rød stemme)

Hvad kan vi sætte i gang i næste uge? (Grøn stemme)

Hvad vil gøre størst forskel på sigt (Gul stemme)

Deltagerne havde hver i sær en farvet stemme til at sige, hvilken idé de mente bedst opfyldte et af kriterierne. De 3 udvalgte idéer fra hver workshop er kort præsenteret. Idéerne blev på konferencens afslutning præsenteret i plenum af de faglige konsulenter.

Nedenfor kan opsamlingen fra alle 5 workshops læses.

Opsamling fra workshop A

Emne for workshoppen: Multisygge patienters behov og ønsker i behandlingsforløbet

Proceskonsulent: Lise Arnth

Kort resume af problemområdet

Der er mange udfordringer forbundet med at tilgodese mennesker med multisygdoms behov og ønsker i behandlingsforløbet. Sundhedsprofessionelles sprogbrug er en barriere i forhold til at opnå en fælle forståelse af behandlingstilbud og muligheder.

Endvidere er det afgørende, at behandlingen ikke er værre end sygdommen. Derfor er der stort behov for at behandlere kommer omkring det hele menneske (ser patienten i et 360 graders perspektiv og inddrage alle relevante aktører herunder patientens pårørende) i forhold til at vurdere, hvilken behandling, der vil være den rette. Der er et stort behov for at styrke patientens handlekompetence og egenomsorg og støtte op med fagpersoner, der kan hjælpe med at varetage patientens interesser og koordinere behandlingsforløb.

Den røde tråd i workshoppen var, at hvis man skal blive bedre til at imødekomme behov og ønsker hos patienter med flere samtidige sygdomme, kræver det en styrkelse af kommunikationen. Dels mellem patient og fagpersoner. Der skal gøres en ekstraordinær indsats for at fremme dialogen med patienten om behandlingen, så patienten reelt får mulighed for at afveje fordele og ulemper og vælge til og fra – der var forskellige ideer til, hvordan det kunne gøres, bl.a. udvikling af strukturerede samtale samtaleredskaber – og så det bliver helhedssynet, der bliver det bærende. Dels ved at styrke kommunikationen mellem fagfolk inden for og på tværs af organisatoriske enheder. Det blev foreslået at understøtte kommunikationen gennem indførelse af fælles nationale It-systemer, så alle behandlere uanset sektor har adgang til relevante journaldata.

Fremkomne idéer

Workshoppen genererede en lang række ideer, som - efterfølgende - er søgt grupperet i følgende fælles temaer/overskrifter. De fremkomne idéer var følgende:

Patientens mål med behandlingen

- At få patienten til at kommunikere sit mål for behandling og eget liv
- Aktiv lytning
- Motiverende samtale
- Fagpersoner skal stille sig til rådighed: "Hvad skal/kan jeg hjælpe dig med (videre med)"?

Kommunikation og information

- Sprog/terminologi – lægmand udformet
- Hvem kan og giver den mest præcise information, der hjælper patienten?
- Mennesker med multisygdom/ kroniske sygdomme skal have deres egen journal, som

de selv opbevarer

- Kommunikation via nye elektroniske medier: Sundhed.dk, borgerportal, fælles IT-systemer, fælles "vandrejournal" der kan bruges af alle relevante aktører, I-pad til patienten
- At lære at tale patientens sprog gennem uddannelse/efteruddannelse
- Prioritere at fagfolk bruger tid på kommunikation
- Kontaktperson
- Uddannelse i kommunikation og sundhedspædagogik

Velinformeret patient

- Patient-styret niveau af behandling/ respekter patientens valg – kun behandling, der er til at holde ud
- "Information-overload" versus inddragelse
- "Værktøjer" til systematisk dialog med patienten om fordele og ulemper ved en behandling

Styrkelse af patientens handleevne i forhold til egen sundhed

- "Health Literacy" e-læring, telemedicin på landsplan

Fremkomne idéer

Borgeren i centrum/pårørendeinddragelse

- OBS - Hvad med dem der ikke vil inddrages?
- Patient-netværk, patient støttegrupper, patientklubber, patientforeninger på tværs af diagnoser
- Behandling/samtale i patientens egen hjem - teknologi

Afdække patientens behov og ønsker

- Udvikle redskaber, der kan understøtte helhedsorienteret behovsvurdering
- Arbejde systematisk og ensartet med patientpræferencer

Kommer borgeren ind det rette sted?

- Stratificering – "high risk patienter" og patienter med brug for mindre
- Interviewguider – scoresystem -> enkle forløb (definere indikatorer)/ sammensatte forløb (definere indikatorer)

Koordinering

- At få specialerne til at koordinere behandling
- Siloer – hvordan skabe sammenhæng i patientforløbet?
- Nye samarbejdsmoduler – "sundhedsaftaler"
- Skab en dansk tværsektoriel "Case-manager (team) med kontaktperson
- Tværfaglige tværsektorielle team
- "Multisygdoms flow-charts"
- Alle sundhedsaktører skal have adgang til patientens data

Definition af kronisk sygdom

- Få afklaret/defineret hvornår der er en diagnose – hvornår sygdommen er en tilstand/et livsvilkår

Oplæring i multisygdom

- Hvordan træne de unge i multisygdom når disse er alle mulige steder?
- Tværsektorielle uddannelsespladser

Andre udfordringer

- Patientcentreret versus evidensbaseret videnskabelig behandling
- Hvordan håndteres forskellige sygdommes modsatrettede forskellige hensyn?

Opsamling hovedspørgsmål 1

Hvordan sikrer man, at multisyge patienters ønsker og behov får plads i tilrettelæggelse af behandlingen?

- 360 grader model – rundt om hele patienten. Det skal være borgerens plan
- Spørgeskema/ inddragelse inden nyt tilbud
- Fokusgruppeinterview til (videre)udvikling af indsats
- Sundhedspædagogisk tilgang og uddannelse
- I-pad med vandrejournal – lukke andre ind i "mål og handleplan" / fælles journal
- Sammenbindende kontaktpersoner til de svageste patienter i hver sektor – rundbordssamtale/konference
- Specialsygeplejerske i forhold til multisyge
- Stratificering – nogle patienter i planlagt forløb, nogle patienter kan selv agere og har behov for færre kontroller
- Høre på patienterne – uddannelse
- Anvende guides til patientsamtaler (den motiverende samtale)
- Kontaktsygeplejerske til "high risk" patienter + rollen som "huslægen"
- Sammensatte forløb
- Patienten initierer selv kontakten. – Patientens skal selv kunne initiere undersøgelser/kontakter

Opsamling hovedspørgsmål 2

Hvordan kan patienternes ønsker til fleksibilitet og sammenhæng i forløb imødekommes?

- En sammenhængende person (sygeplejerske) der kan tilrettelægge hvert forløb (patientens ombudsmand)
- "Systemer" der er mere fleksible
- En koordinerende person til de patienter der falder uden for de standardiserede forløb
- Kommunen og egen læge skal også inddrages
- Man skal bruge de nye medier (mails, sms'er osv.)
- Vi mangler en fælles journal på tværs af sygehus, egen læge osv. – Skal være tilgængelig for patienten via hjemmeside

- Vi må lave et sundhedsvæsen, der har åbent om aftenen, når folk har fri
- Forløbsprogrammernes beskrivelse af opgavefordelingen kan bruges
- Kontaktsygeplejersken skal arbejde tæt sammen med egen læge og pårørende
- Man indarbejder mulighed for fleksibilitet i systemer og forløb "mere temaer end tjeklister"
- To slags organiseringer: patienter sorteres i forhold til, om de passer godt i pakkeforløb eller i et mere individuelt tilrettelagt forløb

Opsamling hovedspørgsmål 3

Hvordan kan personalet på og mellem afdelinger/organisationer/sektorer i fællesskab finde løsninger, der imødekommer patientpræferencer, herunder fx afvigelser fra standardforløb?

- Specialuddannet koordinator/kontaktperson – ansat lægehuse/hospitaler
- Sikre at patientens ønsker videregives
- Hvordan fås patient-ønsker /behov frem? -> Struktureret skema anvendes – borgerens plan
- Have fælles ansvar for at patientens behandlingsudredning ikke stopper fordi afdelingens speciale ikke rækker – også fælles ansvar i andre sektorer
- Udarbejde fælles termer for sundhedsfaglige
- Mennesker med multisygdom ses som hele mennesker - ikke diagnoser
- Øget kendskab til hinandens faglighed/tilbud
- Anvende elektroniske medier – sikre ensrettet opbygning (sikre anvendelses-grad)

Opsamling hovedspørgsmål 4

Hvordan kan god behandlingstilslutning fra patienter med multisygdomme opnås?

- Når patientens præferencer bliver hørt
- Når patienten forstår hvad behandlingen går ud på
- Når patienten bliver inddraget i valg af og mål med behandlingen
- Når sundhedsvæsenet får et realistisk indblik i patientens livssituation osv.
- OBS Region-kommune samarbejdsprojekter
- Ensartet klar kommunikation fra behandlere
- Behandler/personalet skal kunne mere end ét sygdoms-område
- Respekt for den enkelte: Hvad er det, du vil?
- Både respekt og faglighed -> som kræs på toppen af siloerne
- Gennemgående kontaktperson

De tre udvalgte idéer

Nedenfor er en opsamling på de idéer som deltagerne udvalgte som de tre vigtigst at gå videre med i forhold til de tre kriterier. Deltagerne blev bedt om at vurdere idéer i forhold til styrker, svagheder, muligheder og trusler.

Hvad ville gøre den største forskel for patienterne?

- 360 graders værktøj til behovsvurdering
 - Udvikle et samtaleredskab der kan afdække patientens behov og præferencer
 - Forventningsafstemning – "Hvad kan vi tilbyde"? "Hvad vil jeg gerne have"? – og fælles prioritering -> behandlingsplan

Hvad kan vi sætte i gang i næste uge?

- Definition af diagnose og/eller livsvilkår
 - En stratificering skal medvirke til at adskille sygdom fra livsvilkår.

Hvad vil gøre størst forskel på sigt (2 ideer)

- Nationalt fælles it-system)
- Kommunikation via it "patienten ejer sin journal"
 - Patienten ejer sin journal – medbringer den
 - Elektronisk system – log-in via nem-id og password

Løsningsvurdering/idévurdering:

Ad 1

Styrker:

- Patientens præferencer kommer på banen. Det giver selvværd og handlekompetence hos patienten.

Svagheder:

- Det koster ressourcer at udvikle og anvende. (Men behandlingsresultaterne bliver bedre, så det er pengene værd).

Muligheder:

- Vil mobilisere patientens egne ressourcer
- Mulighed for at lave en individualiseret indsats

Trusler:

- Nogle kan føle det som en trussel mod faglig selvstændighed og forsøge at obstruere. Det kræver at personalet bliver talt ind i det.

Ad 2

Styrker:

- Vi får adskilt sygdom fra livsvilkår
- Sikrer, at medicinsk initieret behandling retter sig mod sygdom og ikke mod livsvilkår

Svagheder:

- Ingen konsensus om hvornår vi diskutere sygdom eller livsvilkår
- Vi kan kun få hjælp, såfremt det er "sygdom"
- Vi skal diskutere på tværs af professioner

Muligheder:

- F.eks projekt i småskala: sygedagpengemodtagere

- Ressourcer på hospitalet og i praksis bruges til patienterne
- Økonomien bruges til at gøre patienterne raske med de givne livsvilkår
- Sikre at ressourcerne er der til de dårligste "syge"

Trusler:

- Vi tager udgangspunkt ved værdilægning af tilstande i vort professionelle liv/ og eller ego.

Ad 3

Styrker:

- Gennemsigtighed i patientens data på tværs af sektorer.
- Det gør kommunikationen lettere

Svagheder:

- Det er et stort projekt. - Det var svært at implementere EPJ

Muligheder:

- Styrker muligheder for et samlet overblik over patientens situation
- Bedre koordination

Trusler:

- Store It-projekter kan køre fast

Ad 4

Styrker:

- Et interaktivt system for professionelle, patientens netværk og til patientens optegnelser (patientens og pårørendes viden bringes i spil)
- Skal være en kombination af borger.dk og sundhed.dk
- Patientens kan selv følge forløbet -> bedre egenomsorg
- Letter vidensdeling
- Bedre koordination
- Hurtige opslag
- Tidstro
- Færre utilsigtede hændelser i overgange
- Målrettet relevant data udpeges

Svagheder:

- Uoverskueligt
- Patientens datasikkerhed
- De svageste kan ikke klare dette

Muligheder:

- Fremtidssikret
- Unge med multisygdom imødekommes
- Mulighed, når nærsygehuset er længere væk
- Kan medvirke til at fastholde/udbygge en god relation
- Mulighed for at monitorere indsats på tværs af sektorer
- Pilot-projekt på patienter med forskellige profiler: unge, midaldrende, ældre
- Pilotprojekter omkring Multisygdomscentret i Silkeborg
- FMK – projekter kan udledes herfra

Trusler:

- It-nedbrud
- Penge
- It-udvikling halter bagefter

- Support
- Trussel fagprofessionelt
- Misbrug af data – data anvendes ikke efter hensigten

Opsamling fra workshop B1+B2

Emne for workshoppen: Patienter med multisygdom i det opdelte sundhedsvæsen (B1 og B2 blev slået sammen pga. lokaleforhold og afbud faglig konsulent)

Proceskonsulent: Helle Høgh og Eva Tersbøl

Kort resume af problemområdet

Den store udfordring for patienter med multisygdom er balancegangen mellem behovet for et specialiseret behandlingstilbud og behovet for koordineringen mellem mange specialer samtidig med, at der skal tages hensyn til, at behandlingsbyrden ikke bliver uoverkommelig for patienten. I den fælles behandling af patienter med multisygdom var der særlig fokus på at skabe en organisering og struktur der var centreret omkring patientens behov frem for den enkelte diagnoses behandling.

Fremkomne idéer

Workshoppen genererede en lang række ideer, som - efterfølgende - er søgt grupperet i følgende fælles temaer/overskrifter. De fremkomne idéer var følgende:

It-systemer/e-kommunikation/Kommunikation

- Miniudgave af EPJ til hjemmeplejen
- FMK
- Telemedicin
- E-health
- Ambulante besøg v. egen læge . telemedicinkonf m. deltagelse af spec.læge
- Udbygge tværsektorielle databaser
- Effektive it-kommunikationssystemer på tværs af de 3 sektorer (2)
- Bedre og mere information på sundhed.dk
- Udskrivningsbreve SKAL medsendes patienten

Inddragelse af borgere og pårørende

- Forløbsbeskrivelse med hver enkelt patient/ansvarsplacering
- Behandlere kommer til patienterne
- Patientforløb MED patienter
- Patienten i centrum – skriver i egen journal
- Screening og forsamtale med patienter
- Patient- og pårørendeperspektivet som en integreret del af grunduddannelse
- Fagpersoner undervises af erfarne patienter

Specialisering

- Uddannelse af specialist sygeplejersker
- Samling af specialer i store klinikker/multisygdomshus (med. + kir)
- Uddannelse af fagpersoner til at se patienter som "vores" frem for "min eller din"
- Højt og kompetent uddannelsesniveau

- Tidlig intro på uddannelser til kompleksitet
- Øget fokus på forebyggelse
- Diagnostisk team ved multisygdom
- På tværs af psykiatri og somatik
- Forskning i multisygdom

Organisatoriske forslag

- Nedlæggelse af psykiatrisk hospital som selvstændig enhed
- Økonomiske incitamenter for at holde patienter fra indlæggelse
- Sygeplejerske i praksis som nævnt i integrate care mode
- Udgående sygeplejerskefunktion fra både praksis og sygehus
- Udvidede åbningstider
- Logistik der underbygger visitator
- Integration ml. social- og sundhedslovgivning (frikommuneforløb)
- Medicinerne skal mere forpligtende på banen
- Bredere faglig orientering blandt speciallæger - Fjern 4-års reglen (for lægers uddannelse)
- Almen praksis ansat 20 % af tiden i kommune (a la Norge)
- Populationstilgang til pt. i almen praksis med fokus på de pt. der har mest behov
- Medicinsk afdeling skal drive en almen praksis klinik m. administrativ ledelse
- Bruge vide om netværksledelse
- Accountable Care Org (Boston)
- Dialogmøder på tværs af sektorer
- Ventetider på smertecentre reduceres

Tovholder funktion

- Forløbskoordinator der følger pt. i alle sektorer (3)
- Praktiserende læge som forløbskoordinator
- Tovholder efter patientens behov
- En koordinator under hele indlæggelsen
- "Følgehjem" ordninger

Opsamling hovedspørgsmål 1

Hvordan kombinerer man specialisttankegang med helhedssyn på multisyge patienter?

Cafédiskussionen drejede sig om:

1. Behov for øget inddragelse af patienter

Øget fokus på patienten og motiverende samtaler, der understøtter patienternes egenomsorg. Patientinddragelse er også vigtig for at balancere specialist tankegang, ml. evidens og best practice.

2. Behov for organisatoriske ændringer

Ændre organisationen til en mere helhedsorienteret tilgang, hvor specialisterne kommer til patienten frem for at lave specialiserede hospitalsafsnit til patienterne. Det kunne være etablering af diagnostiske centre eller multisygdomscentre.

Det blev nævnt, at psykiatrien er vigtig at tænke ind i forhold til multisygdom og der skal ske en udbygning af samarbejdet mellem somatik og psykiatri.

Det er desuden vigtigt, at der bliver etableret nogle mere hensigtsmæssige økonomiske incitamentsstrukturer, der understøtter et helhedssyn på patienten.

Det blev nævnt, at accelererede forløb måske er en barriere for samarbejdet ml. sektorer.

3. Behov for interorganisatorisk ledelse på tværs af sektorer

Ledelse på makroniveau.

4. Behov for mere tværfagligt samarbejde i det specialiserede sundhedsvæsen

Specialister skal i højere grad arbejde sammen med 'generalister' fx almen medicin og geriatri. Lægers specialisering skal ske senere - drop 4 års reglen. Fokus på multisygdom i relevante udvalg fx for praksiskonsejter. Etablering af forløbskoordinatorer i både primær og sekundær sektor.

Behov for efteruddannelse, hvor medarbejderne bliver klædt på til at indgå i tværfaglig teamorganisering og får mere viden om multisygdom. Desuden er der brug for en kulturændring, så det bliver prestige i at alle tager ansvar, og at der er ledelsesopbakning til dette.

Opsamling hovedspørgsmål 2

Hvordan kan specialister komme i dialog og opnå konsensus om behandling af fælles akutte og elektive multisygge patienter?

Cafédiskussionen drejede sig om:

1. Behov for at vælte siloer

Der skal væltes siloer ml. hospital, AP og ledere – etablere interorganisatorisk ledelsesstruktur. Skabe øget koordinering ml. sektorer og evt. etablere hospitalsenheder specifikt for multisygge pt. Sæt fokus på uddannelserne og sørg for, at forskellige specialer lærer at samarbejde allerede under uddannelsen. Det er nødvendigt at skabe en holdningsændring, så faglig stolthed og mangel på åbenhed hæmmer det tværfaglige samarbejde. Samarbejdet mellem somatik og psykiatri skal styrkes. Det blev også foreslået en anden specialeopdeling en i dag fx mavetarm kirurgisk og medicin samlet. Patienten i centrum og ikke lidelsen.

2. Behov for at kommunikation og it-muligheder optimeres

It-systemer skal udbygges så de kan kommunikere på tværs af sektorer.

Ambulatorierne skal tilbyde telefonisk vejledning til AP med henblik på at reducere indlæggelser af multisygge pt. Der er en tendens til at AP indlægger når de er usikre, hvilket er samfundsøkonomisk uhensigtsmæssigt. Skabe bedre mulighed for at samle kompetencer fx etablere 'telemultikonferencer', hvor specialister samt kommunale tilbud kobles på sammen med AP.

Det skal sikres, at der ikke opstår kommunikationsbrist ml. centre, AP, hospitaler og kommuner – EPJ.

3. Modelprojekter vi kan lære af

Diagnostisk Center i Silkeborg
Randersprojektet 'Krydspatienter'
Model FAM (Fælles Akut Modtagelse)

Opsamling hovedspørgsmål 3

Hvordan koordinerer og samarbejder sygehusene med kommuner og almen praksis om forløb for multisyge patienter?

Cafédiskussionen drejede sig om:

1. Behov for at udbygge samarbejdet

Vi skal undgå uhensigtsmæssige indlæggelser, så AP skal have mulighed for at konsultere specialister, hvis de er usikre på en multisyg pt's tilstand.

Der er stor risiko for fejlmedicinering i overgangen fra hospital til AP/kommune. Vigtigt at styrke samarbejdet med og forbindelsen til den kommunale hjemmepleje ifht. de ældre multisyge pt. De praktiserende læger er ofte fraværende i koordineringsprojekter, og det er et problem, de skal have penge for at deltage. Behov for større tværfaglighed og mere tværsektorielt samarbejde især med kommunerne

2. Behov for at tænke patienter frem for specialer

Hospitalet har mange specialer men det har kommunerne også, vigtigt at begge tænker patienten ind som en aktør. Sårbarheden ligger i, at mange forskellige specialister er blandet ind i den enkelte pt. forløb og der mangler koordinering – pt. er den eneste gennemgående. Patientforløbet bør være udgangspunktet for samarbejdet og der bør formuleres fælles mål for dette med aktiv deltagelse af patienten selv.

3. Eksisterende erfaringer vi kan lære af

I Norge kan kommunen disponere over 20 % af AP tid, hvilket er med til at styrke samarbejdet omkring pt. i primær sektor.

I Holstebro eksisterer klyngegruppe, der består af hospital, kommune, AP og Pt. organisationer, som samarbejder omkring forløbsprogrammer.

I Region Nord eksisterer der bilaterale aftaler ml. kommune og region, alle sætter sig sammen (indenfor 5 sygdomsområder), samt forebyggende hjemmebesøg.

I Herning og Holstebro eksisterer et geriatrik team, som går ind i enkelte pt. forløb med formål at forebygge genindlæggelser.+65 projekt opfølgende hjemmebesøg med egen læge og hj.sygepleje – koordineret samarbejde ml. kommune og AP

På Bornholm er der forsøg med forløbskoordination fx screening i skadestuen

I Region Midt – følge-hjem projekt der er evalueret med stor succes

Kræftens Bekæmpelse har deltaget i en praksiskonsulentordning omkring udskrivningssamtaler sammen med AP

Opsamling hovedspørgsmål 4

Hvordan kan den optimale behandling findes, når dokumentationen for de enkelte præparater sjældent er udarbejdet for multisygdom, og mange kliniske retningslinjer vedrører alene én sygdom?

Cafédiskussionen drejede sig om:

1. Behov for inddragelse af patienten

Inddrage patienten mhp. oplysninger om bivirkninger. Etablere 'guided care nurse' til at samarbejde med patienten i AP.

2. Behov for tværsektoriel koordinering

Kliniske retningslinjer skal inddrage mere end en sygdom og gå på tværs af sektorer. Man kunne foreslå forløbsprogrammer for forskellige typiske kombinationer af multisygdom.

Mulighed, at apoteker går ind og ser på medicin og interaktion. Involvering/ansættelse af farmaceuter til registrering af medicin og evidensudvikling på sygehusene fx indføre klinisk farmakologisk stuegang.

Ansætte farmakolog til at være koordinator for medicinafstemning for multisyge pt.

Indføre medicinafstemning ved indskrivning og udskrivning.

3. Behov for mere forskning

Et problem, at der er få studier fx om interaktionen ml. medicin og sygdomme. Fokus er på bivirkninger og ikke interaktionen. Der mangler forskning og evidens på området.

Forskning i polyfarmaci kobles med EPJ.

De tre udvalgte idéer

- Hvad ville gøre den største forskel for patienterne?
Den idé der blev vurderet til at gøre den største forskel for patienterne var implementeringen af en koordinationssygeplejerske efter Guided Care Nurse modellen. Koordinationssygeplejersken skulle være i tæt samarbejde med almen praksis, men ikke nødvendigvis sidde i en praksis (15 røde stemmer ud af ca. 35 mulige).
- Hvad kan vi sætte i gang i næste uge?
Idéen der umiddelbart kan sættes i gang på kort sigt er afholdelsen af videokonferencer i almen praksis med tilstedeværelse af borger, pårørende og relevante specialister samt en sygeplejerske som tovholder (13 grønne stemmer ud af ca. 35 mulige).
- Hvad vil gøre størst forskel på sigt
Den idé der ville gøre den største forskel på mellemlangt sigt var en fælles ledelse på tværs af sektorerne – hospitaler og almen praksis (14 gule stemmer ud af ca. 40 mulige).

Løsningsvurdering/idévurdering:

Ad 1

Styrker:

- en koordinationssygeplejerske vil kunne understøtte en prioritering, der tager hensyn til helheden. Generalistkompetencer inden for multisygdom. Bedre empowerment af patient med bedre egenbehandling til følge. Aflastning af pårørende.

Svagheder:

- Økonomi – det kan være en stor udfordring for solopraksis, som ikke har en sygeplejerske ansat. Kræver en rigtig god jobbeskrivelse – krav, kvalitet, kompetencer og afklaring af hvad man må/skal. Risiko for at tabe de ressourcetsvage patienter. Kræver ændringer af overenskomster og takster, så pengene i højere grad følger patienten.

Muligheder:

- Vil give et kompetenceløft både blandt patienter og behandlere.

Trusler:

- Svært at overskue, hvem der har det egentlige ansvar. Risiko for at der sker parallelt arbejde/opgaveløsning. Risiko for at tovholder ikke fornemmer patientens ønsker og behov

Ad 2

Styrker:

- Patienten får mulighed for at fortælle sine ønsker og behov. Der er mulighed for fokus på samtlige sygdomme på en gang og patienten får umiddelbart information. Praksislægens tovholderfunktion styrkes. Mulighed for fleksibilitet i teamsammensætning. Sikre vidensoverførsel. Mindsker risiko for polyfarmaci.

Svagheder:

- Penge, kræver stor koordination og logistik i form af bl.a. IT-udstyr, incitamenter for de forskellige aktører er meget forskellige. Ikke alle patienter er egnede til denne type konsultation, så der er behov for en ekstra "visitation".

Muligheder:

- Grundigt beskrevet protokol, uvildig evaluering

Trusler:

- Aktørerne er uvillige. Generel modstand mod forandringer.

Ad 3:

Styrker:

- Sikrer helhed i patientforløbet og tænker behandling hele vejen ud i praksis.

Svagheder:

- Det er en svaghed ved idéen, hvis denne fælles ledelse ikke tænker den kommunale sektor ind, men er de forskellige lovgivninger en barriere.

Muligheder:

- Helhed og sammenhæng for patienterne. Bedre økonomi for den samlede sundhedsindsats. Øget fleksibilitet og overskuelighed. Endelige ville det give mulighed for hurtigere implementering af ny viden og nye behandlingsmetoder.

Trusler:

- Kæmpe it-system, der skal sammenkører for at det kan give gevinst. Modstand fra almen praksis, da det ændrer hele deres grundlæggende struktur.

Opsamling fra workshop C1

Emne for workshoppen: Patienter med multisygdom i det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis

Proceskonsulent: Jesper Buchholdt Gjørup

Kort resume af problemområdet

På workshoppen var der særligt fokus på udfordringen omkring social ulighed i sundhed. Multisygdom er ikke kun en udfordring for sundhedsvæsenet.

Sundhedsvæsenet er præget af en opdelt struktur og specialisering.

Den enkelte kommune er også opdelt i mange forskellige funktioner, som alle kan have kontakt med borgeren. Hver har forskellig tilgang til borgere med multisygdom. Det nære sundhedsvæsen skal samarbejde med – og rådgives af – et meget specialeopdelt sygehusvæsen. De eksisterende kliniske vejledninger tager ikke højde for multisygdom. Der er således brug for en mere holistisk tankegang.

Samarbejdet mellem de forskellige dele af sundhedsvæsenet er ikke optimalt. Ikke alle almen praksis henviser fx systematisk til sundhedstilbud i kommunerne.

En anden udfordring er også, at incitamentsstrukturerne er uhensigtsmæssige.

Deltagerne af denne workshop havde en professionel tilgang til multisygdom. Ingen deltog tilsyneladende fordi de selv havde multisygdom. Nogle af deltagernes udsagn på patientens vegne var: "Nothing about us without us", "Jeg orker ikke alle de kontroller", "Taler I ikke sammen?", "Det kunne være smart at de talte mere sammen.", "Hvis bare de professionelle sad samme sted", "De siger jeg skal...", "Hvor skal jeg henvende mig" (uklarhed), "Der er meget forskelligt medicin at holde styr på", "Kan jeg få en livline?", "Koordinering af kontroller", "Er der én plan?" og "Hvem har overblikket?"

Fremkomne idéer

Workshoppen genererede en lang række ideer, som - efterfølgende - er søgt grupperet i følgende fælles temaer/overskrifter:

Særligt om patientperspektivet

- Partnerskab: "Nothing about us without us"
- Start altid med at spørge patienten
- Hvad er patientens mål
- Patientuddannelse med anerkendende tilgang
- Sundhedspædagogik
- Give patienten tro, ressourcer, mod, lyst
- Oplevelse af sammenhæng
- Oplysning til Borgerne om Sundhedsvæsenet

Ny og fælles tilgang til multisygdom

- Begrebsafklaring
- Præcisering af målgruppe og indsats
- Systematisering: fastlægge kriterier (ikke frivilligt)
- Generel tilgang: Sundhedsfremme.
- Proaktiv tilgang
- Indsats rettet mod funktionsevne – mentalt og fysisk – som et supplement til de mono-diagnosespecifikke indsatser.
- Fokus på både livskvalitet og risikofaktorer
- Kvantitativ versus kvalitativ tilgang.
- Helhedsperspektiv på patienten.

Styrke hospitalernes samarbejde med de nære sundhedstilbud

- Specialistteam
- Fremskudt ambulatorium
- Udvide geriatribegrebet til multisyge
- Ansættelse af praktiserende læger på sygehuse

Sundhedsprofessionelle med nye eller styrkede funktioner

- Tovholder på tværs (kun til komplekse borgere, der går på tværs af forløbsprogrammer)
- Gennemgående kontaktperson tilknyttet borgere med 4+ sygdomme
- Kontaktpersonordningen kunne fortsætte efter udskrivning
- Koordinator i almen praksis: internt, eksternt, pt + pårørende
- Patientombudsmand

Udgående og opsøgende tilbud

- Udvide ordningen med opfølgende hjemmebesøg
- Systematik for opfølgende hjemmebesøg - obligatoriske ud fra fastlagte kriterier.
- Identifikation af målgruppen (ca. 25%).
- Evt. koblet sammen med forebyggende hjemmebesøg for 75+ årige
- Være mere opmærksom på social ulighed i sundhed
- Tidlig prioriteret indsats.

Efteruddannelse og kompetenceudvikling

- Udvikle kompetencer til at håndtere multisygdom
- Fælles efteruddannelse.
- Systematisk efteruddannelse i almen praksis
- Jobrotation

Ensartet/ændret incitamentstruktur

- Honorere læger efter raskhed
- Ydelsesbaseret honorering

Bedre udnyttelse af teknologi

- Kronikerdatasæt – forskning.
- Fælles patientjournal/It
- It-understøttelse pop-up

- Velfærdsteknologi

Styrke "det store fællesskab" om multisygdom (i øvrigt)

- Kommunikation
- Fælles sprog på tværs af faglighed
- Smart patientflow
- Fleksibelt diagnosesystem
- Fælles økonomi
- Fælles ledelse på tværs af sektorer
- Fælles viden om fælles patienter: Videndeling på tværs af sektorer
- Fælles plan
- Almen praksis skal henvise til kommunale sundhedstilbud
- Systematisk opfølgning på medicin i almen praksis (har ansvar for)

Opsamling hovedspørgsmål 1

Hvordan sikrer kommunernes helhedssyn på multisyge patienter for deres forskellige indsatser?

Der er behov for viden og kommunikation på tværs af sektorer og forvaltninger

Kommuner er delt og har mange forskellige tilgange: Hjemmepleje. Beskæftigelsescenteret. Socialforvaltningen. PPR. Genoptræningscentret osv. Der er brug for at samarbejde mellem forvaltninger og kommunale enheder – og at involvere borgeren aktivt i tilrettelæggelsen af indsatsen. Borgere med komplekse problemer har brug for en tværgående tovholder/sagsbehandler/koordinator.

Opsamling hovedspørgsmål 2

Hvordan sikrer almen praksis helhedssyn på multisyge patienter?

Almen medicinsk tankegang er fokus på det hele menneske, men diagnosetilgangen er blevet mere fremherskende i almen praksis. Almen praksis skal gå på to ben: bevare helhedssynet og lave systematisk kontrol af en eller flere kroniske sygdomme. Nogle af udfordringerne er at bevare et bredt syn på borgeren: Være opmærksom på patienten som helhed. Efterspørge systematik for multisygdom, som giver klinisk mening i hverdagen. Dette suppleres med den enkeltes handleevne (sårbarhed). Tid nok til den enkelte. Incitamentstrukturen. Der skal mere fokus på mental sundhed og den psykiatriske patient. Begrebet multisygdom er uklart: skal defineres bedre. Graduering/stratificering af multisygdomme. Anvendelse af sygeplejersker

Spørg patienterne selv; hvad synes de er vigtigt?

Opsamling hovedspørgsmål 3

Hvordan kan almen praksis arbejde sammen med sygehuset om den multisyge patient?

Hospitalerne (især ambulatorierne) er tiltagende specialiseret, og har generelt svært ved at rumme multisygdom. Ambulatorierne arbejder typisk ikke på tværs. Det bliver op til almen praksis at koordinere mellem ambulatorier. (Geriatrici, FAM-læger og Gyn-obs er undtagelser).

Der er mange udfordringer, fx udveksling af epikriser: udfordrer AP ift. Nødvendig viden om patients behandling. Ydelsesstrukturen udfordrer behovet for koordinering. Mangel på en hospitalsgeneralist: Høj/lav specialisering. Behov for et mellemniveau. Multisyge frekventerer flere hospitaler. Overflytningsproblematik: Informationen kommer ikke tilbage til AP. Fælles viden. Fælles kommunikation. Fælles journaler. Støtte almen praksis fra sygehus/specialister. Fælles skolebænk. Fælles ledelse på tværs af sektorer – med fælles økonomi. Ansættelse af praktiserende læger på sygehuset. Spørg patienten (og/eller pårørende)

Opsamling hovedspørgsmål 4

Hvordan kan almen praksis og de kommunale behandlere arbejde sammen om multisyge patienter?

Samarbejdet ikke er godt forankret organisatorisk. Et fælles helhedssyn kunne fremmes ved en konkret fælles indsats (fx rundbordssamtaler, opsøgende besøg, konsultationer). Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning burde udvides til årlige fælles besøg hos særligt skrøbelige. Der er mange udfordringer i samarbejdet, fx: Praktiserendes lægers kendskab og henvisning til kommunale tilbud. Overskuelighed i kommunernes organisering. Kommunikation mellem kommune og almen praksis. Svartid ved henvendelser til kommuner. Behov for fælles sprog. (hvordan opfattes multisyge). Behov for personligt kendskab. Forskellige incitamenter. Spørg patienten! Social ulighed/udsatte grupper

De tre udvalgte idéer:

Nedenfor er en opsamling på de idéer som deltagerne udvalgte som de tre vigtigst at gå videre med i forhold til de tre kriterier. Deltagerne blev bedt om at vurdere idéer i forhold til styrker, svagheder, muligheder og trusler.

1. Hvad ville gøre den største forskel for patienterne?

Gennemgående kontaktperson/tovholder på tværs
(Kun til borgere med komplekse problemstillinger/4+ sygdomme)

2. Hvad kan vi sætte i gang i næste uge?

Systematisk opsøgende hjemmebesøg hos skrøbelige patienter

3. Hvad vil gøre størst forskel på sigt?

Videreudvikling af fælles elektronisk patientjournal

Løsningsvurdering/idévurdering:

Ad 1

Styrker:

- samarbejdsrelation i alle sektorer, indsigt på tværs, én indgang (livline), undgå UTH, håndværket er at være generalist, mellemlang videregående uddannet sundhedsfaglig, tryghed

Svagheder:

- ikke tilstrækkelig viden om alle multisygdomme, sociale forhold, psykiatri, fysio/ergo, sårbart med en enkelt tovholder, endnu et led og endnu en person at forholde sig til

Muligheder:

- konstruere en ny uddannelse, pilotprojekt, udvikle sammen med patienter, udvikle det samme med velfærdsteknologi, første skridt ift mere udviklet samarbejde mellem sektorer

Trusler:

- Finansiering: vi opfinder ny model, som burde løses i forvejen og gør det samle forløb dyrere. Trussel mod lægens monopol = modstand fra læger. Hvem er leder af funktionen? Hvem profiterer af ordningen? Kan vi få praksis med? Mangel på dokumentation og forskning.

Ad 2

Styrker:

- Der er en overenskomst med almen praksis om opsøgende hjemmebesøg. Forebyggende hjemmebesøg er lovpligtige.

Svagheder:

- Manglende dokumentation for relativ dyr indsats. Få organisationen op og stå, så det rent faktisk sker (kan imødekommes fx via kommunalt lægeligt kontaktudvalg og følges via §100-statistik.)

Muligheder:

- Starte op umiddelbart og sikre dokumentation og løbende evaluering, som forholder sig til økonomi, barrierer, effekt, målgruppekriterier

Trusler:

- "Jeg har ikke tid". Ifølge overenskomsten kan det kun foretages af praktis. læge (åbne op for at det kan uddelegeres til sygeplejerske). Voldsom promovering vil øge udgifter til AP og omsætningsloft rammes. "Det vil jeg ikke" siger en læge. Hvad er alternativet og kan man sige fra?

Ad 3:

Styrker:

- Overblik: fordel for både pt. Og behandler. Kan få bedre helhedssyn.

Svagheder:

- Ansvarsplacering. Sproget i kommunikationen. OBS: Afløser ikke det personlige møde/hjemmebesøg. Dobbelt-journalføring

Muligheder:

- Er udvikling i mindre omfang. Kan afprøves i mindre omfang ift PL og kommuner.

Formidle observationer fra hjemmesygepleje?

Trusler:

- Fleksibilitet i diagnoser: oprydning og seponering. Konsekvens af forkerte oplysninger kan være større.

Opsamling fra workshop C2

Emne for workshoppen: Patienter med multisygdom i det nære sundhedsvæsen, herunder almen praksis

Proceskonsulent: Pernille Bjørnholt Nielsen

Kort resume af problemområdet

Arbejdet med patienter med multisygdom udfordres særligt af, at det ikke er tydeligt, hvem patienterne er. Hvordan får vi screenet dem? Og hvordan identificerer vi dem, der er svære af komme i kontakt med? Det er yderligere svært at fastholde et helhedssyn på patienterne, når der er flere sektorer i spil.

En del af drøftelserne drejede sig om at forstærke samarbejdet på tværs, hvor information og ledelse er centrale parametre. Et tættere samarbejde på ledelsesniveau mellem almen praksis og kommunerne blev drøftet. Endvidere kunne en tovholderfunktion på tværs af sektorer eller en stifinder i kommunen imødegå nogle af udfordringerne.

Yderligere fandt deltagerne, at der var en særlig problemstilling omkring honoreringen af almen praksis. Tankegangen med en konsultation, hvor der en ting på dagsordenen er udfordrende i forhold til screening og behandling af multisygge patienter.

Tre af deltagerne er selv patienter, men deltog i kraft af deres profession.

Fremkomne idéer

Workshoppen genererede en lang række ideer, som - efterfølgende - er søgt grupperet i følgende fælles temaer/overskrifter. De fremkomne idéer var følgende:

It-systemer/e-kommunikation/Kommunikation

- Egenkontrol via telemedicin

Inddragelse af borgere og pårørende

- Bedre uddannelse af patienter i egenomsorg
- Hjælp til at forstå medicinering ved gennemgang sammen med sygeplejerske eller læge

Specialisering

- Afholdelse af sundhedskurser på tværs af specialer og funktioner
- Prægraduat undervisning i multisygdom

Organisatoriske forslag

- Oversigt over tilbud til patienter
- Region, kommune og almen praksis "slås" sammen
- Behandling samles et sted

Tovholderfunktion

- Multisygdomstovholder på tværs af specialer og sektorer
- Koordinerende sygeplejersker for patienter med multisygdom

Opsamling hovedspørgsmål 1

Hvordan sikrer kommunernes helhedssyn på multisyge patienter for deres forskellige indsatser?

- Begrebsafklaring er nødvendig, hvilke pt. taler vi om
- Aftaler pr. læge, hjemmesygeplejerske
- Kendskab til borgerne er en stor udfordring
- 1/3 havde ikke bopæl i selve kommunen – ikke så mærkeligt at borgerne ikke kommer
- Lægerne henviser ikke tilstrækkeligt til kommunernes tilbud
- Hvordan finder vi patienter med multisygdom?
- Hvor mange har vi?
- Stifinder ansat som kan guide gennem systemet
- Hvem skal vi have fat i af specialister?
- Hvordan samarbejder vi med almen praksis? Praksis fodrer ikke kommunerne med borgere. Fokus skal bevares på funktionerne hos borgerne, mere personalet skal ud ved de syge.
- Generaliserende uddannelser indenfor multisygdomme
- Patienter med multisygdom SKAL findes
- Adgang til faglig rådgivning
- Kommunikationssystemer

Opsamling hovedspørgsmål 2

Hvordan sikrer almen praksis helhedssyn på multisyge patienter?

- Samle kontroller i enheder – incitament.
- Afklaring på helhedssyn og multisygdom (former)
- Aftaler mellem almene praktiserende læger og hjemmesygeplejen.
- Opsøgende besøg ved kommunalsygeplejerske.
- Samkøre epikriser og sygeplejerskenotater
- Læger tænker helhed
- Organisation: Ledelse
- Helhedssyn mistes ved sektorovergang
- AP meget ad hoc. De store linjer
- Hjælpepersonale samler op
- Byrden i AP forskellig. Omfordeling af ressourcer
- Kerneydelse: møde pt. hvor de er - fokus
- Kontinuitet (tid til helhedsbillede)
- Struktur: Serviceplan
- Finde multisyge systematisk
- Uddelegere "afkrydsning"

Opsamling hovedspørgsmål 3

Hvordan kan almen praksis arbejde sammen med sygehuset om den multisyge patient?

- Kommunikation og tilgængelighed
- Kulturformidling
- Overblik
- Fællesjournalssystem

Opsamling hovedspørgsmål 4

Hvordan kan almen praksis og de kommunale behandlere arbejde sammen om multisyge patienter?

- En indgang til tilbud – stifinder – kommunerne afklarer pt. forløb.
- Afklaring af målgruppe – nyt tilbud til multisyge. Mellem AP og kommunerne.
- Aftale med PLO- kommunal
- Hurtig opfølgning ved praktiserende læge på "advarsel" fra hjemmesygeplejerske
- Forløbsprogram på tværs af diagnose – Helsingør Kommune eksempel. I samarbejde mellem AP og kommune. Ikke officielt forløbsprogram. Tilbud på tværs af diagnoser for multisyge.
- Forebyggende af uhensigtsmæssige indlæggelser (Slagelse Kommune erfaring)
- Opfølgende hjemmebesøg
- Københavns Kommune. Ydelse for multisyge – funktion ikke en person
- Holstebro Kommune: praktiserende læge henviser til kommunen.
- Afklarende samtale for "multisyge" Hvad er det patienten vil?

De tre udvalgte idéer:

Nedenfor er en opsamling på de idéer som deltagerne udvalgte som de tre vigtigst at gå videre med i forhold til de tre kriterier. Deltagerne blev bedt om at vurdere idéer i forhold til styrker, svagheder, muligheder og trusler.

1. Hvad ville gøre den største forskel for patienterne?

Gennemgående kontaktperson, som både står på almen og kommunalt ben

- Multisyge patienter har brug for en tovholder som guider patienten. En person som kender tilbuddene i kommunen, støtter patienten i egenomsorg og understøtter sektorovergange. Vi talte om en sygeplejerske, som og var meget inspireret af Chad Boults forelæsning om www.guidedcare.org.

2. Hvad kan vi sætte i gang i næste uge?

Systematisk tidlig opsporing

- Vi bør kunne benytte allerede eksisterende data fra nationale registre og datafangst til at identificere multisyge patienter. En forudsætning for at kunne arbejde med multisyge er nemlig, at vi nemt kan finde dem.

3. Hvad vil gøre størst forskel på sigt

Integreret, forpligtende og velhonoreret samarbejde på tværs af sektorer

- Vigtigt med en incitamentstruktur som gør det muligt for den praktiserende læge at optimere behandlingen af multisyge. Der blev bl.a. peget på Norge, hvor den praktiserende læge er aflønnet for at lave administrativt kommunalt arbejde.

Løsningsvurdering/idévurdering:

- Idévurderingen er gennemført som en generel drøftelse og ikke i skabelonerne, så derfor fremstår opsamlingen i samlet form frem for fordelt på styrker, svagheder, muligheder og trusler.

Ad 1

Idevurdering: Ideen med en tovholder kan styrkes ved at tænke funktion frem for profession og en sygeplejerske er et bud, men andre sundhedsfaglige personer kan også indgå.

Ad 2

Idevurdering: Det er en særlig udfordring med de patienter, der ikke dukker op. En mulighed er at fange dem i jobcentret, hvis de er på kontanthjælp. Der kunne evt. laves en livsstilsdiagnose, hvor patienterne udfylder et spørgeskema som de kunne identificeres på baggrund af.

Ad 3

Det vil være en styrke at integrere samarbejdet mellem AP og kommunerne (eks. Fra Norge) Fælles plan og opfølgning på multisyge (sårbare). Herunder anvendelse af datafangst og stratificering. Obs. Stratificering efter de prædiktive indikatorer, der måtte gælde for den specifikke pt. gruppe. Det er ikke en forudsætning for ideen, at der er fælles it-løsning. Deling af data mellem sektorer (ikke en journal). Fx via Sundhed.dk/NPI/sundhedsjournal/fælles kroniker data. I tilknytning hertil blev der talt om, at lave opgaveglidning fra den praktiserende læge til kommunerne, da det giver nye muligheder for behandlingsforløbet.

Opsamling fra workshop D

Emne for workshoppen: Forebyggelse og multisygdom

Proceskonsulent: Kirsten Overgaard

Kort resume af problemområdet

Den store udfordring ved forebyggelse af multisygdom er at rekruttere patienterne samt at videndele på tværs af faggrænser og sektorer og med borgeren.

En vigtig problemstilling for borgeren med multisygdom er at finde rundt i systemet og derfor fremkom der mange forslag om en forløbskoordinator, som skal hjælpe borgeren.

Fremkomne idéer

Workshoppen genererede en lang række ideer, som - efterfølgende - er søgt grupperet i følgende fælles temaer/overskrifter. De fremkomne idéer var følgende:

It-systemer/e-kommunikation

- Systemfællesskab – systemsamkøring
- Dataopsamling som tidlig opsporing
- E-læringsprogrammer
- Telekommunikation for at borgeren ikke behøver at transportere sig
- Ens elektronisk kommunikation
- AP adgang til sub-akutte tider
- FMK – fælles medicin kort
- Bedre kommunikation mellem de forskellige sektorer – også elektronisk
- Borgeradgang til journaler

Kommunikation

- Møde hinanden på tværs af sektorer
- Kommunikation – på tværs af sektorer – på tværs inden for sektorer og med borgeren
- At borgeren støttes i den retning, der giver mening

Inddragelse af borgere og pårørende

- Hør borgerens perspektiv
- At arbejde hverdagsnært med realistiske 'løsninger' på borgerens udfordringer – at se og forholde sig til borgerens hverdag
- Involver den nære familie/netværk. Især for sårbare grupper, fx psykiatribrugere
- Omsorgsdage til personer med syge forældre
- Inddrage borgere og pårørende i planlægning
- Inddrage pårørende mere

Tovholder-funktion

- At nogen har ansvaret for at samle alle 'løsdele'

- Forløbsoverblik for fagfolk – tovholder
- Henvielse til én instans, som ved hvad borgeren har behov for – forløbskoordinator/kontaktperson/tovholder
- Kontaktperson/forløbskoordinator på tværs
- Forløbskoordinator på sygehus

Egentlig forebyggelse

- Systematisk proaktiv aktivitet i sundhedscenter
- Sundhedspersonale skal agere inden borgeren bliver ressourcekrævende i systemet – 'Ti år før'
- Forebyggelse af multisygdom kunne være et emne i sundhedsaftalerne
- Rådgivningsfunktioner
- Bedre information til borgerne om muligheder og om at det kan nytte at forebygge – arbejde med motivation
- Tilbud om forebyggelse til alle borgere med forhøjede værdier (BMI, blodtryk, kolesterol)
- Proaktive alment praktiserende læger
- Udvalgte særlige grupper
- Screeningsredskab i forhold til sårbare borgere med multisygdom
- Grundige indledende samtaler, der klarlægger borgernes ønsker

Organisatoriske forslag

- Flere decentrale tilbud
- Kompetenceudvikling af personale
- Shared care – drive sundhedscentre i fællesskab
- Kommunale praktiserende læger – praksislægerne forpligtes til løsninger af kommunale opgaver vedr. deres patienter.
- Ved mere en 1 sygdom -> tværfagligt tilbud
- Differentierede tilbud
- Fleksibilitet mellem individuelle / gruppetilbud
- Hjemmesygeplejersker kobles på almen praksis

Det burde have samme status at arbejde tværfagligt som ved specialist

Borgerne burde være repræsenteret på konferencen

Opsamling hovedspørgsmål 1

For mennesker med 1-3 somatiske sygdomme: Hvordan samarbejder man om tidlig opsporing og forebyggelse af risikofaktorer for kronisk sygdom mellem kommuner, regioner og almen praksis?

De centrale fokuspunkter fra drøftelserne angående samarbejde om tidlig opsporing og forebyggelse af risikofaktorer for kronisk sygdom omhandlede at der er mangel på videndeling på tværs af sektorer, samt at det er svært at mødes på tværs og især er det en udfordring at få almen praksis i tale. De praktiserende læger bør være mere proaktive, hvis

de ved, at der bør arbejdes med eksempelvis rygestop. Det er ligeledes en vanskelig problemstilling at rekruttere borgere før de er blevet multisyge og der er usikkerhed om, hvad det er borgerne efterspørger. Der efterspørges også en sammenkøring af data, således at borgerne kan opspores tidligere i forhold til at kunne forebygge multisygdom. Ligeledes er det vigtigt at databaser med oversigt over de tilbud der er til multisyge patienter, der er i kommunen/ regionen, opdateres ofte, således at almen praksis er fuldt informeret.

Opsamling hovedspørgsmål 2

For mennesker med psykisk og somatisk sygdom: Hvordan samarbejder man om tidlig opsporing og forebyggelse af risikofaktorer for kronisk sygdom mellem kommuner, regioner og almen praksis?

Caféholderen konstaterede, at der ikke er så stor forskel på somatik og psykiatri, idet mange af de ovenstående drøftelser angående behov for videndeling også gjorde sig gældende i denne drøftelse. Der er for meget silotænkning, idet problematikken vedr. KRAM faktorerne hænger meget sammen med den psykiske sårbarhed, som brugerne også har. Der bør ligeledes være flere tilbud til mennesker med kognitive problemer. Der kunne fx være tværfaglige indsatser på eksempelvis væresteder. Ligeledes bør man som behandler være opmærksom på sine egne barrierer i forhold til at tilskynde psykiatriske patienter til forandring. Der bør også som i ovenstående spørgsmål være opmærksomhed på at synliggøre de tilbud, der findes til borgere med multisygdom.

Opsamling hovedspørgsmål 3

Hvordan tages højde for multisyge patienter i sygdomsspecifikke patientuddannelser?

Drøftelserne ved dette cafébord omhandlede at patienterne bliver 'fanget' i specialerne, idet der er modsatrettede informationer fra specialisterne. Hvordan imødegår vi, at patienterne kan have forskellige behov, når de deltager i de sygdomsspecifikke patientuddannelser?

Det er vigtigt, at der i de sygdomsspecifikke patientuddannelser kommer et større fokus på færdigheder frem for diagnoser. Det er også en problemstilling, at de patienter med 3 eller 4 sygdomme slet ikke har mulighed for at deltage i patientuddannelserne, idet der for dem er mere behov for en individuel tilgang, som tager højde for alle patientens problemstillinger. Det er således vigtigt, at specialisterne går i dialog med patienterne om, hvad de har brug for.

Opsamling hovedspørgsmål 4

Hvordan forebygges følgetilstande til behandling af patienter med kronisk sygdom?

Drøftelserne ved dette cafébord viste, at fagpersonerne tolker ovenstående spørgsmål

meget forskelligt. Derfor er det ekstra vigtigt med gensidig kommunikation om dette emne.

Drøftelserne drejede sig om at nedbryde silo-tænkningen og tænke ledelse på en helt ny måde.

Det er vigtigt at fokusere på funktionsevne og livskvalitet frem for kun at forholde sig til sygdommene.

De udvalgte idéer:

Nedenfor er en opsamling på de idéer som deltagerne udvalgte som de vigtigst at gå videre med i forhold til de tre kriterier. Denne workshop valgte en ekstra idé som de mente var afgørende og som lå udenfor kriterierne. Deltagerne blev bedt om at vurdere idéer i forhold til styrker, svagheder, muligheder og trusler.

1. Hvad ville gøre den største forskel for patienterne?

Ti år før – midtvejssamtale.

En proaktiv indkaldelse til helbredssamtale, som kunne føre til tidlig opsporing. Samtalen kunne foretages af almen praksis eller de kommunale sundhedscentre. Ved behov for intervention, skal der være halvårslige opfølgende møder.

2. Hvad kan vi sætte i gang i næste uge?

En netværksgruppe, som er et dynamisk team på tværs af fag og sektorer og afdelinger. Målgruppen er 30+ samt 2+ kroniske sygdomme, samt tilknytning til arbejdsmarkedet. Der udvikles én plan sammen med borgeren. Spørg: hvad er dit mål? Samtaler med én kontaktperson for at undgå at borgeren kommer til at sidde over for en stor gruppe af fagfolk. Et formål kan være at borgeren skal opbygge tilknytning til arbejdsmarkedet. Fælles terminologi og uddannelse

3. Hvad vil gøre størst forskel på sigt?

Sundhedshusene skal indrettes med fokus på at kunne hjælpe borgere med multisygdom (inkl. psykiatri). En indgang – eks. en forløbskoordinator, som koordinerer indsatsen i sundhedshusets tilbud – individuelt tilpasset patientens behov og mål. Alle relevante faglige kompetencer skal være tilstede. Åben konsultation. Faggruppe: alle sundhedsfagligt uddannede personer inkl. farmaceuter. Man kunne udpege 2-3 kommuner med forskellige sociale forhold og størrelse, hvor idéen afprøves. Borgere med multisygdom skal involveres i planlægningen - der skal laves sundhedsøkonomiske beregninger og monitorering af patienternes forløb. Sundhedshusene giver mulighed for at forskellige fagpersoner kunne komme tættere på hinanden.

4. Inddragelse af patienterne

Inddragelsen sker (via patientforeninger) i udvikling af 'koncept for forebyggelse af multisygdom'. Hvordan får vi mål og ønsker tydeliggjort og hvordan styrker vi samspillet imellem patient og fagperson

Løsningsvurdering/idévurdering:

Der er udelukkende lavet vurdering af idé 3 og 4.

Ad 3

Styrker:

- Viden omkring den enkeltes samlede forløb bliver samlet. Borgeren og de øvrige fagpersoner får en samarbejdspart.

Svagheder:

- Tovtrækkeri omkring hvem der skal betale. Stiller store krav til forløbskoordinators kompetence ifht meget bred viden omkring multisygdom.

Muligheder:

- Sundhedshusene giver mulighed for, at de forskellige fagpersoner kommer tættere på hinanden/kender hinanden (fælles frokoststue og kaffeautomat).
- Planlægning skal involvere borgere med multisygdoms ønsker.

Trusler:

- Risiko for at fagfolks ambitioner og mål sætter dagsordenen frem for borgernes vanskeligheder – specielt i de mest udsatte kommuner med mange multisyge.

Ad 4:

Styrker:

- Individuel plan, hvor patienten bliver hørt og inddraget.

Svagheder:

- Patienter bliver gidsler i et system, der ikke lytter.

Muligheder:

- Giver patienter status. Muligheder for multisygdomsscreening.

Trusler:

