

På Sygehus ---

--- Og hjem igen



Koordinationsudvalget i
Hedensted kommune



Forord

I forbindelse med kommunalreformen i 2007 skete der ret store ændringer i Hedensted kommune. 3 tidligere kommuner blev slået sammen til en stor landdistriktkommune med efterfølgende behov for harmonisering. Samtidig blev amter nedlagt og regioner opstod i stedet. Den nye kommune fik desuden nye opgaver i form af hovedansvaret for genoptræning efter udskrivelse fra sygehus, genoptræning til afhjælpning af fysisk funktionsnedsættelse samt vedligeholdelsestræning.

Hele denne omvæltning skabte en del usikkerhed, forvirring og utryghed hos ikke mindst ældre borgere. Samtidig betyder den almindelige udvikling i samfundet og verden som helhed med krisestemning og økonomisk usikkerhed at ikke mindst den ældre borger får svært ved at bevare overblikket og troen på at velfærd kan bevares og at ” det nok skal gå”

Vi har i Ældre Sagen i Hedensted kommune forsøgt at imødegå en del af denne usikkerhed og utryghed ved at fokusere på bestemte områder efter kommunalreformen for dermed at skabe bedre klarhed og information til de ældre borgere.

- Vi lavede en behovsundersøgelse, der dels beskriver aktiviteter for ældre i kommunen dels manglende offentlige transportmuligheder til deltagelse i disse aktiviteter.
- Vi lavede en undersøgelse og rapport om genoptræning.
- Vi undersøgte forholdene omkring egen bolig på plejehjem.
- Nu ser vi på forholdene omkring indlæggelse på hospital samt hjælpen ved og efter udskrivelse. Vi vil have fokus på ældre og svækkede medicinske patienter med komplekse lidelser og behov. Vi vil fokusere på koordinering, sammenhæng og omsorg. Vi vil samtale med ældre borgere og evt. pårørende om hvordan de har oplevet udskrivelse, evt. genoptræning, pleje og omsorg.

Til sidstnævnte opgave har der været etableret en arbejdsgruppe under koordinationsudvalget bestående af: Ester Henriksen og Lajla Laursen Juelsminde lokalkomite, Vagn Lindorf og Anders Andersen Tørring/Uldum lokalkomite samt Alice Lund og Kirsten Høeg Hedensted lokalkomite. Tovholder Birthe Mortensen ældrepolitisk kontaktperson i koordinationsudvalget.

Forholdene som ældre borgere beskriver dem:

Indlæggelse og udskrivning:

- Når man som borger henvender sig til lægehuset med lidelser, der kræver forskellige undersøgelser for at kunne stille en diagnose bør det være samme læge, der følger op på undersøgelserne og sikre at undersøgelserne sker på en hurtig og effektiv måde uden lange ventetider mellem hver undersøgelse.
- En meget stor del af Hedensted kommune var før strukturreformen orienteret mod Vejle amt. Den del vælger stadig ofte at blive behandlet eller indlagt på Vejle sygehus, som ligger i en anden region end Hedensted.
- Ældre borgere giver udtryk for ofte at opleve problemer med hensyn til koordinering fra hospital til hospital og fra hospital til borger til nyt behandlingssted. Kommunikationssystemer er forskellige og borgeren må være i stand til selv at tage affære når kommunikation hospitaler imellem ikke fungerer. Der opleves forskellige procedurer med hensyn til kørsel og med hensyn til ledsagerordninger. Man bliver ofte flyttet fra hospital til hospital mellem regioner alt efter behandling og stor forvirring, når oplysninger ikke følger med.
- Man udskrives hurtigt, oftest før man synes, at man er i stand til at kan klare sig derhjemme.

Hjemmepleje/hjemmehjælp:

- Der opleves stor tilfredshed med hjælpen ved udskrivning fra sygehus og den efterfølgende hjemmepleje/hjælp.
- Som på alle andre store virksomheder er der en **meget stor** del af personalet, der arbejder engageret og med stor ildhu, en mindre del der gør, hvad de kan og får besked på, og en meget lille del, der burde have et andet arbejde, der passede bedre til dem. Denne lille del er ledelsens opgave at være opmærksom på, da denne gruppe ikke skal tegne det store billede.

Genoptræning/træning:

- Genoptræning ved enkle og forholdsvis ukomplicerede tilfælde opleves som tilfredsstillende og at det er til at overse at træningen er begrænset, da mange selv finder ud af andre måder hvorpå de kan forbedre træningen.
- Vi har ikke talt med ældre borgere på plejehjem eller deres pårørende om hvordan de oplever genoptræning/vedligeholdelsestræning.
- Der er stadig problemer med sammenhæng og koordinering i genoptræning efter hjerneblødning, hvor der er behov for et specielt teamsamarbejde mellem fysioterapi, ergoterapi, hjemmepleje og hjemmehjælp, hvis der skal opnås et acceptabelt udbytte.

Forslag til forbedringer:

- At hospitaler har et og samme kommunikationssystem.
- At Hedensted kommune har ens sundhedsaftaler med begge regioner her i området. Aftaler, der fungerer fra hospital til hospital og regionerne imellem.
- Udgående sygeplejerske fra hospital udfører f.eks. sårbehandling i den ældres eget hjem eller aflastningssted.
- Mulighederne for at komme på hospice skal være gode.
- At der er tilstrækkelig med aflastningspladser, hvor den ældre får mulighed for at komme til kræfter og opnå et funktionsniveau, der gør at han/hun kan komme tilbage til eget hjem. Det er betydningsfuldt her at medtænke mulighederne for offentlig transport, da det er vigtigt for ægtefæller at kunne besøge hinanden. Det er ikke muligt i Hedensted kommune at komme rundt internt i kommunen med offentlig transport.
- At hjemmehjælpere arbejder i teams, der har et bestemt område og teams, der har indarbejdet vikar under sygdom, kurser og ferie. Det må være ressource besparende at det er den samme gruppe af hjælpere, der kommer i de samme hjem. Kommunikationen bliver lettere og ikke så tidskrævende, når parterne kender hinanden, alle ved, hvad der skal gøres og med hvad. Den ældre borger er mere tryk ved at kende dem, der kommer i hjemmet og der opstår en bedre kommunikation. Endelig må det også give større arbejdsglæde hos personalet.
- At der oprettes specielle hjælpe teams for f. eks demente.
- At der for ældre, der har haft en hjerneblødning oprettes specielle teams bestående af fysioterapeuter, ergoterapeuter, hjemmepleje og hjemmehjælpere. Disse teams skal samarbejde om at bringe den ældre op på så højt et funktionsniveau som muligt i forhold til, hvad borgeren kunne før sygdommen indtraf.
- Det skal være muligt at få tilskud til behandling på Tommysminde, da det beviseligt har haft stor betydning for mange i forhold til at nå et højt funktionsniveau.
- Endelig bør man gøre noget for at bringe den offentlige interne transport til at fungere for borgerne i kommunen. Borgeren skal i princippet selv sørge for transport til og fra forskellig behandling og træning samt aktiviteter i det hele taget, men der er ingen offentlig transport, der fungerer rettet her imod. Efterhånden som borgerservice og andet centraliseres vil det kun være muligt for mange borgere at komme til Hedensted eller behandlingsstedet eller aktiviteten ved at skulle over Horsens eller Vejle for i sidste ende måske alligevel ikke at kunne komme til slutstedet. Ældre og/eller handicappede samt børn kan ikke komme rundt i kommunen. Selv om der er handicap kørsel er der her mange handicappede, der ikke kan benytte denne ordning, fordi de ikke selv kan transportere sig ud på fortovet og vente en rum tid.

Eksempler fra dagligdagen

Kvinde Y 74 år

Med undtagelse af en urinvejsinfektion har Y ikke tidligere følt et behov for at søge læge. Det var i 2009 hvor Y for første gang i sit liv fik penicillin.

Ca. 1 marts 2010 søger Y læge med baggrund i anfald af smerter, der er lidt vanskelige at definere. Lægen formoder at det kan være noget med urinveje og henviser til ultralydsscanning i Horsens. Efter et par uger bliver dette foretaget og der var intet at bemærke.

Herefter følger 4 måneder hvor Y hver gang hun søger læge for smerter der bare bliver stærkere og stærkere bliver henvist til forskellige scanninger i Horsens og Vejle. Efterhånden som de foreslåede scanninger ikke viser noget får Y at vide at smerterne kan være psykisk betinget og bliver behandlet for depression. Y opsøger på egen foranledning – men efter aftale med lægen – en psykolog og får 2 behandlinger der heller ikke hjælper. Smerterne fortsætter, bliver stærkere og stærkere, og Y søger igen læge, hvor der bliver taget en blodprøve, der viser et så højt infektions tal at det ikke kan måles hos lægen og Y bliver indlagt i Horsens, nyrer bliver scannet, men intet at bemærke og Y bliver udskrevet. En uge senere igen indlagt i Horsens og sendt videre til en kikkert undersøgelse i Århus, hvor man konstaterer at galdeveje er hævede og irriterede, bliver udskrevet for igen en uge senere at blive indlagt med høj feber. Ved en ny kikkertundersøgelse 20. juli bliver der indlagt en stent så galden kan få afløb fra leveren og Y får diagnosen kræft i galdeveje.

I næsten 5 måneder har Y haft smerter, der bare bliver stærkere og stærkere. Søger læge, da hun er klar over at et eller andet i hendes krop ikke er som det skal være. Hver gang hun søger læge (som jo ikke i et lægehus er den samme læge) henvises til scanning af et eller andet og mens der ventes på dette udvikler sygdommen sig og da der ikke ved de foreslåede scanningerne er noget at bemærke slutter de (læger) at smerterne må være psykiske og der behandles for en depression. Smerter bliver stærkere og stærkere men Y får ikke noget for smerterne.

Y bliver nu overført til Vejle og henvist til scanning og kemo behandling. Det viser sig at stenten ikke fungerer og Y udskrives fra Vejle til Århus til ny kikkertundersøgelse og ny stent. Kemo startes men efter 2 behandlinger fungerer stenten ikke og Y indlægges i Århus til kikkertundersøgelse og ny stent. Det sygehus der henviser, skal selv klargøre patienten, hvilket betyder en masse kørsel frem og tilbage. Da der er forskellige regler i forskellige regioner betyder dette at Y i den ene region ikke kan have sin mand med som ledsager. Manden må køre bagefter, hvor der er ambulance kørsel og køre selv, hvor der er taxa kørsel. Der er i det hele taget forskellige procedurer i de forskellige regioner hvilket betyder at kommunikationen for ofte glipper, Region Midt mener et, Region Syd noget andet og der sidder så patienten og ved at hun skal til Århus og have en ny stent, men først skal til Vejle og klargøres, men har ikke fået besked eller tid, man skal selv sørge for at tingene fungerer Regionerne imellem.

Da stenten ikke fungerer, bliver 3 kemobehandling aflyst, der bliver indsat et dræn fra leveren og familien får besked om at Y ikke har lang levetid tilbage. Y ønsker at dø hjemme. Sygehuset tager kontakt til hjemmeplejen og ordner alt det praktiske. Familien havde ønsket kontakt til det palliative team, men da Y døde efter 3 dage hjemme blev dette ikke aktuelt. Y blev i de sidste dage passet af hjemmeplejen der gjorde dette meget omsorgsfuldt og med stor støtte til familien. Af alle de gange Y blev udskrevet fra

sygehus – bortset fra sidste gang – var der ikke kontakt fra kommunen eller stillet spørgsmål vedr. om vi var i stand til selv at klare os.

Case 1 fra Ølholm.

Ægtepar fru Y, født 1931 og hr. X født 1927, bor i privat handicapvenlig ældrebolig hos privat boligselskab i Ølholm.

Fru Y bliver syg i 2008, og får på Vejle Sygehus konstateret uhelbredelig lungekræft; Sygehuslægen er meget kontant (for kontant efter hr. X's mening) i sin diagnose, specielt overfor de pårørende. Fru Y bliver sendt hjem med recept på piller, der viser, ikke at have nogen positiv virkning.

Hjemsendelsen til eget hjem sker efter fælles ønske fra begge ægtefæller, da fru Y helst vil være i eget hjem og hr. X er indstillet på at hjælpe til så meget som muligt i det daglige, hr. X har i de senere år haft en del blodpropper, der heldigvis er konstateret i områder, der kun i ringe omfang har medført tab af funktionsevne.

Efter hjemkomsten kontakter hr. X kommunens visitator, og der bliver omgående etableret hjemmehjælp, samt hjemmesygepleje, hjemmehjælpen bliver løbende reguleret alt efter behov, hr. X hjælper til så meget som muligt, og begge ægtefæller er meget tilfredse med den hjælp de får.

Fru Y dør i 2009 i eget hjem; Hr X udtaler stor tilfredshed med den kommunale hjælp under hele sygdomsforløbet, mener at den høje standard på hjælp, der var i Tørring-Uldum kommune, nu også gælder i den nye Hedensted kommune.

Hr. X er nu alene, og får kort tid efter fru Y's død, konstateret lymfekræft og samme procedure går i gang, bliver visiteret til hjemmehjælp og besøg af hjemmesygeplejerske, anmoder om kommunal madordning, får at vide, at der pt. er lidt ventetid på levering af kommunal mad (fra Løsning), bestiller privat madordning fra Tørringhus, er nu ved at køre træt i mad derfra, og overvejer at igen søge om kommunal mad.

Hr. X funktionsevne er nu sådan, at han søger om transporthjælpemiddel hos kommunen, får den besked at der pt. ingen transporthjælpemiddel er til rådighed hos kommunen, er bekendt med at kommunen betaler halvdelen dog max. 9000,-kr.

Bliver kort tid efter kontaktet af kommunen, der oplyser, at der nu er en Elscooter til rådighed, den får han leveret kvit og frit, og er nu mobil og kørende og meget tilfreds.

Hr.X oplyser at han for kort tid siden har modtaget brev fra Region Midttrafik, der oplyser, at han fra en vis dato, ikke længere er berettiget til fri patient transport fra Vejle Sygehus, men er blevet tilbudt at skifte behandlingssted til Horsens sygehus. Hr. X er meget utryk ved denne melding, finder det forkert at skifte sygehus midt i et behandlingsforløb; Det er således, at hovedparten af borgerne i den gamle Tørring-Uldum kommune er orienteret mod Vejle og dermed mod Vejle Sygehus.

Case 2 fra Ølholm

Hr. X født 1936 bor alene i ældre villa i Ølholm, har mistet sin kone fru Y for ca. 5 år siden, der døde efter mange års svær sygdom med sclerose, og har derfor godt kendskab til hjælpefunktionerne i den gamle Tørring-Uldum kommune; De har 2 sønner, hvoraf den ene bor i Ølholm og er ugift; har daglig kontakt med, og spiser sammen med denne søn.

Hr. X bliver ramt af en hjerneblødning i december 2009, ambulance bliver rekvireret af sønnen, bliver kørt til Århus Kommunehospital; den næste uge er meget uklar for hr.X, men efter endt behandling i Århus bliver hr. X overført til Brædstrup sygehus for genoptræning, er lam i højre side.

Hr. X tilbringer ca. 2 mdr. på Brædstrup sygehus, har kørestol og rollator, befinder sig godt der og det går fremad.

En dag beder personalet om at låne begge disse hjælpemidler, da de skal bruges et andet sted, hr. X bliver lidt forbavset, men personalet siger, at han udmærket kan klare sig uden disse hjælpemidler. Det viser sig at være rigtigt, opdager han til sin store forbavselse og hr. X er nu klar til at vende tilbage til eget hjem; hr. X tror at han nu skal klare sig selv, og er lidt betænkelig ved situationen.

Straks efter sin hjemkomst bliver hr. X opsøgt af hjemmehjælpen, og sammen aftaler de det videre forløb.

Hjemmehjælpen kommer om morgenen, klæder Hr. X på, laver morgenmad, gør rent. Kommer igen om middagen tilbereder mad, kommer igen om aftenen og lægger hr. X i seng. Hr. X får mad fra Tørringhus, og er endvidere udstyret med kaldeapparat, der betyder, at han kan komme i kontakt med hjemmehjælpen døgnet rundt.

Hr. X får endvidere besøg af hjemmesygeplejen, der bl. a. doserer medicin, har endvidere også haft besøg af kommunens visitator, hvor det videre forløb løbende, bliver aftalt.

Hjemmehjælp og sygeplejebesøg bliver løbende justeret og afstemt med at hr. x jo har dagligt kontakt med, og spiser sammen med den ugifte søn. Hr. X er yderst tilfreds med hele forløbet.

Hr. X har løbende kontakt med plejehjemmet Nederbylund, hvor han deltager i forskellige aktiviteter, bl. a. Erindringsstuen, har kørselskort til dette plejehjem.

Hr. X har ansøgt kommunen om hjælp til yderligere genoptræning, men fået afslag, hvilket han har accepteret, og har derefter taget kontakt til Tommysminde, hvor han deltager i genoptræningsprogram for egen regning, har lavet aftale med den lokale Taxa, hvor han for et fast beløb (80-kr. hver vej), bliver transporteret.

Hr. X er generelt godt tilfreds med hele forløbet, og er ved godt mod, har haft den fordel, at han på grund af sin kones lange sygdomsforløb, kender kommunens personale, og er tryk ved dem.

Uddrag af eksempler:

Et ældre ægtepar over 75. Manden er gennem flere år blevet hjulpet af hustruen, han har haft flere hjerneblødninger, men har med hjælpemidler kunnet hjælpe til selv. Han får problemer og bliver indlagt og får amputeret et ben. Ligger i Brædstrup. En fredag får hustruen at vide at han kommer hjem mandag og at hun skal sørge for at sygesengen nu bliver flyttet ned i stuen og i øvrigt være klar til at modtage ham. Hustruen kontakter kommunen vedr. hjælp til denne forberedelse samt hjælp i form af visse hjælpemidler og behandlingsredskaber. Hustruen har behov for at der kommer en medarbejder fra kommunen ud og snakker det hele igennem inden han udskrives. Ingen ville komme ud. Sidst på weekenden kom der komplikationer og manden blev overført til Horsens sygehus, hvor han døde. Men hustruen, der er over 75 og tidligere havde passet manden var ulykkelig over ikke at kunne få konkret hjælp til at modtage sin mand efter udskrivelsen.

D. er indlagt på Horsens Sygehus for at få indopereret en ny hofte under indlæggelsen siger hun at hun har helt uhyggelig ondt i modsatte hofte og spørger om ikke de kan prøve at røntgenfotografere den, men får det svar at det kan de ikke da det ikke er den hun er indlagt med, efterfølgende bliver hun indlagt på Gråsten Gigthjem og efter kort tid tør Forstanderen ikke tage ansvaret for hende og hun bliver indlagt på Åbenrå Sygehus hvor det viser sig at hoften er brækket så hun får en ny hofte i Åbenrå. Hvis det er sygehusstandard på Horsens sygehus det på tide der bliver råbt vagt i gevær. Både hun og hendes børn er meget godt tilfreds med hjemmeplejen.
NB. hun er snart 89 år.

V. Lider af stærk Astma, og må derfor til tider indlægges akut, men lige så snart han kommer i ambulancen og får ilt er anfaldet ovre, han har forespurgt om han ikke kan få hjemme ilt, men fået afslag. Han har ikke fortalt hvorfor han ikke kan få det, men jeg næsten sikker på, det er fordi han ryger.
Nu er både han og hans hustru kommet på plejehjem. Hustruen er dement, jeg har ikke talt med dem siden, men han har altid sagt at hjemmeplejen er i top.
Både han og hustruen nærmer sig de 80 år.

Flere har ytret ønske om aflastningsplads, da udskrivning fra sygehus oftest sker før man er i stand til at klare sig hjemme. Det er især ældre enlige, der oplever dette som et stort problem.

Flere synes det tager for lang tid før genoptræning tilbydes. Flere ønsker mulighed for varmt vand bassin.
Flere ønsker off. transportmuligheder for i det hele taget at kunne komme til genoptræning/træning

Ganske mange har udtrykt stor tilfredshed med hjemmeplejen/hjælpen. Flere synes at det dog kunne være dejligt med færre ansigter.

Uddrag af

Sundhedsaftale for Hedensted kommune og Region Midtjylland

Baggrund

Fra 01.01.2007 har kommunerne fået nye opgaver indenfor genoptræning – og hjælpemiddelområdet, samt indenfor sundhedsfremme og forebyggelse. Regioner får ansvar for hospitaler og praksissektoren. Regionsrådet og kommunalbestyrelserne i regionen skal indgå sundhedsaftaler om varetagelsen af opgaverne på sundhedsområdet.

Sundhedsaftalerne i Region Midt har som primære formål, at borgere og patienter modtager en indsats, der bygger på samarbejde mellem de involverede myndigheder. Indsatsen skal være sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakter og antallet af kontakter.

Det gode samarbejde med brugerne det brugerfiksere sundhedsvæsen.

Indsatsen i sundhedsvæsenet i regionen og regionens kommuner skal være brugerfokuseret. Dette indebærer, at samarbejdspartnerne, det vil sige hospitalerne, praktiserende læger og de kommunale sundhedsordninger aktivt involverer borgeren/patienten i tilrettelæggelsen af det enkelte patientforløb og sætter borgeren/patienten i centrum.

Det gode samarbejde mellem hospital, praktiserende læger og kommunerne bygger på gensidig respekt med henblik på at finde løsninger, hvor borgerens/patientens tarv er det fælles omdrejningspunkt. De enkelte parter kompetencer skal anvendes bedst muligt for at sikre optimale patientforløb.

Aftale om indlæggelsesforløb.

- At der fra første patientkontakt sker medinddragelse af patient og evt. pårørende i beslutninger i forbindelse med indlæggelsen, og at patient og pårørende får den information, de har ret til og er nødvendig som beslutningsgrundlag.
- At enhver borger/patient, der har behov for sundhedsfaglig udredning på hospital, får dette tilbud.
- At der både i kommunalt og regionalt regi findes udrednings – og behandlingstilbud som alternativ til indlæggelse på hospital, hvor dette ikke sundhedsfagligt er nødvendigt. Disse tilbud skal være kendte af det sundhedsfaglige personale i begge sektorer, og disse tilbud indgår i overvejelserne ved enhver indlæggelse.
- At sundhedspersonale i primær og sekundær sektor hele tiden i et indlæggelsesforløb arbejder målbevidst med at kommunikere og koordinere med hinanden, så patient og evt. pårørende oplever kontinuitet i indlæggelsen.
- At ventetid til udredning og hospitalsbehandling til stadighed følger den aktuelle behandlingsgaranti og står i rimeligt forhold til indlæggelses diagnose. Desuden skal der allerede før og ved indlæggelsen ske en hensigtsmæssig udnyttelse af sengedage på hospitalsafdelingerne.

Disse aftalepunkter indebærer nogle krav til parterne

Aftaleparterne skal være tilgængelige for hinanden. Hvis en patient har behov for kontakt med hjemkommunen under indlæggelsesforløb hjælper patientens sundhedsfaglige kontaktperson med kontakt til hjemkommunen.

Kontakten mellem samarbejdspartnerne sikres gennem en kontaktiliste vedligeholdt af Region Midt.

De enkelte parters opgaver ved indlæggelse

Praktiserende læge:

- Patient/pårørende inddrages i indlæggelsesforløbet med deres viden og kompetencer, behov og forventninger.
- Patient og pårørende er velinformeret om indlæggelsesdiagnose, evt. supplerende undersøgelser på hospitalet og behandlingsmuligheder samt risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling.
- Informere patienten om, at vedkommende skal medbringe egen medicin og medbringe evt. personligt tilpassede hjælpemidler.
- Skal udarbejde fyldestgørende henvisning og vurdere behovet for patienttransport i forbindelse med indlæggelse

Derudover skal lægen overveje alternative indlæggelsesmuligheder evt. i samarbejde med hjemmesygeplejerske.

Ved planlagte indlæggelser skal praktiserende læge desuden oplyse om frit sygehusvalg, ventetider, patientforløb m.v. Skal sørge for at alle observationer og forundersøgelser er udført. Patienter der modtager praktisk og personlig hjælp kan hjemmesygeplejersken inddrages.

Hjemmeplejens opgaver: hvis denne medvirker ved indlæggelsen

- Indhente borgerens samtykke til videregivelse af oplysninger til hospital
- Informerer borgeren om indlæggelsesforløb samt hjælpe med problemstillinger omkring medicin og hjælpemidler.
- Informere om evt. afbestilling af kommunale ydelser.

Hospitalets opgaver:

- Tildeler patienten en fast kontaktperson.
- Indhenter patientens samtykke til indhentning af oplysninger fra egen læge og evt. kommunal hjemmepleje.
- Via "klar besked breve", der er standardindkaldelse fra hospitalerne, informere patienten om, hvilke forberedelsestiltag vedkommende evt. kan gøre inden operation/behandling. I brevene informeres desuden om ventetidsgarantier og andre praktiske informationer.
- Sikring af hurtig og kompetent visitation af henviste patienter, så de fastsatte ventetider overholdes.

- Ved indlæggelse foreligger der en tværfaglig udrednings – og behandlingsplan for patienten og undersøgelsesresultater med kortets mulig ventetid.
- Indlæggelses advis fremsendes til kommunen.
- Varsler kommunen i god tid, hvis patienten skønnes at få et funktionstab, som efterfølgende kræver kommunal støtte.
- Ved behov for yderligere informationer fra praktiserende læge/hjemmesygeplejerske kontaktes disse.

Parterne er enige om at anvende elektronisk kommunikation og effektive sagsgange.

Genoptræningsplaner sendes elektronisk.

Man skal undgå unødvendige indlæggelser. >Der kan være tale om tiltag som vædsketerapi – give medicin o.l.(forebyggelse og sundhedsfremme)

Økonomi

Der er økonomi i dette her. Kommunerne henholdsvis regionen er ansvarlig for egne budgetter og dermed for egne forventninger og forudsætninger. Der er derfor ikke nødvendigvis overensstemmelse mellem regionens indtægtsforventninger og kommunernes udgiftsforventninger til den kommunale medfinansiering. Der er nedsat en arbejdsgruppe- en temagruppe for økonomi, der skal der skal udrede og følge dette område.

Aftale om udskrivningsforløb- herunder svage ældre.

Fælles målsætning for det gode udskrivningsforløb:

- Region Midtjylland og kommunerne er enige om at udvide aftalen, så den kommer til at dække alle udskrivninger, og ikke kun svage ældre.
- Patient og evt. pårørende er fra starten medinddraget i planlægningen af udskrivelse og beslutninger hermed.
- Patient og pårørende har fået den information, som de ifølge sundhedslovens § 16 har ret til, og er nødvendig som beslutningsgrundlag i forbindelse med udskrivning.
- At der i både kommunalt og regionalt regi findes forskellige behandlings- og rehabiliteringstilbud, samt støtte og omsorgstilbud, så patienter indlagt på hospital kan udskrives til fortsat behandling, rehabilitering og omsorgspleje i kommunalt og/eller regionalt regi lige så snart de er færdigbehandlet på hospitalet.
- At kommunalt og regionalt sundhedspersonale allerede ved indlæggelsen målbevidst kommunikerer og koordinerer med hinanden ved udskrivelsen, så patient og evt. pårørende oplever kontinuitet i forløbet.

Krav til parterne. Ansvars- og opgavefordeling:

En patient er færdigbehandlet, når patienten ud fra en lægelig vurdering kan udskrives, dvs. når behandlingen er afsluttet eller indlæggelse ikke er en forudsætning for den videre behandling:

At der er behov for en specialiseret indsats, som kræver specialkundskab og/eller specialudstyr, som kun findes på et hospital og/eller den fortsatte almene og specialiserede behandling bedst foregår i samspil med patientens daglige handlinger og sociale liv.

Generelle retningslinjer ved alle typer udskrivningsforløb:

Udskrivende afdeling:

- Inddrager patient og evt., pårørende i udskrivningsforløbet med deres viden og kompetencer, behov og forventninger.
- Sikrer tværfaglig og tværsektoriel planlægning af udskrivelse så tidlig som muligt under indlæggelse.
- Inddrager visitator i kommunerne så tidligt som muligt i planlægningen af udskrivelsen. Gennem hele indlæggelsen kan kommune og hospital kommunikere fra hospitalets elektroniske patientjournal til kommunernes elektroniske omsorgsjournal via MedCom korrespondancemeddelelse.
- Sender udskrivningsadvis elektronisk, pr. brev eller via fax.
- Indhenter samtykke fra patienten til videregivelse af helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med udskrivning, hvis den kommunale hjemmesygepleje og/eller terapeut skal inddrages i behandling og/eller rehabilitering.
- Oplyser patient og evt. pårørende om, hvordan og hvornår kontaktpersonen på hospitalet kan kontaktes.
- Sikrer, at praktiserende læge modtager relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten ved udskrivelsen.

Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med uændret funktionsevne:

Udskrivende afdeling:

- Sikrer at patient og evt., pårørende er velindformerede om diagnose, indsats for behandling og rehabilitering, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling, forebyggelsesmuligheder og muligheder for egen indsats.
- Udarbejder i samarbejde med patienten og evt. pårørende og visitator/hjemmesygepleje en plan for behandling og rehabilitering for efterforløbet. Udskrivningstidspunkt aftales.
- Sikrer at praktiserende læge og visitator/hjemmesygeplejen modtager relevante og fyldestgørende oplysninger om indsatsen for patientens behandling og rehabilitering ved udskrivelsen, hvis de skal inddrages i denne.

Retningslinjer for udskrivningsforløb for patienter med nedsat funktionsevne:

Udskrivende afdeling:

- Sikrer at patient og pårørende er velinformerede om diagnose, behandlings- og rehabiliteringstilbud, risiko for komplikationer og bivirkninger ved behandling versus ikke behandling, støtte-, omsorgs-, og forebyggelsesmuligheder, samt muligheder for egen indsats.

- Sikrer at praktiserende læge og Visitator/hjemmeplejen inddrages så tidligt som muligt i planlægning af udskrivelsen ved enten telefonisk dialog/konference eller udskrivningskonference, afhængig af kompleksiteten.
- Udarbejder i samarbejde med patienten og evt. pårørende, praktiserende læge og hjemmepleje en plan for behandling og rehabilitering for efterforløbet. Udskrivningstidspunkt aftales. For nogle behandlingsafsnit udarbejdes en rehabiliteringsplan, det gælder f.eks. for Hammel Neurocenter.
- Fremsender relevante og fyldestgørende oplysninger om patienten til praktiserende læge og hjemmepleje ved udskrivningen enten elektronisk eller sendt pr. fax
- Inddrager visitator i ansøgning til kommunalt tilbud med behov for funktionsvurdering med henblik på midlertidigt eller varigt ophold på plejebolig, aflastning e.l.

Varslingsfrister:

For patienter med uændret funktionsevne skal kommunen varsles dagen før udskrivning.

For patienter med nedsat funktionsevne skal kommunen varsles 3 dage før udskrivning, hvis der bliver behov for særlige hjælpemidler da 5 dage. Hvis der er tale om boligændringer så 14 dage.

(Hedensted kommune anvender gerne IT men finder faglig dialog meget vigtig)

Medicin:

Generelt: Patienter, der udskrives med ændret medicin, udskrives med recept og den mængde medicin, der rækker til, at medicinen kan fås på apoteket. Hospitalsafdelingen skal give hjemmesygeplejen besked, hvis denne medvirker ved medicinadministration. Er patienten tilmeldt dosisdispensering skal dosisdispensering afmeldes.

Vedr. den palliative indsats:

Hedensted kommune og regionshospitalerne Horsens Brædstrup og Odder vil fortsætte samarbejdet om pleje og omsorg for alvorligt syge og døende i eget hjem ud fra den lokale aftale indtil der foreligger en fælles aftale i regionen. Det er aftalt med regionens planlægningsafdelingsafdeling og de palliative teams, at arbejdet med udarbejdelse af den fælles aftale påbegyndes i efteråret 2008.

Aftale på træningsområdet.

Fælles målsætning for genoptræningsområdet.

Regionen og kommunerne i regionen er enige om, at det er vigtigt at følge genoptræningsområdet tæt – både lokalt, de bilaterale sundhedsaftaler, regionalt og nationalt.

Kommunerne har myndigheds – og finansierings ansvaret for den ambulante genoptræning efter udskrivning, og det er hospitalslægerne, som lægefagligt vurderer borgerens behov for genoptræning efter hospitalsbehandling ved at udarbejde en genoptræningsplan. Kommunernes styringsmuligheder er reelt begrænsede. Regionen og kommunerne er opmærksom på denne problemstilling.

Regionen og kommunerne vil i de bilaterale sundhedsaftaler sikre, at der løbende er dialog omkring og registrering af:

- Hvor mange borgere der modtager genoptræningsplan.
- Hvilke diagnoser har de borgere, som tilbydes genoptræning, henholdsvis som specialiseret ambulante genoptræning og almindelig ambulante genoptræning.

Samtidig vil regionen og kommunerne sikre at:

- Regionen varsler kommunen i tilfælde af en aktivitetsstigning/ øget antal operationer.
- Regionen varsler kommunen, hvis der sker ændringer i behandlingsformen, som har afledte virkninger på genoptræningsområdet.
- Kommunen varsler regionen om hjemtrækning af genoptræningsopgaver.

Dialogen og til stadighed korrekt registrering og dokumentation af genoptræningsaktiviteter skal sikre, at der med strukturreformen ikke sker en utilsigtet serviceudvidelse.

Den ambulante genoptræning kan være henholdsvis specialiseret (udføres på hospital). Og almindelig (udføres i kommunalt regi) ambulante genoptræning. Det er en lægefaglig vurdering, om den ambulante genoptræning efter udskrivning er specialiseret eller almindelig. Vurderingen fremgår af genoptræningsplanen. Det er kommunen, der har ansvaret for serviceniveauet for den almindelige genoptræning - indenfor genoptræningsplanens rammer.

Specialiseret ambulante genoptræning:

- Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der kræver et samtidigt eller tæt tværfagligt samarbejde på speciallægeniveau med henblik på en tæt koordinering af genoptræning, udredning og behandling.
- Hvis patienten har behov for genoptræningsydelser, der af hensyn til patientens sikkerhed, forudsætter mulighed for bistand fra andet sundhedsfagligt personale, som kun findes i hospitalsregi, eksempelvis den første periode af et hjerterehabiliteringsforløb.

Det, der er afgørende for, om en ambulante genoptræningsopgave skal placeres på et hospital, er tilstanden af kompleksitet/Borgerens funktionsevne. Sygdommen eller sygdommens sværhedsgrad vil sjældent alene kunne afgrænse opgaveplaceringen.

Almindelig ambulante genoptræning.

- Den almindelige ambulante genoptræning kan foregå uden supervision og speciallæge eller uden brug af hospitalsudstyr.
- Kommunen kan vælge at løse opgaven ved egne institutioner eller ved at købe genoptræningsydelser ved hospitalerne, hos privatpraktiserende fysioterapeuter eller andre udbydere.

I Hedensted kommune forstås den almindelige genoptræning dels af kommunens ergo – og fysioterapeuter (på lokale træningscentre eller i borgerens eget hjem) dels af privatpraktiserende fysioterapeutklinikker i Hedensted kommune. De opgaver kommunens terapeuter selv varetager er typisk

opgaver, der har en vis lighed med træningsopgaverne i forvejen og hvor borgeren evt. er afhængig af hjemmeplejen. Opgaverne, der videresendes til praktiserende fysioterapeuter er typisk rygtræning, knæ og skuldre.

Den konkrete arbejdsdeling mellem den enkelte kommune og regionen aftales ud fra lokale vilkår og hidtidig gældende praksis. Hvis der opstår uenighed mellem kommunerne og hospitalerne om opgavefordelingen afgøres problemerne bilateralt.

Hjerneskodeområdet:

Det regionale hjerneskedesamråd er oprettet i begyndelsen af 2008. Det er sammensat af kommunale og regionale fagfolk med en bred erfaring og viden om indsats og tilbud til borgeren med erhvervet hjerneskode.

Hjerneskedesamrådet har følgende opgaver:

- At bidrage til koordination og sammenhæng i rehabiliteringsindsatsen for borgere med erhvervet hjerneskode i region Midt på et generelt og overordnet plan.
- At komme med anbefalinger til, hvordan der kan sikres gode og sammenhængende patientforløb for borgere med hjerneskode.
- At medvirke til at skabe rammer for, at der kan udvikles specialiserede tilbud til personer med erhvervet hjerneskode og bidrage til at udbrede kendskabet til de eksisterende tilbud til målgruppen.
- At sikre kompetenceudvikling for det personale, som arbejder med borgere med erhvervet hjerneskode.
- At afholde møder for personale i region og kommuner, som arbejder med erhvervet hjerneskode.
- At have indsatsen i forhold til pårørende med erhvervet hjerneskode som et selvstændigt indsatsområde

Kommunerne udpeger hver en medarbejder som er koordinator på hjerneskodeområdet. Denne medarbejder forventes at have kompetence/adgang til at koordinere de ofte langvarige og komplekse forløb hjerneskedede og deres familier skal igennem.

Genoptræningsplan.

Borgeren skal være med til at fastlægge indholdet af genoptræningsplanen og planen skal formuleres i et sprog som borgeren kan forstå. Borgeren skal have planen senest ved udskrivningen. Kopi af operationsbeskrivelse og anden relevant information om borgeren – eksempelvis testresultater, kan vedlægges genoptræningsplanen.. Efter aftale med borgeren sendes planen til bopælskommunen og egen læge. Hvis borgeren har behov for specialiseret ambulans genoptræning sendes til det valgte hospital.

Hvis borgeren kun har behov for egentræning efter udskrivning fra hospital, har det regionshospital, som udskriver borgeren, også ansvaret for at yde borgeren den nødvendige instruktion om egentræning.

Modtager borgeren varige kommunale ydelser (pleje) eller har behov for det skal hospitalet udarbejde genoptræningsplan med instruktion.

Når et genoptræningsforløb indeholder både et specialiseret og almindeligt ambulante genoptræningsforløb, skal det hospital, som varetager det specialiserede forløb udfærdige en afsluttende status og sende til kommunen.

I situationer hvor borgeren bliver udskrevet fra privathospital, vurderer og udarbejder privathospitalet behovet for genoptræningsplan og sender efter aftale med borgeren planen til hjemhospitalet/bopælskommune og egen læge.

For at sikre kontinuitet og sammenhæng i patientforløb skal bopælskommune eller hospital kontakte borgeren med henblik på tilrettelæggelsen af det videre genoptræningsforløb. Borgeren skal kontaktes senest 3 hverdage efter at borgeren og kommune/hospital har modtaget genoptræningsplan.

Kontaktpersonordning:

Hospital og kommune skal hver udpege en kontaktperson med ansvar for koordinering af genoptræningsforløbet i forbindelse med udskrivning af patient med et genoptræningsbehov.

Kontaktpersonordningen skal sikre, at borgeren gennem hele forløbet let kan få den ønskede information om sit genoptræningsforløb. Herudover skal ordningen sikre, at de kommunale terapeuter og herunder eventuelle private leverandører, hospitalets terapeuter og læger ved hvem de skal kontakte, med henblik på at sikre koordination af genoptræningsplan og udskrivning.

Al kontaklinformation skal formidles skriftlig og/eller mundtlig til borgeren.

Hedensted kommune modtager genoptræningsplaner elektronisk.

Hvis der opstår uoverensstemmelser i samarbejdet, løses de her og nu på lederniveau gennem initiativer fra de involverede medarbejdere. Principielle problemstillinger løftes op i den lokale styregruppe.

Borgere, der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret genoptræning, kan vælge mellem enhver regions hospitaler. En hospitalsafdeling kan dog af kapacitetsmæssige årsager afvise at modtage borgere, der har bopæl i en anden region. Borgere der efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt begrundet behov for almindelig ambulante genoptræning kan vælge mellem de genoptræningstilbud bopælskommunen har etableret ved egne institutioner eller har indgået aftaler med andre myndigheder eller private. Borgere kan også vælge genoptræningstilbud på andre kommuners institutioner. En kommune kan af kapacitetsmæssige årsager afvise borgere, der har bopæl i en anden kommune.

Kørsel:

Når du skal til genoptræning er der faste regler for, hvornår du har ret til at blive kørt, hvornår du kan få udbetalt kørselsgodtgørelse, og hvornår du selv må betale for kørsel.

Som hovedregel skal du selv sørge for kørsel.

Du kan blive kørt, hvis du på grund af helbredet ikke kan tage offentlig transport.

Du har mulighed for kørsel eller befordringsgodtgørelse ud fra følgende retningslinjer:

- Du er pensionist (gælder ikke efterløner)
- Din helbredstilstand udelukker befordring med offentligt transportmiddel.
- Afstanden til genoptræningsstedet overstiger 50 km.

Det er en betingelse, at udgiften offentlig transport er mindst 60 kr. for pensionister mindst 25 kr.

Hvis du vælger genoptræningssted på et andet hospital er din bopælskommune alene forpligtet til at yde befordringsgodtgørelse til det, du ville være berettiget til, hvis du havde valgt det genoptræningssted, som dit udskrivende hospital ville henvise til.

Ansøgning om befordringsgodtgørelse sendes til visitationen/ genoptræningskoordinatoren i din bopælskommune.

Hjælpemiddelområdet

Der er nedsat et samarbejdsråd på hjælpemiddelområdet.

Kommuner og region vil:

- Koordinere udlån/bevilling af hjælpemidler og/eller behandlingsredskaber.
- Afdække forhindringer for gode patientforløb og søge løsninger herpå, herunder specielt med henblik på afklaring og evt. afhjælpning af uklar ansvarsfordeling.
- Understøtte en hensigtsmæssig og mere optimal ressourceudnyttelse.

Hospitalers ansvarsområder:

- Hjælpemidler og apparatur, som indopereres som led i behandlingen på hospital.
- Hjælpemidler og apparatur, som ordineres som led i behandling på hospital eller som fortsættelse af den iværksatte behandling og hvor patientens anvendelse af hjælpemidlet/apparaturet typisk er under kontrol af hospitalet indtil tilstanden er stationær.
- Apparatur som ordineres som led i behandling på hospital eller som fortsættelse af den iværksatte behandling for at forbedre det opnåede resultat eller forhindre en forringelse, og som anskaffes til midlertidigt eller permanent brug i hjemmet og hvor patienten har fået undervisning i brug af apparaturet på hospital og hvor patientens anvendelse af apparaturet er under en vis kontrol af hospital.

- Behandlingsredskaber og hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræning efter udskrivning fra hospital og som har et lægefagligt begrundet behov for specialiseret genoptræning, der forudsætter et hospitals ekspertise og tilbydes på et hospital.

Hospitalet har leveringsforpligtelserne vedr. hjælpemidler, mens kommunerne har finansieringsforpligtelsen.

Hospitalet udlåner som udgangspunkt ikke hjælpemidler til borgere, der ikke er kendt i hospitalsregi. Praktiserende lægers, skadestuers og lægevagts eventuelle muligheder for at udlåne behandlingsredskaber eller hjælpemidler aftales lokalt.

Kommunernes ansvarsområder:

- I de tilfælde, hvor en person efter udskrivning fra hospital har et lægefagligt begrundet behov for genoptræning, som ikke kræver hospitaleksptise, skal kommunen afholde udgifter hertil og herunder til de hjælpemidler, der ordineres patienten som led i genoptræningen. Det er ligeledes kommunens opgave at tilvejebringe hjælpemidlerne.
- Hjælpemidler som i væsentlig grad kan afhjælpe følger af en varig nedsat funktionsevne og som i væsentlig grad kan lette den daglige tilværelse i hjemmet.
- Plejehjælpemidler og sygeplejeartikler, der er nødvendige til opstart og gennemførelse af hjemmesygepleje.
- Hjælpemidler som er nødvendige for at sikre et godt arbejdsmiljø for kommunens personale.
- Hjælpemidler som er nødvendige som led i almen ambulans genoptræning efter udskrivning fra hospital.

Ansvar for tilpasning, vedligeholdelse og reparation påhviler den instans, der har myndighedsansvaret. Ved udlånet orienteres borgeren om hvilke rettigheder og forpligtelser der er forbundet med udlånet samt, hvor de kan henvende sig med eventuelle spørgsmål.

Et hospice forudsættes at have de redskaber og hjælpemidler til rådighed, som normalt anvendes i forbindelse med ophold, pasning og pleje af døende i plejehjem, plejebolig og tilsvarende. I tilfælde af hvor hospice ikke har redskaberne bevilger kommuner hjælpemidler mens region udlåner behandlingsredskaber.

Dialogen mellem borger, hospital og kommune vedr. udlån af hjælpemidler og behandlingsredskaber påbegyndes hurtigst muligt og når borgerens forventede funktionsevne er kendt.

Den enkelte myndighedsansvarlige sikrer at hjælpemidler og behandlingsredskaber som patienten har behov for, er til rådighed, når patienten udskrives fra hospital.

På Hedensted kommunes hjemmeside eller på borgerservice kan man hente pjecer om genoptræning, samt om personlig og praktisk pleje.