

Udvalget vedr. sammenhængende patientforløb



Referat af 4. møde i udvalget vedr. sammenhængende patientforløb den 7. oktober 2010 på ÅUH, Århus Sygehus

Overordnet tema: Sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient.

Dato 21-10-2010

Mette Kvist

Tel. +45 8728 4653

Mette.Kvist@STAB.RM.DK

Mødedeltagere:

Udvalget vedr. sammenhængende patientforløb

Henrik Gottlieb Hansen (formand)

Susanne Buch Nielsen (næstformand)

Henrik Fjeldgaard

Olav Nørgaard

Leif Lund

Side 1

Afbud

Conny Jensen

Jørgen Nørby

Administrationen

Vicedirektør Kjeld Martinussen

Kontorchef Birgitte Haahr

Fuldmægtig Mette Kvist

Århus Universitetshospital, Århus Sygehus

Centerchef Claus Thomsen, Medicinsk Center (15.00-15.30)

Oversygeplejerske Kirsten Rahbek, Geriatriisk Afdeling

Ledende overlæge Else Marie Damsgaard, Geriatriisk Afdeling

Overlæge Anne Birgitte Pedersen, Geriatriisk Afdeling

Ledende terapeut Dorthe Nielsen, Geriatriisk Afdeling

Fuldmægtig Anne R. Østergaard, Planlægningsafdelingen

Århus Kommune

Specialkonsulent Hanne Linnemann

1. Velkomst v. udvalgsformand Henrik Gottlieb Hansen og centerchef Claus Thomsen, Århus Sygehus

Henrik Gottlieb Hansen bød velkommen til mødet, og der var en kort præsentationsrunde.

Claus Thomsen indledte mødet med at give nogle perspektiver på fremtidens sundhedsvæsen, bl.a. set i relation til det planlægnings- og udviklingsarbejde som pt. finder sted omkring opførelsen af Det Nye Universitetshospital i Skejby. Budgettet for byggeriet er blevet nedjusteret og sengekapaciteten beskåret. Dette forstærker behovet for at udvikle nye metoder, organiseringsformer og samarbejder i sundhedsvæsenet. Der blev bl.a. peget på fortsat udvikling omkring omlægning fra stationær til ambulant behandling, muligheden for at løse pleje- og behandlingsopgaver i hjemmet, anvendelse af telemedicin og udvikling af interaktive services som nogle af de tendenser, der vil præge fremtidens sundhedsvæsen.

Claus Thomsen gav også eksempler på amerikanske hjemmesider – www.patientslikeme.com og www.e-patients.net – som på forskellig vis henvender sig til patienter og patientgrupper. På nogle hjemmesider/services understøttes rådgivningen og debatten af sundhedsprofessionelle – på andre er det udelukkende patientdialog- og oplevelser, som præsenteres. Den let tilgængelige information udfordrer den traditionelle "rollefordeling" mellem behandler og patient, idet patienten – eller de pårørende – ofte møder op med viden, holdninger og forventninger til behandlingsforløbet. Det skal sikres, at de sundhedsprofessionelle møder denne "aktive patienttype" konstruktivt i dialogen om behandlingsforløbet.

2. Introduktion til Geriatrik Afdeling v. oversygeplejerske Kirsten Rahbek

Kirsten Rahbek fortalte kort om det geriatrike speciale samt den patientgruppe, som geriatrik afdeling er i kontakt med. Specialet har fokus på aldersrelaterede problemstillinger og er karakteriseret ved ikke at have fokus på et konkret sygdomsområde eller ét specifikt organ. Der er tale om ældre mennesker med komplekse problemstillinger – eksempelvis en ældre borger, der allerede får medicin for sukkersyge og for højt blodtryk, som får en mindre hjerneblødning og derfor falder og pådrager sig et brud. Udredning og behandling foregår således i tæt samarbejde med andre specialer – såvel medicinske som kirurgiske. Der er typisk en række sundhedsprofessionelle involveret i patientens forløb, og Geriatrik Afdelings opgave er at anlægge et helhedssyn på patienten og dennes situation og behov.

Endvidere er det typisk patienter med komplekse medicinordinationer, og geriatrik afdeling varetager opgaver ift. at vurdere og tilpasse patientens samlede medicinforbrug.

Afdelingen har ca. 150 ansatte, hvoraf 16 er læger. Organisatorisk består afdelingen af 2 sengeafsnit, 5 udgående teams, dagafsnit med sammedagsudredning, en faldklinik og en forskningsenhed – fordelt på 3 matrikler i Århus.

3. Patientforløbene i dag i Geriatrisk Afdeling v. ledende overlæge Else Marie Damsgaard

Else Marie Damsgaard indledte med en kort historie, som understregede én af hovedopgaverne på Geriatrisk Afdeling, nemlig - med udgangspunkt i patientens behov - at varetage en "tovholderfunktion" omkring patientens samlede forløb, som kan være præget af kontakt med mange forskellige behandlings- og plejepersoner. Som redskab til at kortlægge patientens behov anvendes målsamtaler, hvor sundhedsprofessionelle via åbne spørgsmål kortlægger og beskriver både patientens, de pårørendes og personalets opfattelse af de aktuelle problemstillinger for patienten.

Målsamtalen anvendes til at planlægge og målrette den konkrete behandlingsindsats.

Udvalget blev præsenteret for eksempler på målsamtaler samt kontaktkort og andet informationsmateriale fra afdelingen. Der har været særligt fokus på at inddrage og informere pårørende, da patienten ofte selv er aldersdomssvækket, og ikke fuldt ud kan indgå i dialogen om behandling og udskrivning.

Else Marie Damsgaard fortalte ligeledes om de 5 udgående teams i afdelingen. De udgående teams løser opgaver på andre af sygehusets afdelinger/afsnit (fx omkring udredning og visitation), udfører behandlings- og træningsopgaver i patientens hjem, følger patienten hjem ved udskrivning, kan tilbyde opfølgende besøg i hjemmet m.v. Der er altså tale om en særlig arbejdsform, hvor der er samarbejdsflader til såvel de øvrige sygehusafdelinger, men særligt også til patientens praktiserende læge og til kommunens plejepersonale.

Else Marie Damsgaard fremførte, at der er tale om en patientgruppe, som i høj grad har gavn af at være i eget hjem i vante rammer. Det er dog væsentligt at understrege, at en grundig udredning – og dermed et afklaret behandlingsbehov - er en forudsætning for, at det er muligt. Ift. effekten af systematisk støtte og indsats i hjemmet, blev omdelt et papir, som viste en væsentlig reduktion i dødeligheden hos svage ældre med hoftebrud over en 6 års periode.

Perspektiverne for udbredelse af øget geriatriks indsats i regionen blev drøftet. Else Marie Damsgaard anførte, at det er ambitionen, at der skal være 24 timers geriatriks speciallægedækning i de

kommende fælles akutmodtagelser, og at manglen på geriatere vil aftage da tilgangen til specialet er stigende. Pt. er der geriatrisk speciallæge-repræsentation på Regionshospitalet Horsens (3.5 stilling) og på Hospitalsenhed Vest i Herning (1 stilling). Begrænsede geriatriske speciallægeressourcer bør dog ikke forhindre, at regionen generelt styrker arbejdet med behandling og pleje i hjemmet for relevante patientgruppe. For mange ældre medicinsk komplekse patienter er en hospitalssengeplads ikke løsningen – det handler i stedet om at ekspertisen er tilstede, der hvor patienten er. Dvs. der skal fokus på at ændre organisering og samarbejdsformer i det samlede sundhedsvæsen.

3. Fremvisning af Geriatrisk Afdeling

Udvalget fik en fremvisning på det medicinske visitationsafsnit (MVA), som modtager bl.a. akut indlagte ældre patienter. Geriatrisk afdeling har et udgående team, som deltager i udredning og planlægning af behandlingsforløbet for ældre medicinsk komplekse patienter på MVA.

Dernæst så udvalget sengeafsnit G1, Geriatrisk Afdeling. G1 modtager patienter fra MVA til udredning og behandling, samt patienter fra Ortopædkirurgisk Afdeling med behov for genoptræning, fx efter en brækket hofte.

4. Projekt vedr. forebyggelse af genindlæggelser v. overlæge Anne Birgitte Pedersen

Anne Birgitte Pedersen fortalte om et projekt vedr. indlæggelser og genindlæggelser af ældre medicinske patienter. Projektet omhandler en bredere gruppe af medicinske patienter end geriatriske patienter, og data er indsamlet over 3½ måned. Projektet viser en genindlæggelsesfrekvens på ca. 13 % og en 30-dages dødelighed på knap 11 %. Projektet peger bl.a. på følge-hjemordninger, behandling i hjemmet og opfølgende besøg i hjemmet som oplagte forskningsområder ift. at få belyst nye initiativer i behandlingen af ældre medicinske patienter.

5. Fremtidens patientforløb v. specialkonsulent Hanne Linnemann, Århus Kommune

Hanne Linnemann fortalte om samarbejdet med Geriatrisk Afdeling fra et kommunalt perspektiv. "Udvikling af det nære sundhedsvæsen" er et af omdrejningspunkterne i Sundhedsaftalen mellem regionen og Århus Kommune, og der er gennem de seneste år etableret flere tværsektorielle samarbejdsinitiativer, som allerede understøtter denne udvikling – bl.a. samarbejdet med de udgående teams fra Geriatrisk Afdeling.

I Århus Kommune er det planlagt fra 2013 at etablere 2 "omsorgshoteller" med henblik på at samle kommunens korttidspladser, som i dag er spredt på flere lokaliteter. En

centralisering forventes at styrke fagligheden og optimere betingelserne for samarbejdet med bl.a. geriatrik afdeling – både med henblik på at undgå uhensigtsmæssige indlæggelser og ift. at sikre opfølgningsforløb, når patienten udskrives fra hospitalet.

Hanne Linnemann fremhævede, at fra kommunal side giver det både fordele og udfordringer at behandlingen – og dermed også specialisterne – rykker ud i borgerens hjem. Muligheden for hurtig koordinering og opfølgning omkring patienten er en stor fordel, men samtidig er det også en udfordring, at hospitalets "behandlerkultur" rykker så tæt på den kommunale "plejekultur". Løsningen er bl.a. løbende kompetenceudvikling af kommunens personale samt adgang til hurtig støtte fra hospitalslæger i konkrete situationer.

Hanne Linnemann påpegede også, at patientens egen læge er en central medspiller i forløbet, og at det derfor er nødvendigt med klare aftaler omkring det lægefaglige ansvar. Else Marie Damsgaard supplerede med, at medarbejderne i de udgående teams i forløbene er i tæt dialog med de praktiserende læger – også om overdragelse af det lægefaglige ansvar, når afdelingen ikke længere yder behandling til patienten.

Det blev oplyst, at der ikke er lavet økonomiske beregninger på evt. besparelser ved at udføre behandling i eget hjem for de geriatrike patienter. Det vurderes dog oplagt, at der spares en række akutte genindlæggelser, fordi der kan laves en klinisk vurdering i hjemmet – eller ydes klinisk assistance, fx telefonisk, til det kommunale plejepersonale i den konkrete situation. I den sammenhæng blev perspektiverne ift. opgaveoverdragelse fra hospital til kommune og afrensningsprincipper for færdigbehandlede patienter også drøftet. Det blev understreget, at økonomi i den konkrete situation ikke må være en hindring for det gode patientforløb – ved uenighed afklares afregningsforhold efterfølgende.

6. Opsamling i udvalget med henblik på anbefalinger for regionens fremtidige indsats

Oplæggene blev løbende drøftet, og der var enighed i udvalget om, at der til udvalgets møde den 27. januar 2011 udarbejdes 1. udkast til udvalgets samlede redegørelse, herunder anbefalinger for regionens fremtidige indsats.

Fra dagens møde skal redegørelsen bl.a. have fokus på:

- at styrke mulighederne for støtte, behandling og opfølgning i patientens eget hjem, for patientgrupper der med fordel kan modtage sundhedsydelser i eget hjem frem for på hospitalet

- at regionen bidrager til udvikling af nye samarbejdsmodeller med den kommunale del af sundhedsvæsenet, fx ved at der etableres nem og hurtig adgang for det kommunale plejepersonale til en lægefaglig vurdering via direkte telefonlinjer
- at regionen medvirker til kompetenceudvikling i kommunerne
- at strukturelle forhold omkring afregning og opgavefordeling mellem sektorerne ikke modarbejder et sammenhængende patientforløb
- at erfaringerne fra samarbejdet omkring geriatrien i Århusklyngen udbredes til andre patientgrupper og klynger i regionen
- at regionen som opfølgning på udvalgets arbejde afholder temadrøftelser eller konference med fokus på behandling i eget hjem som et element i at skabe sammenhængende patientforløb

7. Næste møde i udvalget den 23. november

Næste møde afholdes på et regionshospital og omhandler Den Danske Kvalitetsmodel, herunder hvordan modellen understøtter arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb.