

"Problemet er jo, at folk fejler mere end én ting ad gangen. Det kunne være rart om I (almen praksis) kunne identificere og behandle patienten for de andre ting, som evt. kan virke som en barriere for vor behandling. Dette således at vi som samarbejdspartnere får patienter, der er motiverede for at modtage den ydelse, vi kan levere..." (samarbejdspartner i dialog med almen praksis)

Idékatalog

mod større lighed i sundhed
– idéer fra almen praksis

Indhold

1. Indledning	2
2. Formålet med workshopen.....	3
3. Workshoppens afsæt	3
4. Programmet	3
5. Hvilke udfordringer i "det svære forløb"?	4
6. Idéer til indsatser i forhold til lænderyglidelser.....	4
7. Idéer til indsatser i forhold til de generelle problemstillinger	5
Bilag 1. Program.....	8
Bilag 2. Deltagerliste	9

1. Indledning

At arbejde mod mere lighed i sundhed er en kontinuerlig og tværfaglig indsats. Det valgte citat på forsiden er et udsagn fra en samarbejdspartner til almen praksis, og det er udtalt med et glimt i øjet. Patienter kan have flere samtidige helbredsproblemer, hvilket gør det vanskeligt for den enkelte speciallæge eller fysioterapeut, men det er også en udfordring for den praktiserende læge. Alle med erfaring fra feltet ved, at vi er inde på noget, som er vanskeligt.

Som kvalitetsorganisation ønsker KAP-H at sætte fokus på, hvordan den enkelte klinik kan prioritere lighed i sundhed i dagligdagen. Hvilke eksisterende muligheder er der for at give patienterne den bedst mulige behandling, støtte og rådgivning, og hvilke nye tiltag bør sættes i værk? Hvem skal sammen søge at løse fælles problemstillinger omkring de patienter, der ikke profiterer tilstrækkeligt af sundhedsydelse, og hvordan skal det gribes an? Med idékataloget forsøger vi at komme med forslag til med hvad, og hvor vi kan fortsætte vor indsats.

Målgruppen for indsatserne har vi kaldt "de sårbare patienter". Hermed forstås patienter som ikke profiterer tilstrækkeligt af sundhedsvæsnets eksisterende tilbud. Man kunne vende det om og sige, at det er sundhedsvæsenet der er sårbart i og med, at vi ikke er i stand til at nå en ikke nærmere specificeret gruppe af vore patienter. Denne erkendelse betyder, at vi også selv vil være målgruppe for flere af de skitserede indsatser.

Om sårbare patienter er der mange erfaringer fra andre projekter¹. Der er dog ikke i forbindelse med workshoppen lavet en samlet erfaringsopsamling, men der er tidligere skrevet en rapport, hvor mange erfaringer er sammenfattet². Workshoppen tager således afsæt i den viden der allerede er genereret indenfor emnet.

Tid i sundhedsvæsenet er en væsentlig og nogle gange sparsom ressource. Ganske mange rapporter peger på, at tid er en væsentlig faktor for den patientoplevede kvalitet. Tid er vigtigt for den sundhedsprofessionelle men også for patienten, og særligt den sårbare patient kan have brug for mere tid. Det handler om tid til at udtrykke sig om sine symptomer, og tid til at forstå hvad en behandling indebærer, og evt. hvorfor én fremfor en anden behandling skal vælges etc. Det stiller store krav til den sundhedsprofessionelles kommunikation, og ikke mindst kræver det tid.

Der har været fremlagt modeller for, hvordan man kunne støtte de klinikker, som arbejder i områder med mange socialt udsatte, fx i form af øget basishonorar, mulighed for at afholde "længerevarende" konsultationer, støtte fra socialrådgivere³ og evt. mulighed for færre antal patienter. Ingen af disse tiltag er iværksat endnu.

Kommunikationen mellem sektorerne er vigtig og på trods af det Fælles MedicinKort (FMK), Korrespondancemodulet (KM) og en kommende sundhedsplatform, så er der mange udfordringer i kommunikationen om patienterne – og ikke kun af teknisk karakter. Et andet vigtigt fælles redskab er SOFT-portalen, som omhandler rehabiliteringstilbud, men der har vist sig store udfordringer med at holde portalen opdateret.

¹ Vedr. lænderyg, se fx Ugeskrift for Læger 12. maj 2014, kommunale projekter, fx Rudersdal kommune (Ledsager April 2014) MPL projekt fra Midtjylland, "Sammenhængende forløb for mennesker med Multisygdom (Bispebjerg Hospital m.fl). Partnerskab for bæredygtig sundhed osv.

² Se Lise Dyhrs rapport "Praksisfællesskab i sårbart område - erfaring fra indsats til at imødegå ulighed i sundhed i Region Hovedstaden 2009-2012",

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/konsulenthjelp-til-praksis/kap-h/tilbud-og-indsatser/ulighed-i-sundhed/>

³ Se fx Ugeskrift for Læger, april 2014;176:1019

Ikke alle udfordringer i dette komplekse emne kan løses af projekter og ved indsats af de enkelte aktører i sundhedstrekanten. Der kræves kontinuerlig faglig opmærksomhed ligesom der skal politiske tiltag til, hvor det bl.a. er lederne, der skal beslutte sig for at prioritere lighed i sundhed. I almen praksis kan det enkelte praksisteam beslutte sig for at gøre en forskel. Men der er stadig behov for styring og fordeling af sundhedsydelse, så dem med størst behov bliver tilgodeset.

Lighed i sundhed er et prioriteret område i Region Hovedstaden, og mens strategien er ved at blive udarbejdet, er der allerede fremkommet disse erfaringer og ønsker til kommende tiltag fra almen praksis og samarbejdspartnere, som er skitseret her i idékataloget.

2. Formålet med workshoppen

Workshoppen om ulighed i sundhed blev afholdt som et eftermiddagsmøde på Regionsgården den 27. maj 2014. Formålet med workshoppen var at få input til et idékatalog med indsatser mod ulighed i sundhed til KAP-H's styregruppe. Planlægningsgruppen⁴ havde inviteret en række af KAP-H's egne konsulenter men også hospitalslæger, praksiskonsulenter fra fysioterapi, kiropraktik og psykologi samt praktiserende læger fra områder i regionen med mange sårbare patienter. Oplægsholderne var samarbejdspartnere i sundhedstrekanten og bidrog med forskellige erfaringer og perspektiver fra arbejdet med sårbare patientgrupper.

3. Workshopens afsæt

Workshoppen tog afsæt i de erfaringer KAP-H har gjort sig med emnet (jf. note 2), hvor man bl.a. har fundet det hensigtsmæssigt at inddele indsatser på henholdsvis klinik og tværsektorielt niveau. Det overordnede formål med indsatserne er at imødegå den sociale gradient, som betyder, at jo mere udsat en borger er desto flere helbredsproblemer og tidligere død. Sundhedsstyrelsen peger på, at sundhedsvæsenet spiller en central rolle og definerer dets opgaver således: at sikre lægedækning i de områder, der er socioøkonomisk ringere stillet; at integrere sundhedsarbejdet i den primære sektor og at udbygge det tværsektorielle samarbejde om de sårbare patienter.

4. Programmet

Programmets første halvdel tog afsæt i Forløbsprogrammet for lænderyglidelser for at have et konkret udgangspunkt. Forløbsprogrammet var valgt fordi det eksplicit peger på betydningen af den sociale dimension for et vellykket behandlings- og rehabiliteringsforløb. Programmets anden halvdel åbnede op for en bredere idé-udvikling om mulige samarbejder og tiltag for at imødegå generelle problemstillinger om ulighed. Programmet vekslede imellem oplæg fra vore samarbejdspartnere, som havde til opgave at videregive erfaringer fra egen klinisk praksis og tværsektorielle projekter, og gruppearbejde, hvor alle deltagerne udviklede idé-forslag ud fra en PICO-model (P = persons; I = intervention; C = comparison; O = outcome). Programmet og deltagerlisten findes som bilag.

⁴ Eva Branner (administrativ koordinator i KAP-H) Lene Schack-Nielsen (specialkonsulent i Enhed for Tværsektoriel Udvikling), Anette Sonne Nielsen (specialkonsulent i KAP-H). Anne Cederlund Rytter (konsulent i Enhed for Tværsektoriel Udvikling indtil til 1. maj 2014), Michel Kjeldsen (faglig koordinator i KAP-H) og Jesper Lund (faglig koordinator i KAP-H) og Lise Dyhr (ekstern faglig konsulent og formand for planlægningsgruppen).

5. Hvilke udfordringer i "det svære forløb"?

Oplægsholderne var blevet bedt om at karakterisere "de svære forløb" og videregive erfaringer med at løse disse. På tværs af indlæggene viste der sig et billede af de svære forløb, hvor:

- Der er andre problemstillinger, end det den faglige sundhedsydelse er rettet imod. Der kan være problematikker som oftest er af langvarig og psykosocial karakter og/eller har baggrund i det forhold, at patienter kan fejle mere end én ting af gangen.
- "Patienterne passer ikke ind i vore skemaer" eller "Patienten er ikke et projekt".
- Der er strukturelle barrierer for samarbejde på tværs, fx mangel på it-baserede tværsektorielle værktøjer og standarder for kommunikation.

Derudover fandt man, at:

- Det tager tid og ressourcer at udvikle tværsektorielle kompetencer, dvs. at finde hensigtsmæssige måder at samarbejde med hinanden på i sundhedstrekanten.
- Patienternes perspektiv forsvinder ofte, hvis man ikke fokuserer direkte herpå og medinddrager disse.

6. Idéer til indsatser i forhold til lænderyglidelser

På klinikniveauet er det relevant med:

- Kurser inden for smertehåndtering, da det er relevant for lægen at kunne rådgive om dette.
- Kurser inden for udredning og anamnese, fx om hvordan man identificerer og beskriver "konkurrerende faktorer" udover lænderyglidelsen.

På det tværsektorielle niveau:

Vedr. tilbud om rehabiliteringsforløb:

- Der ønskes forløb for personer med længerevarende/kroniske rygproblemer, også for de som evt. er uden for arbejdsmarkedet, idet sårbare patienter ofte tilhører denne kategori.
- Træningstilbud skal være tilgængelige, hvad angår tid, sted, transport, varighed og evt. tolkemuligheder. Holdtilbud på tværs af sygdomsgrupper skal også kunne rumme psykisk syge og selvtræningshold med henblik på fastholdelse kunne være oplagt. Holdtilbud virker bedst, hvis de kommer brugerne i møde.
- Der bør være mere fokus på samspil mellem "krop og psyke", "det hele menneske" og at udvikle evnen til egenomsorg.
- Der bør også være tilbud til den multisyge. Ved opstart overvejes og beskrives evt. behov for psykosocial støtte.
- Om skriftlig information til målgruppen. Tænk på læsbarhed, evt. brochurer på fremmedsprog.
- En sundhedskoordinator der kan følge op efter endt forløb og sørge for at borgeren sluses videre i andet træningsregi.

Socialmedicinsk Enhed, Bispebjerg Hospital

Socialmedicinsk Enhed (SME) er i Region H den driftsansvarlige afdeling for socialmedicinske ydelser i relation til reform af fleksjob, ressourceforløb og førtidspension. Afdelingen har således et tæt samarbejde med alle regionens 29 kommuner bl.a. i forhold til den såkaldte sundhedskoordinatorfunktion.

Enheden foretager som ambulatorium udredninger og vurderinger, og foretager herudover også arbejdspladsbesøg, arbejdsfastholdelsestiltag, rehabiliteringsforløb m.v.

Læs mere:

<http://www.bispebjerghospital.dk/menu/Afdelinger/Kliniske+afdelinger/Arbejds+og+Miljoemedicinsk+Afdeling/Om-afdelingen/SME.htm>

7. Idéer til indsatser i forhold til de generelle problemstillinger

På klinikniveauet er det relevant med:

- Systematisk gennemgang af symptomer ved udredning af patienten.
- Redskaber⁵ til at identificere sårbare patienter ved hjælp af Datafangst eller antal præparater.
- Redskaber, som kan anvendes til at afdække og udvikle styrker hos patienten (sociale kompetencer).
- Indsatser med fokus på organisation og ledelse⁶, der kan skabe trygge rammer for den sårbare patient og sikre relevant behandling og fastholdelse.
- Tilbud om socialmedicinsk supervision⁷.

Samtlige ovenstående punkter er afprøvet i tidligere tiltag (jf. note 2) og vil kunne videreudvikles.

Derudover kan det være relevant med:

- Kompetenceudvikling i forhold til psykisk syge, og fokus på hvordan de kan screenes for somatisk sygdom i almen praksis.
- Uddannelse af ressourcetsvage patienter i klinikken (evt. med tolk). Det vil øge patientens egen sygdomsforståelse, skabe tryghed og fremme kontrakten/relationen mellem patient og læge.
- Samarbejde med psykologer, fysioterapeuter m.fl. Det vil øge kvaliteten i både henvisninger og epikriser.

Indvandrermedicinsk klinik, Hvidovre Hospital

Klinikken varetager somatisk udredning af patienter med anden etnisk baggrund med sammensatte problemstillinger. I klinikken gennemgås både patienternes somatiske, psykiske og sociale problemer. Et tværfagligt team koordinerer patientforløbet med henblik på at lette patienternes adgang til behandling, forebyggelse og rehabilitering.

Læs mere:

<http://www.hvidovrehospital.dk/menu/Afdelinger/Infektionsmedicinsk+afdeling/Indvandrermedicinsk+Klinik/>

⁵ Et arbejde, som er påbegyndt i den tidligere Facilitatorordning, se <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/hovedstaden/konsulenthjaelp-til-praksis/kap-h/tilbud-og-indsatser/ulighed-i-sundhed/>

⁶ Som i note 5.

⁷ Konceptet er allerede afprøvet i pilotprojekt, se note 2.

Materiale målrettet patienter med kronisk sygdom

En særlig webside "Grib om livet" er målrettet patienter med kronisk sygdom:

<http://www.regionh.dk/gribomlivet/menu/>

Film om lænderyglidelser:

<http://www.regionh.dk/gribomlivet/menu/Lænderyglidelser/>

Der er tilsvarende film om kronisk sygdom målrettet etniske minoriteter på forskellige sprog:

<http://www.regionh.dk/gribomlivet/menu/Nye+film>

Patientfolder – antibiotika eller ej (folderen findes på otte forskellige sprog).

<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almene-praksis/hovedstaden/konsulenthjælp-til-praksis/medicinfunktionen/tilbud-til-praksis/patientfolder-antibiotika/>

Sundhedsstyrelsen har samlet diverse materialer, som er målrettet etniske minoriteter:

http://sundhedsstyrelsen.dk/publ/Publ2011/CFF/EtnMin/SSTmat_fremmedsprog_5udg.pdf

På det regionale niveau er det relevant med:

- En Store Praksisdag med emnet som tema⁸.
- Konsulentbesøg i klinikker der er hårdt belastede. Formålet skulle være at afdække og komme med forslag til, hvordan klinikken kan aflastes.
- Udvikling af og tilbud om praksismanagement til klinikker med mange sårbare patienter⁹
- Udvikling af og tilbud om aflastning til klinikker med mange sårbare patienter, fx en socialmedicinsk indsats kombineret med en socialrådgiverfunktion. Et pilotprojekt på Vestegnen ville være oplagt, hvor der i forvejen er erfaringer fra tværfaglige indsatser og fokus på den sårbare patient.
- Sikre henvisningsmuligheder til relevante tværfaglige behandlingstilbud og evt. til særlige udredningsenheder fx for multisygdom (i lighed med Indvandrermedicinsk Klinik).
- Sikre udvikling af SOFT-portal, så den bliver mere tilgængelig, relevant og overskuelig for alle samarbejdspartnere.
- Få emnet om lighed i sundhed ind i alle forløbsprogrammer, og herunder få udpeget *konkrete* redskaber til at imødegå ulighed, som tager afsæt i den kliniske virkelighed og erfaring.
- Udbrede teletolkning (som en bedre løsning), når der er behov for tolk.
- Alternative tiltag som kokkeskolehold, fodboldfitness etc. som involverer lokalsamfundet.

På det tværsektorielle niveau er det relevant med:

- Systematisk ansvarsoverdragelse¹⁰ af "sårbare borgere" ved sektorovergange, hvor indsatsen kan bestå i at bedre kommunikationen i henvisninger og epikriser.

⁸ Dette kræver dog et udviklingsarbejde for at levere relevante undervisningstilbud. Emnet var dog også tema på "Lægedage" 2013

⁹ Kan evt. indarbejdes i kommende Praksismanagerprojekt (i regi af KAP-H), hvor Hanne Hjortkjær Petersen er projektleder.

- Nemmere og bedre kontaktmuligheder til kommuner og hospitaler om specifikke patientforløb, hvor det opleves at patienterne er ved "at blive tabt".
- Almen praksis ønsker tidlig inddragelse i evt. kommunale sundhedsprojekter.
- Et kommunalt, tværfagligt udredningsteam til at håndtere sårbare patienter, der er umotiverede og eller uafklarede og derfor ikke tager imod eksisterende tilbud.
- Et tilbud om en kommunal støtteperson eller en frivillig bisidder, som følger den sårbare patient til lægebesøg.
- Fælles kompetenceudvikling med fokus på samarbejde og kommunikation om patienter.

¹⁰ KAP-H's konsulenter i det tværsektorielle samarbejde har netop dette som opgave. Her fremhæves behovet for et særligt fokus på de sårbare patienter. Dette vil kunne formidles til hospitalspraksiskonsulenterne.

Bilag 1. Program

WORKSHOP OM ULIGHED I SUNDHED

Tirsdag den 27. maj 2014 kl. 14-17, Regionsgårdens lokaler H2 og H3

- Kl. 14.00 Velkomst v. Lise Dyhr
- Kl. 14.10 Rammer for idékataloget v. Jesper Lundh
- Kl. 14.15 Status for arbejdet mod ulighed i sundhed v. Lise Dyhr
- Kl. 14.20 Status på implementeringen af forløbsprogrammet for lænderyg v. Maria L. K. Altschuler
- Kl. 14.25 Erfaringer fra implementering af Lænderyg-forløbsprogrammet i Brøndby kommune v. Inge Christesen & Tanja Jørgensen
- Kl. 14.45 Erfaringer fra Indvandrermedicinsk klinik, Hvidovre Hospital v. Marie Louise Nørredam
- Kl. 15.00 Gruppearbejde I:
Idéer til tværsektorielle projekter inden for lænderyg
- Kl. 15.40 Pause
- Kl. 15.50 Shared Care på Vestegnen. Psykisk syge med fysisk sygdom, v. Morten Finnemann
- Kl. 16.10 Gruppearbejde II:
For KAP-H-konsulenter: Hvilke aktiviteter/projekter kan min konsulentfunktion medvirke til, som kan understøtte sårbare patienters forløb i almen praksis?
For samarbejdspartnere: Hvilke aktiviteter/projekter kan jeg fra min position se kan medvirke til at understøtte sårbare patienters forløb i almen praksis?
- Kl. 16.50 Tak for i dag v. Lise Dyhr

Bilag 2. Deltagerliste

Oplægsholdere:

Ingrid Christesen, fysioterapeut, Brøndby Kommune
Lise Dyhr, praktiserende læge og ekstern konsulent
Maria Louise Kaae Altschuler, konsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Marie Louise Nørredam, læge, Indvandrermedicinsk Klinik, Hvidovre Hospital/lektor og forskningsleder København Universitet
Morten Finnemann, chefkonsulent Glostrup Hospital
Tanja Jørgensen, fysioterapeut, Brøndby Kommune

Workshopdeltagere – praktiserende læger/KAP-H-konsulenter

Andreas Højring, praktiserende læge og specialepraksiskonsulent (reumatologi)
Anne Højte, praktiserende læge og efteruddannelsesvejleder
Gitte Sofsrud, praktiserende læge
Jens Parker, praktiserende læge og tværgående it-konsulent
Jesper Lundh, praktiserende læge og faglig koordinator
Lars Rytter, praktiserende læge og projektleder for Den ældre patient
Line Stormgaard Jepsen, praktiserende læge og konsulent med medicinkompetencer
Marianne Puge Nielsen, praktiserende læge
Merete Halkier, praktiserende læge
Merete Sværke, praktiserende læge
Peder Christian Reistad, praktiserende læge og specialepraksiskonsulent i psykiatrien
Vibeke H. Vestereng, praktiserende læge og specialepraksiskonsulent (reumatologi)
Ynse de Boer, praktiserende læge og patientsikkerhedskonsulent

Workshopdeltagere – fra praksissektoren

Christine Ib, praktiserende fysioterapeut og praksiskonsulent
Marianne Andreasen, praktiserende kiropraktor og praksiskonsulent
Patricia Binggelli, praktiserende psykolog og praksiskonsulent

Workshopdeltagere – fra hospitalerne

Annette Hansen, specialeansvarlig overlæge, reumatologisk afd Gentofte Hospital,
Hanne Slott Jensen, Ledende overlæge dr. med., reumatologisk afd. Frederiksberg Hospital

Workshopdeltagere – fra administrationen

Anette Sonne Nielsen, specialkonsulent, KAP-H/Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Eva Branner, administrativ koordinator i KAP-H/ Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Heidi Mortensen, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Lars Ole Andersen, Sundhedskoordinator, Brøndby Kommune
Lene Schack-Nielsen, specialkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Mona-Lene Kjærgård, chefkonsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling
Nanna Kathrine Pedersen, konsulent, Enhed for Tværsektoriel Udvikling

Workshopdeltagere – patientforeninger

Jacob Holch, konsulent i Gigtforeningen

Observatører fra PLO-H

Kaare Rossel, praktiserende læge og medlem af KAP-H's styregruppe