

PERSPEKTIVER PÅ DET FØRSTE ÅR

SUNDHEDSAFTALEN 2015-2018

FORRYGENDE START PÅ
TREÅRIGT RYGESTOPPROJEKT
I VESTKLYNGEN

LÆS MERE PÅ SIDE 6

TOBS TAGER HÅND OM
PROBLEMERNE, FØR DE
LØBER LØBSK

LÆS MERE PÅ SIDE 14

"NÅR ALLE HØRER DET SAMME..."

LÆS MERE PÅ SIDE 8

SPUTNIK - ET NYSGERRIGT
EKSPERIMENT

LÆS MERE PÅ SIDE 16

SAMMENFLETTEDE HJERTER

LÆS MERE PÅ SIDE 10

EN LØSNING PÅ BORGERENS
PRÆMISSER

LÆS MERE PÅ SIDE 18

VIDENSCENTER FOR
PATIENTNÆRE LØSNINGER

LÆS MERE PÅ SIDE 12



Kolofon

Sundhedsaftalen – Perspektiver på det første år er udarbejdet og skrevet af Karoline Steen Jensen, Marie-Louise Heine Jensen og Trine Højgaard Knudsen, Nære Sundhedstilbud i Region Midtjylland for Sundhedskordinationsudvalget.

Spørgsmål, ønske om flere magasiner mv. kan rettes til Linda Bonde Kirkegaard: linkir@rm.dk

Sundhedskordinationsudvalget
Skottenborg 26
8800 Viborg

Indholdsfortegnelse

Forord	3
Værdier, visioner og mål	4
Den sociale ulighed i sundhed mindskes	6
Styrket indsats for sårbare gravide	8
Hjerterehabilitering i det nære sundhedsvæsen	10
Det bedst tilrettelagte patientforløb tæt på borgerens hverdag	12
Behovet for akutte indlæggelser reduceres	14
Sputnik – Et nysgerrigt eksperiment	16
En løsning på borgerens præmisser	18

Forord

"Mere sundhed i det nære – på borgerens præmisser" er Region Midtjylland og kommunernes overordnede mål for Sundhedsaftalen. Vi har sat en tydelig og fælles retning for, hvor vi sammen skal føre det nære og sammenhængende sundhedsvæsen hen. Vi er nu et år inde i Sundhedsaftalen og er i gang med at løfte aftalen til konkrete handlinger og indsatser. I dette magasin kan du læse om nogle af de indsatser på tværs af sektorer, som vi arbejder med.

Samarbejde på tværs af fag, sektorer, kulturer, pengekasser mv. er ikke nødvendigvis lige til. Det kræver en dedikeret, engageret og fokuseret indsats, og det kræver en ny form for samarbejde og ledelse med gensidig respekt og tillid. De eksempler vi nævner i magasinet viser, at vi kan lykkes med at skabe forløb, hvor borgeren oplever sammenhæng og god kvalitet. Borgeren oplever ét sammenhængende tilbud, når vi 'gentænker' det, vi før leverede hver for sig og i stedet 'fletter' kommunale og regionale indsatser.

I det seneste år har Sundhedskordinationsudvalget iværksat en række af de tiltag, som er med i Sundhedsaftalen.

For eksempel har vi ændret et forløbsprogram for hjertesygdom sådan, at en stor del af hjerterehabiliteringen fremover foregår i kommunerne i stedet for på hospitalet. På denne måde kan borgeren modtage rehabilitering i sit lokalmiljø og undgå køreturen til hospitalet. Det er sundhed i det nære og på borgerens præmisser.

På akutområdet har vi indgået aftaler, der bidrager til, at specielt ældre borgere oplever tryghed i overgangen mellem kommunen og hospitalet, og at vi forebygger, at borgere får brug for at komme på hospitalet. Konkret er f.eks. TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) ved at blive indført i alle kommuner. Samtidig har hospitalerne etableret tilbud om forskellige typer af rådgivning til kommuner og praktiserende læger. Et andet godt eksempel er en samarbejdsaftale om et fælles team for sårbare gravide, så vi i fællesskab bedst muligt kan støtte op om gravide og familier, som har nogle særlige udfordringer.

Vi har med Sundhedsaftalen sat os nogle ambitiøse mål, og vi er trukket i arbejdstøjet for at skabe nogle gode løsninger for borgerne. Vi ser frem til endnu mere samarbejde.



Carl Johan Rasmussen
Formand for Sundhedskordinationsudvalget



Mads Jakobsen
Næstformand for Sundhedskordinationsudvalget

Værdier

Sundhedsaftalen hviler på følgende værdier:

Vi sætter borgeren først

Ingen borgere skal falde mellem to stole, og vi sætter borgerens interesser før sektorinteresser. Hvis der opstår tvivl, så er det den part, der har kontakten til borgeren, der handler. Borgeren skal behandles værdigt og opleve os som et team med et tillidsfuldt og respektfuldt samarbejde. Vi værdsætter hinandens og borgerens viden, kompetencer, erfaringer og input.

Vi skaber resultater

Vi sætter derfor konkrete mål for vores indsatsers effekt. Og vi følger op, så borgere, politikere og andre beslutningstagere kan følge med i, om vores indsatser giver den tilstrækkelige effekt. Vores succes defineres af de resultater, vi skaber sammen med borgeren og for samfundet.

Vi udfordrer vanetænkning

Vi tør bryde vanetænkningen og arbejder i fællesskab med at udvikle nye løsninger til gavn for borgere, medarbejdere og samfundsøkonomien. Vi tager de stærkeste af vores nye løsninger og udbreder dem til gavn for alle borgere.

Sundhedsaftalens visioner for et fælles sundhedsvæsen:

- Et sundhedsvæsen på borgerens præmisser
- Sundhedsløsninger tæt på borgeren
- Mere lighed i sundhed

Sundhedspolitiske mål

Region Midtjylland, kommunerne og praksissektor har følgende sundhedspolitiske mål for aftaleperioden 2015-2018:

- Flere borgere er trygge, når de i deres behandlingsforløb krydser sektorgrænser
- Flere borgere bevarer tilknytning til arbejdsmarkedet/uddannelse i forbindelse med sygdom
- Behovet for akutte indlæggelser reduceres
- Den sociale ulighed i sundhed mindskes
- Bedre sundhed for borgere, som er socialt udsatte
- Bedre sundhed for børn og unge
- Bedre sundhed for borgere med psykisk sygdom

Forrygende start på treårigt rygestopprojekt i Vestklyngen

"Det er bare fantastisk at arbejde med sådan en succes," siger Kirsten Brænder Aastrup om at arbejde med projektet "Forstærket indsats overfor storrygere i Vestklyngen". Kirsten Brænder Aastrup arbejder som rygestoprådgiver i Herning Kommune, og har siden juni 2015 haft ekstra meget at se til.

Kommunerne har hele tiden haft gratis rygestoprådgivning, men med projektet indføres en ny henvisningsstruktur og gratis rygestopmedicin i fire uger. Projektet er et treårigt projekt, og der har siden april 2015 deltaget ca. 1.500 rygere. Siden juni 2015 har der kørt to pilotprojekter på lungemedicinsk afsnit og ortopædkirurgisk ambulatorium på Regionshospitalet Holstebro.

"Det er gået over al forventning. Fra de to pilotafsnit er der allerede blevet henvist omkring 100 borgere. Foreløbige tal viser, at 72 % af alle dem, der gennemførte rygestopforløbet er røgfrie og 54 % stadig røgfrie et halvt år efter forløbet," fortæller en stolt Lene Stokholm Jensen, der er projektleder.

"Det er faktisk gået så godt, at vi har været nødt til at reducere det fra otte ugers gratis rygestopmedicin til fire uger, for at sikre os at så mange som muligt kan få. Derudover har kommunerne også bakket flot op og øget egenfinansieringen af projektet," forsætter Lene Stokholm Jensen.

"Det er da ærgerligt, at vi ikke kunne fortsætte med otte uger, men de fire ugers gratis rygestopmedicin skal ses som en starthjælp. Det kan være svært at starte med en ekstra udgift, når man ikke har set effekten af det endnu," fortæller Kirsten Brænder Aastrup.

Projektet er målrettet storrygere, hvilket er defineret som dem, der ryger mere end 15 cigaretter om dagen. Alle interesserede rygere vil dog blive systematisk henvist, men det er kun storrygere, der tilbydes gratis rygestopmedicin.

"Vi må huske på, at tre ud af fire rygere gerne vil stoppe med at ryge, så henvisningen kan være en kærkommen anledning til at gå i gang med et rygestop," fortæller Lene Stokholm Jensen. Og lige præcis det kan Tage Hussak nikke genkendende til. Han er en af de borgere, der takkede ja til henvisningen fra ortopædkirurgisk ambulatorium.

"Jeg har røget i 52 år og har egentlig gerne ville stoppe længe. Min egen læge har bragt det på banen ad flere omgange, men jeg fik mig ikke lige taget sammen. Det gav først mening, da jeg var på hospitalet i forbindelse med et brækket ben. Lægerne fortalte mig, at benet ikke helede optimalt, og at det var på grund af tobakken. Så tænkte jeg, at det skulle rygning alligevel ikke have æren for. Nu har jeg været røgfri siden d. 28. august 2015."

VBA

På de to pilotafsnit har man valgt at bruge VBA-metoden, når patienterne skal henvises. VBA står for Very Brief Advice, og med den metode kan personalet henvise interesserede patienter til rygestop på 30 sekunder.

"Det handlede om at finde en metode, som var effektiv, men som også kunne passe ind i en travl hverdag på hospitalet. Derudover viser nye undersøgelser, at det er mere effektivt at henvise til rygestoptilbud frem for at anbefale rygeren at stoppe," siger Lene Stokholm Jensen.

Med VBA-metoden skal hospitalspersonalet kort spørge ind til patienternes rygevaner, rådgive dem om, at den største succes opnås ved en kombination af rådgivning

Et e-læringsprogram om VBA-metoden til klinikere er under udvikling og forventes færdigt i slutningen af april 2016.

"Det er da win-win når klinikerne synes, at det gør deres arbejde nemmere, og vi får henvist flere borgere til rygestopkurserne end tidligere"

Lene Stokholm Jensen, projektleder

og rygestopmedicin, og til slut henvise interesserede til et kommunalt tilbud. Efter henvisningen kontakter kommunen borgerne.

"Vi tager borgerne i hånden. Det er meget afgørende og gør, at langt flere går i gang med et rygestop," fortæller Lene Stokholm Jensen. Hun fortæller ligeledes, at klinikerne oplever, at det letter deres arbejde, da det ikke kræver, at de indgår i en samtale om rygestop. De skal bare sørge for at henvise dem, der er interesseret.

"Hvis ikke borgeren er klar til at stoppe på det tidspunkt, vi kontakter dem, f.eks. på grund af sygdom, spørger vi dem, om vi må kontakte dem igen senere. På den måde behøver patienten ikke selv at gøre noget, og det er vigtigt," siger Lene Stokholm Jensen.

Udfordringer

Selvom Lene Stokholm Jensen beskriver projektet som en stor succes, understreger hun dog, at der er nogle udfordringer:

"Det kan være en udfordring at fastholde fokus på projektet i en travl, klinisk hverdag på hospitalerne. Det er derfor vigtigt at få bygget VBA-metoden ind som en fast rutine, og det er en lang proces. En anden udfordring er at holde fast i, at VBA-metoden kun er en meget kort og enkel henvisnings-

metode, og at man skal lade være med at gå ind i en motiverende samtale om rygestop, som man som sundhedsfaglig er vant til, og i stedet overlade dette til den professionelle kommunale rygestoprådgiver."

Derudover giver de mange deltagere ventelister i nogle kommuner.

"For noget, der er motivationsafhængigt, dur det jo ikke med ventelister. Vi ved godt selv, hvad det betyder, når vi er motiverede. Så vil vi bare i gang. Man ved jo ikke, hvornår motivationen kommer igen," slutter Kirsten Brænder Aastrup.

Det forventes, at projektet udrulles i hele Vestklyngen (Herning, Holstebro, Ikast-Brande, Lemvig, Ringkøbing-Skjern og Struer kommuner) i løbet af 2016.

Projektet kører til og med 2017. Gratis rygestopmedicin er foreløbigt begrænset til projektperioden, men det forventes at henvisningsstrukturen er i drift, når projektet afsluttes.



Modelfoto

Styrket indsats for sårbare gravide

”Når alle hører det samme...”

”Det særlige i ”Barn på Vej” er, at vi binder indsatsene sammen, og det er det, der gerne skulle gøre forskellen for familien, som ofte er en kasterbold mellem forskellige instanser,” fortæller Anne Mette Vejgaard. Hun er projektleder på ”Barn på Vej”, der siden januar 2015 har været et tværsektorielt tilbud til sårbare gravide i Odder, Hedensted, Skanderborg og Horsens kommuner. Projektets formål er dels at forebygge komplikationer i forbindelse med graviditet og fødsel, dels at arbejde på tidlig tilknytning mellem barn og forældre.

”Vores målgruppe er sårbare på forskellige måder,” fortæller Pernille Arent, der er fremskudt socialrådgiver i projektet. Hun fortsætter: ”De er sårbare, og de ved som regel godt, hvad deres udfordringer er, så det er vigtigt at få dem som medspillere frem for modspillere.”

Den proces starter allerede ved den første konsultation ved jordemoderen, som finder sted inden uge 17, og fortsætter resten af graviditeten frem til barnet er otte uger gammelt. Tilbuddet omfatter graviditetsbesøg i hjemmet af sundhedsplejersken, kendt jordemoder i hele graviditeten, ophold på barselsafsnittet, og som det skelsættende i projektet, et tværsektorielt gravidteam.

Godt og trygt rum

Det tværsektorielle gravidteam består af en lang række fagpersoner og omfatter blandt andre jordemoder, sundhedsplejerske, praktiserende

læge, socialrådgiver, fødselslæge og barselssygeplejerske, der alle er involverede i graviditeten og det efterfølgende forløb. Teamet holder et til to møder inden fødslen med den gravide og hendes netværk. På møderne har deltagerne hver især mulighed for at høre de forskellige perspektiver og lægge en plan for det videre forløb.

”Tilbagemeldingerne fra de gravide er, at det er et godt og trygt rum. De føler sig mødt, og det er en god proces for dem,” fortæller Anne Mette Vejgaard, mens Pernille Arent supplerer: ”Alle hører det samme, og det er godt – ikke bare for den gravide, men også for fagpersonerne. På møderne bliver det tydeligt, hvad forventningerne er. Man skal ikke underkende værdien af, at man som sårbar får sat ansigt på dem, der skal være omkring en.”

Forskelligt fokus

Indholdet på møderne er forskelligt alt efter hvilken situation den gravide er i, og hvad udkommet af graviditeten skal være. ”I de tilfælde, hvor barnet skal fjernes direkte efter fødslen, så er vores fokus ”hvad kan vi gøre for dig, mor, så du er tryk,” fortæller Pernille Arent, og nævner at det for eksempel her er vigtigt, at personalet ikke skal tale amning med mor efter fødslen.

I andre tilfælde kan mødet være med til at forsikre den gravide om, at kommunen ikke har planer om at fjerne barnet, eller mødet bruges til at afklare bekymringer om medicin, fødselsangst eller manglende netværk.

Som et led i projektet er der lavet aftaler med flere frivillige organisationer i kommunerne, som kan hjælpe de sårbare gravide og være det netværk, som for mange ellers er skrøbeligt: ”De frivillige kan være støttepersoner eller komme forbi og gå en tur med barnevognen,” fortæller Anne Mette Vejgaard, der glæder sig over, at de frivillige organisationer også spiller en rolle i ”Barn på vej.”

Overkommeligt forløb giver stor opbakning

Indtil videre har 105 gravide deltaget i projektet, hvoraf de 45 nu er afsluttet. Få har takket nej eller meldt fra undervejs, og overordnet set har der været stor opbakning blandt de gravide. En del af den succes tilskriver Anne Mette Vejgaard, at forløbet i

Barn på Vej er et tre-årigt projekt, der afsluttes i 2017. Projektet er støttet af Sundhedsstyrelsen og evalueres løbende.

I Sundhedsaftalen er det aftalt, at de enkelte kommuner og fødesteder skal etablere tværsektorielle gravidteam for sårbare gravide inden 1. juni 2016.



”Alle hører det samme, og det er godt – ikke bare for den gravide, men også for fagpersonerne. På møderne bliver det tydeligt, hvad forventningerne er”

Pernille Arent, socialrådgiver



Modelfoto

”Barn på vej” er overkommeligt for den gravide og følger den arbejdsgang, som er i en almindelig graviditet fraset de to teammøder og besøg i hjemmet af sundhedsplejersken.

Den største barriere i projektet har, som i mange andre tværsektorielle sammenhænge, været af en lavpraktisk karakter, særligt i forhold til teammøderne: ”Man tænker måske ikke, at det burde være et problem, men hvordan indkalder man lige på tværs af systemer,” spørger Pernille Arent, og fortsætter: ”Det er en stor udfordring. Mange

af fagpersonerne er ikke i 8-16 job, men har skiftende arbejdstider, og vi har ikke adgang til hinandens kalendere. Der kan sagtens gå en halv dag med at indkalde til et møde.”

”Vi drømmer om en it-løsning, så det bliver nemmere at booke folk på tværs af kommune og region,” konstaterer Anne Mette Vejgaard. Hun er dog slet ikke i tvivl om, at arbejdet med at få gravidteammøderne i stand er alle anstrengelserne værd.

Hjerterehabilitering i det nære sundhedsvæsen

Sammenflettede hjerter

"Jeg oplever, at det her er et enestående eksempel på, at vi tværsektorielt i sundhedsvæsenet kan være ét team i hospital og kommune, der faktisk fletter sammen, så borgeren får ét forløb," fortæller Marianne Balsby, leder af Skive Sundhedscenter, engageret.

Siden 1. januar 2015 har Skive og Viborg kommuners sundhedscentre varetager det genoptræningsforløb, som er en del af behandlingsforløbet for hjertepatienter, og som hjertepatienterne tidligere skulle til Regionshospitalet Viborg for at deltage i. Helt konkret har det betydet, at 120 borgere fra Skive Kommune med hjertesygdom har kunnet slippe for transporten til Viborg, som undersøgelser viste var en stor barriere for at gennemføre genoptræningsforløbet. I stedet har de benyttet sig af genoptræningstilbuddet på Sundhedscentret tættere på hjemmet og hverdagen.

Hjerteområde i rivende udvikling

Tiltaget kan ses som endnu et eksempel på den rivende udvikling, som hjerteområdet har gennemgået de senere årtier, og som Marianne Balsby har fulgt på nært hold siden hendes elevtid i 70'erne: "I slutningen af 70'erne lå borgere med hjertetilfælde ofte stille i sengen i flere uger. Nu er det lige før, at de kan stå i Netto, få en blodprop, komme ind og få det lavet og så være hjemme igen samme dag," fortæller Marianne Balsby, og fortsætter: "Det går sommetider så hurtigt, at borgerne næsten ikke når at opfatte, hvad de har været igennem. Når de så kommer hjem, så kan angsten melde sig og en masse andre spørgsmål. Derfor giver det rigtig god mening at tilbyde genoptræningen i det nære sundhedsvæsen, tæt på borgerens hverdag."

Hjerterehabiliteringen, som Skive Sundhedscenter nu tilbyder, er resultatet af en succesfuld sammenfletning af faglig viden, erfaringer og forskellige kompetencer fra både hospital og kommuner, og ikke mindst viljer til at flytte fokus fra den traditionelle silotænkning "os/dem" til "hvad er godt for borgeren."

Rundbordsmøder

Forud for opstarten i januar 2015 gik en række rundbordsmøder mellem læger, sygeplejersker og de kommunale sundhedsfaglige personer, hvor man i fællesskab beskrev den konkrete opgave, der skulle flyttes, og hvilke parametre, der skulle måles og følges op på i forløbet. Kendetegne for hele processen var en enorm vilje til videndeling, efteruddannelse og sparring, som her godt et år efter fungerer upåklageligt. Der er altid en linje åben ind til sygeplejersker og læger på hospitalet, og skønnes det fagligt nødvendigt kan sundhedscenteret og hjertemedicinsk ambulatorium aftale, at borgeren kommer ind i ambulatoriet til vurdering, da borgerne stadig er tilknyttet hospitalet i genoptræningsforløbet.

I Midtklyngens kommuner (Skive, Viborg og Silkeborg) tilbydes hjertepatienter genoptræning i hjemkommunen. I løbet af 2016 vil hjertepatienter i alle regionens kommuner få samme mulighed.



"Vi har fået dobbelt så meget sundhed for pengene"

Marianne Balsby, leder af Sundhedscenter Skive

Fysioterapeut Maria Øland har samtale med en borger om genoptræning.

Et typisk genoptræningsforløb i projektperioden tager 12 uger og tilbydes, når hospitalet vurderer, at borgeren er stabil og parat til genoptræning. En af styrkerne ved genoptræning i kommunalt regi er, at det i højere grad giver mulighed for at justere forløbet, så det tager højde for den enkelte borger, ligesom det er muligt at supplere med den lange række af sundhedsfremmende tilbud, som Sundhedscenteret i Skive også tilbyder.

Kommunale og frivillige tilbud flettes sammen

"En del af genoptræningsforløbet er gruppetræning, men vi oplever, at der er mere sårbare borgere og borgere med flere diagnoser, som ikke ønsker eller kan deltage i gruppetræningen. Der har vi så mulighed for at tilbyde dem individuelle forløb i stedet for," fortæller Marianne Balsby. Andre patienter er nærmest selvkørende, og har fuldstændig styr på motion, men vil gerne lige træne i et "trygt rum" med sundhedsfaglige personer, og der finde ud af, hvor me-

get kroppen kan tåle. Fælles for alle genoptræningsforløb er dog, at de starter og slutter med en samtale og en fysisk test af borgeren. Den afsluttende samtale og test bruges både som en plan til borgeren selv i forhold til motion og livsstil, men også som information, der sendes tilbage til hjerteambulatoriet, som vigtig viden inden borgeren afsluttes endeligt fra hospitalet og overgår til almen praksis.

For Marianne Balsby og medarbejderne i Sundhedscenteret har det været fantastisk at opleve, at mange af borgerne er "godt på vej" efter genoptræningsforløbet, og at Hjerteforeningens og andre frivillige foreningers tilbud også er flettet ind i mange af borgernes hverdag, når genoptræningsforløbet slutter: "Vi har fået dobbelt så meget sundhed for pengene," slutter Marianne Balsby og binder derved en sløjfe om en succesfuld fortælling fra det nære sundhedsvæsen.

Videnscenter for patientnære løsninger

"Vi skaber overblik over tilbuddene fra kommune, almen praksis og hele Hospitalsenhed Midt - hele tiden med det bedste patientforløb for øje," fortæller sygeplejerske Ninna Odgaard Andersen. Hun og kollegaen Mette Brøndum Mouritsen har det sidste år været ansat i projektet "Et Integreret Sundhedsvæsen i Midtklyngen." De to sygeplejersker bemande det tværfaglige Callcenter, der tilbyder vejledning om kommunale tilbud til de praktiserende læger i Midtklyngen (Skive, Silkeborg og Viborg kommuner) samt afdelingerne ved Hospitalsenhed Midt.

Helt konkret hjælper Ninna Odgaard Andersen og Mette Brøndum Mouritsen med at finde alternative løsninger til en indlæggelse i de tilfælde, hvor det giver det bedste forløb for patienten. "Vi havde for eksempel en praktiserende læge, som ringede ind om en patient, der var konfus og mat. Patienten boede alene og kunne ikke huske, hvornår hun sidst havde drukket noget, så den praktiserende læge skønnede, at hun var dehydreret og skulle indlægges for at få intravenøs væskebehandling. Vi foreslog, at patienten i stedet kunne komme på en kommunal akutplads, hvor

"Med Callcentret forsøger vi at skabe en bevægelse hen imod et egentligt samarbejdsrum, hvor vi tidligere havde snitflader mellem sektorerne"

Ninna Odgaard Andersen, sygeplejerske

kommunens personale kunne give behandlingen, når den praktiserende læge havde ordineret det nødvendige i det fælles medicin kort (FMK)," fortæller Ninna Odgaard Andersen, og fortsætter: "Den praktiserende læge fortsatte som behandlingsansvarlig læge med akutlægerne som sparringspartnere."

I det konkrete tilfælde hentede kommunens akutteam medicin på Akutafdelingen, patienten modtog behandling på akutpladsen, og var meget glad for løsningen. Da hun var vel hjemme igen, fulgte kommunen hende for at sikre, at hun forsat havde det godt.

Godt patientnært tilbud

Casen er et godt eksempel på en patientnær løsning, og viser samtidig den vejledende og koordinerende funktion mellem sektorerne, som er tanken bag Callcentret.

"Der kommer hele tiden nye kommunale tilbud, så det kan være svært for de praktiserende læger at danne sig et overblik i en travl hverdag," fortæller Ninna Odgaard Andersen, og fortsætter: "Vi har god kontakt til alle tre kommuner, og vi holder os hele tiden opdateret på eksisterende og nye tiltag. Koordineringen tager ofte også lang tid, og der kan vi så også hjælpe."

Hjælpen falder i god jord hos de praktiserende læger, heriblandt praktiserende læge Simon Andreasen fra Viborg, der ofte ringer til Callcentret. "Jeg oplever det som en klar styrkelse af de patientnære tilbud - ikke mindst for de patienter, der ikke passer ind i de gængse forløb", konstaterer Simon Andreasen, mens han forsætter med en drøm om fremtiden: "I Kommunalt Lægeligt Udvalg forsøger vi at få ét telefonnummer direkte til kommunen, som vi har til hospitalet. Hvis Callcentrets tilbud kunne udvides med det - så ville det være helt optimalt," siger Simon Andreasen.

Bump på vejen

Et af formålene med Callcentret er at undersøge, hvad der fremmer og hæmmer samarbejdet imellem sektorerne, og i løbet af det forgangne år har Ninna Odgaard Andersen og hendes kollega erfaret, at der stadig er stopklodser for et godt tværsektorielt forløb. Selv når man har fundet den gode løsning og den "bare" skal føres ud i livet, kan

der være bump på vejen. Et koordineringsarbejde kan sagtens tage et par timer, hvor helt lavpraktiske ting som telefontider og faktureringsadresser kan være tidsrøvede barrierer. "Jeg synes egentlig, at de involverede i både almen praksis og i kommunerne er parate til at tænke i nye baner. Det er systemet, der ikke altid er det," konstaterer Ninna Odgaard Andersen med et smil.

For Ninna Odgaard Andersen er det derfor en stor tilfredsstillelse, når det trods forhindringer lykkes at skabe et bedre forløb for patienten. Hun ser en positiv udvikling i brugen af Callcentret, og glæder sig over, at de praktiserende læger ringer igen, fordi de har haft gode erfaringer med at ringe tidligere.

De problemstillinger, som de to sygeplejersker i Callcentret identificerer, bliver bragt ind i den styregruppe, der er etableret i forbindelse med projektet. Her sidder repræsentanter fra kommunerne, almen praksis og hospitalet og lufter visioner, diskuterer nye idéer og udvikler nye initiativer. "Lige nu arbejder vi på et nyt tiltag, der hedder back-up til praksis. Her arbejder vi med, hvordan en patient med velbeskrevne symptomer udløser en pakke, der nøje beskriver, hvilke prøver den behandlingsansvarlige praktiserende læge mindst skal ordinere samt hvordan kommunens personale kan udføre behandlingen i hjemmet eller på en akutplads. Hvis en patient i et pakkeforløb bliver dårligere udenfor almen praksis åbningstid, bliver patienten indlagt direkte uden at forstyrre vagtlægen," fortæller Ninna Odgaard Andersen om det nye tiltag i rækken af patientnære løsninger.

"Callcenter - et Integreret Sundhedsvæsen i Midtklyngen" er et tværfagligt og tværsektorielt samarbejdsprojekt, der afsluttes med udgangen af 2017. Projektet har blandt andet som formål at nedbringe antallet af indlæggelse og identificere, hvad der fremmer og hæmmer samarbejdet imellem sektorerne.

Sygeplejerske Ninna Odgaard Andersen (siddende som nummer to fra højre) udgør sammen med sin kollega Mette Brøndum Mouritsen den erfarne sygeplejerskestab i Callcentret.

Behovet for akutte indlæggelser reduceres

TOBS tager hånd om problemerne, før de løber løbsk

Den gennemslagsige iltslange bugter sig henover gulvet og ender ved Anny Signe Hansens næsebor. Den er et synligt bevis på, at luftvejssygdommen KOL med tiden er blevet en uløselig del af Anny Signe Hansens hverdag.

Igennem de sidste par år har hun haft stor gavn af det hun med egne ord betegner som "Danmarks bedste hjemmepleje" – nemlig hjemmeplejen i Grenaa. For hjemmeplejen er med til at skabe tryk i Anny Signe Hansens liv - ikke mindst i de perioder, hvor KOL-sygdommen viser tænder.

Fem vitale værdier

Hjemmesygeplejerske Kirsten Røvsing er en af omsorgspersonerne i hjemmeplejen, som hjælper Anny Signe Hansen. Som sygeplejerske kigger hun rutinemæssigt forbi hver 14. dag. Siden 2013 har TOBS været et af de værktøjer, som hun har haft med i bagagen. TOBS er en forkortelse af Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom.

Helt konkret betyder det, at Kirsten Røvsing og kollegerne i hjemmeplejen TOBS'er borgerne ved at måle de fem vitale værdier *puls, bevidsthed, temperatur, respirationsfrekvens* samt *det systoliske blodtryk*. Efterfølgende scores borgeren. Kerneårsagsundersøgelser og patientsikkerhedsaudits har nemlig vist, at mange kritisk syge

patienter findes for sent i sygdomsforløbet og ender med en indlæggelse, der i mange tilfælde kunne være undgået.

Fælles sprog

"Det er jo ikke fordi, vi ikke målte de værdier før. De er en indbygget del af min faglighed. Men nu gør vi det mere systematisk. Vi får målt alle værdierne hver gang. Og så er det et godt samtaleredskab, hvis jeg skal tale med lægen. På den måde har vi et fælles sprog om borgerens tilstand," forklarer Kirsten Røvsing.

Det med det fælles sprog kan praktiserende læge i Randers Svend Kier nikke genkendende til. For ham er TOBS et godt redskab til en fælles vurdering af patienten. "Sygeplejerskerne har altid været gode til at observere borgerne. Men når de bruger TOBS er jeg mere sikker på, at vi taler om det samme. Det er jo heller ikke altid, at jeg kender sygeplejersken, eller hun kender mig, og så er det godt at have nogle observationer af patienten, som vi er enige om, hvad betyder," siger han.

Svend Kier understreger, at TOBS ikke handler om at undgå indlæggelser, men om at få de rigtige patienter indlagt, og i øvrigt handle så hurtigt som muligt på begyndende sygdom. Ringer sygeplejerske til ham med en bekymring om en borger, hjælper

TOBS-værdierne ham til at lave en hurtigere og mere sikker vurdering: "Skal jeg gøre noget nu, skal vi lige afvente og TOBS'e igen lidt senere, kan vi sætte en behandling i værk med det samme, eller skal patienten indlægges," funderer Svend Kier.

For Anny Signe Hansen er der de senere år også kommet mere ro på indlæggelserne. Seneste indlæggelse var i maj 2015, hvor hendes KOL pludselig blev forværret, men i langt de fleste tilfælde tages forværringer i opløbet. De foreløbige resultater fra Randers-klyngen viser en svag tendens til færre forebyggelige indlæggelser samt et mindre forbrug af de praktiserende læger ligesom brugeroplevelsen også er positiv. Derfor er TOBS i 2016 også ved at blive udbredt til alle 19 kommuner i regionen.

Artiklen er en redigeret udgave af artiklen "Danmarks bedste hjemmepleje bruger TOBS", som er skrevet af Mette Breinholdt, journalist i Koncern Kommunikation i Region Midtjylland.

Læs mere om erfaringerne og evalueringen af TOBS i Randers-klyngen på www.sundhedsaftalen.rm.dk/projekter/triple-aim/tobs

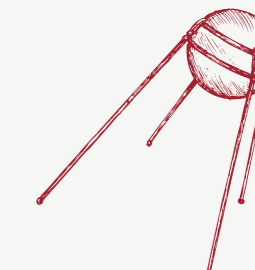
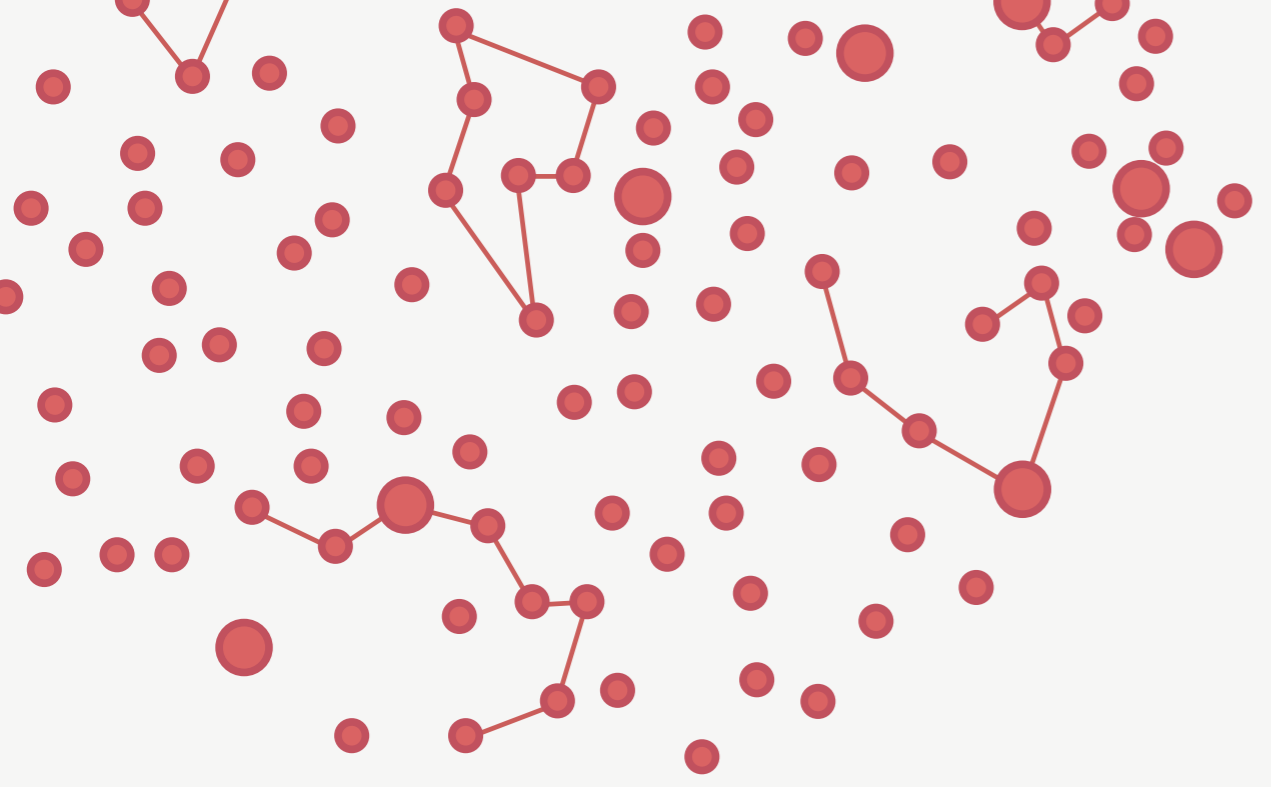
"Det er godt at have nogle observationer af patienten, som vi er enige om, hvad betyder"

Praktiserende læge Svend Kier

"Vi får målt alle værdierne hver gang. Og så er det et godt samtaleredskab, hvis jeg skal tale med lægen. På den måde har vi et fælles sprog om borgerens tilstand"

Hjemmesygeplejerske Kirsten Røvsing





SPUTNIK

- et nysgerrigt eksperiment

”SPUTNIK går ud på ”hvad nu hvis?”. Hvad nu, hvis man flytter stolen og ser verden på nye måder og derved får øje på de blinde pletter i egen organisation, i samarbejdet og i mellemrummet?”

Kirstine Markvorsen, Forvaltningschef, MSO



Fra venstre: Karen Ingerslev (AUH), Eva Sejersdal (AUH), Kirstine Markvorsen (MSO), Trine Naldal (MSO)

Sundhedsopgaver skal løses med afsæt i borgerens behov. Konsekvensen er, at sundhedsopgaver skal løses på tværs af sektorer.

”Der skal noget radikalt til for at komme til et fælles sundhedsvæsen. Vi har et ledelsestomrum i overgangene, som vi skal have kigget på – fælles målsætning og fælles ansvar,” siger Kirstine Markvorsen. Hun er forvaltningschef i Sundhed og Omsorg (MSO) i Aarhus Kommune, og 3. august 2015 havde hun første arbejdsdag på Aarhus Universitetshospital som led i projektet SPUTNIK.

SPUTNIK er et projekt skabt i samarbejde mellem Aarhus Universitetshospital og Sundhed og Omsorg i Aarhus Kommune. Da mange borgerforløb går på tværs af sektorer, er projektets formål at undersøge ledelse i fællesskab på tværs af sektorer, og hvordan man i fællesskab tilrettelægger borgerforløb, mest med fokus på den ældre medicinske patient, der understøtter det levede liv og en værdig død, når den tid kommer.

”SPUTNIK går ud på ”hvad nu hvis?”. Hvad nu, hvis man flytter stolen og ser verden på nye måder og derved får øje på de blinde pletter i egen organisation, i samarbejdet og i mellemrummet?” fortæller Kirstine Markvorsen.

For eksperimentet SPUTNIK var en af de afgørende ting mobilitet. Kirstine Markvorsen lod sig udstationere i fem måneder og ville blandt andet undersøge, hvad det kunne betyde for samarbejdet mellem AUH og Aarhus Kommune, når hun havde sin daglige gang på hospitalets gange, frem for i de vante rammer på Søren Frichs Vej. Ville hendes tilstedeværelse på AUH være med til at nedbryde nogle af de barrierer, der kan være med til at hindre det gode borgerforløb? Formålet med udstationeringen var at få nye ideer og påfund, alene fordi Kirstine Markvorsen i perioden på AUH så borgerforløb fra nye perspektiver.

Tilgængelighed, kendskab og tillid til hinanden
Gennem de fem måneder på AUH blev det tydeligt for SPUTNIK-holdet, at nogle fælles træk gjorde sig gældende for de problemstillinger de stødte på i forbindelse med ledelse af fælles borgerforløb. Næmlig at vores sundhedsvæsen savner tilgængelighed, kendskab og tillid til hinanden. For at imødekomme disse problemstillinger og lykkes som

leder i fællesskab foreslår SPUTNIK-holdet syv ledelsesgreb. De lægger blandt andet vægt på;

- at man skal være nysgerrig. Involvere flere parter og være oprigtig åben over for at bringe deres stemmer til torvs
- borgerperspektivet, især i mellemrummet. Det er deres liv, vi vil understøtte
- at det er vigtigt, at visionen formidles som en fortælling, der tager afsæt i konkrete historier om borgeres liv, så den rører folk. Disse fortællinger skal gøre det naturligt at arbejde med borgerforløbene i fællesskab

Efter take-off fra AUH

”SPUTNIK-perioden er kun en lille del af vejen. Det er et arbejde, som skal fortsætte,” siger Kirstine Markvorsen.

”Efter jeg rejste tilbage til Sundhed og Omsorg, er det tætte samarbejde mellem ledelsen på strategisk niveau fortsat. Jeg har nu for eksempel faste møder med ledelsen i AUH” fortsætter Kirstine Markvorsen. Derudover arbejdes der blandt andet fortsat på at udvikle initiativer i mellemrummet, udvikle fagligheder på tværs og ledelse på tværs. Derudover arbejdes der blandt andet fortsat på at udvikle initiativer i mellemrummet og fagligheder og ledelse på tværs.

Artiklen er skrevet på baggrund af publikationen Ledelse i fællesskab – På opdagelse med SPUTNIK 2015.

De syv ledelsesgreb:

- Opgør med myter og mistillid
- Den store fortælling
- Lad dig smitte
- Ledelse ... af dig selv
- Farvel til gætteriet
- Vær nysgerrig
- Ingen hurtige løsninger



Sundheden for borgere med psykisk sygdom øges

En løsning på borgerens præmisses

Akut Ambulant Team (AAT) tilbyder kortvarige intensive tværsektorielle behandlingsforløb i eget hjem med mulighed for at inddrage pårørende og netværk. Behandlingsforløbet er som et alternativ til indlæggelse eller kan benyttes en mulighed for at afkorte indlæggelsestiden. "Vi varetager akut dårlige psykiatriske borgere, samt folk der skal udskrives fra hospitalet, eller som er så godt i gang med deres behandling, at de kan færdigbehandles hjemme hos sig selv," fortæller Lene Mulvad, sygeplejerske, og fortsætter: "Det svinger meget, hvor dårlige vores borgere er, men som udgangspunkt er teamet for folk over 18 år med alle psykiatriske diagnoser. Det vigtigste for os er egentlig,

at vi kan lave valide aftaler med borgerne, eller at der er nogle pårørende, som tager ansvaret." Lene Mulvad er en af de fire sygeplejersker som, sammen med en lægesekretær, udgør Akut Ambulant Team.

De fleste af teamets borgere henvises fra egen læge, hvorefter borgeren kontaktes af teamet indenfor 24 timer. Sammen med borgeren eller de pårørende tilrettelægges et forløb på op til seks uger. Til Akut Ambulant Team er der knyttet en lægekonsulent, og teamet kan derfor både varetage medicin (opstart, ændringer o.l.), samtaler og hjælpe borgeren med at skabe struktur. "Det handler rigtig

"Vi siger altid ved første besøg: "Vi kan komme i nogle situationer, hvor vi bliver nødt til at rydde hele sendefladen". Det er borgerne som regel indforstået med, for det kan jo også være dem selv, der får det dårligt."

Anja Hildebrandt, sygeplejerske

meget om støttende samtaler og mestringsstrategier. Vi hjælper borgeren med at give dem kontrollen tilbage," forklarer Anja Hildebrandt, sygeplejerske i teamet, og fortsætter: "Derudover gør vi rigtig meget i at undervise både borgeren og de pårørende i sygdommen, for eksempel ved at gøre opmærksom på tidlige advarselssignaler."

Inddragelse af pårørende

"Vi forsøger så vidt muligt altid at inddrage pårørende. Ved første besøg opfordrer vi til, at hvis borgeren har nogle tætte pårørende, at de så deltager. Så er de ligesom med fra starten, og de er med til at høre, hvad der bliver snakket om," fortæller Anja Hildebrandt. "Det bliver ligesom en naturlig del at inddrage, når behandlingen rykker over i eget hjem," understøtter Anette Kjær Jensen, ergoterapeut fra Holstebro Kommune.

I Holstebro Kommune har man valgt, at man gerne vil levere nogle timer til teamet for at sikre, at borgerne får en naturlig overgang fra teamet til eventuelle kommunale tilbud. Anette Kjær Jensen er derfor ansat som faglig koordinator, og fungerer som teamets indgangsvinkel til Holstebro Kommune. Det betyder, at AAT-teamet har mulighed for at kontakte Anette Kjær Jensen, der kan tage

med på hjemmebesøg og vurdere behovet for eventuel kommunal støtte. Denne vurdering videregives til relevant sagsbehandler fra Visitation & Rådgivning eller arbejdsmarkedsafdelingen – herunder jobcenter og sygedagpenge, der hurtigt kan indkalde den enkelte borger til visitationssamtale, hvis der skønnes, at være et behov for dette. I Lemvig og Struer kommuner har teamet en kontaktperson, der på samme måde som Anette Kjær Jensen fungerer som indgang til kommunerne.

Hjælp hen over bordet

På spørgsmålet om hvad der gør Akut Ambulant Team til en succes, svares der enstemmigt: samarbejdet. Hver fredag afholdes der konference i Akut Ambulant Team, hvor lægen og sygeplejerskerne tilknyttet teamet deltager. Derudover deltager Anette Kjær Jensen samt socialrådgivere fra Visitation & Rådgivning og arbejdsmarkedsafdelingen i Holstebro Kommune hver anden uge. Med borgernes samtykke drøftes borgerne og mulige tilbud fra kommunerne. "Jeg tror, det fremskynder processen, at vi sidder og kan blive enige hen over bordet," siger Anja Hildebrandt. "Vi får helheden med. Der bliver skabt en sammenhæng i tingene. Vi bliver koblet på i den akutte fase, og så står kommunerne klar efterfølgende. Der er ikke lang vej," fortsætter Anette Kjær Jensen.

Siden midten af marts 2015 har der været cirka 175 brugere igennem teamet. En undersøgelse af patient- og pårørendeoplevelser i Akut Ambulant Team viser, at der er en høj grad af tilfredshed både blandt borgere og pårørende. Derudover viser undersøgelsen også, at borgerne føler sig rigtig trygge ved at forblive i eget hjem. "Det er svært at måle, men med teamets hjælp undgår vi helt sikkert nogle indlæggelser, og så er det jo en løsning på borgerens præmisses, hvilket jo giver mening," afslutter Lene Mulvad.

Psykiatrisk Akut Ambulant Team er et treårigt satspuleprojekt under Sundhedsstyrelsen fra 2015-2017. Organisatorisk er teamet forankret i Regionspsykiatrien Vest med de fysiske rammer i Holstebro, hvor man modtager borgere fra Holstebro, Lemvig og Struer kommuner.

