

Dagsorden

Kontaktudvalget for Aalborg Universitetshospital

30. oktober 2014 kl. 14.00-16.00 i Mødelokale 9.5, Medicinerhuset.

Mødedeltagere

Lisbeth Kjær Lagoni, Sygeplejefaglig direktør (Formand)
Jeanette Rokbøl, Forløbsansvarlig viceklinikchef, Klinik Akut
Jonna Borg, Funktionsansvarlig afsnitsledende sygeplejerske, Nyremedicinsk Område, Klinik Medicin
Gunhild Michelsen, Afsnitsledende sygeplejerske, Klinik Medicin, Hobro
Mette Berntsen, Koordinerende leder, Klinik Medicin, Farsø
Helen Kæstel, Sygeplejerchef, Aalborg Kommune
Thomas Palner, Vesthimmerlands Kommune
Hanne Heuch, Sundhedschef, Jammerbugt Kommune
Marianne Siersbæk, Praktiserende læge, Praksiskoordinator
Lise Søndergaard, leder af Sund Info, Plan & Kvalitet

Afbud:

Susanne E. Rasmussen, Ledende sygeplejerske, Mariager-fjord Kommune
Morten Noreng, Lægefaglig direktør
Louise Weikop, Kvalitetskoordinator
Anne Ahrensbach, Sygeplejefaglig leder, Jammerbugt Kommune
Mette Wulf Nielsen, Udskrivningskoordinator, Rebild Kommune
Jens Ole Skov, Hospitalsdirektør
Lis Bjerregaard Riahi, Forløbsansvarlig viceklinikchef, Klinik Hoved-Orto
Carl-Otto Gøtzsche, Klinikchef, Klinik Hjerte-Lunge
Bodil Christiansen, Ældrechef, Brønderslev Kommune
Konstantinos Kakulidis, Praktiserende læge, PLO's repræsentant

Gæster:

Trine Okkerstrøm Ryttersgaard, Neuropsykolog, Projektleder, Neurologisk Afdeling
Michael Andersen, Leder af Udskrivningsenheden, Aalborg Kommune

Mødeleder Lisbeth Lagoni, **Referent** Lise Søndergaard

DAGSORDEN:

1. Gensidig orientering

a. Kommuner

Jammerbugt: Er i gang med analyse af ældreområdet mhp at arbejde effektivt. Ny socialchef pr. 1. 12. 2014 bliver Kristian Cronwald

Vesthimmerland: Har ansatdokumentationssygeplejerske, forløbskoordinator, palliations- sygeplejerske og sygeplejerske til medicinområdet med henblik på. optimering af kvalitet og patientsikkerhed. Derudover er der udrullet TOBS (Tidlig Opsporing af Begyndende Sygdom) ud i hele organisationen i efteråret 2014, det vil sige på både alle plejecentre og i hjemme- og sygeplejen. De faglige værktøjer i forhold til TOBS er baseret på de nationale sundhedsfaglige retningslinjer og anbefalinger.

Derudover er der etableret et nyt tilbud, Rehabiliteringshuset Vesthimmerland i Ranum. På Rehabiliteringshuset kan borgeren få hjælp og støtte til at genvinde tabte funktioner og derved opnå større livskvalitet. Rehabiliteringshuset ligger i Ranum og har 8 pladser. Et ophold varer typisk 3 - 4 uger. Personalet er en tværfaglig gruppe bestående af social- og sundhedsassistenter, ergo- og fysioterapeuter og sygeplejersker.

Aalborg: I gang med stor omorganisering bl.a. nedlæggelse af plejehjem og bygning af nye. Aagården lukkes og anvendelse re-tænkes. Selvindskrivningspladserne flyttes til Vestergården, hvor der samme sted er akutpladser. Akutpladserne får tilknyttet lægekonsulent 3 timer/uge. Arbejder med træning før pleje til borgere med hjælp mere end 6 timer/uge. Der er tekniske problemer i forbindelse med implementering af FMK, har medført at pilotprojektet er stoppet indtil fejl er løst. Etablerer flere sygeplejeklinikker, således borgere møder der, i stedet for at hjemmesygeplejersken kommer til borgeren. Har ansat en PhD-studerende der skal undersøge 'sektorovergange'

Brønderslev: (fremsendt pr. mail): Bodil Christiansen stopper som ældrechef og der ansættes ny pr. 1.1.2015.

b. Almen praksis

Forventer at problemer med FMK i kommunerne hurtigt bliver løst. Lægemedelenheden har gennemgået epikriser herunder medicinafstemning og det så godt ud for Aalborg UH.

c. Hospital

Arbejder med at definere patientsteam gennem forløbsbeskrivelser på tværs af hospitalsenheder og udenfor hospitalet. Når den interne proces er afklaret, er planen at inddrage almen praksis og kommunerne. Der arbejdes forsat hårdt på at nå budgettet. Der er indviet et nyt forskningscenter, der sætter fokus på forebyggelse af faldulykker. Forløb for patienter med DVT (dyb venetrombose) ændres fra stationære til ambulante forløb.

2. Projekt Styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade (Bilag 1) v. Trine Okkerstrøm Ryttersgaard

Referat indskrevet i bilag

3. Information vedrørende projekt omkring intensiveret samarbejde mellem Udskrivningsenheden og AMA, Aalborg Universitetshospital (Bilag 2) v. Jeanette Rokbøl & Michael Andersen

Referat indskrevet i bilag

4. **Tværasektoriel audit – gennemført audit jf. Sundhedsaftale om forløbskoordination – evaluering af proces og beslutning om fremadrettede aktiviteter. (Bilag 3) – v. Lise Søndergaard**
Referat indskrevet i bilag

5. **Drøftelse af ønsker vedrørende kompetenceudvikling jf. Økonomiaftalen 2014 (Bilag 4) . v.**
Lisbeth Kjær Lagoni
Punktet udsættes til næste møde.

6. **Samarbejdshåndbogen – drøftelser af om den fortsatte anvendelse og deltagelse i opdatering. (Bilag 5) V. Lise Søndergaard**
Punktet udsættes til næste møde.

7. **Drøftelse af hvorvidt næste møde den 25. november skal være et temamøde jf. årshjulet. Kontaktudvalgets medlemmer bedes overveje emner og evt. oplægsholdere for mødet. v. Lisbeth Kjær Lagoni**
Det besluttes at Martin Grønbæk Jørgensen, der står for [forskning vedrørende forebyggelse af fald ulykker](#) inviteres til oplæg med fokus på, hvordan almen praksis og kommunerne kan anvende den nye viden og samarbejdet omkring patientgruppen.
Yderlig sættes punkt 5 og 6 fra dette møde på dagordenen ved næste møde, samt punkt med hvordan der arbejdes videre med det tværasektorielle samarbejde, når Kontaktudvalget lukker og ny organisering jf. 3. generations Sundhedsaftaler..

8. **Evt.**
Intet.

Næste møde: Tirsdag den 25. november 2014
Tidligere referater og dette kan læses på dette [link](#)

Projekt Styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade.

Sagsfremstilling til kontaktudvalget, Aalborg Universitetshospital

Forløbsprogrammerne for erhvervet hjerneskade beskriver, at der for en gruppe af personer med en erhvervet hjerneskade vil være behov for ambulantly opfølgning efter udskrivelse. Det vurderes også, at der kan være behov for genhenvielse med revurdering af rehabiliteringsbehov, når skaden er sket inden voksenalderen.

I den forbindelse har Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse anmodet om ansøgninger fra de fem regioner mhp. at styrke indsatsen overfor unge med erhvervet hjerneskade. Region Nordjylland har lavet et projekt forankret i neurologisk afdeling, Klinik Hoved-Orto.

Projektet har først og fremmest til opgave at åbne et ambulatorium for unge mellem 15 og 30 år med en erhvervet hjerneskade. Ambulatoriets opgave er at sikre en interdisciplinær udredning og vurdering af rehabiliteringsbehov. Ambulatoriet åbnede den 23. maj 2014 og modtager henvisninger fra sygehusafdelinger og praktiserende læger. I løbet af efteråret vil projektet begynde at opspore alle unge, som har været indlagt med en relevant diagnose.

Projektet har også til formål er at styrke det tværsektorielle samarbejde. Projektet har et særligt fokus på den tværsektorielle kommunikation, som i øjeblikket primært forgår gennem genoptræningsplanen. Projektet har et særligt fokus på at skabe en tidlig og struktureret dialog med de kommunale samarbejdspartnere.

I praksis bliver kommunale repræsentanter inviteret til tilbagemøder sammen med patienten og dennes pårørende. På denne måde sikrer ambulatoriet, at patienten har etableret en kontakt til primærsektoren, at det er muligt at uddybe genoptræningsplanen, samt at den kommunale repræsentant har mulighed for at stille opklarende spørgsmål. Projektet arbejder på at få en kommunal kontaktperson for patientgruppen.

Indstilling:

Det indstilles, at kontaktudvalget tager præsentationen til efterretning.

Beslutning:

Trine Okkerstrøm Ryttersgaard indledte orienteringen med præsentation af Power Points. Power Points er vedlagt referatet. Orientering tages til efterretning.

Klinik Hoved/Orto
Neurologisk Afdeling
Projekt Styrket indsats for
unge med erhvervet
hjerneskade

Ladegårdsgade 5, 7. sal

9000 Aalborg
Tlf.: 97 66 22 07

Neuropsykolog og projektleder
Trine Okkerstrøm Ryttersgaard
Direkte: 20 11 54 34
trine.ryttersgaard@rn.dk

9. september 2014

Projekt Styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade

Kontaktudvalget, Aalborg Universitetshospital

Torsdag den 30. oktober 2014

Projektleder og neuropsykolog Trine Okkerstrøm Ryttersgaard



AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL

Agenda

- Projektets målgruppe og mål
- Tværfagligt samarbejde i ambulatoriet
- Tværsektorielt samarbejde og kommunikation.

Projekt Styrket indsats for unge med erhvervet hjerneskade

- Region Nordjylland har fået tildelt 10 millioner kroner over tre år til at styrke indsatsen overfor unge med erhvervet hjerneskade.
- Projektet er et af fem regionale projekter med fælles klinisk database.
- Projektet er forankret i Neurologisk afdeling, Klinik Hoved-Orto.
- Ambulatoriet er fysisk placeret i ergo- og fysioterapien, afsnit Nord.

Målgruppe

Unge mellem 15-30 år,

- **som udskrives med en relevant diagnose**
- **som har en tidligere skade eller hvor lægen har mistanke om en tidligere skader, hvor der er tale om et nyopstået rehabiliteringsbehov.**

Inklusionskriterier:

- **Apopleksi** (blodprop i hjernen og hjerneblødning, samt andre sammenlignelige sygdomme).
- **Traumatisk hjerneskade** (følger efter slag i mod hovedet, herunder blødninger og frakturer. – Ikke commotio).
- **Encephalopati** (diffus hjerneskade af anden årsag).
- **Primær tumor i hjernen** (kræft samt godartede svulster i hjernen)
- **Subarachnoidal blødning** (hjernehindeblødning)
- **Infektioner** (betændelse i hjernen og i hjernens hinder):
- **Andre relevante sygdomme** (Myelinolysis pontis centralis, hypertensiv encefalopati og aneurisme på arteria carotis).

Eksklusionskriterier

- Commotio cerebri
- TCI
- Patienter hvor skaden er opstået før 28. dag efter fødslen.

Projektet skal

- åbne et nyt ambulatorium for unge med erhvervet hjerneskade.
- være med til at **sikre sammenhæng** mellem indsatsen i sygehusregi og den kommunale optræning.
- have som funktion at **rådgive og undervise** relevante faggrupper, som arbejder med patienter indenfor målgruppen.
- have fokus på **metodeudvikling** ift. en videreudvikling af området og for at **sikre et fortsat sammenhængende tværsektorielt forløb**, når projekt-perioden er overstået.

Tværdisciplinært, ambulantly udredningstilbud

- Ambulatoriet har to funktioner

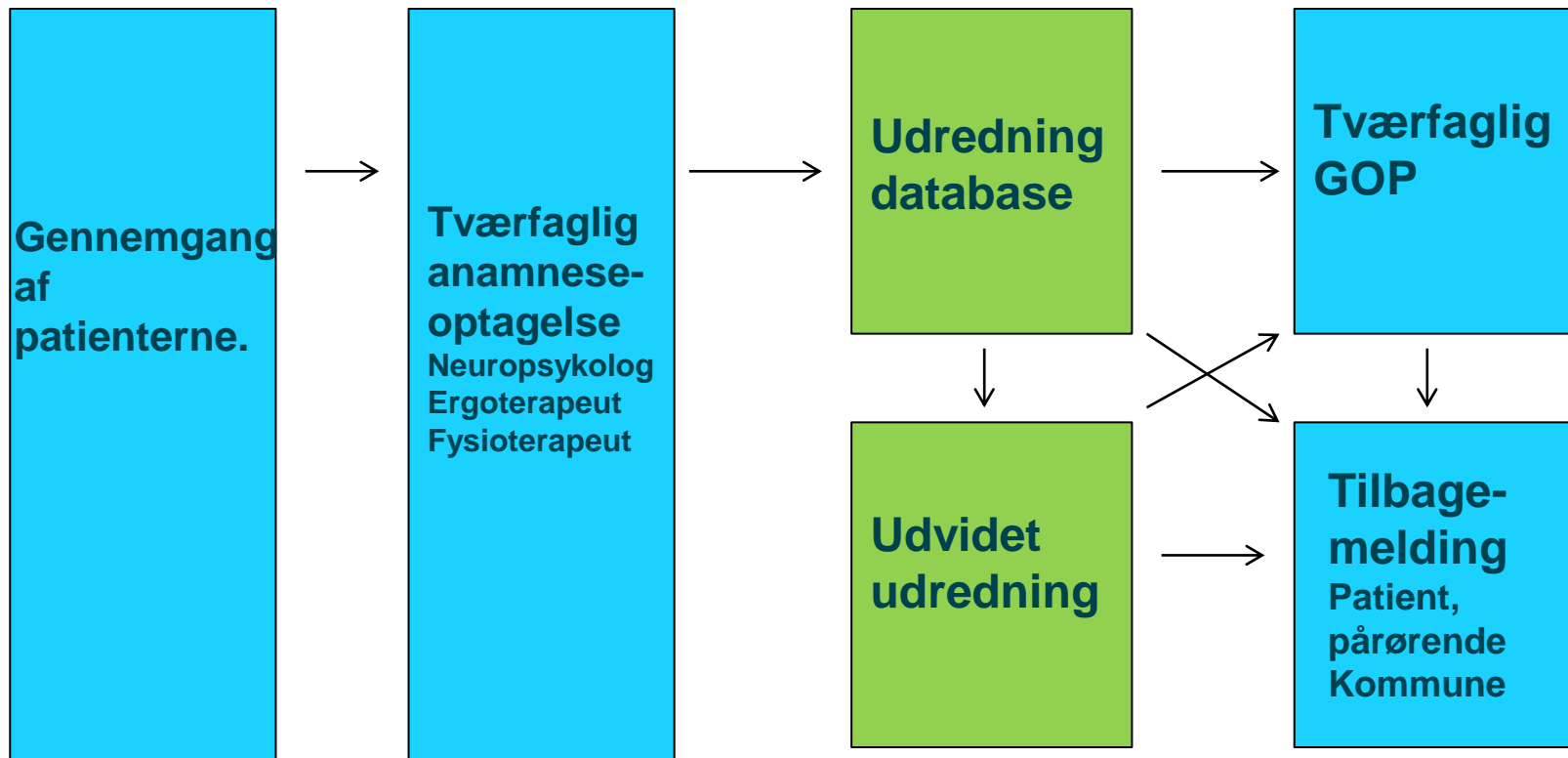
Opsporing:

- Projektet har til mål at opspore unge som bliver udskrevet efter en påvirkning på hjernen, og tilbyde dem en ambulantly udredning og opfølgning.

Tilbageløbsfunktion:

- Sygehusafdelinger/speciellæger/praktiserende læger kan henvise unge med en erhvervet hjerneskade eller mistanke herom til ambulantly tværfaglig udredning.

Tværfaglig ambulant udredning



Tværasektorielt samarbejde - formål

- Skabe en overgang fra sekundær sektor til primær sektor inde i ambulatoriet.
- Sikre at det arbejde som er igangsat kan videreføres.
- Sikre at patienten får en kontaktperson i kommunen – fx en hjerneskadekoordinator.
- Sikre at kommunen har kendskab til patienten – betydningen af den erhvervede hjerneskade.

Metode:

Kommunal deltagelse ved tilbagemelding til patienten

- Pt.en bliver personligt overleveret til kommunale samarbejdspartnere.
- Den videre plan i forløbet kan blive skitseret for patienten.
- Ingen specifikke anbefalinger om træning, men dette kan drøftes, hvis den kommunale samarbejdspartner lægger op til det.
- Undgå misforståelser.

Tværasektorielt samarbejde – erfaringer indtil nu.

- Der er organisatoriske forskelle på børne/unge og voksenområdet.
- Tværasektorielt samarbejde inde i kommunen.
- Fagligheden hos de personer som modtager anbefalingerne.
- Kommunikation når der ikke laves genoptræningsplan
- Interessere i at undersøge, om det er muligt at omsætte genoptræningsplanen til praksis.

Opkvalificering på tværs af sektorer.

Tværfaglig og tværsektoriel national konference

Når udviklingen bryder grænser

- Neurorehabilitering på tværs af sektorer med den unge i fokus.

Aalborg 17. og 18. juni 2015

Klinik Akut

Jeanette Rokbøl
Forløbsansvarlig viceklinikchef
Direkte: 25275060
j.rokboel@rn.dk

22. august 2014

Information vedrørende projekt omkring intensivret samarbejde mellem Udskrivningsenheden og AMA, Aalborg Universitetshospital

Dette tiltag vil være med til at implementere og udvikle udskrivningsforløb samt indlæggelsesforløb. Desuden vil det være med til at optimere indsatsen omkring sundhedsfremmende og forbyggelse.

Fra 8. september 2014 har udskrivningsenheden, Aalborg Kommune haft to udskrivningskoordinatorer placeret på AMA, Aalborg Universitetshospital.

Deres opgave er at have særligt fokus på de ældre medicinske patienter. Samarbejdet på stamafdelingerne har været godt. Vi forventer en række effekter:

- Forløbskoordinator møder borger allerede på AMA -> rød tråd i indlæggelsesforløbet, idet forløbskoordinator informerer borger om Aalborg Kommunes tilbud samt videregiver information til kollega i Aalborg Kommune
- Øge samarbejdet mellem AMA, PLO Aalborg samt Aalborg Kommune -> herunder kan forløbskoordinator inddrage praktiserende læge ved behov, mens borger befinder sig på AMA
- Orientering om kommunal rehabilitering til borger og AUH personale, mens borger befinder sig på AMA
- Reducering af kommunale udgifter til medfinansiering af indlæggelsesforløb, såfremt forløbskoordinator kan henvise borger til et kommunalt tilbud, inden borger overflyttes til AMA eller stamafdeling.
- Kommunal medvirken til at "vende den ældre medicinske patient i døren" på AMA således, at et længere indlæggelsesforløb undgås og risiko for øget funktionstab under indlæggelse reduceres
- Forløbskoordinator kan hurtigt tage kontakt til udfører i Aalborg Kommune mhp. vidensdeling og iværksætte eventuelle behov for hjælp
- Daglig vidensdeling mellem AMA og Udskrivningsenheden Aalborg Kommune, herunder større sammenhæng i den relationelle koordinering på tværs af primær og sekundær sektor
- Reducere akutte (medicinske) genindlæggelser ved, at forløbskoordinator henviser borger til rette tilbud første gang.
- Øge patienter/borgeres opfattede livskvalitet ved at reducere genindlæggelser.

- Reducere akutte medicinske korttidsindlæggelser ved, at forløbskoordinator sammen med speciallæge på AMA vurderer, om borgers plejebehov kan varetages i primær sektor -> herunder inddrage akutsygeplejersken i primær sektor
- Medvirke til at reducere utilsigtede hændelser i overgangen mellem primær og sekundær sektor, herunder medicinfejl, manglende opstart af kommunal hjælp efter udskrivelse mv.

Indsatsen iværksættes som et pilotprojekt i perioden 8.9.2014 til 28.2.2015 således, at forløbskoordinatorerne ved behov har sin daglige gang på AMA på hverdage i tidsrummet 11.00 - 15.30. Forløbskoordinatorerne er kommunalt forankret i Udskrivningsenheden Aalborg Kommune. Der afholdes midtvejsevaluering d. 19.11.2014 mellem Udskrivningsenheden, afdelingsledelse AMA, forløbsansvarlig viceklinikchef klinik Akut samt forløbsansvarlig viceklinikchef klinik Medicin. Slutevaluering forventes gennemført primo marts 2015.

Forløbsansvarlig viceklinikchef Akut samt leder af Udskrivningsenheden mødes månedligt mhp. løbende at justere og optimere indsatsen i forløbskoordination.

Se vedlagt udkast til projektbeskrivelse.

Indstilling til Kontaktudvalget

Det indstilles til Kontaktudvalget at:

- Tager præsentationen til efterretning.

Beslutning:

Michael Andersen og Jeanette Rokbøl indledte orienteringen med præsentation af Power Points. Power Points er vedlagt referatet. Orientering tages til efterretning.

Forløbskoordination - en indsats målrettet den særligt svækkede ældre medicinske patient

- et intensiveret samarbejde mellem AMA AaUH og Udskrivningsenheden Aalborg Kommune

Udskrivningsenheden Aalborg Kommune

- Forløbskoordinering er forankret i Myndighedsafdelingen, Ældre- og Handicapforvaltningen
- Fremskudt kommunal visitationsenhed beliggende på Mølleparkvej 8A;
 - 7 sygeplejersker
 - 3 ergoterapeuter
 - 3 SSA'er
 - 1 socialrådgiver
- Alle ansatte i Udskrivningsenheden er uddannede visitatorer.

**Aalborg
Kommune**



REGION NORDJYLLAND



Akut Modtageafsnit - AaUH

- Akut sengeafsnit
- Modtagelse af patienter fra lokalområdet med akut medicinske og kirurgiske (mave/tarm) sygdomme

Formål med AMA:

- Sikre hensigtsmæssige patientforløb
- Pleje og behandle akutte patienter på højt fagligt niveau
- Færdigbehandle patienter med kortvarende indlæggelsesbehov

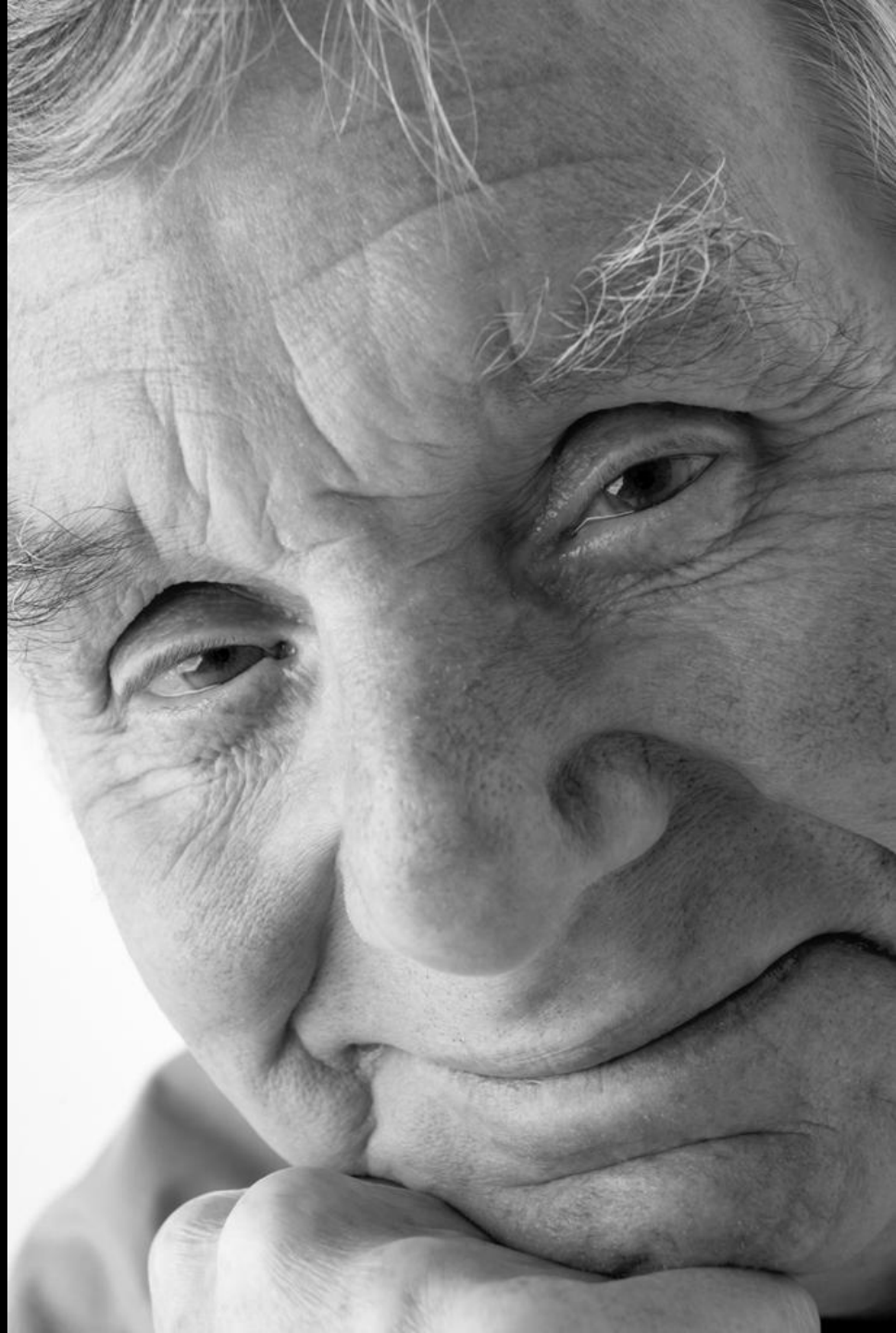


Formål og indsats

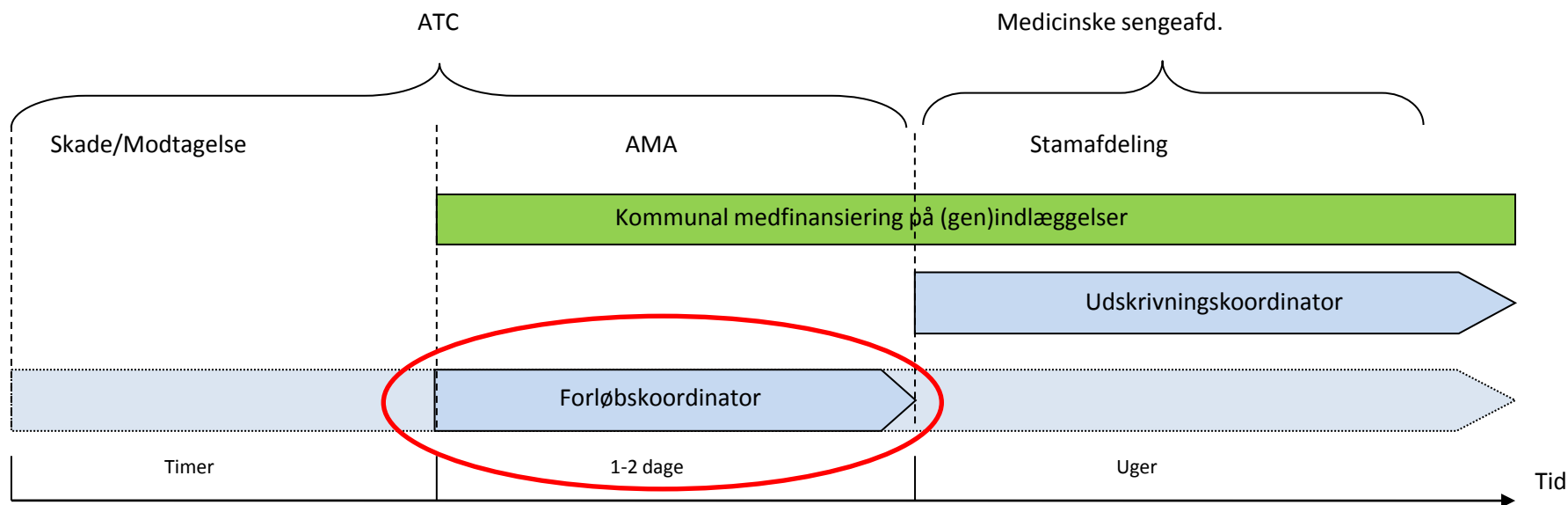
- Særligt fokus på de svækkede ældre medicinske patienter
- Optimeret samarbejde mellem primær og sekundær sektor

Forventede effekter:

- Forløbskoordinatorerne møder borgerne tidligt i forløbet
- Øger samarbejdet mellem AMA, PLO og Aalborg Kommune
- Formidle information om rehabilitering
- Vidensdeling og iværksætte eventuelle behov for hjælp
- Reducere akutte medicinske genindlæggelser
- Øge patienter/borgeres opfattede livskvalitet ved at reducere genindlæggelser



Pilotfase



- Pilotfase fra 8.9.2014 - 28.2.2015
- To forløbskoordinatorer (sygeplejersker) har daglig gang på AMA fra kl. 9.30 - 14.00
- Midtvejsevaluering ultimo november 2014
- Månedlig evaluering mellem leder af udskrivningsenheden og den forløbsansvarlig viceklinikchef – Klinik Akut

Dataindsamling

- Der indsamles to sæt data:

Retroperspektivt: Data om patienten

Postperspektivt: QALY – EQ-5D

- Studierne forventes, at kunne give afklaring på, hvordan både effekten og omkostningerne af indsatsen er.



Erfaringer indtil nu

**Aalborg
Kommune**



REGION NORDJYLLAND

Kontaktpersoner

Michael Andersen

Leder

Udskrivningsenheden Aalborg Kommune

T: 9982 3400

M: michaelandersen@aalborg.dk

Jeanette Rokbøl

Forløbsansvarlig viceklinikchef

Klinik Akut

T: 2527 5060

M: j.rokboel@rn.dk

**Aalborg
Kommune**



REGION NORDJYLLAND



Kontaktudvalget Aalborg Universitetshospital
Udarbejdet af: Lise Søndergaard
Dato: 21. oktober 2014

Tværasektoriel audit forår 2014

Sagsfremstilling

Der er indgået "Sundhedsaftale om forløbskoordinering – af indsatsen for særligt svækkede ældre medicinske patienter" mellem region og kommuner i Nordjylland. Hospitalet skal sikre implementering af aftalen.

Der er udarbejdet en handleplan for implementering af Sundhedsaftalen. Formålet med handleplanen er sikre implementering af Sundhedsaftalen om forløbskoordination i Aalborg Universitetshospital, hvor der sikres en organisering i hospitalet, der følger op på indhold i aftalen samt gennemfører audit på de specificerede områder i forhold til kvantitative og kvalitative mål. Dette formål kræver tæt samarbejde mellem hospital, almen praksis og kommunerne med henblik på at følge implementering og kvalitetsudviklingen i Sundhedsaftalen.

I foråret 2014 er der gennemført både kvantitative og kvalitative audit og resultaterne er gennemgået tværasektorielt ved møde 17. juni 2014 hvor der var repræsentanter fra Aalborg Kommune, Nordkap/almen praksis og Aalborg Universitetshospital.

Omkring metoden var cases udvalgt blandt indlagte patienter der var 65 år eller ældre og indlagte i mere end 48 timer. Det var ikke muligt at finde 10 patienter på hver sengeafdeling, så data er fra de patienter, der opfyldte inklusionskriterierne.

De 88 cases præsenteres i tabelform i bilag 1. Der var 65% af de automatiske indlæggelsesrapporter, som ikke indeholdt en funktionsvurdering, og ingen manuelle funktions vurderinger var sendt efterfølgende. Kun i 44% af cases var der sendt en plejeforløbsplan(PFP) indenfor 48 timer. Den endelige PFP blev sendt i 75% af cases. Der var anbefalet opfølgende hjemmebesøg i 38% af cases og udskrivningsrapporten (UR) fandtes kun ved 63%.

Konklusion er, at det er svært at planlægge udskrivelse, når de aftalte informationer ikke bliver oplyst rettidigt. Det vil sige, at der ses en sammenhæng mellem oplysninger i indlæggelsesrapporten og PFP. Når oplysninger ikke foreligger forsinkes processer i begge sektorer. Problemstillingen vil blive løftet i kommunen med henblik på nærmere udredning af den tilsyneladende mangel på manuelle funktionsvurderingen.

Der er overraskende høj andel af cases, hvor der er anbefalet opfølgende hjemmebesøg. En nærmere gennemgang viser at anbefalingerne kommer primært af de samme afdelinger. Noget tyder på at der er forskellig praksis fra speciale til speciale om, hvor hyppigt der anbefales opfølgende hjemmebesøg. Det bør derfor overvejes, om der skal udvikles fælles kriterier for, hvornår der anbefales hjemmebesøg. Anbefalingen om opfølgende hjemmebesøg bygger på en hospitalsvurdering. Det er vigtigt at få set på, hvornår de opfølgende besøg er udført og hvordan hospitalets anbefalinger anvendes.

Problemstillingen vil blive undersøgt i Aalborg Kommune – evt suppleret med muligheden for at trække data på antal opfølgende hjemmebesøg samt sammenhæng mellem anbefalede og udførte.

Der fandtes ingen patienter, der lå som færdigmeldte på hospitalet. Dette passer med auditdeltagernes vurdering af at kommunen er god til at modtage alle færdigbehandlede patienter.

Den lave frekvens af Udskrivningsrapporter blev drøftet. Det indstilles, at den finder en anden form, da den i begge sektorer opleves som en 'spildt' arbejdsgang. Udskrivningsrapporten tilføjer ikke noget nyt i forhold til plejeforløbsplanen, hvorfor den virker overflødig og unødvendig. Dette er bragt videre til grupperne omkring 3. generations Sundhedsaftaler vedrørende 'Sundheds IT' og 'Behandling og pleje'.

Datagrundlaget for de kvalitative data var 30 patienter fra hvert sengeafsnit, hvoraf der udvalgte 88 patienter til den kvantitative audit. heraf blev der udvalgt 19 patienter. Disse er endelig udvalgt af Udskrivningsenheden jf. udvælgelseskriterierne, således det er otte patientforløb udsendt til: Aalborg Kommune, otte praktiserende læger (én case pr læge) og Klinik Medicin. Der er modtaget følgende tilbagemeldinger: Almen praksis: 3; Kommune: 6 (Ingen adgang til 2 borgere) og Hospital: 8

Ved gennemgang af resultaterne er det tydeligt at kommunikationen for alle tre sektorer er vigtig – både indholdsmæssigt og i forhold til aftalte tidsfrister. Samarbejde med hjemmesygeplejerske, hjemmehjælp og visitation kan være med til at forebygge genindlæggelser. En case viser god dialog mellem de tre sektorer, men efter udskrivelsen bliver træningen/mobilisering ikke iværksat og patienten genindlægges med feber og dårlig almentilstand.

Flere cases viser at plejeforløbsplanen bliver sendt for sent - ofte få dage før udskrivelse. Overholdelse af tidsfrister giver gode vilkår for optimale arbejdsgange, samt dialog mellem alle aktører, der skal følge op. Der er ikke oplyst problemer i forhold til FMK.

Opsamling og plan for anvendelse

Vigtigt at information udveksles rettidigt. Sen og/eller mangelfuld kommunikation forsinker opgaver omkring udskrivelser i alle sektorer. Det anbefales at der bliver udarbejdet handleplaner hvor der er særlig fokus på:

1. Funktionsvurderinger ved indlæggelse - opdaterede
2. Plejeforløbsplaner indenfor 48 timer efter indlæggelse – tidsfrister
3. Opfølgende hjemmebesøg: Fælles kriterier for anbefalinger og undersøgelse af hvorvidt der følges op på anbefalingerne om opfølgende hjemmebesøg
4. Fjernelse af kravet om udskrivningsrapport

I hospitalet vil der blive fulgt op via de forløbsansvarlige viceklinikchefer og de afsnitsledende sygeplejersker bliver centrale aktører for implementering.

Kommune følger op intern og vil gerne være med til at gentage målingerne, herunder se på hvordan anbefalinger omkring opfølgende hjemmebesøg bliver anvendt. Kommunen rejser et ønske om, at der lægges en plan for, hvordan der uddrages læring i praksis og tværsektoriel kvalitetsudvikling på baggrund af auditfundene.

Kommunen har behov for fremadrettet at deltage i planlægning, udførelse og "efterbehandlingen" af de tværsektorielle audits, herunder vil Kommunen meget samarbejde med hospitalet og praktiserende læger om fokus og udvælgelseskriterierne for de tværsektorielle audits

Der var enighed blandt deltagerne i audit, at der havde været en god dialog og væsentlige problemstillinger var blevet belyst.

Ved behandling af emnet i Kontaktudvalget er det væsentligt af få afklaret fremtidig form og deltagere i audit som forventes gennemført foråret 2016.

Indstilling til Kontaktudvalget

Det indstilles til at Kontaktudvalget:

1. Drøfter om der fortsat skal være både en kvalitativ og kvantitativ del i audit – herunder drøfte om den kvalitative audit som den gennemførte, kan erstattes af gennemgang af cases, der behandlet som UTH.
2. Drøfter hvordan der er mulighed for at indsamle kvantitative data fra kommuner på den tværsektorielle audit.
3. Drøfter inddragelse af de praktiserende læger – og om det er muligt at få kvantitative data fra NordKap.
4. Afklarer hvilke kommuner skal inddrages i audit fremadrettet og indmelder navne på deltagere i Tværsektoriel audit 2015
5. Beslutter at fastholde den årlige audit jf. implementeringsplanen for Sundhedsaftale om forløbskoordination, hvor ovenfor besluttede justeringer følges.

Beslutning

1. Der skal gennemføres både en kvalitativ og kvantitativ audit – UTH skal ikke bruges som cases.
2. Der skal udarbejdes et fælles auditredskab, hvor IT- medarbejdere fra begge sektorer inddrages både ved udarbejdelse af indhold og ved gennemførelsen af audit.
3. Praksiskonsulent kan gennemføre interview af almen praksis i forhold til konkrete cases.
4. Jammerbugt, Vesthimmerland, Aalborg, og Brønderslev Kommuner ønsker alle repræsentanter, der skal deltage i både forberedelse og gennemførelse af audit. (Rebild og Mariagerfjord kommuner var ikke tilstede) Der skal meldes navne ind til lise.soendergaard@rn.dk senest den 20. januar 2015 (Aalborg har indmeldt). Lise Søndergaard koordinerer opgaven for 2015.
5. Audit gennemføres foråret 2015 med indarbejdelse af ovenstående justeringer.

Der er den 28. marts 2014 gennemført audit for at få større viden om kommunikationen i overgangene til kommunen. Der er samlet data fra 88 patientjournaler. Udvælgelseskriterier: Hvert relevant speciales senest udskrevne patienter, der var fyldt 65 år og havde været indlagt 48 timer eller mere.

		Aalborg UH samlet	Procentvis fordeling
	Antal pt	88	
Indeholder den automatiske indlæggelsesrapport en funktionsvurdering?	Ja	31	35
	Nej	57	65
Hvis nej: Foreligger manuel indlæggelsesrapport m funktionsvurdering?	Ja	0	0
	Nej	57	100
Foreligger der en plejeforløbsplan indenfor 48 timer af indlæggelsen?	Ja	39	44
	Nej	49	56
Foreligger der en endelig plejeforløbsplan?	Ja	66	75
	Nej	22	25
Anbefales opfølgende hjemmebesøg?	Ja	33	38
	Nej	55	63
Er færdigmeldingen registreret i TSM?	Ja	9	10
	Nej	79	90
Er færdigmeldingen registret i journalen?	Ja	0	-
	Nej	17	-
Er færdigmeldingen registret i PAS?	Ja	0	-
	Nej	2	-
Findes udskrivningsrap fra udskrivningsdøgnet?	Ja	55	63
	Nej	33	38

OPSAMLING KVALITATIV AUDIT

Gennemgang af kvalitativ er udført på baggrund af tilbagemeldinger fra kommune, almen praksis og hospital.

Mand, 72 år

Ved indlæggelsen:

Genindlægges onsdag d. 26. Er udskrevet fra medicinsk afdeling Hobro d. 24. kl. 16.00. Egen læge vurderer at patienten er udskrevet for tidligt til aflastningsplads i svær påvirket tilstand uden mulighed for sufficient tilsyn/behandling. Kommunen vurderer at genindlæggelsen kunne være forebygget.

Genindlagt via egen læge uden henvisning – der henvises til patientens hustrus vurdering af patienten. Praktiserende læge har ikke set patienten inden indlæggelsen.

Patienten bliver genindlagt akut på nyremedicinsk via egen læge fra aflastningsplads. Efter 2 dage overflyttes patienten til endokrinologisk. Efter 3 uger til geriatrisk afdeling.

Kommunen har sendt relevant information ved indlæggelsen – dog mangler funktions- og færdighedsvurdering.

Under indlæggelse:

Der afsendes først plejeforløbsplan efter 3 ugers indlæggelse, en dag før færdigbehandlingsdato. Der kunne med fordel være kommunikeret tidligere via TSM. Da hjemmeplejen ikke var involveret i indlæggelsen.

Ved udskrivelse:

I epikrisen anbefales egen læge at følge op. Epikrisen er fyldestgørende og praktiserende læge har fulgt op som anbefalet fra hospitalet. – men der er ikke anbefalet opfølgende hjemme besøg. Medicinen er afstemt og genoptræningsplan er medsendt.

Efter udskrivelse:

Ved udskrivelse fra hospitalsafdeling, skal man sikre sig at modtagende enhed er fyldt kompetent til at varetage videre pleje, observation og evt. videre behandling.

Plan & Kvalitet [Speciale] Sund Info

Hobrovej 18-22

9000 Aalborg

www.aalborguh.rm.dk

Leder Sund Info
Lise Søndergaard
Direkte: 97661360
lise.soendergaard@rn.dk

Ref.: Lise Søndergaard

Sagsnummer:
2013-021205

13. juni 2014

Patient id: 105

Mangler oplysninger fra kommune på denne patient.

Kvinde, 90 år

Indlægges på skademodtagelse med fraktur d, 8/3 kl. 14.55. Overføres samme dag til hæmatologisk afdeling for diarre (fissur i knæ og fod).

Ved indlæggelsen:

Patienten indlægges via lægevagten – ingen henvisning. Kommunikationen ved indlæggelsen er rettidig og sufficient. Medicinen er afstemt.

Under indlæggelse:

Ingen bemærkninger

Ved udskrivelse:

Er der lavet plejeforløbsplan og udskrivningskonference. Medsendt genoptræningsplan.

Efter udskrivelse: Genindlagt 6/4 febrilia alment dårlig og hypotension. Epikrisen er fyldestgørende. Der er gennemført opfølgende hjemmebesøg. Almen praksis har fulgt op.

Bemærkning:

Praktiserende læge: Jeg synes der har været tale om et godt eksempel på god overdragelse og samarbejde mellem sektorerne.

Patient id: 108

Kvinde, 88 år

Indlægges 12. marts på Dronninglund M1 for pneumoni kl. 22.50. Indlægges af vagtlæge. Udskrives d. 31/3 fra samme afdeling.

Ved indlæggelsen: Kommunikationen omkring indlæggelsen fra kommunen er korrekt og sufficient. Henvisningen fra egen læge er mangelfuld uden angivelse af problemformulering, relevante undersøgelsesresultater, problemformulering eller aktuell medicinliste.

Under indlæggelse: Plejeforløbsplanen er sendt d. 20/3 og færdigbehandlingsdato er 21/3. Kommunen skriver at der er behov for yderligere kommunikation omkring hjemmesygepleje, hjælpemidler og medicin. Der er ikke givet informationer fra kommunen til hospitalet – kommunen kunne med fordel have indgivet oplysninger omkring patienten habituelle tilstand.

Ved udskrivelse: Medicinen er afstemt – ingen fejl og mangler i medicinen i forhold til kommunen. Plejeforløbsplan sendt – der er aftalt mere hjælp og hjælpemidler i hjemmet. Ingen kommunikation mellem hospital og praktiserende læge.

Efter udskrivelse: Efter udskrivelsen kontakt mellem hospital og kommune omkring smerter. Der er ikke gennemført opfølgende hjemmebesøg, men taget telefonisk kontakt til patienten. I øvrigt er der fulgt op efter udskrivelsen som anbefalet af kommunen

Patienten tilses på skadestuen for konfusion af hofte efter fald i hjemmet. Hjemsendes med smertemedicin. I forbindelse med dette besøg skriver praktiserende læge: "Sygehuset har ikke anført videre med ordinationer fra fælles medicinkort – de har oprettet alle ordinationer på ny. Det har ført til at alle ordinationer står 2 gange i vort lægesystem. Dybt frustrerende og risiko for fejl.