

Udvalget vedr. tværsektorielt samarbejde

Rapport for udvalgets studietur til Edinburgh den
24.-26. juni 2015



**Region
Hovedstaden**

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	1
1. Program	2
2. Rapport	4
Torsdag den 25. juni 2015 kl 10.00-12.00.....	4
Torsdag den 25. juni kl 14.00-14.30.....	7
Torsdag den 25. juni 2015 kl 14.30-16.00.....	7
Torsdag den 25. juni 2015 kl. 19.00-23.00.....	8
Fredag den 26. juni 2015 kl 9.00-10.00.....	9
Fredag den 26. juni 2015 kl 10.00-11.15.....	10

1. Program



Danish Study Visit – 25 and 26 June 2015

Time	Location	Visit Purpose
9.30	Waverley Court, City of Edinburgh Council's Offices	
10.00 – 12.00	Wester Hailes Health Living Centre	Example of joint working between Council/NHS/Voluntary Sector Opportunity to view the facility and meet with staff both Council/NHS/Voluntary Sector and hear how integration of services helps those who access services
12.00 – 12.30	Travel to City Chambers	
12.30 – 13.45	Lunch	
14.00 – 14.30	Telecare - Demo/Presentation (Heather Laing, Technology Lead, City of Edinburgh Council	Introduction to Community Alarm Telecare Service Edinburgh Context Technology and Prevention Partnership Working Growth in use of Technology National Technology Enabled Care Programme
14.30 – 16.00	Integrated Hubs – Interface between acute and social care (Marna Green , Nikki Conway (Senior Managers Assessment and Care Management)and NHS Colleagues)	Discussions around the role and impact of the discharge hubs with representation from Health
16.00 – 19.00	Free time in Edinburgh	
19.00 till late	Networking event/Dinner	Channings Hotel, Edinburgh

Day 2 - 26 June 2015		
Time	Location	Visit Purpose
9.00	City Chambers Edinburgh	
9.00 – 10.00	Anne Hendry – introduction and presentation	Health and Social Care Integration
10.00 – 11.00	Rachel Hardie – House of Care presentation	Development of a patient pathway approach focusing on a person living with multimorbidity House of Care approach as a model for person centred and integrated care Development of the House of Care approach from a strategic and operational perspective, across health, social care and the third sector
11.00	Close	Approach to measurement for improvement and evaluation

City of Edinburgh Council Waverley Court 4 East Market Street Edinburgh EH8 8BG	Wester Hailes Healthy Living Centre 30 Harvesters Way, Edinburgh, EH14 3JF	City of Edinburgh Council City Chambers High Street Edinburgh EH1 1YJ
---	---	---

2. Rapport



Torsdag den 25. juni 2015 kl 10.00-12.00

Udvalget besøgte den 25. juni Wester Hailes Living Centre, som er et integreret, lokalt center hvori sundhedssektor, socialsektor og frivilligsektor samarbejder i et område, hvor befolkningen har en sundhedsadfærd og somatisk/psykisk sygdom, der svarer til befolkningen i sårbare områder i Region Hovedstaden.

Amegad Abdelgawad introducerede centeret, som han leder.

Wester Hailes åbnede i august 2013, og har kostet 12 mio. pund at etablere, og fylder 4931 m² fordelt på tre etager.

NHS (National Health Service, den nationale og regionale sundhedsmyndighed) indgår med 60 % i centeret. I sundheds-delen er repræsenteret almen praksis, hjemmesygeplejersker, sundhedsplejersker, fodterapi, psykiatri, psykologer, jordemødre, fysioterapi, diætister, tandlæger og ambulatoriefunktioner.

De 34 % udgøres af det sociale område, både voksenområdet, børn- og ungeområdet, distriktssygeplejersker, kriminalforsorg, handicapfunktioner og misbrugsområdet.

De sidste 6 % udgøres af det såkaldte Health Agency, som består af en lang række frivillige organisationer, som samarbejder om at hjælpe patienter og familier.

Der blev spurgt ind til udveksling af data imellem sundheds- og socialforvaltningen. Sundhedsdata er forskellig fra myndighedsdata, så de to sektorer taler datamæssigt ikke umiddelbart sammen. Fra den 1. juli vil funktionerne blive sammenlagt ledelsesmæssigt på nationalt plan, så det kan ændre sig.

De funktioner, der ikke er integreret i de lokale centre (integrated care) er hospitalsfunktioner, akutområdet og billediagnostik. Skoler, jobcentre og biblioteker er heller ikke en del.

Dr. Peter Cairns, alment praktiserende læge, holdt oplæg for udvalget.

I samarbejdet med det øvrige center, er der først og fremmest fokus på hvad borgerne har brug for, snarere end nationale retningslinjer eller standardskemaer, der skal udfyldes. Wester Hailes er et sårbart område. Borgerne i optageområdet lever i gennemsnit 10 år kortere end i velstående områder i Edinburgh, som fx ligger mindre end 1 km fra centret. Der er 1/3 flere tilfælde af tidlig cancer og tidlig død af cancer. Der er med andre ord forskelle, der ligner, dem vi i Region Hovedstaden kender fra sundhedsprofilen, både i forhold til forekomst af sygdomme, men også i forhold til sundhedsadfærd. Derudover har borgerne i optageområdet store problemer med ensomhed/isolation og misbrug.

Der er 9 alment praktiserende læger, som arbejder i centeret. Vigtige samarbejdspartnere for dem er bl.a. socialrådgivere, skoler og frivillige organisationer.

Sean Bell, leder af socialforvaltningen/børn- og familieförvaltning i centeret, holdt oplæg for udvalget.

Integrationen af visitatorer, specialister i indlæringsproblematikker, sundhedspersonale og økonomiske rådgivere har vist sig effektiv. Bare det at socialteamet kan vende problemstillinger med alment praktiserende læger dagligt, gør en stor forskel.

Fokusområder er vold i hjemmet, mental sundhed, misbrug, medarbejderkultur og engagement i – og af lokalsamfundet.

I løbet af de sidste tre år er statistikkerne vendt for ungdomskriminalitet og hærverk. Fængsling/tilbageholdelse af mindreårige kostede tidligere ¼ million pund om året. I de sidste tre år har der ikke været nogen.

Det der har gjort en forskel har været den tværsektorielle indsats og samarbejdet med lokalsamfundet.

CASE

En ny skoleleder i området fik at vide, at forældrene ikke var interesseret i deres børns uddannelse, fordi deltagelsen i 'Parent's night' (skole-hjem-samtaler, hvor alle møder op på samme tidspunkt og står i kø for at tale med lærerne) var meget lav. Skolelederen mødte op i børnenes hjem og spurgte forældrene om baggrunden for, at de ikke mødte op. Det handlede ikke om manglende interesse men om mulighed. Skolelederen lavede efterfølgende systemet om, så aftalerne blev lavet individuelt (hjemme eller på skolen), så det passede ind i familiernes hverdag. Fremmødet ændredes fra under 40 % til 96-99 % deltagelse.

Ændring af medarbejderkultur er gennemsyrende for indsatser og måden lokalsamfundet inddrages.

CASE

En borger med en progressiv sygdom med mand og to børn. Familien boede på fjerde sal, og manden bar hende op og ned hver dag. Da skolen alarmerede socialforvaltningen om, at børnene ikke trivedes, tog forvaltningen fat i først sundhedsforvaltningen (som mente at det var et boligproblem) og dernæst boliganvisningen, som ikke mente, at der var et problem, idet manden ikke søgte aktivt efter bolig. Det havde han ikke overskud til. Da man samlede de forskellige forvaltninger og skolerepræsentanter i det samme rum, opstod løsningerne med det samme, og ingen skubbede problemet videre til andre.

Børn, der overtrådte loven eller havde andre problemer blev stratificeret ift graden af overtrædelser og alle bliver set indenfor en uge ift hvad de har behov for. Udviklingen i ungdomskriminalitet blev vendt. Efter 2 år er der 12 børn tilbage vs 150 ungdomskriminelle, da de startede med metoden.

Da centeret kunne se, at metoden virkede, blev den overført til andre områder, f.eks vold i hjemmet. Også i forhold til hjemløshed blev metoden gentaget, men denne gang med udgående funktioner.

Centeret har gentagne gange indkaldt til store lokalsamfundsmøder, hvor borgerne bliver spurgt, hvordan de ønsker, at deres lokalområde skal se ud, og bliver spurgt hvad de selv kan gøre for at få det til at ske. Der stilles krav om, at borgerne skal være involverede selv. Forældre spørges, hvad de ønsker, at deres børn skal kunne i alderen 5, 8, 11 osv.

De unge har ikke retning på jobønsker ift højtuddannede jobs, men forestiller sig kun lavtuddannede jobmuligheder. Centeret har derfor givet unge mulighed for at være i praktik på Wester Hailes Living Centre for at give dem ideer om, hvad de kan opnå.

Der var et spørgsmål om, hvordan man involverer almen praksis i centeret. Det har ikke været uproblematisk, fordi en praksis i et velstående område er meget anderledes end i Wester Hailes. Administrationen skal være villig til at afgive kontrol, og lade almen praksis være involveret i den strategiske planlægning for et område. Selvom mange læger opfatter det at se patienten som en helhed i forhold til den enkeltes netværk og ressourcer, har det været svært at få almen praksis til at se, at de bør indgå i den planlægningsmæssige opgave. Det kan med fordel indføres i kontrakterne mellem lægerne og myndighederne fremadrettet.

Udvalget fik en præsentation af den frivillige sektors organisering og arrangementer i centeret, The Health Agency.

Tilbuddene varierer fra økonomisk rådgivning i forbindelse med sygdom eller arbejdsløshed, madlavningskurser og dyrkning af grøntsager, motion og pleje, aktiviteter for børn og familier eller rådgivning og terapi i forbindelse med kræftforløb.

Målet med centeret har været at få de sundhedsmæssige og de sociale funktioner samlet ét sted, samt at have en tilgang til borgerne, hvor man tager fat i hele netværket omkring den person, der har brug for hjælp.



Torsdag den 25. juni kl 14.00-14.30

Præsentation v/ Heather Laing, Technology Lead, City of Edinburgh Council om Telecare Service (velfærdsteknologi).

Der er en ny generation af ældre på vej, som anvender teknologi og har høje forventninger til deres sundhed i alderdommen.

Telecare Service startede for 30 år siden som tilbud til 300 mennesker, der kunne trykke på en alarm efter datidens teknologiske standard. I dag rummer det tilbud til 1500 beboere på plejecentre el. lign samt 6500 personer i eget hjem. 63 % af brugerne er over 75 år. Finansieringen af Telecare Service er lokal (kommunal), statslig, fondsbaseret samt delvist brugerbetalt.

Målgruppen er kronikere og ældre og drivere/motivation er lighed i sundhed, arbejdsmarkedsudfordringer, rentabilitet og bæredygtighed/sustainability (at udstyret er fuldt funktionelt og bliver opdateret).

Jo ældre befolkningsgruppe, jo mere anvendes teknologiske løsninger, men samlet set er det kun 15,5% af befolkningen over 75, der anvender det, og den relevante målgruppe for tilbuddene vurderes større, så andelen forventes øget. Antallet af akutte indlæggelser af personer over 75 er steget i løbet af de seneste år. Målet er at reducere antallet.

Konkret arbejdes der på følgende områder:

- Fald-teknologi (alarm, detektor og senge/stole-sensorer, der reagerer hvis borgeren er væk unaturligt længe)
- Sikkerhed i hjemmet (komfur-isolator, oversvømmelses- og røgalarm, temperaturdetektor og stik-covers, som skal begrænse adgang til elektriske installationer og elektronik i hjemmet)
- Uafhængighed (GPS med kontrolcenter back-up, dørkontakter der viser, hvis personer går hjemmefra samt pille-dispenser, som gør opmærksom på, hvornår det er tid til at tage medicinen).

Der er aktuelt en udbudsrunde i proces, som bl.a. skal udvide brugen af velfærdsteknologi til videokonferencer, digitale platforme, telemedicin med fokus på forebyggelse samt overgange mellem sektorer og demens.

Der var en kommentar om, at man i Danmark ikke kan anvende GPS-overvågning, og der blev spurgt om, hvordan løser man problematikken i Skotland. Borgere skal afgive samtykke til det, hvilket nogle gange kan forsinke processen så meget, at det ikke længere er aktuelt med den velfærdsteknologiske hjælp.

Torsdag den 25. juni 2015 kl 14.30-16.00

Præsentation ved Marna Green, Fiona Wilson, Angela Tuohy og Nikki Conway om Discharge Hubs - udskrivningsnetværk.

Discharge hubs er netværk, der skal bedømme hvad borgerne har brug for efter eller i forbindelse med udskrivning fra hospitalerne. Kommunen samarbejder med NHS/regionen ift disse udskrivningsnetværk. Discharge hubs blev til efter afholdelse af en række workshops i foråret 2014 og varierer lidt fra hospital til hospital, alt efter det lokale behov.

Discharge hubs består af kommunalt personale fra både social- og sundhedsforvaltningen (også plejepersonal) samt hospitalspersonale, både klinisk og administrativt. Kliniske sygeplejersker, akutteams, hjemmepleje, administration, patientvejledere samt udskrivningsansvarlige (discharge managers).

Det er en forudsætning, at alle deltagerne i netværket har den rette træning samt adgang til relevante, fælles data.

Udskrivningsnetværkene skal følge, hvad patienterne venter på, når de er færdigbehandlede på hospital (medicin, en beslutning fra pårørende, etc.), og det er udskrivningsteamet, der tager sig af udskrivningen – ikke afdelingspersonalet. Det har flere funktioner: Dels forhindrer det forsinkelse af udskrivning, men det sikrer også at patienten lander på benene i hjemmet (eller andet sted) efter udskrivningen, og at de støtteforanstaltninger, der er brug for, er på plads.

Netværkene sidder fysisk på hospitalerne, og mødes i en mindre kreds dagligt, og en bredere kreds en gang om ugen (der kan være op til 30 deltagere, som selvfølgelig ikke alle er involveret i den samme patient). Der er også specialiserede netværk, som er placeret på ét hospital. Netværkene er udfordret af, at det er ressourcekrævende og der p.t. er stor personalemangel.

Med hensyn til finansiering, er der ikke særskilt finansiering af netværkene. Det er personale, der i forvejen beskæftigede sig med dette, som er allokeret til netværkene.

Torsdag den 25. juni 2015 kl. 19.00-23.00

Uformel netværksmiddag med repræsentanter fra NHS

Der blev drøftet især to emner rundt om bordet. Den ene var palliation, hvor Rhona Baillie, Chief Executive for The Prince & Princess of Wales Hospice, fortalte om planer med at bygge et nyt, stort hospice i Glasgow. Der ydes i dag palliation til alle uanset diagnose, så både børn og voksne terminalt syge får den behandling, de har brug for.

Rhona Baillie fortalte endvidere om den nationale handlingsplan 'Living and dying well in Scotland' (<http://www.gov.scot/resource/doc/239823/0066155.pdf>).

Herefter informerede Gill Stillie, Chief Operating Officer af NHS24, om NHS24, som svarer til Region Hovedstadens 1813.

Det har taget tre år at få NHS24 til at leve op til de mål, man oprindeligt satte sig. I dag er responstiden på 4 sekunder, og der er 1.500 ansatte over hele Skotland. Der er uddannet 'call handlers', personale der er trænet i at svare efter en specifik svar-procedure. De viderestiller til en sygeplejerske, farmaceut, tandlæge-klinikassistenter eller sundhedsrådgivere, som afhængigt af problemstillingen vil viderestille til relevant klinisk personale, herunder alment praktiserende læger.

Der blev spurgt ind til, hvordan man havde oplevet samarbejdet med de praktiserende læger. Der blev svaret, at det i starten var problematisk, med meget dårlig samarbejdsklima og negativ presse. NHS havde efter et stykke tid besluttet, at man gerne ville drøfte samarbejdet, men at det skulle gøres faktabaseret og ikke på antagelser. Der var blevet gennemført en undersøgelse, der viste, at de uddannede 'call handlers' lavede færre fejl end klinikerne, fordi de ikke anlagde et skøn, men visiterede patienterne efter en skabelon. Efter dette antog drøftelserne en mere positiv form. I dag er alment praktiserende læger tilknyttet NHS24 på kontrakter.

Fredag den 26. juni 2015 kl 9.00-10.00

Præsentation af Dr. Anne Hendry, National Clinical Lead for Integrated Care om Integrated Care I Skotland er der 5,4 mio borgere. Der er nu et integreret system mellem social- og sundhedssektoren, men integrationen er ikke færdig.

Den skotske regerings 2020 kvalitetsvision:

- Borgerne ønsker at leve længere, sundere liv hjemme eller tæt på hjemmet.
- I 2020 skal Integrated Care være fuldt implementeret, med fokus på forebyggelse, tidlig opsporing og støttet egenomsorg/mestringsstrategier.
- Når hospitalsbehandling er påkrævet og ikke kan gives lokalt er én-dags-indlæggelser normen.
- Borgerne skal udskrives så hurtigt som muligt med minimal risiko for genindlæggelse.
- Behandling og pleje skal gives efter de højeste kvalitets- og sikkerhedsstandarder med personen i centrum for alle beslutninger.

Der er i 2011 iværksat en 10 års ældreplan, hvori indgår 32 partnerskaber mellem primær- akut og psykiatripleje, socialområdet og boligområdet samt frivillige og interesseorganisationer. Indsatsen har gjort, at 4000 færre er i long term care /plejecentre. Så +65 årige har brugt 2 million flere dage hjemmet i 2013-2014 i forhold til, hvad den fremskrevne udvikling var i 2008-2009.

Partnerskaberne i det integrerede sundheds- og sociale system er nu nedfældet i loven (Public Bodies (Joint Working) Scotland Act, 2014). De skal implementere de samme principper uanset geografiske forskelle. I april 2016 skal der være fuld implementering. Integrationsautoriteterne skal bryde indsatserne ned til mindre, lokale enheder. De skal have en 10-års horisont, men 3-årige implementeringsplaner, og de skal have fælles administration og budget.

Der må deles patientinformationer ved samtykke. Det vil sige, at de integrerede enheder har samme data om borgerne/patienterne.

'Personal outcomes' tilgang (Coproduktion/samvalg i stedet for patientinddragelse):



Eksempler på tilgange/projekter, der er kommet ud af Integrated Care er risikovurderingsværktøjer, fælles elektroniske patientjournaler 'summaries' – altså ikke den fulde patientjournal, men et sammendrag, der kan ses af alle via en portal – også kommunernes systemer er compatible. Når der tages dage ud af hospitalerne, skal personalet også følge med, så et andet eksempel på resultater af Integrated Care er udgående geriatrike teams. 'Living it up' er endnu et eksempel - en portal der hjælper patienter og pårørende til mestring af sygdom. Det matcher også folks evner og talenter, så man kan opdyrke frivillighed og sociale fællesskaber.

Fredag den 26. juni 2015 kl 10.00-11.15

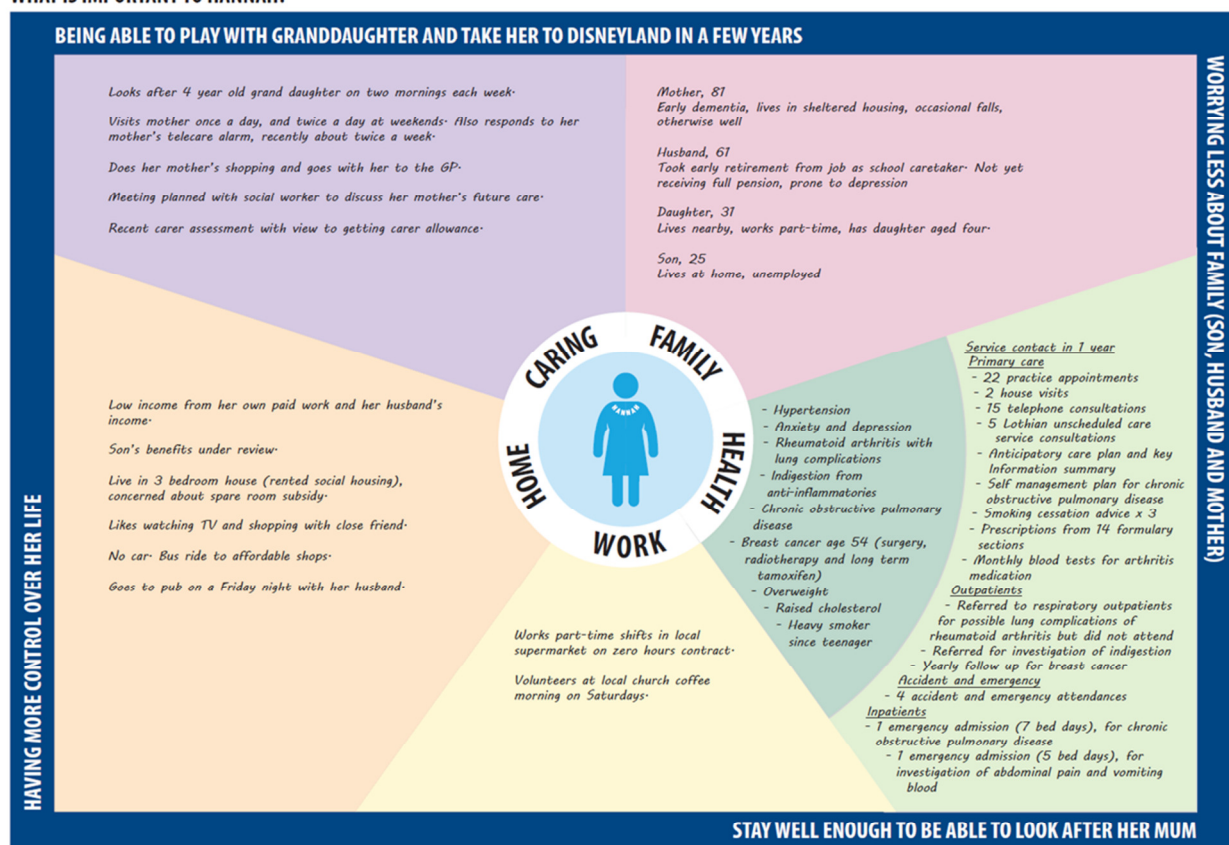
Præsentation af Dr. Rachel Hardie om House of Care i Lothian

House of care er en model for personcentreret omsorg, som hjælper behandlere og administrativt personale til at fastholde den personcentrerede omsorg. Det er således ikke et fysisk hus – men et billede på en tilgang til patienten, som ikke kun er fokuseret på en konkret sygdom eller problemstilling, men som ser på patientens hele livssituation.

Projektlederne kan ikke identificere mønstre for forbrug af ydelser på tværs af systemet. De har lavet en risikovurderingsmodel for de 72 % af befolkningen, som bruger flest sundhedsydelser (49 % udgøres af voksne med kroniske sygdomme, 11 % er børn og unge under 16 år, 7 % er skrøbelige ældre +75-årige og de sidste 5 % er voksne misbrugere). Der er lavet fiktive borgere/patienter, som repræsenterer de forskellige patientgrupper med den gennemsnitsprofil, vi ved, de har.

Udvalget fik præsenteret eksemplet Hannah, der er den fiktive patient for voksne med kroniske sygdomme. Da modellen var udviklet, fik NHS feed-back fra de sundhedspersoner, der har den daglige gang med den type patienter, og fik modellen ændret markant. F.eks. er der nu taget højde for, at Hannah er langt større forbruger af almen praksis' ydelser end resten af befolkningen.

WHAT IS IMPORTANT TO HANNAH?

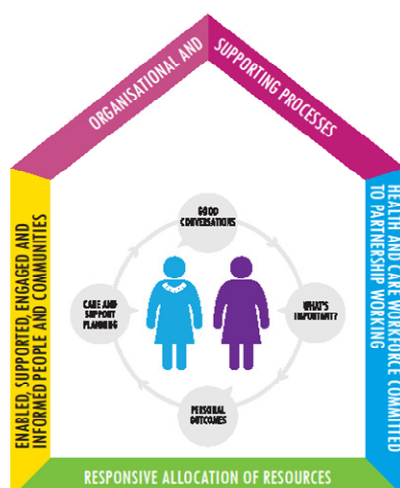


NHS Lothian, April 2014

Hannah's profile has been developed for NHS Lothian's Strategic Plan. Hannah represents adults aged under 75 living in Lothian with one or more long term conditions. Hannah's profile is not based on a real person.

House of care skal løse mange af de problemstillinger, som en kompliceret tilstand kombineret med sammensatte livsbetingelser giver. House of care er en model for personcentreret omsorg. Centeret i huset er Hannah og hendes behandler, som tager stilling til, hvad Hannah gerne vil opnå, hvad hendes udfordringer er, hvad hun kan gøre, og hvad vi kan gøre for hende. Vægge, tag og gulv udgøres af støttefunktioner og organisation, der er forudsætningen for den rigtige indsats.

House of care modellen



Huset hjælper behandlere og administrativt personale til at fastholde den personcentrerede omsorg, den kan bruges som tjekliste.

I Lothian er modellen udviklet tredimensionelt. Først almen praksis, dernæst kommune og region og til sidst staten. House of Care er således også en model for Integrated Care. Der er også udviklet et fælles sprog imellem social- og sundhedssektor: *'Vi taler ikke om borgere eller patienter, vi taler om mennesker.'*

Der var et spørgsmål om, hvordan modellen implementeres. Den implementeres ét skridt ad gangen. Man er startet med 14 almen praksis i Edinburgh, og man er nødt til at gøre det intenst og langsomt.

Almen praksis vil for de flestes vedkommende gerne arbejde på denne måde. Det er naturligt for almen praksis at forholde sig til hele patienten og patientens netværk. Men kontrakterne/overenskomsten passer ikke ind i det billede, og man er aktuelt i proces med at ændre kontrakterne, så de passer bedre med det integrerede system.