

REFERAT

Samarbejdsforum, Somatik, Aalborg Universitetshospital

Den 19. oktober 2015 i Mødelokale 42D, Hobrovej 42D

Mødedeltagere

Aalborg Universitetshospital, Somatik

Lisbeth Kjær Lagoni, Sygeplejefaglig Direktør (Formand)

Morten Noreng, Lægefaglig direktør

Hanne Hartmann, F-VKC, Klinik Medicin

Jeanette Rokbøl, F-VKC, Klinik Akut

Anne Dorthe Bjerrum, Klinikchef, Klinik Kvinde, Barn og Urinvejskirurgi

Hans E. Madsen, Chefterapeut, Klinik Akut

Louise Weikop, Kvalitetskoordinator, Plan og Kvalitet

Karin Hedegaard, IT-Projektleder, Plan og Kvalitet

Lise Søndergaard, Leder Sund Info, Plan og Kvalitet (Sekretær)

Region Nordjylland, Fællesadministrationen

Iben Mortensen, Sundhedsfremmekonsulent, Sundhed og Sammenhæng

Kommunerne Klynge Midt og Syd

Mette Wulff Nielsen, Udskrivningskoordinator, Rebild Kommune

Susanne Rasmussen, Ledende sygeplejerske, Mariagerfjord Kommune

Annette Bødkegaard Poulsen, Funktionsleder for sygeplejen, Vesthimmerland Kommune

Helen Kæstel, Sygeplejefaglig leder, Ældre- og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

Ulla Nordtorp, Leder af Sundhedsplejen, Familie- og Beskæftigelsesforvaltningen, Aalborg Kommune

Michael Andersen, Leder af Udskrivningsenheden, Ældre og Handicapforvaltningen, Aalborg Kommune

Birgit Holm, Forløbskoordinator, Jammerbugt Kommune

Afbud:

Jens Ole Skov, Hospitalsdirektør

Jan Mainz, Vicedirektør, Aalborg Universitetshospital, Psykiatrien

Anne Lynge, Sygeplejefaglig leder, Jammerbugt Kommune,

Gæster:

Mette Johansen, Regional koordinator for CPOP i Nordjylland, Børneafdelingen

Louise Stadil Pinstrup, Risikomanager, Aalborg Universitetshospital

Jan-Henrik Winsløv, Funktionsansvarlig psykolog, Psykiatrien

Mødeleder Lisbeth Kjær Lagoni, **Referent** Lise Søndergaard

1. **Velkommen** v. Lisbeth Kjær Lagoni
Præsentationsrunde og velkommen til Anne-Dorthe Bjerrum, som deltager i stedet for Carl Otto Gøtzsche fremafrettet.
2. **Status på CPOP og samarbejde mellem Region og Kommuner med en case beskrivelse.** V. Mette Johansen, Regional koordinator for CPOP i Nordjylland, Børneafdelingen, Neuropædiatrisk Team. (Bilag)
3. **Årshjul for Samarbejdsforum – drøfte udkast og vedtage indhold for møder fremafrettet** v. Lise Søndergaard. (Tilrettet århjul vedhæftet)
Godkendt.
4. **Præsentation af Årsrapport for patientsikkerhed 2014 – herunder præsentation af tværsektorielle hændelser og drøftelse.** V. Louise Stadil Pinstrup, Risikomanager. (Bilag)
5. **Præsentation af anbefalingerne fra Workshopen om Tværsektoriel Audit** v. Jeanette Rokbøl (Bilag)
6. **IV- opgaveoverdragelse – Status på Den Administrative Styregruppes beslutning samt drøftelse af hvordan vi samarbejder fremadrettet.** (Bilag). V. Lisbeth Kjær Lagoni.
Punktet blev behandlet meget kort, hvor det blev aftalt at hospitalet kan kontakte kommunen, når der er patienter der har behov for IV-behandling i hjemmet. Gennem dialog afklares om kommunen har ressourcer til at hjemtage opgaven. Ved afslag skal hospitalet ikke færdigmelde patienten. Aftaler jf. beskrivelsen i Opgaveoverdragelsen er gældende.
7. **Status på samarbejdet omkring misbrugsbehandling** (bilag eftersendes). v. Jeanette Rokbøl ((Kl. 14.55)
Punktet udsættes til næste møde.

8. **Forekomst af selvmordsadfærd i Region Nordjylland og udfordringer i det selvmordsforebyggende arbejde** v. Jan-Henrik Winsløv, Funktionsansvarlig psykolog, Psykiatrien. (Bilag)
9. **Evt.** v. Lisbeth Kjær Lagoni
Intet
10. **Emner til næste møde den 30. november 2015.** v. Lisbeth Kjær Lagoni
Punkt 7.
Emner og sagsfremstilling bedes fremsendt til Lise Søndergaard senest den 2. november 2015

Referat og kommissorium for Samarbejdsforum findes [her](#).

Samarbejdsforum, Somatik, Aalborg Universitetshospital

Udarbejdet af: Mette Johansen. Regional koordinator for CPOP i Nordjylland
Dato: 23.09.2015

PUNKT 2:Opfølgningsprogram for Cerebral Parese, CPOP

Sagsfremstilling

CPOP er et tværsektorielt opfølgningsprogram for børn og unge med cerebral parese og en national klinisk kvalitetsdatabase under RKKP, Regionernes Kliniske Kvalitets Program. Regionen implementerer CPOP i 2014-15 med midler fra Ludvig og Sara Elsass Fond og har inkluderet børn med cerebral parese eller cerebral parese lignende symptomer født fra år 2007 eller senere. Hospitalsledelsen har givet tilsagn til videreførelse herefter.

Formålet med den systematiske tværfaglige og tværsektorielle opfølgning i CPOP er en ensartet, tidlig indsats og forebyggelse af sekundære følger af CP som udvikling af hofteluksationer og svære fejlstillinger.

I CPOP foretages løbende monitorering af det enkelte barn, hvortil der anvendes 4 fagspecifikke protokoller; neuropædiatrisk, ortopædkirurgisk, fysioterapeutisk – og ergoterapeutisk protokol, som tilbydes børnene med faste intervaller, afhængig af barnets alder og funktionsnedsættelse.

Regionen udfører de neuropædiatriske og ortopædkirurgiske undersøgelser og indberetter i databasen. Den ergoterapeutiske og fysioterapeutiske udfyldes af de fysio- og ergoterapeuter der er omkring barnet 1-2 gange årligt. Det er centralt for CPOP, at der er et samarbejde mellem den regionale og den kommunale indsats. De fysioterapeutiske og ergoterapeutiske protokoller er vigtige for at kunne følge børnene med CP og monitorere deres udvikling mhp at sikre det enkelte barn den rette behandling på det rette tidspunkt, og at der bliver fulgt op på den indsats, barnet får.

Der er ansat en fuldtids regional koordinator til at implementere opfølgningsprogrammet, deltage i konsultationer, undervise, indberette til databasen, validere data og samarbejde med CPOP nationalt.

Der er gennem det Fælleskommunale Sundhedssekretariat udpeget 1-3 kommunale kontaktpersoner for CPOP. De modtager på nuværende tidspunkt kvartalsvise statusrapporter for pågældende kommune, samt kommende årsrapport 2015 fra RKKP, sidstnævnte offentliggøres på Sundhed.dk

Indstilling til Samarbejdsforum

Det indstilles til Samarbejdsforum at:

- Oplægget omkring CPOP ses som en orientering.

Bilag

Præsentation vedhæftet.

Beslutning

- Med henblik på fremafrettet samarbejde indarbejdes CPOP protokollen i Sundhedsaftalen. Lisbeth Lagoni tager opgaven til Porteføljestyregruppen
- Der eftersendes en status til hver af Samarbejdsforums kommuner med henblik på evt. opfølgning



**Samarbejdsforum
Aalborg Universitetshospital
Mandag den 19. oktober 2015**

Mette Johansen.
Fysioterapeut. Cand.scient.fys

Oplægget i dag

- Hvad er CPOP og status på CPOP i Nordjylland
- Samarbejde mellem Region og Kommuner
- Case-beskrivelser
- Spørgsmål

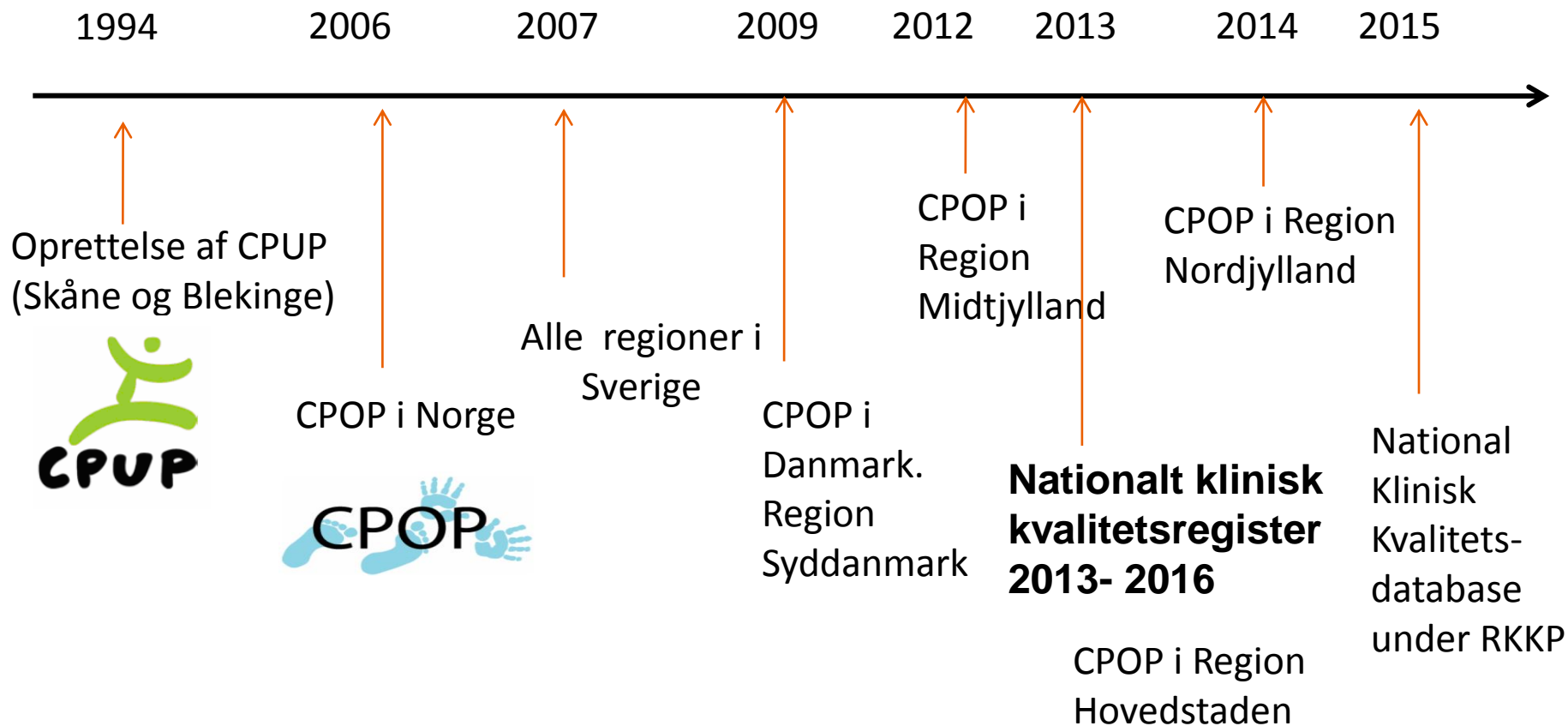


Hvad er CPOP?

- Opfølgningsprogram for børn med cerebral parese eller cerebral parese lignende symptomer
- Klinisk arbejdsredskab og nationalt klinisk kvalitetsdatabase
- Tværfagligt og tværsektorielt



Historie













Det overordnede formål med CPOP

- At sikre en effektiv forebyggelse, af alvorlige sekundære følger til CP, som hofteluksation, skoliose og svære fejlstillinger
- At sikre børn med CP en ensartet, tværfagligt og tværsektorielt koordineret opfølgning



Grovmotorisk klassifikation, 5 GMFCS-niveauer

Generelle overskrifter for hvert niveau

	Illustration 6-12 år	Illustration 13-18 år
Niveau I Går uden begrænsninger		
Niveau II Går med begrænsninger		
Niveau III Går ved hjælp af håndholdt gangredskab		
Niveau IV Kommer selvstændigt omkring med begrænsninger. Bruger evt. elektrisk køretøj		
Niveau V Transporteres i manuel kørestol		

Illustrationer fra www.canchild.ca



CL

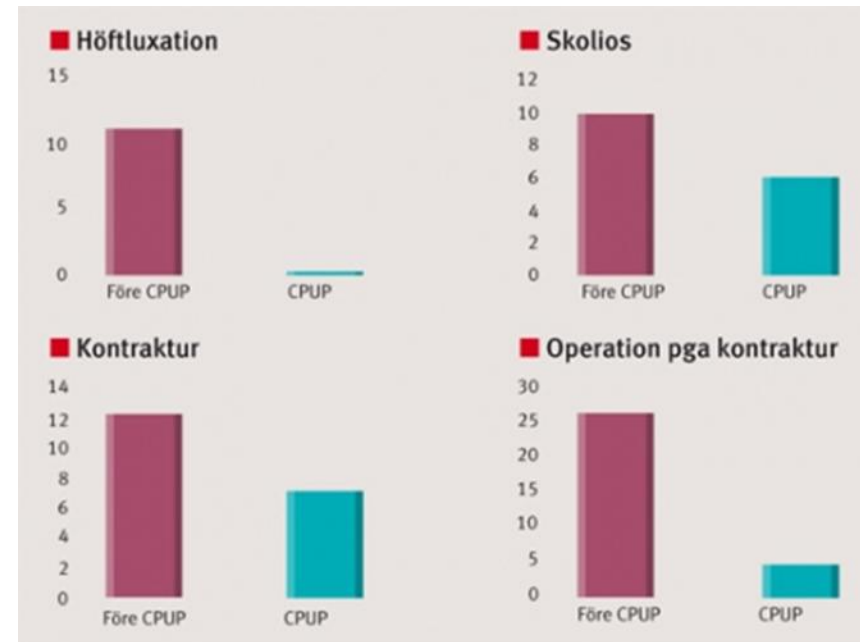
Hvad betyder CPUP...?

- Færre hofteluksationer, svære leddeformiteter og scolioser.

- Inden CPUP: 10 % af alle børn med CP fik en hofteluksation.
- Efter CPUP: 0,4 % af alle børn med CP får en hofteluksation.

- Inden CPUP: 40 % opereret for kontrakturer.
- Efter CPUP: 13 % opereret for kontrakturer.

Figur 1. Andelen af børn i Skåne og Blekinge med hofteluksation, skoliose (over 40 grader Cobbvinkel), kontraktur (rød værdi), og andelen af børn i % behandlet med kirurgi på grund af kontraktur før og efter indførelsen af CPUP.



Hvad betyder CPUP...?

- Færre hofteluksationer
- Hofteoperation foretages tidligere
- Færre børn gennemgår hofteoperationer
 - Eks. Børn med GMFCS niveau III-V, født 1996-2003
 - Antal hofteluksationer
 - » Norge: 18 børn
 - » Sverige; 1 barn
 - Gennemsnitslig alder for hofteoperation
 - » Norge; 7,6 år
 - » Sverige; 5,7 år

(Elkamil et al. 2011)



Tidlig indsats nødvendig

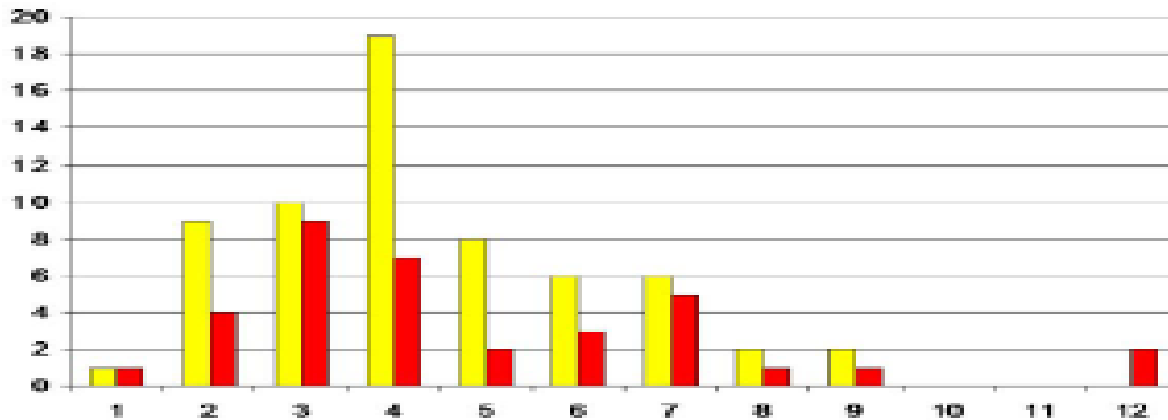


Figure 2
Number of children related to age (years) at first registration of MP above 33% (yellow) and 40% (red).



Characteristics of children with hip displacement in cerebral palsy
Gunnar Hägglund*¹, Henrik Lauge-Pedersen¹ and Philippe Wagner²

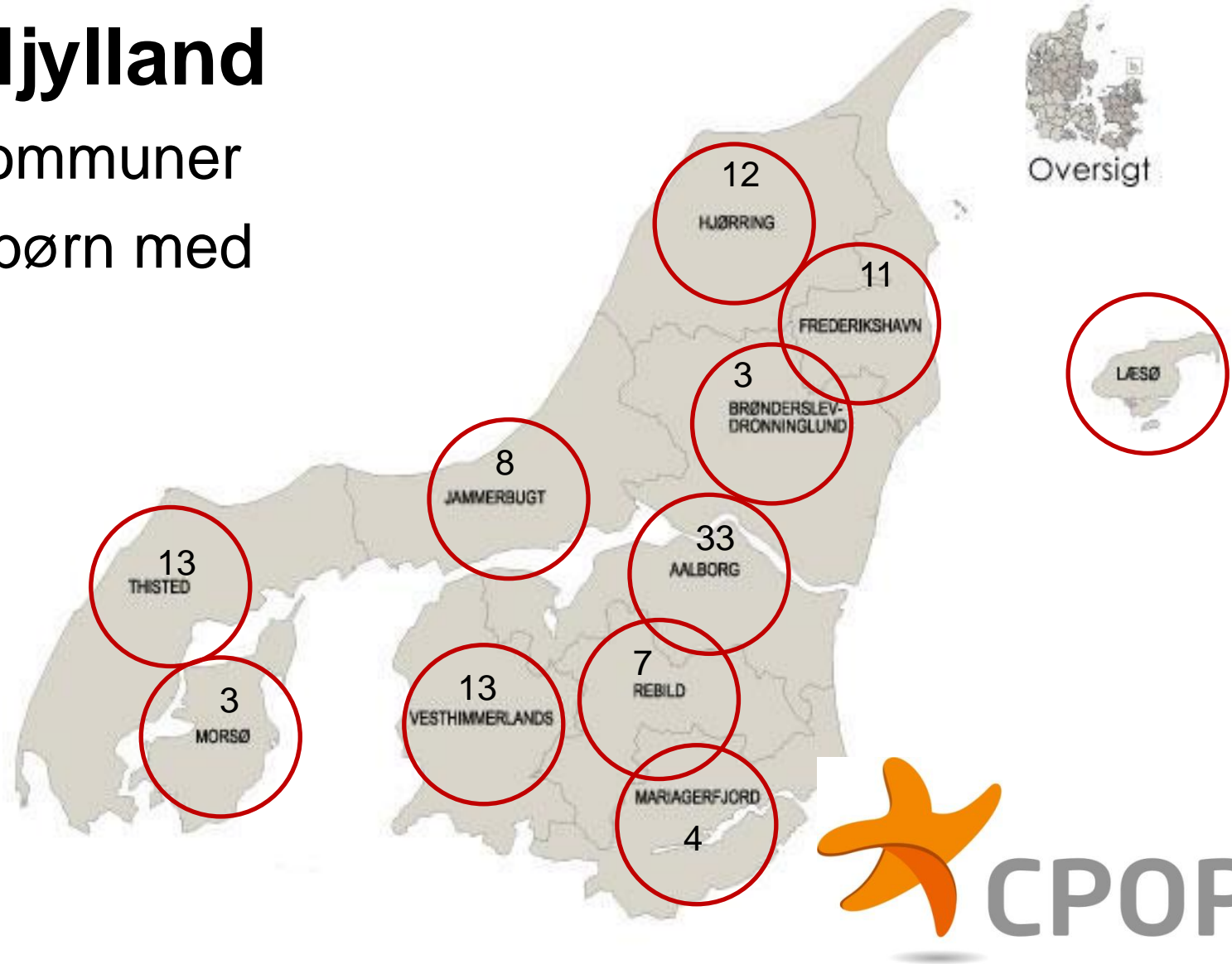
CPOP i Nordjylland

- 2014-15 projektperiode Ludvig Og Sara Elsass Fond
- 107 børn med CP eller CP-lignende symptomer født 2007 eller senere
- 3 tværfaglige kurser afholdt med i alt 66 deltagende fysio- og ergoterapeuter



Region Nordjylland

- 11 kommuner
- 107 børn med CP



Samarbejde mellem kommune og region

- Udfyldelse af protokoller
- Tværfaglig konsultation i Neuropædiatrisk Team på Børneafdelingen på Aalborg Universitetshospital og Sygehus Vendsyssel



National Klinisk Kvalitetsdatabase

- Krav til afrapportering
- Kvartalsvise statuslister sendes til kommunale kontaktpersoner
- Årsrapport



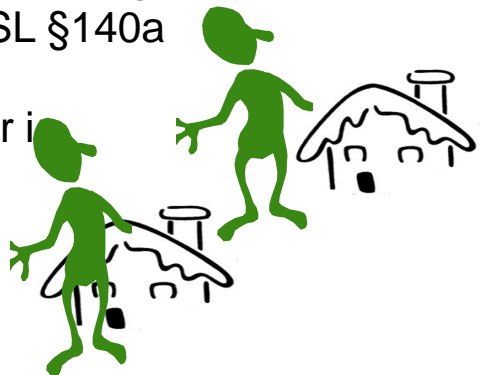
Kvalitetsindikatorer

- Hofterøntgen (min. 90 %)
- Grovmotorisk funktion – GMFCS (min. 95 %)
- Håndfunktion – MACS (min. 75%)
- Diagnose (min. 95 %)
- Alle indikatorer opfyldt (min. 60 %)
- Luksation af hoften (maks. 5 %)
- Under revidering efterår 2015



Dreng med CP (GMFCS V)

Vederlagsfri fysioterapi
SL §140a



Sagsbehandler i
kommunen

Konsulent fra Neuropædiatrisk
Team & Regional Koordinator for
CPOP



Genoptræningsplan
SL §140



Fysio- og
ergoterapeut
Folkeskoleloven



Vederlagsfri ridefysioterapi
SL §140a



Bassintræning
SEL §44



CPOP

Arrangementer

- Fyraftensmøde 28. oktober kl. 16-18; Status i tal, Scolioser og ortopædkirurgi ved børn med CP, erfaringer fra en kommune.
- Næste tværfaglige kursus er den 7. december 2015 kl. 8.30-15.00
- Individuelle arrangementer og undervisning

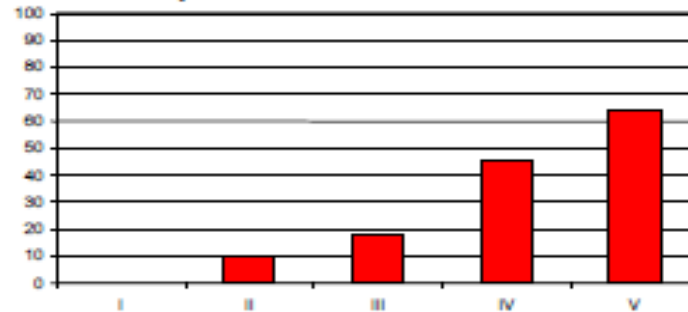


Spørgsmål



Hofteluksation

Gross Motor Function (GMFCS)



Characteristics of children with hip displacement in cerebral palsy
Gunnar Hägglund¹, Henrik Lauge-Pedersen¹ and Philippe Wagner²

BMC Musculoskeletal Disorders 2007,
8:101



Hofteluksation

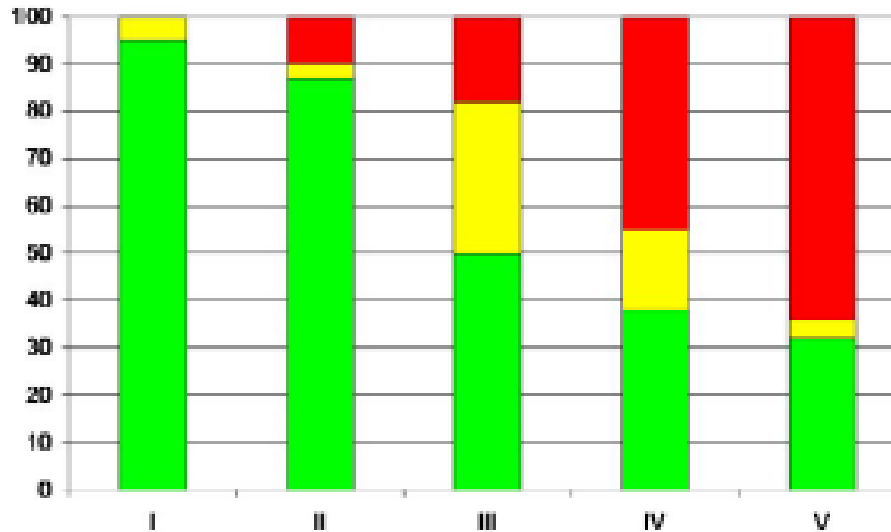


Figure 4

Proportion of children (%) with MP < 33% (green), 33–39% (yellow) and > 40% (red) in relation to GMFCS level.

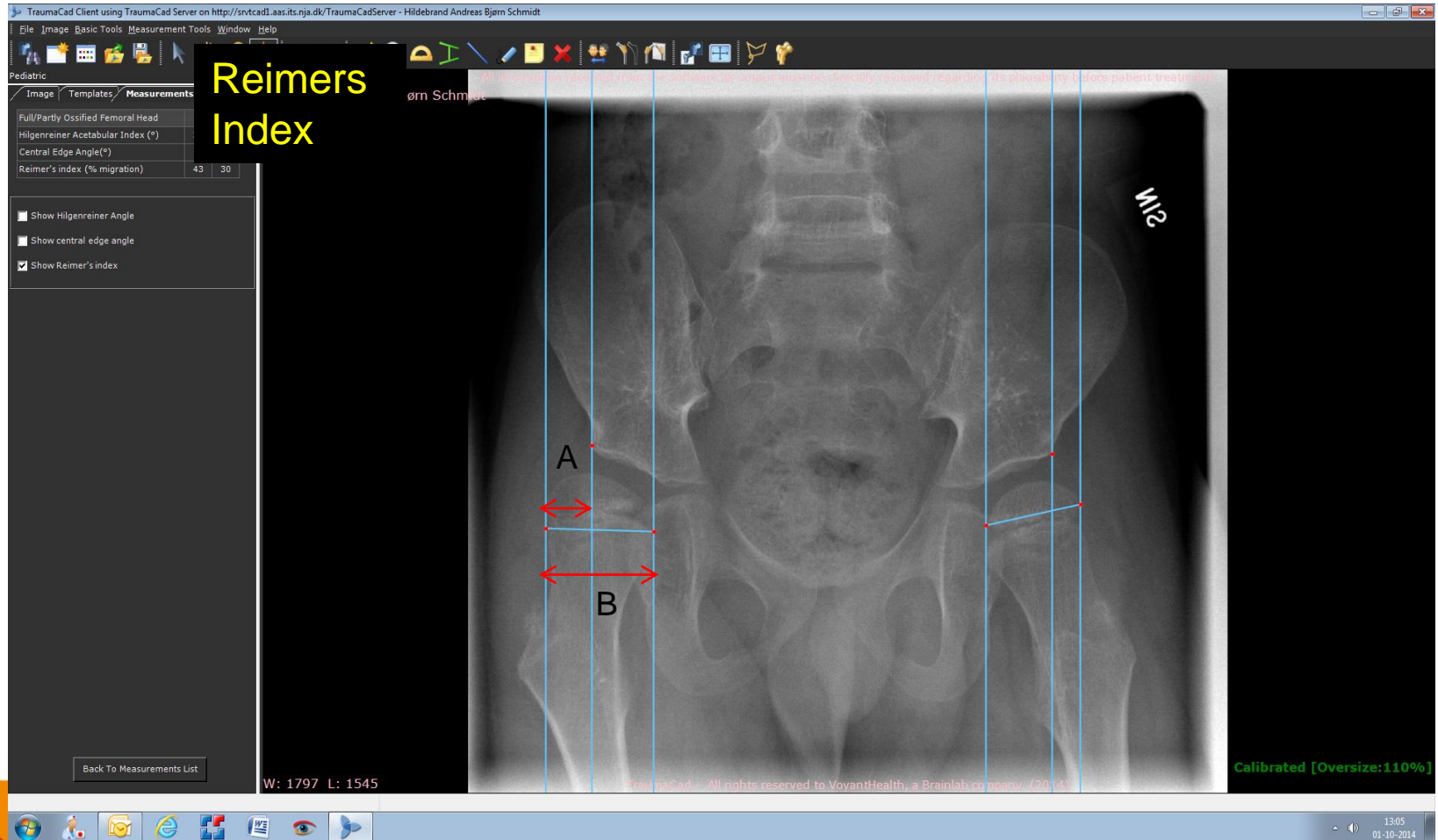


CPOP

Characteristics of children with hip displacement in cerebral palsy

Gunnar Hägglund*¹, Henrik Lauge-Pedersen¹ and Philippe Wagner²

Hofteluksationer



CPOP

PUNKT 3: ÅRSHJUL SAMARBEJDSFORUM, AALBORG UNIVERSITETSHOSPITAL, SOMATIK

1. Indledning.

Formålet med Sundhedsaftalens Samarbejdsforum er at varetage opfølgningen på Sundhedsaftalens driftsdel, dvs. følge op på implementeringen af de aftaler, der ligger i Den Tværsektorielle Grundaftale.

Når udviklingsprojekter fra Sundhedsaftalen 2015-2018 er klar til drift, overgår ansvaret for indsatserne fra Porteføljestyregruppen til de lokale Samarbejdsfora.

Formålet er endvidere at skabe en arena for det daglige, lokale samarbejde mellem kommuner og hospital.

Opgaven for Samarbejdsforum er at følge op på implementeringen af de aftaler, der ligger i Den Tværsektorielle Grundaftale. Samtidig skal Samarbejdsforum gøre Den Administrative Styregruppe opmærksom på, hvis der opstår situationer, hvor konkrete aftaler under Den Tværsektorielle Grundaftale bør justeres, hvilket kan afstedkomme en fornyet prioritering i den samlede mængde af projekter.

2. Ramme

Den politiske sundhedsaftale 2015-2018

1. Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet:

Målsætning:

- Færre uhensigtsmæssige genindlæggelser
- Færre forebyggelige indlæggelser
- Færre uhensigtsmæssige akutte korttids indlæggelser
- At færre færdigbehandlede patienter optager hospitalssenge

2. Reducere den sociale ulighed i sundhed

Målsætning:

- Andelen af nordjyder med gode sundhedsvaner skal stige
- At patienter med psykisk sygdomme er velbehandlet for deres somatiske sygdomme
- At andelen af førskolebørn der deltager i forebyggende helbredsundersøgelser stiger

3. En lærende, respektfuld og stærk samarbejdskultur

Målsætning:

- Revitalisering og anvendelse af aftalen om opgaveflytning i 2015

4. Sundhedstilbud på nye måder

Målsætning:

Plan & kvalitet

Hobrovej 18-22

9000 Aalborg

Leder Sund Info
Lise Søndergaard
Direkte: 97 66 13 59
lise.soendergaard@m.dk

Ref.: Lise Søndergaard

Sagsnummer:
Samarbejdsforum

21. oktober 2015

- At der udvikles og afprøves nye organisationsformer mellem sygehus, almen praksis og kommunerne med fælles mål og fælles finansiering.
- Iværksættelse af min. et nyt telehomecare projekt i aftale perioden

5. Opfølgning

Målsætning:

- I fællesskab udvikler måltal og indikatorer i takt med at konkrete indsatser udvikles

Tværasektoriel grundaftale – hovedtemaer

Forebyggelse

Arbejdsdeling - Forebyggelsesområdet

Familieambulatoriet - Samarbejdsaftale mellem Region Nordjylland og de nordjyske kommuner om den tidligere tværasektorielle indsats i forhold til børn fra misbrugsfamilier

Infektionshygiejnisk rådgivning og vejledning i Region Nordjylland

Behandling og Pleje

Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning

Sundhedsaftale om kommunikation på børneområdet ved brug af sikre mails

Sundhedsaftale til sikring af tværasektoriel koordineret opgaveflytning

Sundhedsaftale om kommunikation på fødselsområdet

Sundhedsaftale om forløbskoordinering

Generelt om Mennesker med sindslidelse

Sundhedsaftale om indsatsen for voksne med sindslidelse

Sundhedsaftale om indsatsen for børn og unge med sindslidelse

Sundhedsaftale om indsatsen vedr. mennesker med sindslidelse og samtidigt misbrug

Sundhedsaftale om indsatsen vedrørende ældrepsykiatriske patienter

Genoptræning og rehabilitering

Sundhedsaftalen om Behandlingsredskaber og hjælpemidler

Sundhedsaftalen om Genoptræning

Rammeaftale på kronikerområdet

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for KOL

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale Hjerte-Kar

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Diabetes

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for Demens

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale vedrørende rehabilitering og palliation i forbindelse med kræft

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for børn og unge med erhvervet hjerneskade

Sygdomsspecifik Sundhedsaftale for voksne med erhvervet hjerneskade

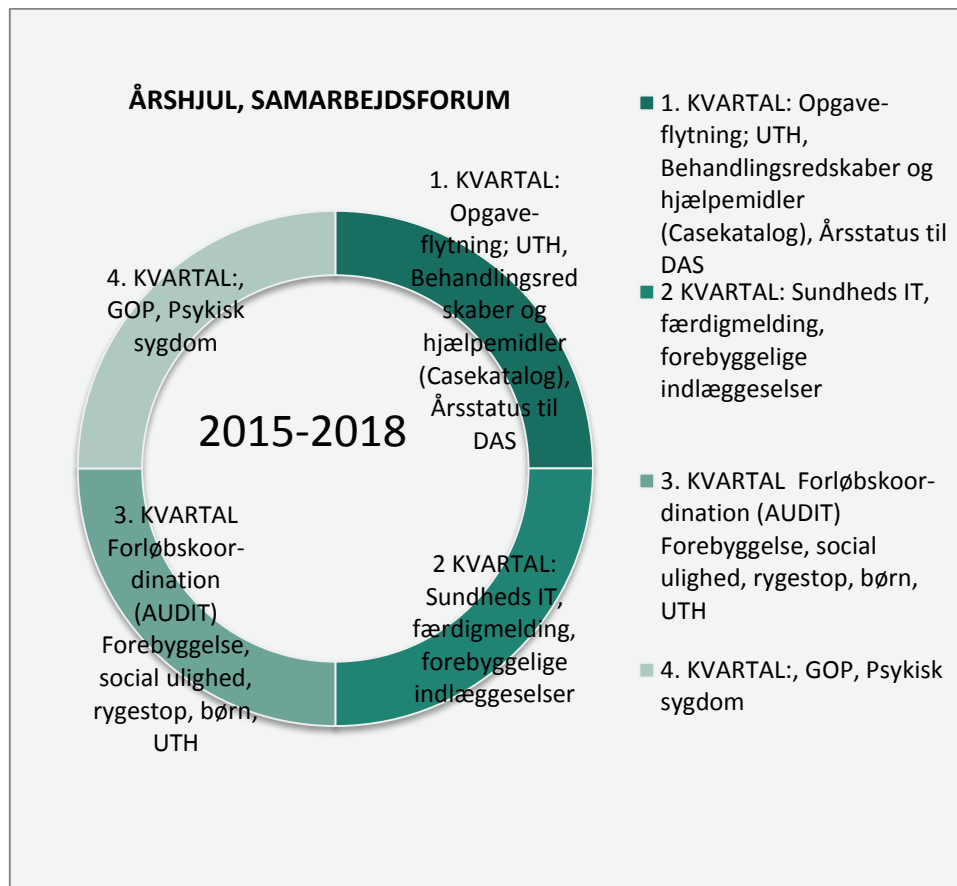
Utilsigtede hændelser

Utilsigtede Hændelser og Patientsikkerhed

Sundheds-IT

Samarbejdsaftale om Telemedicinsk sårvurdering

3. Årshjul



Med udgangspunkt i Samarbejdsforums temaer i Årshjulet præsenteres en case fra én sektor, for afsæt af behandling af emnet på det pågældende møde.

PUNKT 4: Præsentation af Årsrapport for patientsikkerhed 2014

Sagsfremstilling

Som led i patientsikkerhedsarbejdet på Aalborg Universitetshospital udarbejdes der årligt en patientsikkerhedsrapport til intern brug. Rapporten er udarbejdet i regi af Patientsikkerhedsudvalget i april 2015

Årsrapport for patientsikkerhed 2014 er skrevet for skabe overblik over de data, vi har på patientsikkerhedsområdet på Aalborg Universitetshospital. Vi anvender forskellige metoder til at belyse patientsikkerheden på hospitalet, og den viden vi opnår, anvender vi til at prioritere, hvor der skal iværksættes kvalitetsforbedrende tiltag for at øge patientsikkerheden.

Utilsigtede hændelser er en af vores datakilder til at arbejde målrettet med patientsikkerhed. Alle utilsigtede hændelser behandles løbende i de enkelte specialer, men i årsrapporten for patientsikkerhed ser vi på det samlede billede af de utilsigtede hændelser der rapporteres til Aalborg Universitetshospital. I 2014 er der rapporteret 2426 utilsigtede hændelser, hvilket er en stagnation i antallet af rapporterede hændelser. Hovedparten (71 %) af hændelserne der rapporteres på hospitalet resulterer i ingen eller lettere forbigående skade for patienten. 35 hændelser er rapporteret af patienter og pårørende.

Hovedparten af de utilsigtede hændelser omhandler medicinering, prøver, undersøgelser og prøvesvar, overlevering af information, ansvar og dokumentation, hvis man tager udgangspunkt i den klassificering hændelserne har i Dansk PatientSikkerhedsDatabase (DPSD). I forbindelse med årsrapporten gennemlæses alle utilsigtede hændelser rapporteret til Aalborg Universitetshospital med henblik på at identificere mønstre og tendenser i hændelserne. Efter gennemlæsningen er der identificeret mønstre og tendenser inden for række tematikker, et

mønster kan dels være afhængig af antal eller alvorlighed. Temaerne er følgende: "Medicinering", "Manglende eller forsinket erkendelse af kritisk forværring", "Prøver, undersøgelser og prøvesvar", "Overlevering af information i overgange", "Journaler og journalnotater", "Tryksår", "Fald", "Patientidentifikation" og "IT".

Omkring 10 % af de utilsigtede hændelser som vi arbejder med er fra primær sektor. Der er sket en fordobling af disse hændelser set i forhold til 2013. Over halvdelen af de tværsektorielle hændelser handler om medicinering. Et nyt tiltag i 2014 er UTH-Klynger, hvor udvalgte hændelser kan blive analyseret på tværs af sektorer. UTH-Klyngerne skal evalueres d. 30. oktober 2015.

Udover utilsigtede hændelser arbejder vi også med andre metoder, der kan afdække risikoområder i forhold til patientsikkerheden. Der gennemføres mortalitetsaudit på alle patienter, der dør under indlæggelse med henblik på at identificere mulige forebyggelige dødsfald. I afsnittet om mortalitetsaudit er læring og erfaring med konceptet beskrevet. Der blev i 2014 arbejdet systematisk med Global Trigger Tool værktøjet, som er en metode til at identificere skader på indlagte patienter. Endelig gennemføres der i alle klinikker patientsikkerhedsrunder, hvor klinikledelsen besøger udvalgte afsnit og drøfter patientsikkerhed med patienter, medarbejdere og ledelsen, for nærmere beskrivelse se afsnittet om patientsikkerhedsrunder. I rapporten er der gode eksempler på, hvordan der på baggrund af utilsigtede hændelser arbejdes lokalt med at øge patientsikkerhed.

Udvidet Hospitalsledelse har drøftet årsrapporten for patientsikkerhedsområdet, og besluttet at der skal iværksættes kvalitetsforbedrende indsatser i relation til:

- Medicineringsområdet
- Prøver og prøversvar
- Problemstillinger i forhold til overgange til primær sektor
- Opfølgning på TOKS.

Indstilling til Samarbejdsforum

Det indstilles til Samarbejdsforum at:

- At tage præsentation til efterretning
- Drøftelse af tværgående problematikker

Beslutning

Præsentationen blev drøftet. Der er flere rapporterende utilsigtede hændelser fra primærsektor til Aalborg universitetshospital end fra Aalborg universitetshospital til primærsektor i 2014. For første halvår af 2015 er der på tværs af primær sektor og hospitalet rapporteret lige så mange utilsigtede hændelser som i hele 2014. UTH-Klyngerne har fungeret i et år, og skal evalueres i forhold til læringsflow med henblik på den fremfrettet indsats. Vesthimmerlands Kommune skal i gang med et nyt E-learning-program. Ved første møde i Samarbejdsforum i 2016 skal der præsenteres en case. Louise Stadil Pinstrup og Lise Søndergaard planlægger dette dagsordenspunkt.

PUNKT 5: RESULTAGER OG ANBEFALINGER FRA TVÆRSEKTORIEL AUDIT

Sagsfremstilling

Sundhedsaftalen om forløbskoordinerings formål er, at konkretisere initiativet vedrørende ”fælles regionale og kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre patienter” i forhold til indhold, organisering og drift. Aktører i sundhedsaftalen er almen praksis, kommuner og hospital (region).

På baggrund af sundhedsaftalens krav har der været gennemført både en kvantitativ og kvalitativ audit, hvor forløbene er gennemgået på Workshop den 30. september 2015 med deltagelse af repræsentanter fra Aalborg Universitetshospital og de fem kommuner (Rebild, Vesthimmerland, Mariagerfjord, Aalborg & Jammerbugt).

Både udbytte og metode af arbejdsformen er evalueret, hvor der er tilkendegivet at audit havde været en god proces, hvor to forskellige verdener mødtes og delte viden, som kan bringes tilbage til praksis. Det er vigtigt at audit munder ud i noget konstruktivt. Anbefalingen til fremtidige audits er:

- At benytte samme koncept men forsøge at inddrage almen praksis, samt have større fokus på hjælpemidler og træning og tage udgangspunkt i de prioriterede indsatsområder fra 2015.

Temaer for den gennemførte audit var særligt omkring indlæggelses- og udskrivningstidspunktet. Der var mangel på manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter herunder beskrivelse af patient/borgers funktionsniveau.

Ved planlægningen af udskrivelser er der behov for tydelig angivelse af sygeplejehandlinger som kommunen skal følge op på. Det er vanskeligt at skelne opdateringer i Plejeforløbsplanen (PFP). Anbefaling for opfølgende hjemmebesøg var ikke synlige og bør ses som en fælles opgave mellem hospital, kommune og almen praksis. PRI dokumentets anvisninger har behov for eftersyn. I Udskrivningsrapporten (UR) er der behov for ”prioritering af opgaverne” i overgangen, Det opleves at UR forvirrer billede og virker unødigt. (Dette er i lighed med audit 2014, hvor der blev spurgt til om UR er nødvendig). Der er ved opgaveoverdragelse behov for prioritering i forhold til ”nice to know” og ”need to know” dette gælder både i PFP og UR, således teksterne bliver kortere.

I forhold til medicin var problemstillingerne ingen eller uoverensstemmelser mellem medicinlister i indlæggelsesrapport og Fælles Medicin Kort (FMK), hvor der ses et behov for énstregethed.

Det er tydeligt at elektronisk kommunikation skal anvendes, men at telefonkontakt i særlige tilfælde kan være værdifuld.

Ved audit blev der fundet følgende uhensigtsmæssigheder i forhold til IT:

- Automatisk generede advis ved interne overflytninger i hospitalet
- Kvittering for "Læst besked"
- Indhentning og dokumentation af "Samtykke"

Anbefaling

Anbefalingerne til Samarbejdsforum på baggrund af resultaterne fra Workshopen er:

- At der skal arbejdes med sikring af fremdrift og forandring gennem målstyring, hvor resultater fremstilles som fast punkt i Samarbejdsforums møder i form af præsentation af data og forbedringstiltag fra både hospital og kommuner. Særligt prioriteres indsatser omkring indlæggelses- og udskrivningstidspunktet samt Fælles Medicin Kort.
- At gruppen omkring Aktioncard nedlægges og der nedsættes en styregruppe for opfølgning af tværsektoriel audit med samme repræsentation som planlægningsgruppen suppleret med repræsentanter fra Rebild, Vesthimmerland og Mariagerfjord kommuner, som ikke har været med i planlægningen af denne tværsektorielle audit. Formand: Forløbsansvarlig Viceklinikchef Jeanette Rokbøl.
- At de fundne problemstillinger formidles til Den Administrative Styregruppe med henblik på beslutning om fælles tiltag i regionens kommuner og sygehus/hospital.

Indstilling til Samarbejdsforum

Det indstilles til Samarbejdsforum at:

- Godkende den foreslåede prioritering af indsats.
- Godkende nedsættelse af styregruppe, der planlægger opfølgning på denne tværsektorielle audits indsatsområder.
- Godkende at DAS orienteres om problemstillinger i den tværsektorielle elektroniske kommunikation

Bilag

Der er vedlagt følgende bilag:

- Audit rapport

Beslutning

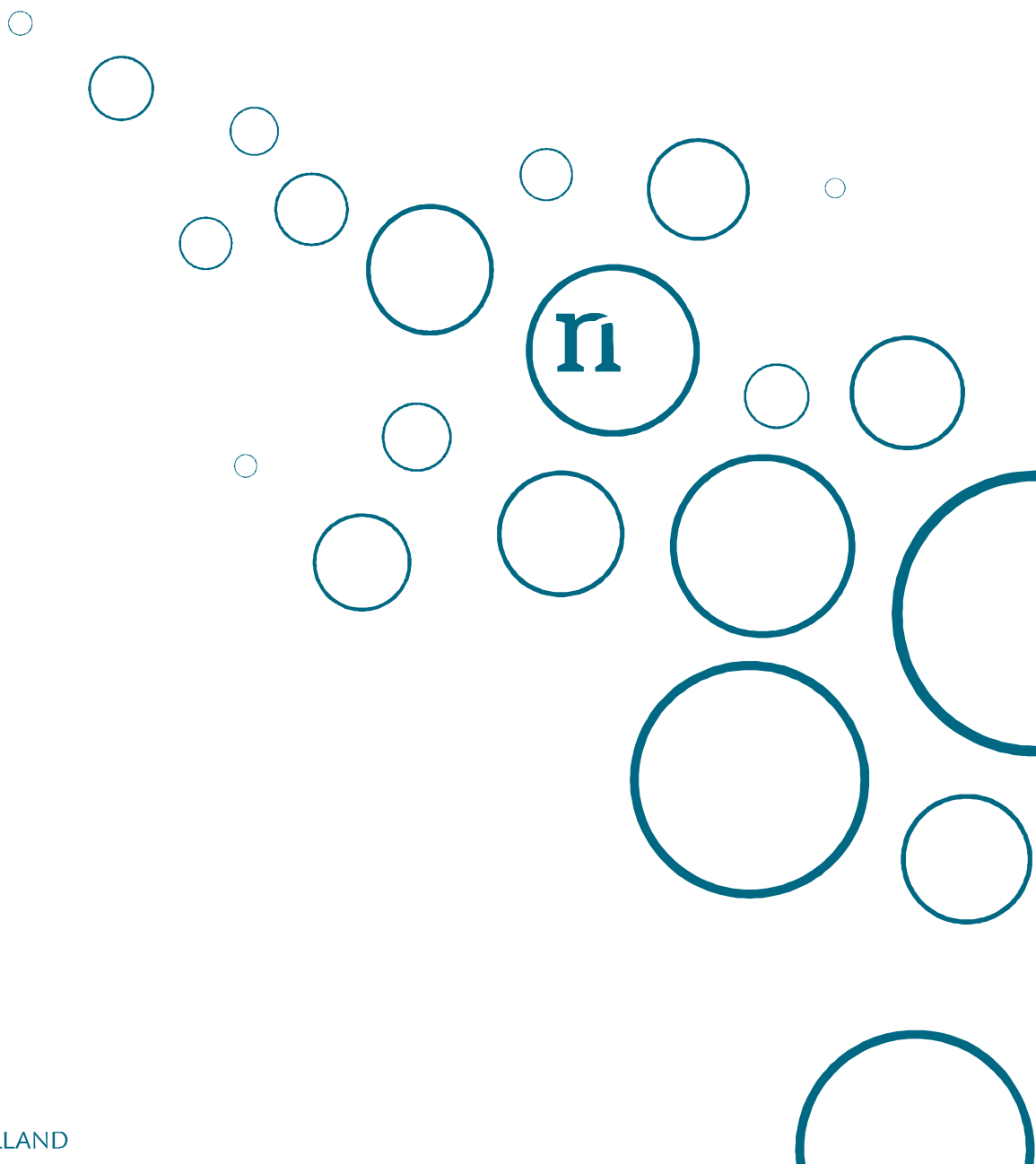
Samarbejdsforum besluttede at

- Opfølgning på Sundhedsaftalen om forløbskoordination skal på som fast emne på dagsordenen i Samarbejdsforum
- Gruppen omkring Aktioncard nedlægges. Der nedsættes en ny styregruppe som skal følge op på resultaterne fra den tværsektorielle audit. Rebild, Vesthimmerland og Mariagerfjord kommuner skal melde en repræsentant ind til Lise Søndergaard email: lise.soendergaard@rn.dk senest den 5. november 2015. Jeanette Rokbøl er formand.
- Lise Søndergaard skriver indstilling til DAS om problemstillinger fundet ved audit.
- Karin Hedegaard og Lise koordinerer de IT-relaterede ønsker og fremsender til Koncern IT

Rapport

**Audit på kommunikation i overgange mellem Aalborg Universi-
tetshospital og 5 nordjyske kommuner**

Oktober 2015



Indhold

Audit på kommunikation i overgange mellem Aalborg Universitetshospital og 5 nordjyske kommuner	1
Oktober 2015	1
Indledning	2
Sammenfatning af den kvantitative og kvalitative audit	3
Kvantitativ audit på tværsektoriel kommunikation mellem Aalborg Universitetshospital og 5 nordjyske kommuner	4
Vedr. indlæggelsesrapport	4
Vedr. plejeforløbsplan:	5
Vedr. udskrivningsrapporter	5
Vedr. opfølgende hjemmebesøg	6
Kvalitativ audit på tværsektoriel kommunikation mellem Aalborg Universitetshospital og 5 nordjyske kommuner	7
Sammenfatning af kvalitative audit	7
1. Er informationen tilstede ved indlæggelsen dækkende og tilstrækkelig for patientens tilstand og situation på indlæggelsestidspunktet ud fra en faglig vurdering?	7
2. Er informationen i indlæggelsesforløbet relevant, dækkende og tilstrækkelig ud fra en faglig vurdering?	10
3. Er den tværsektorielle kommunikation ved udskrivelsen dækkende og tilstrækkelig for patientens tilstand og situation på udskrivningstidspunktet ud fra en faglig vurdering?	12
4. Var der behov for indhentning af supplerende oplysninger efter udskrivelsen?	13
5. Konsekvenser for patientforløbet på tværs af sektorer	14

Indledning

I henhold til sundhedsaftalen om forløbskoordinering skal sygehuse og kommuner mindst en gang årligt gennemføre en audit på den tværsektorielle kommunikation.

Aalborg Universitetshospital og kommunerne (Aalborg, Jammerbugt, Mariagerfjord, Rebild og Vesthimmerland) besluttede at gennemføre det som en kombination af en kvantitativ og en kvalitativ audit. Dels en kvantitativ audit, hvor et større antal forløb blev gennemgået af hospitalet og den enkelte kommune, for at vurdere om sundhedsaftalen er opfyldt. Derudover en kvalitativ case gennemgang, hvor kommuner og hospital gennemgik enkelte cases sammen, for at få et billede af, hvordan kommunikationen konkret folder sig ud og hvilke implikationer dette har for borgeren/patienten.

Nedenfor gives en kort sammenfatning af de samlede resultater, hvorefter resultaterne af de 2 audits fremstilles.

Sammenfatning af den kvantitative og kvalitative audit

Temaer for den gennemførte audit var særligt omkring indlæggelses- og udskrivningstidspunktet.

Der var mangel på manuelt opdaterede indlæggelsesrapporter herunder beskrivelse af patient/borgers funktionsniveau.

Ved planlægningen af udskrivelser er der behov for tydelig angivelse af sygeplejehandlinger som kommunen skal følge op på. Det er vanskeligt, at skelne opdateringer i Plejeforløbsplanen.

Anbefaling om opfølgende hjemmebesøg var ikke synlige og bør ses som en fælles opgave mellem hospital, kommune og almen praksis. PRI dokumentets anvisninger har behov for eftersyn.

I Udskrivningsrapporten er der behov for "prioritering af opgaverne" i overgangen. Det opleves, at udskrivningsrapporten forvirrer billedet og virker unødigt (dette er i lighed med audit 2014, hvor det blev drøftet, om udskrivningsrapporten er nødvendig). Der er ved opgaveoverdragelse behov for prioritering i forhold til "nice to know" og "need to know" dette gælder både i plejeforløbsplaner og udskrivningsrapporter, således teksterne bliver kortere.

Generelt efterspørges en mere fri kommunikationsmulighed omkring den enkelte patient/borger. Kommunikation er meget kasseopdelt, og det er tiltider vanskeligt, at finde den rigtige kasse at sætte det man ønsker at kommunikere i.

I forhold til medicin var problemstillingerne betydelige. Enten i form af manglende medicinliste eller uoverensstemmelser mellem medicinlister i indlæggelsesrapport og Fælles Medicin Kort (FMK). Der ses et stort behov for énstrenghed.

Det er tydeligt, at elektronisk kommunikation skal anvendes, men at telefonkontakt i særlige tilfælde kan være værdifuld.

Ved audit blev der fundet følgende konkrete uhensigtsmæssigheder i forhold til IT:

1. Automatisk generede advis ved interne overflytninger i hospitalet
2. Besværligt at sætte kvittering for "Læst besked"
3. Indhentning og dokumentation af "Samtykke" er besværligt.

Kvantitativ audit på tværsektoriel kommunikation mellem Aalborg Universitetshospital og 5 nordjyske kommuner

I auditten indgik et tilfældigt udtræk på **220 patienter/borgere** fordelt på følgende måde:

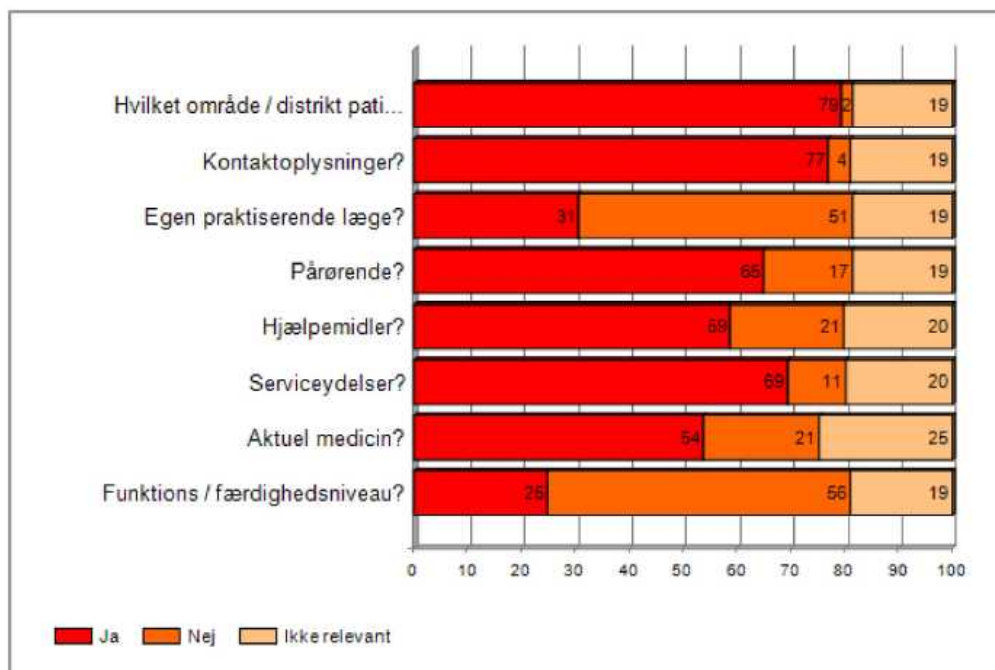
- Aalborg Universitetshospital 112
- Aalborg Kommune 50
- Jammerbugt 20
- Vesthimmerland 18
- Rebild 20
- Mariagerfjord 20

I et samarbejde mellem hospital og kommuner var på forhånd udviklet et kvantitativt spørgeark, således at alle deltagere besvarede de samme spørgsmål omkring det enkelte forløb.

Vedr. indlæggelsesrapport

Nedenstående viser resultatet af audit på indhold i indlæggelsesrapporter.

Indeholder **INDLÆGGELSESRAPPORTEN** nedenstående indenfor 24 timer? (Tidsfrist skal overholdes - ellers er svaret nej)



Især funktionsniveauet er ofte ikke beskrevet. Generelt har indlæggelsesrapporterne ikke et indhold, som er særligt anvendeligt for hospitalspersonalet.

I auditten blev også set efter, om der var kvitteret for at indlæggelsesrapporten var læst. Dette var der kun i 11 % af rapporterne. Dette er dog ikke ensbetydende med at rapporten ikke læst, idet kvittering kræver, at man manuelt går ind og vinger rapporten af som læst.

Mere sigende er måske antallet af indlæggelsesrapporter, som ikke kan læses på grund af manglende samtykke. Dette blev ikke gjort systematisk op, men på Aalborg UH fandt man, at i ca. 10 % af forløbene, var der ikke indhentet samtykke til at læse oplysningerne.

Vedr. plejeforløbsplan:

Kun 53 % af plejeforløbsplaner var afsendte indenfor 48 timer efter indlæggelsestidspunktet. Indholdet i plejeforløbsplanerne vurderes generelt positivt:

Indeholder PLEJEFORLØBSPLANEN

Antal	Ja	Nej	Ikke relevant	Total
Tidspunkt for indlæggelsen?	127	1	0	128
Årsag til Indlæggelsen?	126	2	0	128
Forventet indlæggelsesforløb?	118	9	1	128
Forventet færdigbehandlingsdato?	116	12	0	128
Behov for yderligere koordinering f.eks. ændret behov for pleje / hjælpemidler, bolig	112	16	0	128
Forventet funktionsniveau ved udskrivelsen	46	82	0	128
Dato og navn fra sygehuset	127	1	0	128
Total	772	123	1	896

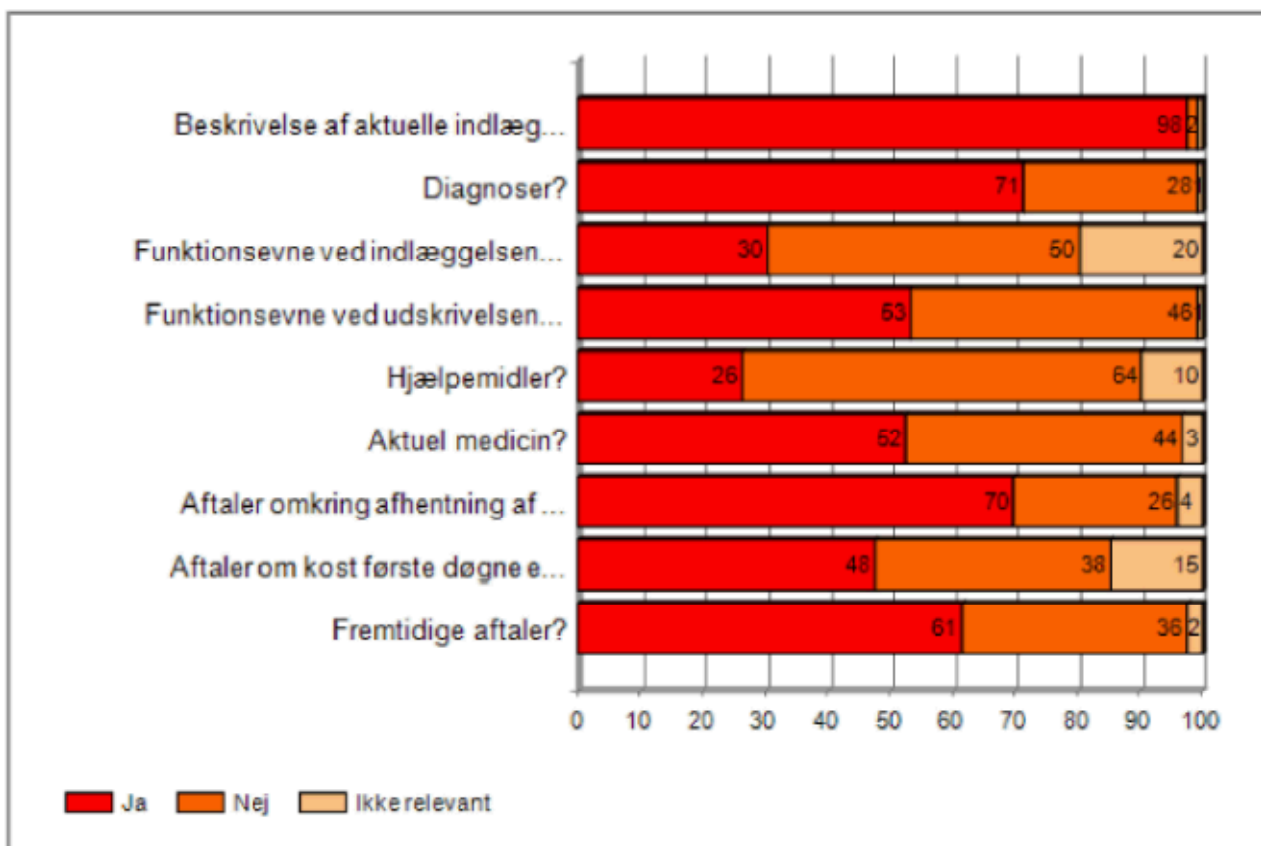
Opgørelsen viser, at det primært er forventet funktionsniveau ved udskrivelsen, som ikke er udfyldt i plejeforløbsplanerne.

Antallet af afsendte plejeforløbsplaner har været genstand for en del drøftelser. Den kvantitative audit viste at i langt de fleste tilfælde, er antallet af afsendte plejeforløbsplaner på 3 eller derunder. Kun i 13 % af tilfældene var vurderingen, at antallet af afsendte plejeforløbsplaner var for højt.

Vedr. udskrivningsrapporter

I 35 % af tilfældene er der ikke udsendt en udskrivningsrapport. Dette ligger på samme niveau som i 2014. For mange i både kommuner og hospital opleves udskrivningsrapporten som en spildt arbejdsgang, da den ikke må indeholde nyt i forhold til den senest afsendte plejeforløbsplan.

Når indholdet af udskrivningsrapporterne vurderes, ser resultatet således ud:



Diagrammet viser, at funktionsevne kun er udfyldt i 30 %, hjælpemidler i 26 % og aftaler om kost første døgn i 48 % af tilfældene.

I forhold til medicin havde kommunen i 36 % af de gennemgåede forløb behov for at kontakte hospitalet omkring patientens medicin. Det er altså meget ofte, at kommunerne ikke har den nødvendige viden omkring borgernes medicin efter indlæggelse.

Vedr. opfølgende hjemmebesøg

Af de 220 gennemgåede forløb er der fundet i alt 6 anbefalinger om opfølgende hjemmebesøg, svarende til under 3 % af tilfældene. I kommunernes kvantitative audit var vurderingen, at der i op mod 25 % af de gennemgåede forløb, burde være blevet anbefalet hjemmebesøg. Der således et stort potentiale for at øge dette punkt. En central problematik er i denne sammenhæng det IT-mæssige. Der er nemlig ingen steder, hvor det er muligt, på en enkel måde, at anbefale hjemmebesøget.

Kvalitativ audit på tværsektoriel kommunikation mellem Aalborg Universitetshospital og 5 nordjyske kommuner

Med udgangspunkt i nedenstående kilder og spørgsmålene 1-5 er der gennemgået patient cases med henblik på, at vurdere den tværsektorielle kommunikation:

Kilder:

- Kommunale systemer, Indlæggelsesrapport(er)
- Henvi sning
- Anamnese ved indlæggelse
- E-breve Plejeforløbsplan, Udskrivelsesrapport Korrespondancer mv.
- Epikrise
- Clinical Care

Nedenfor findes opsummering af den kvalitative audit, hvorefter følger en sammenskrivning af fundene på de gennemgåede cases.

Sammenfatning af kvalitative audit

Ved den kvalitative audit findes en række temaer som problematiske vedrørende: Medicin, Indlæggelsesrapporter især de manuelle med opdateret funktions beskrivelser Det ville være en stor hjælp, hvis det fremgik af PlejeForløbsPlanerne (PFP), hvad der er opdatering, og hvad der er gammel tekst. Hospitalsafsnit skal huske at sende Udskrivningsrapporten (UR). Der skal rettes opmærksomhed på "gamle" PFP fra andre specialer, når en kompleks patient overflyttes fra et afsnit til et andet.

Omkring IT-systemet var der uhensigtsmæssige registreringer vedrørende: Pårørende, overflytninger, responstid fra f.eks. PFP er sendt til modtaget. Registrering af samtykke samt et ønske om "Tool-Tip"

1. Er informationen tilstede ved indlæggelsen dækkende og tilstrækkelig for patientens tilstand og situation på indlæggelsestidspunktet ud fra en faglig vurdering?

Velfungerende kommunikation	Medicinlisten er velbeskrevet Fremgår at patient er kendt af hjemmeplejen Der er lavet en automatisk indlæggelsesrapport som er meget ufuldstændig ift. funktionsniveau. Medicinoplysninger ok
------------------------------------	---

	<p>Hjælpe midler beskrevet (fra 2013) Lægerne er ikke klar over, at de kan gå ind i indlæggelsesrapporten for at se medicin oplysningerne – i fremtiden skal vi anvende FMK.</p> <p>Ved de komplekse patienter er det en god ide, at sende en supplerende indlæggelsesrapport.</p> <p>Det er ikke længere nødvendigt at sætte en dato for forventet udskrivelse. Man kan godt nøjes med at skrive en kommentar. Og man kan også udfylde tidspunktet for, hvilket klokkeslæt, man regner med at patienten bliver udskrevet.</p> <p>De sygeplejefaglige 'problemer' kommer evt. i 2016 med som en del af indlæggelsesrapporten.</p> <p>Det er en stor hjælp, hvis man skriver NYT og dato, når vi ændrer noget i plejeforløbsplan.</p> <p>Det er ikke nødvendigt at sende en plejeforløbsplan ved overflytning MANUELT. Det sker helt automatisk.</p> <p>Undgå at bruge fiktive datoer ved forventet udskrivelse. Hvis man ikke kender datoen, så skal man skrive det i en kommentar. Det er en udfordring for kommunen, at der står en fiktiv dato fx 29.12, og så kommer borgeren hjem kort tid efter. På den måde kan kommunen have svært ved at hjemtage pt. / være klar med rette foranstaltninger.</p> <p>Når der er en personlig og mundtlig kontakt</p>
Problematiske kommunikation	<p>Skabelon for indlæggelsesrapport gør det svært at viderebringe relevante informationer ift. Nøgleord ift. med com standard</p> <p>Mangler beskrivelser af funktionsniveau – helhedsvurdering af borgeren mangler</p> <p>Ikke henvisning på første indlæggelse</p> <p>Problematiske m FMK og medicinliste</p> <p>Tager patienten selv insulin</p> <p>Der er lavet en automatisk indlæggelsesrapport som er meget ufuldstændig ift. funktionsniveau.</p> <p>Meget langt medicinliste, som er udtryk for det som kommunen er enige med den praktiserende læge om at patienten skal have. Dette er ikke afstemt med FMK.</p> <p>De oplysninger der indsendes passer med det som er visiteret af hjælp af kommunen.</p> <p>Der mangler funktionsvurderinger fordi omsorgssystemet ikke kan fodre ind i indlæggelsesrapporten.</p>

	<p>Manglende viden om indsendelse af manuel indlæggelsesrapport. Hun virker temmelig syg. Alligevel foreligger der ingen oplysninger om patienten på indlæggelsestidspunktet. Ingen funktionsevne beskrevet. Ingen medicinliste. Sygehuset kan se i indlæggelsesrapporten, at der er medicinadministration. Kommunen oplyser, at borger selv administrerer (måske er sygepleje-modulet ikke ajourført?) Ingen yderligere oplysninger. Sygehuset får ingen vigtige/relevante/brugbare info i denne indlæggelsesrapport. Kommunen har i deres journal oplysninger, der ville være meget relevante.</p> <p>Sygehuset: "hvorfør får jeg så mange oplysninger om minutter" nogle gange flere sider. Vil gerne have funktionsvurdering i stedet. Bruger ikke minutterne til noget.</p> <p>I denne var det modtaget supplerende indlæggelsesrapport" Under pårørende 'er informeret' = NEJ. Dette svar genereres automatisk, og hverken sygehus eller kommune kan skrive noget her. Alle de steder, hvor der ikke kan skrives noget, skal væk! (Hele kassen 'Pårørende' skal fjernes, da oplysningerne kommer i kassen under. Funktionsvurdering ikke med, den er ikke revideret fra kommunen, og går derfor ikke med over! Der har været en diskussion om, hvorvidt det er bedre med en gammel funktionsvurdering end ingen! Vi har en udfordring i, at vi har et system, som genererer noget elektronisk, men uden reelt og brugbart indhold.</p> <p>Funktionsvurderingen er udført i kommunen, men er ikke overført til vores system. Her ser det ud som om, at der ikke er foretaget en!(Vesthimmerland kigger selv på det, da det er deres Care-system) Ønske om, at responstiden blev kortere for Plejeforløbsplan/ indlæggelsesrapporten fra hospitalet til kommunen (Koncern IT-undersøger, om det kan lade sig gøre at minimere responstiden. Det handler om leverandørerne!) Kommunerne vil gerne have, at man skal skrive, hvilke ændringer, der er foretaget i medicinen, så der ikke er tvivl om, hvorvidt det er reelle ændringer eller forglemmelser. – det er et stort arbejde for sygeplejerskerne at få overblik over dette. Vi afventer FMK ultimo 2015. Samtykke er ikke indhentet – indlæggelsesrapport ikke læst.</p> <p>Problematisk at der ikke er sendt manuel indlæggelsesrapport på trods af at det er en meget speciel patient, som har særlige plejebehov.</p> <p>Der mangler oplysninger som findes i kommunens døgnrytmeplan – særligt vigtigt i forhold til denne patient. Det kunne være rigtig vigtigt at få denne information med.</p>
--	--

	<p>Men i denne situation er der ikke noget relevant information med – problematisk for denne patient.</p> <p>Igen ikke indhentet samtykke. Ikke så mange informationer i indlæggelsesrapporten. Der manglede sygeplejefaglig information på indlæggelsestidspunktet. Af døgnrytmeplanen fremgår at patienten både er i dialyse og er tryksår truet.</p>
--	---

2. Er informationen i indlæggelsesforløbet relevant, dækkende og tilstrækkelig ud fra en faglig vurdering?

Velfungerende kommunikation	<p>Meget velbeskrevet funktionsvurdering.</p> <p>Udsendt plejeplan som er præcis- men som ikke er fulgt op</p> <p>Plejeforløbsplan: i forhold til at han er ny opereret forventer kommunen ikke flere oplysninger.</p> <p>plejeforløbsplan: aktuel funktionsvurdering d. 24 er beskrevet. Relevante oplysninger</p> <p>Når der er mulighed for telefonisk kontakt</p> <p>Må forventes hjælp i hjemme ved udskrivelse noteres i første afsnit hvor patient er indlagt (information tabes undervejs)</p>
Problematisk kommunikation	<p>Første plejeforløbsplan sendes først efter 8 dage.</p> <p>Det giver ikke mening at sende en fyldestgørende funktionsbeskrivelse indenfor 48 timer hvis ikke er der afklaring af patienten. Godt for kommunen at vide om indlæggelsen bliver lang.</p> <p>God ide at sende en forkortet plejeplan ved lange forløb – bare så man kan se hvor borgeren opholder sig og hvor lang indlæggelsen forventes at blive.</p> <p>Efterspørger en enklere kommunikationsform – mere mail-agtig og mindre kasseagtigt.</p> <p>Yderligere koordinering: Ja/Nej – mulighed for at beskrive i plejeforløbsplanen. Feltet vedr. yderligere koordinering går ikke med over i udskrivningsrapporten.</p> <p>Afsendes 6 medcom meddelelser den første dag. 7 den anden dag. Kunne der sendes færre?</p>

	<p>Udfylder ikke plejeforløbsplan indenfor 48 timer med mindre patientens står til udskrivelse. Oplysningen gavner ikke nogen før patienten står til udskrivelse.</p> <p>Patienten har hverken blevet vasket eller har fået mad og drikke – måske fordi kommunikationen har været mangelfuld., og håndteringen af patienten ikke har været tilstrækkeligt tilpasset med hendes behov.</p> <p>Kun afsendt plejeforløbsplan og ingen udskrivelsesrapport. Mangler information om korset og behov for hjælp i forbindelse med anvendelse af korset.</p> <p>Vidste ikke hun var dialysepatient og at hun var tryktruet. Disse oplysninger ligger i døgnrytmeplanen.</p> <p>Kvittering for modtagelse: sygehuset er nok mest opmærksomme på, om den bliver grøn, er afsendt. Får ikke altid læst det, der bliver skrevet i kvitteringen. Usikkerhed om det er klart for sygehuspersonalet, at de skal læse dem.</p> <p>-</p> <p>Der mangler oplysninger efter d.24 og frem til udskrivelse d. 30.4. Kommunikation foregik herefter pr telefon.</p> <p>PFP ikke sendt inden for 48 timer (3 dage) (Drøftelse – sendes når det giver mening) PFP kan alene ses i en lang række i Care systemet – mister overblik Ikke mulighed for at understrege eller farvemarkere vigtige pointer/det væsentligste.</p> <p>Når beskrivelse af den habituelle tilstand mangler</p> <p>Der er ny indlæggelsesrapport ved overflytning. Der sidder medarbejdere, der kvitterer for denne igen og medarbejdere, der skal åbne denne på sygehuset. Unødigt tid, når indholdet kun er tak for modtagelse.</p> <p>Der er mange plejeforløbsplaner med små, relevante ændringer, der let kan drukne i den lange plejeforløbsplan. Kan man finde en anden måde til denne kommunikation.</p> <p>Det, der afsendes, ser anderledes ud ved modtagelsen.</p> <p>Datoer: færdig, fiktiv, forventet – der er udfordringer med dette. Færdighedsmelding medfører betaling, og dem, der udfylder den, ved det måske ikke. Obs indforstået besked: "PFP modtaget. Der er givet besked om udsættelse." Betyder det, at pladsen er der endnu – er det overhovedet en relevant oplysning til sygehuset eller er det en besked til aflastningspladsen?</p>
--	--

3. Er den tværsektorielle kommunikation ved udskrivelsen dækkende og tilstrækkelig for patientens tilstand og situation på udskrivningstidspunktet ud fra en faglig vurdering?

Velfungerende kommunikation	<p>Patienten vil hverken spise eller drikke og er svær at få til at samarbejde. Kommunikation omkring udskrivelsen viser, at patienten har haft det svært under indlæggelsen.</p> <p>Genoptræningsplanen: Modtages to forskellige steder i kommunen. Der er et ME-GET velbeskrevet funktionsniveau og andre relevante oplysninger i den i forhold til ADL</p> <p>I et tilfælde ja, i andet tilfælde nej. Her manglede både udskrivningsrapport, opdateret medicin, hvilket første til UTH, omkostninger for patienten samt genindlæggelser</p> <p>Der ønskes kontrol af diabetes, væsketal og INR. Dato fremgår i udskrivningsrapporten</p> <p>Mange relevante oplysninger.</p>
Problematiske kommunikation	<p>Plejeforløbsplanen indeholder mere end udskrivelsesrapporten. Begge dele bruges og det opfattes som "dobbeltkonfekt" både for kommunen og hospitalets personale..</p> <p>Udskrivelsesrapporten kunne bare være en besked om at patienten nu går hjem, hvis alt anden er uændret fra plejeforløbsplanen.</p> <p>Ingen udskrivelsesrapport.</p> <p>Udskrivningsrapporten går både til visitatorerne, til sygeplejen og til hjemmeplejen, og den bliver i nogle tilfælde sendt dagen før, at patienten reelt udskrives. Det er ikke hensigtsmæssigt for visitatoren, og der er et ønske om, at udskrivningsrapporten følger patienten, da den er en opsamling på hele forløbet.</p> <p>Plejeforløbsplanen går KUN til visitationen. Men den skal sendes dagen i forvejen!!</p> <p>Ingen udskrivningsrapport, hvilket betyder de sygeplejefaglige observationer mangler.. måske af betydning for den efterfølgende genindlæggelse med pneumoni, ob- stipation og skæv biokemi. Men dialogen over telefonen fungerer i forhold til genoptræningsforløb. Der er sat x i at der er afsendt udskrivnings rapport, hvilket, der ikke er.</p> <p>Når der mangler information om medicin, udskrivelsesrapport</p>

	<p>Hvornår skal der være kontrol ved egen læge? Hvem har ansvaret?</p> <p>Opgaveoverdragelse bør fremgå mere tydeligt Overskrifter er ikke sigende ift. indhold bør gennemgås Meget unødige overskrifter i skabelon (fokus på "need to know") Tidligere relevante oplysninger tabes i kommunen – udskrivende afdeling bør opsummeres forløbet på tværs af afsnit - Mangler samlet oversigt Patient skal følge sternumregime og dette tabes undervejs</p> <p>At forebygge forværring af sygdom/tab i funktionsevne = behov for hjemmebesøg (giver ikke mening)</p> <p>Behov for sygepleje fremgår ikke Hvad skal diagnosekode bruges til?</p> <p>Behov for en gennemgang mellem hospital og kommune ift. hvad Med Com standarderne bør være eller hvordan gør vi indtil systemet understøtter arbejdsgangen.</p> <p>Brug for "tool tip" som støtte i skabelonen.</p> <p>Problem ift oplysninger om medicin (fremgår af epikrise)</p> <p>Funktionsniveau bruges sjældent og fylder meget i skema 1234. Kan ikke se hvad det står for. Tekst bør skrives. Dette bør gås igennem.</p> <p>Praktisk hjælp fylder 2/3 Vi mister de komplekse sygepleje opgaver ift. ex genindlæggelser komplikationer mv.</p> <p>Mangler en fane der beskriver sygepleje evt. ift. ABCDE (Der er ikke plads)</p> <p>Et led alene kan ikke forebygge en genindlæggelse. Hvorfor hjælpemidler midt i PFP Kunne have været relevant med opfølgende hjemmebesøg. Usikkerhed om vi må det på midlertidig pladser</p>
--	--

4. Var der behov for indhentning af supplerende oplysninger efter udskrivelsen?

Problematiske kommunikation	<p>Sygehuset kan med fordel skrive i udskrivningsrapport, at der er en GOP. Kan man gøre noget i forhold til få disse oplysninger lettere tilgængelige???</p> <p>Dialog over telefonen kan i nogle tilfælde være bedre. Fungerede som mindre "udskrivningssamtale". Er dokumenteret i begge systemer men ikke i elektronisk kommunikation. Kan det være ok?</p> <p>Ja - egen læge noterer der er usikkerhed omkring medicinen.</p> <p>Ja behov for at indhente yderligere information om den smertestillende medicin</p>
------------------------------------	--

5. Konsekvenser for patientforløbet på tværs af sektorer

Har kommunikationen omkring denne borger haft uønskede konsekvenser for forløbet? (f. eks. øget indlæggelsestid, genindlæggelse, medicineringsfejl) Evt. løsningsforslag?

Genindlægges på grund af skæve blodprøvetal (ifølge egen læge) Sygehuset beskriver at det er pneumoni og obstipation, der er årsagen.

Borger var obstiperet, da han kom hjem.

Indlagt i 14 dage.
Død efter en måned.

Manglende rettidig, præcis og dækkende kommunikation giver risiko for patientsikkerheden, genindlæggelser mv.

Genindlæggelse
Medicineringsfejl

Auditrapport udarbejdet af:

Plan & Kvalitet, Aalborg Universitetshospital. Oktober 2015

Dato: 19.10 .2015

PUNKT 8. Forekomst af selvmordsadfærd i Region Nordjylland og udfordringer i det selvmordsforebyggende arbejde

Der blev redegjort for forekomsten af selvmordsadfærd i Region Nordjylland og de mangelfulde data, der er i forbindelse med selvmordsforsøg. Dernæst var der en drøftelse af de udfordringer, der er i det tværsektorielle samarbejde herunder viderehenvielse og opfølgning af selvmordstruede. (Præsentation vedhæftet).

Jan-Henrik Winsløv er kontaktpersonen på ældreområdet og vil forestå undervisning her. For nuværende vil det være todages kurser.

Det er også Jan-Henrik Winsløv der varetager undervisning i forhold til selvmordsrisikovurdering og interventionsmuligheder i forhold til selvmordstruede. Enheden har gennem længere tid haft en ønske om at tilbyde 2-3 timers kurser i somatikken om dette, og vil kontakte relevante afsnit, når der ressourcemæssigt er mulighed for det.

Kontaktoplysninger for Jan-Henrik Winsløv, Psykolog, daglig leder, Enhed for Selvmordsforebyggelse, Tel. 97 64 36 25 / Mobil 30 37 84 90 email: jahew@rn.dk

Kommunerne kan rekvirere nøglepersonsuddannelse - undervisning inden for ungeområdet.

Kontakt oplysninger til de to medarbejdere der har med børne-ungeområdet at gøre:

Louise Dukai, mail lgr@rn.dk, Tel 97643627

Janne Johansen Droob, mail j.janne@rn.dk Tel. 97643628

En gang årlig afholdes temadag om selvmord, Tværsektorielt – en del af Sundhedsaftalen Kurser og temadage fra Enheden for Selvmordsforebyggelse formidles via Enhedens egne kontaktpersoner i kommunerne og på sygehuse/hospital. Herudover sendes de også til Marianne Vendelbo Johansen, Sundhed og Sammenhæng, som videreformidler til Sundhedskoordinatorerne på sygehusene og kontaktpersoner i kommunerne, (tidligere medlemmer af Forum for forebyggelse og sundhedsfremme), ofte er det ledere af sundhedscentre. De videreformidler til relevante medarbejdere i eget regi. Tidligere kursister modtager også relevante informationer om kurser og temadage. Ønsker man at komme på listen over kontaktpersoner i kommunerne, kan man kontakte Marianne Vendelbo på mavej@rn.dk.

PSYKIATRIEN

Enhed for Selvmordsforebyggelse

Information til samarbejdspartnere

Selvordstanker og selvmordsforsøg skal altid tages alvorligt

Alle mennesker kan komme i krise – og det er forskelligt, hvordan vi reagerer, når vi er i en meget presset og vanskelig situation.

For nogle mennesker kan det medføre tanker eller planer om selvmord – og får vi som professionelle kendskab til det, bør vi handle.

Selvordstanker og selvmordsforsøg er altid tegn på, at et menneske er ved at miste kontrollen over sin situation.

Tag ansvar ved at vise opmærksomhed – og støt personen i at få den relevante hjælp.

VED AKUT FARE FOR SELVMORD

Borgere i akut selvmordsfare (akut øget selvmordsrisiko) skal ledsages til Psykiatrisk Skadestue i Aalborg.

Behandling, støtte og rådgivning

Enhed for Selvmordsforebyggelse er en del af behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. Vi tilbyder behandling til selvmordstruede borgere samt støtte og rådgivning til pårørende og netværk.

Vores hovedadresse er Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien, Mølleparkvej 10. Desuden har vi satellitfunktioner i Thisted, Frederikshavn og Hobro.

Enhed for Selvmordsforebyggelse er et tilbud om behandling til borgere, der ellers ikke hører til Psykiatriens målgruppe.

- Vi tilbyder et behandlingsforløb med op til 13 samtaler med en psykolog.
- Der er krav om henvisning for at komme i behandling (se side 6).
- Målgruppen er borgere, der har alvorlige vedvarende selvmordstanker – eller har forsøgt selvmord.
- Borgere med lettere grader af psykisk sygdom, som ellers ikke tilhører Psykiatriens målgruppe, kan henvises til enheden.
Det kan dreje sig om:
 - tilpasningsreaktioner (på grund af fx svære tab eller store omvæltninger i livet)
 - let til middelsvær depression
 - angstlidelser i lettere grad.
- Borgere fra hele regionen kan henvises – også børn og unge.
- Vi tager snarest kontakt til de henviste personer ved at ringe til dem.
- Herefter bliver de indkaldt til første samtale - så vidt muligt inden for 5 hverdage.
- Den selvmordsforebyggende intervention omfatter også inddragelse af den selvmordstruedes netværk (pårørende, sagsbehandler m.fl.).
- Behandlingen er gratis.

Hvem tilhører målgruppen – og hvem gør ikke?

Målgruppen er personer, der befinder sig i en smertefuld situation forårsaget af svære konflikter, belastninger eller tab – og som følge heraf har vedvarende overvejelser eller planer om selvmord/selvskade.

Det kan også være mennesker, der har forsøgt selvmord – eller anden form for selvskade.

Borgere med lettere psykiske lidelser kan henvises til os, men har de en alvorlig psykisk lidelse – eller er der formodning om det, skal de henvises til et andet behandlingstilbud i Psykiatrien.

Borgere, der i forvejen er i psykiatrisk behandling, tilhører ikke målgruppen.

Hvis en patient venter på psykiatrisk behandling, bør det pågældende tilbud kontaktes.

Personer med følgende sygdomme/problemstillinger skal henvises til anden behandling:

- Behandlingskrævende misbrug
- Ikke-psykotiske lidelser, fx personlighedsforstyrrelser eller moderat-svær depression
- Psykotiske lidelser
- ADHD eller anden udviklingsforstyrrelse, der ikke er velbehandlet
- Kronisk suicidalitet, der kan indikere svær psykiatrisk lidelse.

Patienter med alvorlig udviklingsforstyrrelse, udviklingshæmning eller lignende tilhører ikke målgruppen, idet de ikke vil kunne få tilstrækkeligt udbytte af samtaleterapeutisk behandling.

Børn og unge kan også henvises

Målgruppen er børn og unge, hvis selvmordsproblematik er så kompliceret, at den ikke kan afhjælpes i primærsektor alene.

Følgende symptomer/tilstande kan gøre situationen så kompleks, at det er relevant at henvise til Enhed for Selvmordsforebyggelse:

- Høj grad af impulsivitet
- Planlægning af selvskade
- Hyppigt tilbagevendende selvskade og/eller selvmordsforsøg
- Nedsatte kognitive ressourcer
- Fysisk sygdom hos patienten.

Også andre forhold kan spille ind:

- Tab af nærtstående
- Selvmord eller selvmordsforsøg i familien
- Få netværksressourcer
- Tidligere traumer / overgreb.

I følgende situationer er det ikke relevant at henvise børn og unge:

- Overvejende sociale problemer, som kan afhjælpes i primærsektor.
- Konstateret psykisk lidelse, der gør det relevant at henvise til et behandlingstilbud i børne- og ungdomspsykiatrien.

Hvem kan henvise?

- Psykiatrisk Skadestue
- Praktiserende læge
- Praktiserende speciallæger
- Vagtlæge
- Akutmodtagelser og andre afdelinger på somatisk sygehus
- Psykiatriens ambulatorier og sengeafsnit

Særligt vedrørende børn og unge:

- Børn og unge under 18 år kan også henvises af kommunale SELVFO-teams *).

Hvilke oplysninger skal henvisningen indeholde?

Følgende skal oplyses:

- Patientens navn, cpr-nummer, adresse og et gyldigt telefonnummer, så vi kan tage kontakt til patienten umiddelbart efter visitationen.
- Evt. diagnose
- Aktuel selvmordsproblematik;
(selvmordstanker? selvskade? selvmordsforsøg? årsager hertil?)
- Vurderet selvmordsrisiko
- Evt. medicin
- Evt. tidligere behandling
- Sociale forhold
- Oplysninger om evt. nuværende eller tidligere misbrug
- Vurdering af andre relevante tiltag, (fx støtte/rådgivning i kommunalt regi)

- samt oplysninger om, hvad der er aftalt med patienten vedrørende evt. opfølgning.

**) Et SELVFO-team består af medarbejdere, der er uddannet som nøglepersoner i selvmordsforebyggelse blandt børn og unge. Uddannelsen varetages af Enhed for Selvmordsforebyggelse, og efterfølgende laves der en samarbejdsaftale med teamet.*

**Henvisninger skal sendes til den Central Visitation i Psykiatrien
– ikke direkte til Enhed for Selvmordsforebyggelse.**

Hvis patienten takker nej

Tag ansvar for, at mennesker i krise véd, hvem de kan kontakte, hvis de har brug for hjælp.

Nogle af de patienter, der kan henvises til Enhed for Selvmordsforebyggelse, ønsker af forskellige årsager ikke at komme i behandling hos os.

I de tilfælde er det vigtigt, at de informeres om, hvem de kan kontakte, hvis de igen får alvorlige selvmordstanker, (egen læge, Psykiatrisk Skadestue, Livslinien m.fl.).

De bør også informeres om, at de kan blive genvist til Enhed for Selvmordsforebyggelse, hvis de ændrer mening.

TIDLIGERE PATIENTER KAN SELV KONTAKTE OS

Patienter, der tidligere har været i behandling i Enhed for Selvmordsforebyggelse, kan henvende sig direkte uden henvisning.

Hvis de aktuelt er i behandling for en psykisk sygdom, er det dog det tilbud, de skal gøre brug af.

BENYT PJECEN

”STOP OP, HVIS DU HAR TANKER OM SELVMORD”

Pjecen informerer om støtte- og behandlingstilbud til selvmordstruede i Nordjylland.

Den kan fås ved henvendelse til Enhed for Selvmordsforebyggelse – og findes også på hjemmesiden www.selvmordsforebyggelse.rn.dk





REGION NORDJYLLAND

Enhed for Selvmordsforebyggelse arbejder med en bred vifte af aktiviteter, der alle skal bidrage til, at færre mennesker forsøger/begår selvmord.

Foruden behandling og støtte varetages en række forebyggende og koordinerende indsatser:

- Målrettet undervisning af medarbejdere i den kommunale og regionale sektor.
- Rådgivning, vejledning og undervisning af netværkspersoner med potentiel kontakt til selvmordstruede borgere.
- Forskning og metodeudvikling.
- Formidling og opsamling af viden vedrørende selvmordsforebyggelse.
- Koordination af den selvmordsforebyggende indsats i Region Nordjylland.

Enhed for Selvmordsforebyggelse

Mølleparkvej 10

9000 Aalborg

Telefon: 97 64 36 10

E-mail: selvfo@rn.dk

Læs mere på www.selvmordsforebyggelse.rn.dk.

Behandling hos en psykolog

Egen læge kan ved behov henvise til behandling hos en privatpraktiserende psykolog.

I nogle situationer (bl.a. efter selvmordsforsøg) er der mulighed for at få tilskud til psykologbehandling.

- Der kan ydes tilskud til et forløb med op til 12 samtaler.
- Sygesikringen betaler 60 % af beløbet.
- Patienten skal selv betale de resterende 40 %.

Følgende situationer giver ret til tilskud til behandling hos en psykolog:

- Ofre for røveri, vold eller voldtægt
- Ofre for trafikulykker eller andre ulykker
- Pårørende til alvorligt psykisk syge personer
- Personer ramt af alvorligt invaliderende sygdom
- Pårørende til personer, der er ramt af alvorligt invaliderende sygdom
- Pårørende ved dødsfald
- Personer, der har forsøgt selvmord
- Kvinder, der har fået foretaget provokeret abort efter 12. uge af graviditeten
- Personer, der inden de fyldte 18 år, har været udsat for incest eller andre seksuelle overgreb
- Personer over 18 år med let til moderat depression
- Personer (18-28 år), der lider af let til moderat angst, herunder OCD.

Borgere kan uden henvisning selv kontakte en psykolog, men så skal de selv betale det fulde beløb for behandlingen.

Hvem kan du kontakte, hvis du har tanker om selvmord?

Psykiatrisk Skadestue

Aalborg Universitetshospital - Psykiatrien
Mølleparkvej 10 – Indgang 4
9000 Aalborg

Telefon 98 13 42 02 (døgnåben)

Du kan ringe eller møde op. Medbring gerne en henvisning fra din læge.

Vagtlægen

Kontaktes uden for egen læges åbningstid.
Telefon 70 150 300

Den Sociale Skadestue

Vor Frue Stræde 6
9000 Aalborg

Telefon 98 12 32 92

Åben alle ugens dage fra kl. 18-07.

Du kan ringe eller møde op. Fuld anonymitet.

Livslinien

Telefonrådgivning alle ugens dage mellem kl. 11-03:
Telefon 70 201 201. Fuld anonymitet.

STOP OP, HVIS DU HAR
TANKER OM SELVMORD

- eller kender en, der har det



REGION NORDJYLLAND

Denne pjece er udgivet af:

Enhed for Selvmordsforebyggelse
Aalborg Universitetshospital – Psykiatrien
Telefon 97 64 36 10
www.selvmordsforebyggelse.rn.dk

Om støtte- og behandlingstilbud til selvmordstruede i Nordjylland

Enhed for Selvmordsforebyggelse
PSYKIATRIEN

Giv ikke op – Søg hjælp!

Har du selvmordstanker, har du brug for at tale med nogen. Selvmord er aldrig den eneste løsning. Med hjælp og vejledning findes der en vej ud af krisen – også for dig!

Søg også hjælp, hvis du har forsøgt at tage dit eget liv. Tag dine selvmordstanker alvorligt ved at fortælle andre, hvordan du har det.

Er du fanget i en ensom eller smertefuld situation, er det svært at se en udvej – lad andre hjælpe dig!

Tag ansvar, når en anden er i krise

Møder du et menneske i krise, skal du reagere på det. Du kan hjælpe ved at vise opmærksomhed og støtte personen i at opsøge den nødvendige hjælp.

For at forebygge selvmord og selvmordsforsøg er det vigtigt, at vi er flere, der tager ansvar.

Det er en skrøne, at folk, der taler om selvmord, ikke handler på det.

Vi skal reagere, når vi møder et menneske i krise. Vi kan ikke løse et andet menneskes problemer, men vi kan bidrage til, at personen får den nødvendige hjælp.

Behandlingstilbud

Mennesker med selvmordstanker har ofte brug for professionel hjælp og behandling. Kort om de tilbud der findes i Region Nordjylland:

Enhed for Selvmordsforebyggelse

- en del af behandlingspsykiatrien i Region Nordjylland. Borgere skal henvises for at komme i behandling.

- Et behandlingsforløb består af op til 13 samtaler med en psykolog.
- Psykiater kan inddrages ved behov.
- Målgruppen er mennesker, der har forsøgt selvmord eller vedvarende har tanker om selvmord.
- Også unge under 18 år kan henvises til behandling.
- Pårørende inddrages så vidt muligt i forløbet.
- Behandlingen er gratis. Der kan tilbydes samtaler i Aalborg, Frederikshavn, Hobro og Thisted.

Mål med behandlingen:

- Hjælp til at finde konstruktive løsninger på de problemer, der tynger og gør livet svært.
- Forebygge, at der igen opstår tanker om selvmord – eller forsøg på selvmord.

Mennesker, der har en alvorlig psykisk sygdom tilhører ikke målgruppen. De kan via egen læge henvises til psykiatrisk behandling.

Hvem kan henvise til enheden?

- Læger på Psykiatrisk Skadestue
- Læger på regionens sygehuse
- Praktiserende læger
- Speciallæger og sygehuslæger

Kommuner kan via selvmordsforebyggende teams (SELVFO-teams) henvise unge under 18 år.

Har du tidligere været i behandling i enheden, kan du henvende dig uden henvisning:

Telefon: 97 64 36 10

Mail: selvfo@rn.dk

Læs mere på www.selvmordsforebyggelse.rn.dk.

Behandling hos egen læge

Lægen kan hjælpe med at afklare, om du har brug for behandling eller anden hjælp.

I nogle situationer kan lægen tilbyde et forløb med samtaleterapi (op til syv samtaler) – ifølge en særlig aftale, der fx vedrører personer med let til moderat depression, nervøse eller stressrelaterede tilstande - samt ved spiseforstyrrelser.

Behandlingen er gratis.

Kontakt egen læge for at høre, om det er relevant for dig.