

Referat fra 1. møde i arbejdsgruppen – spor 4:

Overbelægningsproblematikken i Hospitalsenheden Vest

Onsdag den 6. marts 2013 kl. 9.00-10.30 i Udvalgsværelse 2,
Indgang N, Regionshospitalet Herning

Deltagere:

Bodil Overgaard
Hanne Linnet
Tommy Andersson
Mette Frøjk
Henning Vestergaard
Karoline Melgaard
Steen Husted
Lise Forsom
Ditte Rasmussen



Dato 19-03-2013

Ditte Rasmussen

Tel. 45 7843 8547

ditte.rasmussen@vest.rm.dk

Sagsnr.

Side 1/1

Afbud fra:

Anne Birgitte Pedersen
Marianne Merring

Dagny Kloster deltog som observatør

Referat:

Hvorfor er vi samlet i denne arbejdsgruppe?

- Vi er under et voldsomt pres på vores senge.
- Hvordan kan vi gøre det bedre på præmissen – det er rammerne for arbejdet.
- Vi er nødt til at tro på, at kommunerne kan noget mere end de gør i dag – og de vil gerne mere end de gør i dag!
- Denne arbejdsgruppe skal se på patienten, før de kommer på sygehuset – og hvis patienten kommer på sygehuset, hvordan får vi dem så hurtigt videre?
- Det, der er vigtigt lige nu er, at alle parter i samarbejdet vil dette her – nu skal vi have det til at ske.

Henning holdt et kort oplæg – hvad siger HEV, hvad siger klyngen og hvad siger kommunerne i RM? Oplægget er vedhæftet referatet.

Kort opridset:

HEV siger: Hvad har hospitalet brug for fra kommunerne?

- Vi er nødt til at have fælles mindset. Vi har som afsæt for partnerskabet, at vi er tre parter, der hver især er suveræn beslutningstager.

- Hospitalet har brug for ét fælles billede af:
 - o Opgaven (fra pølsefabrik til sundhed)
 - o Rollen som partner for hinanden (fra konkurrent/budgetbisse til (LEON)-partner) – fra silo til forløb, fra kasser til teams
 - o Rollen som patientens partner
 - Slip patienten fri...
- Hospitalet har brug for ensartet evne til at kunne udveksle data
- Koordineret, harmoniseret og højt ensartet kvalitetsniveau ift. at kunne forebygge og modtage patienter
 - o Den dyreste port er aktuelt den nemmeste
 - o LEON-porten skal være (mindst) ligeså nem
 - Straks-svar og straks-handling døgnet rundt
 - Transparens i det kommunale system
- Ensartede kompetencer og tilbud
 - o Ensartet minimumskvalitet/formåen
- Implementering
 - o Fokusering, vilje, implementering
 - o Frontpersonalet skal også vide, hvad der er aftalt, hvad de skal gøre for at det sker.
- Holdning, kultur og mål i Vestklyngen
 - o Den fælles drøm: Vi vil højne sundheden ud fra en LEON-tilgang herunder stille højere krav til borgeren

Kommunerne siger – og hvad er det de vil: (med afsæt i slideserie benyttet af kommunaldirektør Niels Aalund, Horsens kommune og Vestklyngens visionspapir)

- Kommunerne i RM er kendte for at ville noget
- Kommunerne skal medvirke til at forebygge uheldsmæssige indlæggelser
 - o kompetencer i plejesektoren indenfor:
 - respiration, hjertesvigt, IV, neurologi, ernæring
- Der skal sikres fælles grundindhold på midlertidige døgntilbud med døgndækket sygepleje, som alle som minimum skal løfte.
- Alle forpligter sig på opfølgende hjemmebesøg.
- Alle kommuner skal have tilbud til kronisk syge, der lever op til bestemte kvalitetsmål
- Fælles kvalitetsmodel for tværfagligt samarbejde om komplekse genoptræningsopgaver.
- Systematisk ledelsesinformation.
- Basiskvalitet i kommunerne skal være ens, men organisering vil være forskellige
- Behov for tæt dialog mellem kommunerne
- Samarbejdet med region og almen praksis er helt nødvendigt
- Fra beslutning til virkelighed.

Drøftelsen:

Det virker indlysende, men hvor ligger barriererne?

Der tegner sig overordnet 3 områder:

- Spilleregler – ind og ud
- Kompetencer i kommunen
- Tillid til hinanden

Udfordringerne – og brainstorm over mulige tiltag/løsninger:

På vej ind:

- Der kunne være et akut-team af sygeplejersker i kommunerne, der kunne tage med vagtlægen ud – en der kender patienten. Det kunne flytte meget fra stationært til ambulante forløb.
- Hospitalets visitation er den letteste for vagtlægen at få fat i – Hvor meget ved vagtlægen og visitationen om kommunens tilbud?
- Ideelt set kender og bruger alle vagtlæger alle kommuners tilbud. Det ville være fint, om visitationen i HEV kender og har kompetence/adgang til at altid at kunne visitere til kommunerne.
- Patienten skal selv betale for transport fra hjem til Trykshotel, men ikke fra hospital til trykshotel – det betyder af og til at en patient kommer ind omkring hospitalet.
- En visitationssygeplejerske skal kunne omstille VL til at tale med en læge på Akutafdelingen – så kan VL få back up, fx i form af et godt råd - - det er vurderingen, at det fungerer godt.
- Flere akutpladser/plejepladser.
- Det kan være en udfordring, at vagtlægen ikke altid kender Vestjylland jf. 3. prik.

På vej ud:

- Det der er behov for at helt klare aftaler om, hvem der gør hvad. Fx ved udskrivning, ex ved IV-behandling.
- Aarhus har et fastvagt system i aften/nattetimerne. Det betyder, at patienten kan komme hjem – og at der er så en fast vagt – enten fra kommune eller hospital. Det betyder ofte at patienten kunne komme tidligere hjem.
- HEV kunne godt tænke i at have udlagte patienter, så det er de kommunale sygeplejersker, der tager sig af patienten. Hvis

der er behov kan de kontakte lægen på sygehuset, der stadig har det lægelige ansvar.

- Flere akutpladser/plejepladser.
- Det er af og til en udfordring, når der skal etableres kontakt til kommunen. Kommunens hjemmehjælper skal kontaktes. Der er udfordringer ift. at få fat i hjemmeplejen – HEV har brug for et straks-tilbud døgnet rundt!
- Sundhedsaftalen er en udfordring – Fx færdigmeldingsfristen i forhold til medicinske patienter. Akutafdelingen har anderledes rettigheder.
- Der er et stort område, hvor vi kan hjælpe hinanden fx ved fælles socialrådgiver
- Et tidligere projekt i HEV var en stor succes - visitatorer fra kommunerne (Herning) med i afdelingerne, de var fysisk tilstede. Det gav en meget bedre udskrivning.
- Der er noget dobbeltarbejde i, at fx personalet i HEV vurderer hvilke hjælpemidler patienten har behov for i hjemmet – og når de så kommer hjem vil kommunen vurdere igen – det er dobbelt arbejde - - måske på grund af, at vi ikke har tillid til hinanden.
- Hjælpemidler kan være en barriere for at få patienten hjem – det kan tage tid at få fx plejesenge ud i hjemmet.
- De patienter, der kommer ind fredag kan ikke vendes i døren.
- Vi skal tænke i telemedicinske løsninger.

Overordnet set:

- Uddannelse blandt plejepersonalet i kommunen (særligt hjælperne er der brug for opgradering af).
- Der kunne være god grund til at kigge på et kompetenceløft – det er ufaglærte eller SOSU hjælpere, der plejer patienterne hjemme og sygeplejerskerne tager sig kun af det sygeplejefaglige – mens patienterne kommer fra hospitalet, hvor der kun er specialiserede sygeplejersker, der tager sig af dem.
- Hjemmehjælperen forstår ikke altid den instruks, der kommer fra lægen.
- Hvordan kan det kommunale plejepersonale få kompetencerne hurtigt? Det kunne fx være ved at komme i praktik på hospitalet i et fokuseret ophold på Medicinsk Afdeling.

- Der kunne med fordel etableres teams, som i det tidligere Ringkøbing Amt, fx akut team, psykiatri-team, geriatrisk team, etc.
- Oplevelsen i Akutafdelingen er, at hjemmeplejen er meget centraliseret, forstået på den måde, at det ene distrikt ikke altid er klar over, hvad der sker i det andet – og at kompetencerne måske er meget tæt på, så en indlæggelse kunne undgås.
- Almen praksis modtager mange korrespondancemeddelelser fra hjemmehjælpere – der bør være et filter – det er alt muligt, der bliver spurgt ind til. Det opleves i almen praksis, at der mangler sparring mellem hjemmehjælper og hjemmesygeplejersken.