

Hvordan bliver sundhedsklynger en god nyhed for patienter og medarbejdere?

Sidsel Vinge

cand.merc., ph.d.

sidselvinge@outlook.dk

23. September 2021

WHINN

Hvad er sundhedsklynger?

Boks 1

Etablering af forpligtende sundhedsklynger

- Der etableres forpligtende og formaliserede 'Sundhedsklynger' omkring hvert af de 21 akuthospitaler, med repræsentanter fra sygehuse/region, kommunerne og almen praksis i akutsygehusets optageområde.
- Sundhedsklyngerne omfatter også psykiatrien.
- De nye sundhedsklynger skal tage fælles ansvar for den fælles population i optageområdet (populationsansvar) med fokus på at løse udfordringer, herunder styrke sammenhæng og bedre behandlings- og rehabiliteringsforløb for de borgere der har forløb på tværs af regioner, kommuner og almen praksis, og samtidig være en drivende kraft for styrket forebyggelse, kvalitet og omstilling til det nære sundhedsvæsen. Myndighedsansvaret er fortsat placeret i regioner og kommuner.
- I overgangsperioden frem til etableringen fastlægges det, hvilke kommuner der deltager i de enkelte sundhedsklynger, og regioner og kommuner forbereder tilpasningen af eksisterende klynger.

Regeringen, KL, DaR, juni 2021

Hvad er egentlig nyt?

- Eksisterende samarbejder i klynger eller planområder.
- Hvad betyder ”forpligtende og formaliseret”?
- Måske at nogle borgmestre skal til ca. 4 årlige møder?
- Måske at der allokeres lidt fælles håndører?
 - Et par mio. *er* håndører i et sundhedsvæsen hvor enkeltafdelinger og kommuner har budgetter på halve og hele mia.
- Helt sikkert et nyt navn: Sundhedsklynger
 - I stedet for sundhedsfællesskaber, klynger, planområder, samordningsforum
- Helt sikkert et sekretariat, dagsordner, initiativer, projekter, evalueringer, arbejdsgrupper osv.

Hvad er egentlig en god nyhed for patienter og klinikere?

Før var det jo ubærligt for patienterne. Men det var også næsten ubærligt at være kliniker. For vi brugte umådelige mængder af tid på at snakke med forskellige parakliniske afdelinger for at få fremskyndet undersøgelser. Mange gange kunne man stå i den situation, at man havde en cancer, man ville have lave en præoperativ CT på, man fik en tid fire uger senere, og så brugte to sekretærer og en læge det meste af en dag på at få rykket det frem, fordi man godt vidste, at den her patient kommer til at skifte stadie på de fire uger, der går. Der var ingen, der var ligeglade, men der var nogle, der resignerede. Så det var et kæmpe fremskridt, da vi fik pakkerne. (ØNH-overlæge)

Kilde: Vinge, "Pakkeforløb for kræft", KORA 2017

Hvad er egentlig en god nyhed for patienter og klinikere? (2)

En ledende overlæge på et stort universitetshospital reflekterer over sin egen rolle, herunder hvorfor han ikke selv implementerede pakkeforløb tidligere. Han kendte tidligt til pakkeforløb på Vejle og var varm fortaler for idéen:

”Jeg ved det ikke rigtigt... Jeg tror simpelthen jeg var desillusioneret i virkeligheden. Den der kæmpe organisation og kæmpe dyne: Det var simpelthen som at slå i en hovedpude.”

Kilde: Vinge m.fl. *”Erfaringer med kræftpakker”*, KORA 2012.

Hvad er egentlig en god nyhed for patienter og klinikere? (3)

Det handler også om glæden ved det her: Glæden ved det multidisciplinære, glæden ved arbejdet. Glæden ved at have set, hvordan det har fungeret, og sådan som det er nu. Glæden ved at være en del af de her gode tilbud. Den glæde er helt enorm. (...) Vi oplever jo patienternes tilfredshed, og hvor stor en ro, det giver dem. Ja, de får deres diagnose, men vi samler dem op, tværfagligt, og får dem ud med en plan i hånden og noget håb i kasketten. Det er jo fantastisk, og det er da sjovt og berigende være en del af. (ØNH-overlæge)

Kilde: Vinge, "Pakkeforløb for kræft", KORA 2017

Lad os vende spørgsmålet lidt om...

- Hvordan kan klynger blive stedet hvor man ***løser reelle problemer for patienter og medarbejdere*** i praksis?
 - Ikke et sted hvor topledere og politikere finder på flere nye projekter, indsatser, enheder, planer, strategier, pejlemærker, sundhedsaftaler osv... som andre mellemledere og medarbejdere skal implementere
- Fire nedslag fra denne måned:
 - *"Flere ledere i sundhedsvæsenet burde spørge "Hvordan kan jeg hjælpe?"",* Bildsø Lassen og Fjalland i Dagens Medicin 3/9 2021
 - *"Easy things became really hard to do"* (Jos de Blok, Buurtzorg, Ældretopmøde)
 - *"Vi lægger hele tiden et lag mere på"* (Tina Holm, vicedir. Hvidovre-Amager om af socialsygeplejersker, udskrivningskoordinatorer, samordningskonsulenter, følge hjem team og nu også brobyggersygeplejersker)
 - *"Vi griber til organisatoriske løsninger – i stedet for strukturelle og systemiske løsninger på problemer i sundhedsvæsenet"* (Tina Juul, IQVIA)

Hvad er egentlig en god nyhed for medarbejdere og patienter?

- At det bliver nemmere at **gøre sit arbejde godt!**
- At få **løst reelle problemer** (og som går på tværs)
- At det bliver nemt at **samarbejde** om patienter på tværs af sektorer
- At der bliver nemt at finde og **overskue** relevante aktører, data, informationer og forløb i både egen og andre sektorer
- At det bliver nemt at være en del af **gode tværsektorielle forløb**

Hvad er teknologi?

- Erstatnings- eller empowerment-teknologi:
 - Japanske toiletter, robotstøvsuger, dosisdispensering, vaskemaskinen
- Medicinske teknologier:
 - Fra termometeret til robotkirurgi!
- Dokumentations- og kommunikationsteknologier:
 - EPJ-Syd, Cura, Nexus, Care, FMK, med-com standarder/henvisninger, sundhed.dk/sundhedsjournalen, korrespondance-meddelelser osv.
- Patientkommunikation:
 - Video, telefon, (e)brev, sms – alt hvad der ikke er A-A
- Selvmonitorering:
 - Telemedicin (KOL, sår), "Det gode og sunde liv" (sat., puls, BT, BS, vægt) mv.



Faktorerne

Relevant behandlingsinformation går Co

patienternes og leverede patientfor

Marie Henriette Madsen, Marie Brandhøj Wiuff, Eigil Boll Hansen og Thomas Artmann Kristensen

Følge hjem- og ringe hjem-ordninger i Region Hovedstaden

Implementering, organisering og oplevet udbytte



Stephanie Lose, formanden for Danske Regioner, Jacob Bundsgaard, formand for KL og Magnus Heunicke, sundhedsminister.

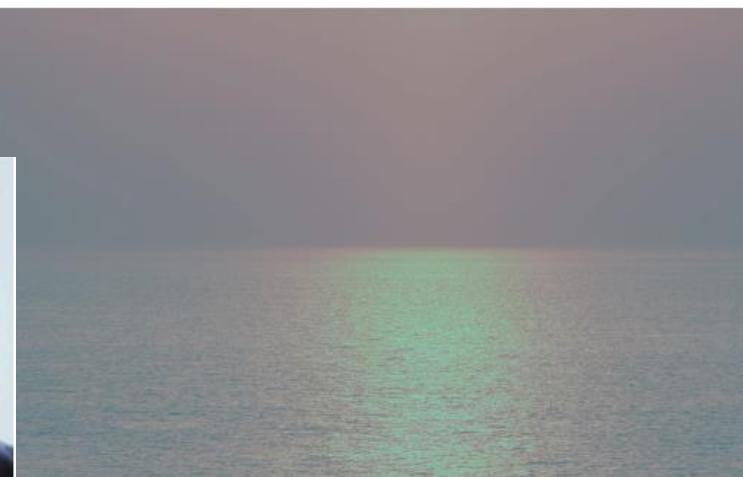
Ny politisk plan: Det skal være slut med, at patienter falder ned mellem to stole

Skrevet af Redaktionen d. 11. juni 2021 i kategorien Nyheder

Det skal være slut med, at patienter falder ned mellem to stole i deres behandling i sundhedsvæsenet, og der skal skabes bedre sammenhæng i behandlingen af mennesker med bl.a. kroniske sygdomme og psykiske lidelser og ældre. Det mener regeringen, Danske Regioner og KL, som fredag morgen præsenterede en aftale om næste år at etablere såkaldte sundhedsklynger omkring de 21 akutsygehuse i landet.

for

Analyse og Forskning



OPFØLGENDE HJEMMEBESØG TIL ÆLDRE EFTER UDSKRIVELSE FRA SYGEHUS - en medicinsk teknologivurdering

2007

Medicinsk Teknologivurdering - puljeprojekter 2007; 7 (4)

A har for Sundhedsstyrelsen undersøgt fire modeller for fælles regional-municipal forløbskoordination, hvor kommuner sender medarbejdere ind på hospitaler for at koordinere udskrivningsforløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Analysen viser, at alle de fire modeller er relevante løsninger. Regeringen understøtter et bedre tværsektorielt samarbejde omkring indlæggelse og udskrivning.

Hvor står vi i dag?

- 1.300.000 indlæggelser fordelt på 700.000 patienter.
- Kortere indlæggelser, som til sidst konverteres til ambulante kontakter
- Mindre raske ved udskrivelse – og mere syge ved indlæggelse
 - Større behov for tidstro og retvisende oplysninger om alt fra anamnese, habitualtilstand, medicin og diagnose(r) til igangværende udredning, opfølgning, planer osv.

Hvad gør vi i dag?

- Kommunikationsaftaler
- MED-com standarder
- Medicin med hjem (til 24 timer)
- 72 timers behandlingsansvar efter udskrivelse (i Reg H)
- Epikrise til kommunen (i Aalborg)
- Håndholdte lokale (ofte midlertidige) løsninger
 - Fremskudt visitation, følge hjem, følge op, ringe ud, ringe ind, ringe hjem, osv.
- Dyre og forkerte lappeløsninger
 - 3500 midlertidige kommunale pladser (= 2/3 af alle medicinske senge) uden læger, epikriser, medicinskabe eller journaladgang.

Sektorovergange og sundhedsklynger

- Fokus på **skalerbare** løsninger for de mange, ikke for de få i et lille projekt
 - Det handler ikke om de 269 patienter der over 18 måneder fik et fantastisk forløb
- Fokus på **systemiske** løsninger – ikke organisatoriske håndholdte løsninger
 - ‘Relationel koordinering’ er ikke løsningen for 1.3 mio. sektorovergange årligt!
- Fokus på løsninger der kan **reducere organisatorisk kompleksitet**
 - Less really *is* more! Ikke flere teams, enheder, aktører af nogen som helst art!

Sektorovergange som eksempel: Kommunerne ønsker til nem og hurtig adgang til sundhedsoplysninger

De inkluderede 17 casekommuner efterspurgte særligt følgende oplysninger:

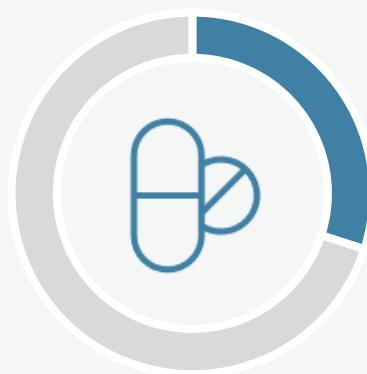
Fælles behov



Overblik over borgerens
aftaler med
sundhedsvæsn

Laboratoriesvar

Misbrugscentre



Stamdata

Vaccinationer

Tidspunkt for sidste
indlæggelse

Akutfunktioner



Diagnoseoversigt

Epikriser

Det vi gør virker ikke godt nok: Indlæggelsesrapporten er utilstrækkelig



”Vi mangler dokumentation om, hvorfor patienten kommer nu. Patienten kan ikke altid selv gøre rede for det. Det er ikke agilt ift. sektorovergange. Vi har svært ved at vide, hvad der er sket og hvor længe, det har stået på, og vi vil gerne vide, hvis patienten har haft behov for øget hjælp de seneste dage/uger...

Vi er afhængige af viden. Korrespondancen er værdiløs, som den er nu. Nogle gange er info (i systemet) opdateret, og det er godt. Men hospital har brug for at vide, hvad der er gået forud”

Citat fra sundhedsprofessionel på fælles akutmedicinsk afsnit.



”Det nuværende niveau understøtter ikke det behov, nogen af parterne har...

Korrespondancemeddelelser udarbejdes, når hospitalet har patienten i over 24 timer.

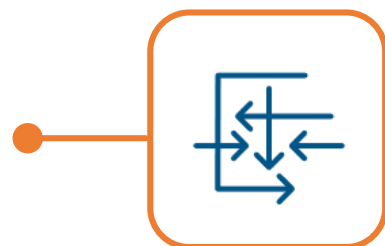
Hospitalet bliver nødt til at ringe til kommunen for at få viden om patienten ift. overgangen.

Det kræver en fuldtidsstilling af følge op med ventekø, komme igennem mv.”

Citat fra en sundhedsprofessionel på fælles akutmedicinsk afsnit

Hvad er der behov for i sektorovergangen?

At gå fra at *sende*
til at *dele* data



Søgefunktion

Habituelle værdier



Statusrubrik

Udfordringer med at *dele* data i stedet for at *sende*



Navigation i den voksende mængde af sundhedsoplysninger



Juridisk vejledning ift. indhentning af borgerens samtykke



Ansvarsfordelingen ift. at reagere på de oplysninger, der er til rådighed

Hvordan kan sundhedsklynger blive en god nyhed?

- *Hvordan kan vi hjælpe!?*
 - Undersøg de *store* udfordringer for de *mange* i hverdagens praksis
- Find frem til *skalerbare, systemiske* løsninger der *virker i klinisk praksis*
 - Gør det nemt, intuitivt og navigerbart at være medarbejder (og patient)
 - Personer og relationer forgår – strukturer og systemer består
- Løs de regulatoriske og it-mæssige udfordringer: *Her kan ledere faktisk hjælpe!*
- STOP! Ryd ud i alle de små lokale projekter med håndholdte løsninger.
 - Relational koordinering skal forbeholdes *meget* små målgrupper af *helt særligt* udfordrede patienter. Ikke DÆMP.
 - Dræb 90 % af de gode ideer og projekter. Dræb 99% af strategierne og visionerne.
- PDSA, PDSA, PDSA, implementering, implementering og implementering
 - Gør som I plejer i Syd: *"Vi spænder lederne for!"*
- Og PS: I behøver på ingen måde vente på sundhedsklyngerne!