

UDVALGET VEDRØRENDE UDSATTE BORGERE

Mandag den 29. oktober 2012

Kl. 17.00-19.00

Regionsgården, mødelokale H4

Møde nr. 4

Medlemmer:

Lise Müller (formand) (F)

Per Seerup Knudsen (A)

Jannie Hjerpe (F)

Karin Helweg-Larsen (Ufp)

Afbud:

Lene Kaspersen (C) - sygemeldt

Fraværende:

Danni Olsen (O)

Indholdsfortegnelse

	Side:
1. Brug af den indledende sygeplejevurdering	3
2. Social ulighed i behandling	6
3. 50 mio. kr. puljen: status fase 2 og kriterier fase 3	9
4. Meddelelser	12
5. Eventuelt	13

SAG NR. 1**BRUG AF DEN INDLEDENDE SYGEPLEJEVURDERING**

SAGSFREMSTILLING

Udvalget vedrørende udsatte borgere har på tidligere møder drøftet den indledende plejevurdering og hvordan informationer om sårbarhed fra vurderingen bringes med i det videre behandlingsforløb. Det kunne fx dreje sig om, hvordan viden om høretab hos patient overdrages, hvis patienten overflyttes til en anden afdeling. Udvalget har derfor ønsket mere viden om anvendelsen af data fra den indledende vurdering i det videre behandlingsforløb.

Den indledende vurdering er plejepersonalets systematiske indsamling og bedømmelse af information om patientens tilstand, behov, ønsker, problemer og ressourcer. Den består af de oplysninger, der indsamles i forbindelse med indlæggelse og modtagelse af patienter og som er nødvendige for plejepersonalet og andre faggrupper, der er involveret i behandlingen af patienterne. Den anvendes til at danne overblik over udførelse og planlægning af sygeplejen.

En struktureret indledende sygeplejevurdering skal sikre at afdække:

- Patientens behov for akut pleje og behandling
- Patientens behov for almen sygepleje under indlæggelse/ambulant forløb
- Patientens behov for planlægning af udskrivningsforløbet

På alle regionens hospitaler gælder, at den indledende sygepleje vurdering skal for indlagte patienter foreligge i journalen indenfor 24 timer efter indlæggelsen eller efter første ambulante kontakt, hvor der udføres selvstændige sygeplejeopgaver.

Følgende temaer skal belyses som en del af den indledende vurdering

1. Nødvendige oplysninger om patientens tilstand: Optegnelserne skal indeholde en beskrivelse af, hvorvidt patienten har aktuelle og/eller potentielle problemstillinger, behov eller ressourcer indenfor følgende områder:
2. Bevidsthedsniveau: F.eks. grad af vågenhed
3. Aktivitet/funktionsvurdering: Der skal udføres en funktionsvurdering herunder udredning af patienters fald risiko. Andre redskaber kan anvendes i specialer, hvor der rutinemæssigt udføres mere specifikke funktionsvurderinger tidligt i forløbet og for børn anvendes aldersspecifikke redskaber.
4. Ernæring: Ernæringsscreening, samt spiseproblemer, mund og evt. tandstatus-problemer
5. Hud/slimhinder: F.eks. sår, forandringer fra hud, slimhinder og andre væv, herunder tryk

6. Kommunikation: F.eks. evnen til at gøre sig forståelig og forstå, herunder sprog og behov for tolk. Afdækning af eventuelle problemer forbundet med kommunikation, patientens evne og motivation til at modtage information samt eventuel synsnedsettelse, døvhed, læsevanskeligheder mv.
7. Sociale oplysninger og netværk: Beskæftigelsesforhold, civilstand, bolig, nærmeste pårørende, hjælperesurser, familie og kontaktoplysninger mv.
8. Psykosocial: F.eks. patientens reaktion i forbindelse med sygdom og indlæggelse samt relationer, mestring, kropsopfattelse, eventuelt misbrug, eventuel selvmordsrisiko
9. Respiration/cirkulation: Vitale værdier måles som led i den indledende vurdering og regelmæssigt derefter for indlagte.
10. Smerte/sanseindtryk:
11. Problemstillinger i relation til sanseorganer (syn, hørelse, lugt, smag, føle, balance)
12. Søvn og hvile: F.eks. træthedsanamnese, særlige behov og døgnrytme
13. Viden og udvikling: F.eks. helbredsopfattelse, sygdomsindsigt og behov for information og vejledning
14. Udskillelse af affaldsstoffer: Vandladning, vandladnings- og afføringsmønster, obstipation, diarre, inkontinens og kateter mv.
15. Åndelige eller kulturelle faktorer: F.eks. religiøse/kulturelle traditioner og hensyn af betydning for plejeforløb
16. Indikation for yderligere udredning: F.eks. begrundelse for abstinensvurdering, risiko for tryk, risiko for fald etc., samt resultat og vurdering heraf
17. Seksualitet: Hvis relevant i forhold til patientens sundhedsfaglige problemer.

På baggrund af den indledende vurdering udarbejdes plejeplaner og disse skal foreligge indenfor 24 timer efter indlæggelsen.

Region Hovedstaden har udviklet et elektronisk system til plejevurderingen, kaldet KISO (klinisk inddateringsskema og oversigt). Systemet er i dag taget i brug på bl.a. Gentofte Hospital, men er endnu ikke udrullet til alle regionens hospitaler.

På mødet vil Vicedirektør Birgitte Rav Degenkov fra Gentofte Hospital fortælle om den indledende sygeplejevurdering, samt om mulighederne i KISO. Det indstilles at udvalget drøfter hendes præsentation.

KONKLUSION

Præsentationen fra Birgitte Rav Degenkov gav anledning til en del opfølgende spørgsmål. Det drejede sig blandt andet om, i hvilket omfang hospitalerne evner at handle på viden om patienternes sårbarhed. I KISO dokumenteres, i forbindelse med den indledende vurdering, særlige forhold ved patienten.

Vurderingen af evnen til kommunikation indgår som en del af hospitalernes akkreditering, og i den forbindelse har man på Gentofte Hospital lavet et skema. Drøftelsen gik til dels på, om det giver mening at opsætte systemer omkring dette, når sårbarhed er individuel og ofte kræver individuelle løsninger. Birgitte påpegede at der findes et

handleberedskab i forhold til de sårbare patienter, blandt andet ved udskrivningskoordinatorer.

Udvalget vedtog at fortsætte denne drøftelse på et senere møde.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Danni Olsen (O)

Bilagsfortegnelse: Bilag 1 - Degenkolv

SAG NR. 2**SOCIAL ULIGHED I BEHANDLING**

SAGSFREMSTILLING

Udvalget vedrørende udsatte borger har ønsket en drøftelse af social ulighed i behandling foranlediget blandt andet af afrapporteringen af kvalitetshandlingsplanens målsætninger vedrørende lighed.

Sundhedsprofilen og dens delrapporter om ulighed og kronisk sygdom dokumenterer den sociale ulighed i befolkningens sundhedstilstand. Der findes videnskabelige undersøgelser, der har undersøgt ulighed i behandling, men disse er relativt få i antal. Der er således ikke den samme evidens for social ulighed i valg af behandling eller i behandlingsresultatet, som vi i dag har for social ulighed i sundhedstilstanden.

De danske videnskabelige undersøgelser der findes, er hovedsaglige inden for kræftområdet (og hjertekar sygdom). Her er det fx vist, at kvinders uddannelsesniveau har en betydning for deres brystkræft helbredelse, hvor kvinder med høj uddannelse opnår bedre behandlingsresultat end kvinder med lav uddannelse. Undersøgelsen kan ses her: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/ijc.22979/pdf>

Den danske undersøgelse "Betydningen af socioøkonomisk status for resultatet af tarmkræftbehandling" fra 2009 har deltagelse af 7160 patienter, der blev behandlet for tarmkræft mellem 2001 og 2004. Undersøgelsen viser sociale forskelle i resultaterne af tarmkræftbehandling, der både er afhængig af uddannelse, indkomst, fx i dødeligheden inden for 30 dage efter behandling, hvor forskellige niveauer i uddannelse synes at spille ind:

6,4 % (174) af de dårligst uddannede (2731) døde inden for 30 dage.

4,1 % (132) af de mellemuddannede (3217) døde inden for 30 dage.

3.0 % (37) af de højtuddannede (1213) døde inden for 30 dage.

Undersøgelsen kan ses her:

<http://www.nature.com/bjc/journal/v98/n3/pdf/6604215a.pdf>

Kræftens bekæmpelse iværksatte i 2007 et forskningsprogram, der netop skal undersøge den sociale ulighed i kræftbehandlingen. Hensigten var at medvirke til, at dokumenterede uligheder inden for kræftområdet udlignes. Kræftens Bekæmpelse afsatte 15. mio. kr. som blev uddelt i 2008.

I Sundhedsstyrelsens rapport Ulighed i sundhed – årsager og indsatser fra 2011 ser man også på ulighed i behandling og behandlingsresultater. Igen vises en sammen-

hæng mellem overlevelse og uddannelsesniveau for både hjerte-kar sygdomme og kræft, hvor højere uddannelsesniveau indikere højere sandsynlighed for overlevelse.

I rapporten opstilles flere mulige forklaringer på forskellene i behandlingsresultaterne, herunder:

- Ulighed i arbejdsmiljø, indkomst, langvarig arbejdsløshed og sundhedsadfærd, påvirker ikke kun risikoen for at blive syg, men som sygdomsforløb og konsekvenser af sygdom.
- Multisygdom påvirker konsekvenserne af en given sygdom, og eftersom mange sygdomme er socialt skævt fordelt i befolkningen, kan det også påvirke overlevelse og funktionsevne i relation til den enkelte sygdom.
- Brug af sundhedsydelser inkl. rehabilitering kan også spille en rolle. Tilbud om, adgang til og brug af ydelserne kan være ulige fordelt, tidspunkt i sygdomsforløbet og indikationerne for behandling kan variere, og desuden kan kvaliteten og effekten af de behandlende indsatser være forskellige.

I rapporten opstilles otte række indsatsområder der kan styrke sundhedsvæsenets bidrag til en reduktion af ulighed i sundhed:

1. Måltrettet monitorering af behov for og brugen af forskellige sundhedsydelser fordelt på socio-demografiske grupper. Et særligt fokus bør lægges på monitorering af de kommunale ydelser til forebyggende og rehabiliterende ydelser
2. Rekruttering af læger til primærsektoren i socioøkonomisk mindre privilegerede områder
3. De praktiserende lægers arbejde integreres bedre i det lokale kommunale sundhedsarbejde
4. Opsøgende indsatser som sikrer at mindre ressourcestærke grupper, nås af de effektive forebyggende programmer for gravide, børn, og ældre samt opsporing af tidlige stadier af kræft, diabetes, hjertekarsygdom og depression
5. Set ud fra et ulighedsperspektiv bør brugerbetaling undgås i forhold til de ydelser, som er af særlig betydning for psykiske lidelser og sygdomme i bevægeapparat
6. En mere geografisk lige fordeling af speciallæger ved en bedre styring af etableringsretten
7. Prioritering af psykiatri inkl. psykiatrisk rehabilitering og etablering af et stærkere samarbejde mellem psykiatri, primærsektor og kommunale ydelser, hvilket spiller en stor rolle for de socialt udsatte, og for dem som på grund af psykiske lidelser har nedsat arbejdsevne
8. Særligt fokus på indsatser til mindre privilegerede grupper, som ofte tabes i de lange patientforløb med genoptræning og rehabilitering. Det gælder ikke mindst de psykisk syge.

Af disse indsatsområder har Region Hovedstaden etableret en tværsektoriel rehabiliteringsdatabase, svarende til punkt 1. Administrationen er ved at forberede en sag til udvalgets næste møde, om data vedrørende frafald ved rehabilitering og udeblivelser fra behandling.

I forhold til punkt 4 og 7 er der iværksat initiativer i regi af 50 mio. kr. puljen. Sundhedsstyrelsen anbefaler forløbskoordination som en særlig indsats til udsatte borgere i lange behandlingsforløb. Dette har været afprøvet på demensområdet og for den ældre medicinske patient, der indlægges akut. Forløbskoordination er tillige et af initiativerne i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

På mødet vil Søren Geckler fra CASA (Center for alternativ samfundsanalyse) holde et oplæg om ulighed i behandling. Søren Geckler arbejder bl.a. med lighed i behandling og er tillige involveret i Lighedsnetværket. Det indstilles at udvalget på baggrund af sagsfremstillingen og oplægget drøfter hvordan man fremadrettet vil arbejde med emnet, samt om der er indsatsområder man særligt vil pege på i det fremadrettede arbejde med lighedsnetværket.

KONKLUSION

Drøftelsen i udvalget på baggrund af Søren Gecklers præsentation gik på behovet for at få mere viden om sociale forskelle i behandling. Ved vi nok allerede og er det handling der skal til, eller er der behov for mere konsekvent monitorering af sociale forskelle i behandling og behandlingsresultat?

Konkret blev der efterspurgt viden om, hvem der tilbydes følge-hjem og systematisk viden om, hvem der falder fra behandlingen (der findes systematisk viden om dette forhold til børn). Der monitoreres ikke på social ulighed i behandling, og udvalget pointerede, at det medfører at man ikke er opmærksom på problemet på hospitalerne.

Der blev draget paralleller til arbejdet med såvel patientsikkerhed som opmærksomheden på ulighed på uddannelsesområdet.

Drøftelsen blev ikke afsluttet, men fortsættes på næste møde, hvor der vil være et oplæg omkring social ulighed i rehabiliteringen.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Danni Olsen (O)

SAG NR. 3**50 MIO. KR. PULJEN: STATUS PÅ FASE 2 OG KRITERIER FOR FASE 3****SAGSFREMSTILLING**

I det følgende gives først et overblik over, hvilke projekter fra anden fase af 50 mio. kr. puljen der har indsendt ændringsforslag, der er af en sådan karakter, at det skal forelægges for forretningsudvalget. Derefter oplystes de kriterier for fase 3 som foreslås forretningsudvalget på baggrund af drøftelser i udvalget og budgetaftalen for 2013.

Endelig præsenteres et forslag til hvordan projekterne løbende kan afrapportere til administrationen.

Ændringer i fase 2 projekter

I juni vedtog Regionsrådet at støtte 19 projekter på baggrund af den tværgående arbejdsgruppes anbefaling. En del af disse projekter var endnu ikke fuldt udfoldet. Regionsadministrationen har nu modtaget detaljerede projektbeskrivelser fra samtlige projekter.

I 5 af 19 projekter er der ændringer, som medfører at projekterne skal foreligges forretningsudvalget:

Projekt	Ændring
Projekt E - Tidlig koordineret og samordnet indsats for gravide med sociale, medicinske og psykiske problemer	Oprindeligt var Hørsholm Kommune nævnt som en samarbejdspartner, men har trukket sig. Til gengæld er både Helsingør og Halsnæs kommuner kommet med.
Projekt H - Rådgivningsenhed om overvægt hos børn	Brøndby kommune har trukket sig fra projektet, men Frederiksberg deltager og der er dialog med en anden kommune på vestegnen (mangler dog endelig tilsagn). Projektet vil udvikle en samarbejdsmodel, der kan udvides til resten af regionen.
Projekt J - Styrkelse af det tværsektorielle samarbejde og minimering af henvekslinger med mindre skader i Akutmodtagelsen i dagtiden.	Projektet har efter dialog med kommunerne ønske om at udvide åbningstiden i forhold til det planlagte. Kommunerne ser et behov for at tilbuddet er gældende alle ugens dage fra kl. 08.00-20.00 i perioden i hele projektperioden. Dette vil medføre en øgning i budgettet på 435.629 kr. Administrationen anbefaler denne løsning.
Projekt L - Pilotprojekt om	Projektet har ikke fået anden kommune med – er nu

kompetence udvikling af kommunens plejepersonale	udelukkende samarbejde med Frederiksberg Kommune. Projektet har til hensigt at udvikle en model for kompetenceudvikling der kan udbredes til andre kommuner.
Projekt P - Koordineret indsats for risiko-patienter, der indlægges på akutmodtagelse og som ikke er kendte i kommunen	Antallet af deltagende kommuner er øget fra to til fire idet Rødovre og Ballerup kommuner nu deltager. Samtidig øges budgettet med 240.000 kr. over hele perioden. Det svarer til en øgning på 10 % af det oprindelige budget.

Kriterier for udmøntning af midler i fase 3

På baggrund af budgetaftalen samt drøftelser i udvalget vedrørende udsatte borgere, foreslås forretningsudvalget følgende kriterier for den videre udmøntning af puljen:

1. fortsat realisering af fødeplanens indsats for gravide med medicinske, sociale eller psykiatriske problemstillinger
2. forebyggelse af genindlæggelser hos ældre medicinske patienter
3. forbedret indsats for psykisk syge med misbrugsproblemer (herunder bedre tværsektoriel koordinering)
4. unge med debuterende psykose
5. kommunikation: øget samarbejde mellem patient og behandler for at styrke patienternes egenomsorg
6. børneområdet
7. hurtig diagnostik i forbindelse med personer der risikerer førtidspension (fx i forbindelse med psykisk sygdom og lænderyg lidelser).

Afrapportering

Det foreslås, at projekterne løbende indsender statusrapporter, første gang i marts måned 2013. Hensigten med afrapporteringen er, at følge udviklingen i projekterne, i forhold til om der er fremdrift eller der opstår udfordringer som medfører behov for ændringer i projekterne. Samtidig kan afrapporteringen medvirke til at holde udvalget opdateret, samt til at få fokus på, hvornår de enkelte projekter vil kunne få medieomtale. I bilag ses et forslag til afrapporteringsskabelon.

Det indstilles at udvalget drøfter, hvordan udvalget fremadrettet vil følge projekterne.

KONKLUSION

Kriterierne for udmøntning af fase 3 afventer den politiske behandling. Udvalget bakker op om den valgte model for projektopfølgning, og fremdriften i projekterne vil blive drøftet på et møde i foråret.

Udvalget efterspurgte viden om graden af kommunal medfinansiering i projekterne, samt viden om evalueringerne i projekterne.

Følgende medlemmer har ikke deltaget i sagens behandling:

Lene Kaspersen (C)

Danni Olsen (O)

SAG NR. 4

MEDDELELSER

SAGSFREMSTILLING

Under punktet orienteres om aktuelle sager af relevans for udvalgets arbejde.

KONKLUSION

SAG NR. 5

EVENTUELT

SAGSFREMSTILLING

KONKLUSION

Mødet sluttede kl. 19.10