



Patientens Team som grundlag for det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde

Baggrund

I Nordjylland er der et ønske om at understøtte et tværsektorielt teambaseret samarbejde, hvor borgeren og eventuelt pårørende er aktive deltagere i eget behandlings- og plejeforløb (hvis de kan og ønsker). Indeværende arbejde har rødder i Sundhedsaftalen 2015-2018, hvori der er et ønske om at udvikle tværsektorielle principper for Patientens Team, der kan fungere som indspil til den kommende Sundhedsaftale.

Sundhedskoordinationsudvalget har prioriteret indsatsen til igangsætning, og på den baggrund nedsatte Den Administrative Styregruppe en gruppe, der skulle arbejde hermed. Gruppen bestod af repræsentanter fra interesserede kommuner, Patientinddragelsesudvalget, PLO-Nordjylland og NordKAP, Det fælleskommunale Sundhedssekretariat samt Region Nordjyllands hospitaler og administration.

Det er i overgangen mellem sektorerne (hospital, kommune og almen praksis), at der kan være behov for særlig opmærksomhed og fokus for at sikre det gode tværsektorielle forløb for den enkelte borger. Her skal der være opmærksomhed på, at der kan være mange aktører inden for den enkelte sektor. Der kan være flere forvaltningsområder i spil i en kommune, ligesom kommunen kan optræde både som myndighed og leverandør (fx inden for specialområdet). Det skal sikres, at det hele tiden er tydeligt for alle, hvem der har ansvaret for den enkelte borgers forløb på tværs af sektorer. Ingen slipper således ansvaret for borgeren, før en anden tager over (stafet-tankegang). Etableringen af Patientens Team på tværs af sektorgrænser danner grundlaget for et godt og hensigtsmæssigt forløb. Borgeren ses som en vigtig og aktiv deltager i det konkrete team.

I indsatsen skal der tages højde for den ramme, som fagfolk i henholdsvis region, kommune og almen praksis arbejder under. Der er nogle lovgivningsmæssige aspekter, der skal følges i forhold til fx udveksling af data på tværs af sektorer. Samtidig forudsættes det, at de indgåede aftaler i regi af sundhedsaftalen respekteres og overholdes. Indsatsen er med til at indfri Sundhedskoordinationsudvalgets pejlemærker fra Den Politiske Sundhedsaftale:

1. Sundhedstilbud med sammenhæng og kvalitet.
2. Den sociale ulighed i sundhed skal reduceres.
3. En lærende og respektfuld samarbejdskultur.
4. Sundhedstilbud på nye måder.

Indsatsen er dermed i overensstemmelse med den vedtagne fælles vision:

”Et stærkt fælles sundhedsvæsen i Nordjylland, der understøtter og bidrager til, at nordjyske borgere sikres lige muligheder for at have et godt liv med mange gode leveår”.

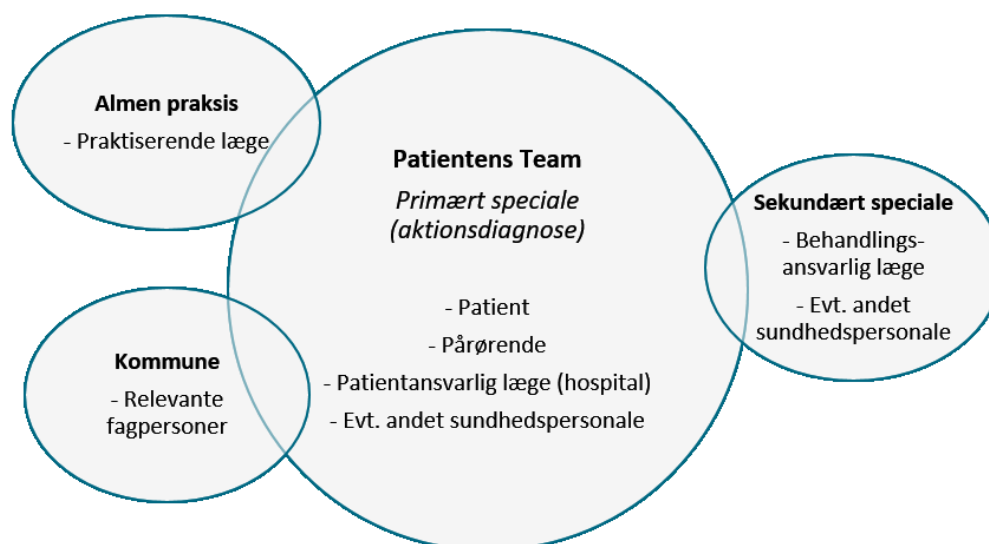
Det enkelte menneske sættes i centrum, så vi på alle niveauer møder borgeren med fokus på at sikre det rette sundhedstilbud og mulighed for at øge det enkelte menneskes mestringsevne.



I Den Administrative Sundhedsaftale 2015-2018 (side 31) er det konkret aftalt, at: "Konceptet med en "stafetholder" udvikles tværsektorielt, så der sikres et fælles koncept og ejerskab hertil. Det skal afklares, hvornår koordineringen af det enkelte forløb bedst sikres ved udpegning af en relevant "stafetholder". Det er afgørende i processen at få præciseret terminologien og det konkrete indhold i rollerne. Et eksempel på et koncept for "stafetholder" er tankerne om Patientens Team". Arbejdsgruppen har besluttet, at Patientens Team skal danne grundlaget for arbejdet med det gode patientforløb i det tværsektorielle samarbejde.

Patientens Team

Patientens Team er under implementering på regionens hospitaler. Det er en dynamisk samarbejds- og organiseringsform, hvor der er fokus på at styrke den faglige kontinuitet samtidig med, at det er tydeligt for alle parter, hvem der har ansvaret for patientens forløb på tværs af fag, specialer, matrikler og sektorer. Ingen slipper således ansvaret for patienten, før en anden tager over. Det mest centrale er, at patienten er en aktiv partner i teamet.



Der er følgende principper for Patientens Team på regionens hospitaler:

Patientansvarlig læge: Har det overordnede ansvar og overblik for en given patients forløb. Den patientansvarlige læge er ikke fagligt ansvarlig ud over eget speciale eller behandling, men er koordinerings- og logistikansvarlig for hele patientforløbet.

Forløbskoordinering – logistik: Der sker en koordinering med de personer, der skal involveres i forløbet, og der kommunikeres med patienten herom. Sikringen af den lægelige kontinuitet og koordination samt at vigtig information videreformidles sker oftest i et samarbejde mellem den patientansvarlige læge og fx forløbskoordinator, plejepersonale eller et sekretariat.



Patient- og pårørendeinddragelse: Patienten er aktiv deltager i teamet, hvis de kan og vil – patienten er partner. Patienten beslutter, om pårørende er deltagere i teamet samt hvilken rolle, de ønsker at pårørende tager, hvis de kan og vil.

Sammensætning af teamet ud fra det konkrete patientforløb: Patientens Team sammensættes og organiseres i forhold til det konkrete patientforløb samt de ressourcer, det er muligt at få i spil. Der tilstræbes en kontinuitet i personsammensætningen i teamet.

Stafetprincip i overgange: Kontinuitet og koordination sker i en stafet-tankegang, hvor ansvaret for patientens forløb overdrages på en måde, hvor der kvitteres ved modtagelse. Det skal være tydeligt for patienten og de andre medlemmer i Patientens Team, hvem der har ansvaret for patienten. Patienten skal have oplevelsen af, at der er styr på forløbet, og at han/hun ikke skal gentage sig selv ved hver ny kontakt. Der skal ske et samarbejde og tænkes på tværs af specialer, hospitaler og sektorer. Patienten må ikke blive tabt eller glemt i de mange overgange.

Principperne fra Patientens Team har givet gode erfaringer på regionens hospitaler. Det giver derfor mening at overføre tankegangen og principperne til de tværsektorielle forløb med udgangspunkt i den hverdag, der arbejdes ud fra her.



Principper for det gode forløb på tværs af sektorer

Borgeren er omdrejningspunktet og tager del i sit eget forløb: Borgeren deltager i alle tværsektorielle møder (fx vedrørende indlæggelse, udskrivelse og opfølgning) – med mindre borgeren ikke kan eller vil. Borgeren beslutter, i hvilken udstrækning eventuelle pårørende skal inddrages. Borgeren er en aktiv medspiller i tilrettelæggelsen af sit eget forløb. Når der etableres et "Patientens Team", er borgeren en nødvendig og central deltager.

Tilpasset og inddragende kommunikation: Hver enkelt borger har sin egen livshistorie med individuelle ressourcer og "bagage", hvilket der tages hensyn til i kommunikationen med borgeren. Der tales med og ikke om borgeren. Mødet mellem borgeren og sundhedsprofessionelle skal være præget af empati, respekt og ligeværd, så der skabes tillid og tryghed.

Fokus på både godt helbred og mental sundhed: I tilrettelæggelsen af forløbet tages der hensyn til, at borgeren både skal have et godt helbred samt have en god mental sundhed (fx være grundlæggende tilfreds med livet på trods af udfordringer) og kan klare dagligdags gøremål (som at købe ind, lave mad, gå på arbejde og indgå i sociale relationer). Der er en holistisk tilgang, hvor der ses på borgerens "hele liv".

Styrket mestringsevne: Der er et samarbejde mellem borgeren, pårørende og fagfolk på tværs af sektorer, hvor målet er, at borgeren har et så selvstændigt og meningsfuldt liv som muligt. Der tages hensyn til borgerens konkrete livssituation, da det er individuelt, hvor meget støtte den enkelte borger har behov for og magter på det konkrete tidspunkt.

Team-dannelse: Der etableres et team for de mere komplicerede og tværsektorielle forløb. I teamet besluttet det, hvem der har ansvar for, at de rette instanser inddrages i forløbet til den rette tid, og at vigtig viden ikke går tabt i overgangene. Her er det vigtigt også at have opmærksomhed på borgerens civile liv (fx fokus på om der er børn eller husdyr i hjemmet og om huslejen betales). Det er vigtigt med klare aftaler parterne imellem med hensyn til, hvem der har initiativforpligtelsen og ansvaret i det tværsektorielle forløb. Borgeren har en klar oplevelse af, at der er styr på forløbet.

Fokus på forløb - og ikke på hvem, der leverer ydelsen. Det er forløbet og den gode overlevering, der er i centrum. Målet er at støtte borgeren med den rette hjælp til den rette tid og fastholde borgerens aktive rolle i videst muligt omfang. Det kræver en systematisk opfølgning på, hvordan sektorerne supplerer hinanden bedst til gavn for borgeren.

Koordinering: I teamet koordineres og kommunikeres tidligt i forløbet. Der er en tydelig rammesætning, herunder rolleafklaring og forventningsafstemning på tværs af faglige funktioner, afdelinger og sektorer. Det kræver, at der kontinuerligt arbejdes på at udbygge kendskabet til hinandens arbejdsområder. Der kommunikeres løbende og laves klare aftaler og fast struktur parterne imellem mht., hvem der har hvilke roller, og hvordan der følges op. Der arbejdes i overensstemmelse med de aftaler, der er indgået i regi af Sundhedsaftalen.



Implementering

Principperne for det gode forløb i det tværsektorielle samarbejde skal inddrages i arbejdet med at udvikle den kommende Sundhedsaftale. Allerede nu vil principperne blive inddraget i revisionen af henholdsvis "Sundhedsaftale om forløbskoordinering" og "Sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning", der revideres ultimo 2017/primus 2018.

For at opnå yderligere erfaringer blev principperne afprøvet i eksisterende tværsektorielle projekter. Der er indhentet erfaringer fra følgende projekter:

- Ældre med hoftenære frakturer (initiativet "Fast Track" på Aalborg UH, hvor patienterne nu opereres hurtigere efter ankomst i skadestuen). Der arbejdes med flere delprojekter, herunder optimering af kommunikation mellem hospital og kommune, hurtig genoptræning og hjælpemidler til tiden samt opfølgende hjemmebesøg ved behov.
- Fælles tværfaglige, tværsektorielle rehabiliteringsplaner i hjerneskaderehabiliteringsforløb. Målgruppen er personer med erhvervet hjerneskade. Det er et samarbejde mellem Neuroenhed Nord, Brønderslev og de nordjyske kommuner.
- Udvikling af samarbejdet mellem Aalborg Kommune og Klinik Psykiatri Syd. Projektet vedrører borgere med komplekse forløb kendetegnet ved en eller flere bi-diagnoser, misbrugsproblematikker, manglende sygdomserkendelse, manglende compliance af sociale eller behandlingsmæssige indsatser og et deraf følgende stort ressourcetræk ved bl.a. hyppige genindlæggelse og stort socialt støttebehov.
- Forløbsprogram for borgere med bipolar affektiv sindslidelse i alderen 18-40 år. Det er et to-årigt satspuljeprogram, hvor Psykiatrien, ni nordjyske kommuner og almen praksis deltager.
- Satspuljeprogram vedr. systematisk inddragelse af pårørende. I projektet deltager Psykiatrien samt Aalborg og Thisted Kommuner.
- Patienten for bordenden – et udviklingsprojekt i Psykiatrien (Klinik Psykiatri Nord, sengeafsnit N7. Patienterne er fra Frederikshavn Kommune).

Fra teori til praksis

Principperne for det gode forløb på tværs af sektorer danner grundlaget for den måde, vi vil samarbejde på og den tilgang, vi møderne borgerne med. Det tværsektorielle samarbejde skal være så sammenhængende, at borgeren i sit forløb oplever et gnidningsfrit skift mellem sektorerne. Borgeren skal opleve at være medinddraget. Der skal være tale om reel inddragelse. Vi skal fra teori til praksis.

Generelle anbefalinger til det videre arbejde med principperne

- Tænk brugerinddragelse ind fra starten, fx ved brug af peerboards (hvor nuværende og/eller tidligere patienter drøfter og kommer med forslag til forbedringer mm.).
- Øg kendskabet til henholdsvis den organisering, de arbejdsopgaver samt de forskellige tilbud, der er på tværs af sektorerne for at sikre, at muligheder og tilbud benyttes optimalt. I den forbindelse skal der udvikles metoder til at øge kendskabet på tværs af sektorerne, fx:



- Afhold studiebesøg og temadage mellem region, kommuner og almen praksis for efterfølgende at kunne afklare og aftale, hvem der skal gøre hvad i de konkrete patientforløb. Benyt eventuelt også peerboards.
 - Implementering og vedligehold af Den Tværsektorielle Grundaftale – og udarbejdelse af PIXI på de områder, hvor det findes gavnligt (<http://www.rn.dk/Sundhed/Til-sundhedsfaglige-og-samarbejdspartnere/Sundhedsaftalen-2015-2018/Den-Tvaersektorielle-Grundaftale>).
 - Støtteværktøjer, der kan gøre det lettere for den enkelte medarbejder i region, kommune og i almen praksis at vide hvilke rettigheder og tilbud, der er for den konkrete borger, da der kan være forskellige tilbud i de enkelte kommuner.
 - Målrettet information til borgerne, så den enkelte kan orientere sig i de rettigheder til hjælp (fx i forhold til Serviceloven) og tilbud, han/hun kan benytte sig af.
- Igangsat initiativer til bedre kommunikation på tværs af sektorerne. Fx er der i slutningen af 2016 udarbejdet nye retningslinjer for den gode henvisning og epikrise for at sikre bedre overdragelse mellem region og almen praksis.
 - Udbred principperne for det gode forløb i det tværsektorielle samarbejde, hvor det giver mening.
 - Følg løbende op på de tværsektorielle aftaler, så der kan sættes ind, hvis det ønskede resultat ikke opnås. Der bør være opfølgning og dialog på flere ledelsesniveauer. Viden skal deles i hele organisationen, herunder driften, og således ikke kun på top-niveau. Fokus skal være på, hvordan viden spredes i og på tværs af sektorerne.

God forløbskoordination kræver tid og opmærksomhed. Der skal være en klar rammesætning af møder i forhold til dagsorden, mødeledelse samt opsamling. Her er ledelsesmæssig opbakning og prioritering vigtig. Det sikrer, at der er den fornødne opbakning til opgaven, samt at der er rammer for at kunne lave koordinering på tværs af sektorer.

Baseret på tilbagemeldingerne fra de projekter, der har afprøvet principperne, har det vist sig givtigt at klarlægge en række elementer, inden team-arbejdet påbegyndes.

Overvejelser i forbindelse med team-dannelse

- Afklar hvornår og hvor længe borgeren skal være tilknyttet Patientens Team.
- Afklar hvem der skal deltage i teamet. Her er det vigtigt at inddrage borgerens netværk samt andre relevante aktører inden for de forskellige sektorer og forvaltninger.
- Etablér faste aftaler om kommunikationsveje mellem sektorernes enheder, som kan anvendes til etablering af teamet. Teamet skal kunne mødes relativt hurtigt efter beslutning om nedsættelse af et team.
- Fastlæg procedurer for hvem der gør hvad i det konkrete team. Rolle- og funktionsbeskrivelser skal afklares. Det skal være tydeligt, hvem der har beslutningskompetence til hvad, hvilket



er særligt relevant, når man er ansat i forskellige sektorer. Det skal i det enkelte team tydeligt klargøres, hvem der har ansvar for, at de rette instanser inddrages til rette tid.

- Koordiner de forskellige indsatser så de understøtter samme fælles mål. Her er det vigtigt at lave en forventningsafstemning og drøfte borgerens ønsker for sit liv og fremtid. Herunder også henvise til alternativer, hvis borgerens ønsker ikke er realistiske/mulige.
- Aftal hvor de fælles beslutninger dokumenteres og journaliseres. Det skal fremgå tydeligt for teamets medlemmer hvilke oplysninger, der må deles på tværs, så der ikke er usikkerhed herom under forløbet.
- Aftal hvordan der følges op på det konkrete forløb.