

**Rapport fra Seniorudvalget og Sundheds- og Forebyggelsesudvalgets studietur til Edinburgh 26.
– 29. marts 2019**



Rapport fra studietur til Skotland den 26. – 29. marts

Sundheds- og Forebyggelsesudvalget og Seniorudvalget har gennemført en studietur til Skotland, i samarbejde med Det Danske Kulturinstitut og det skotske National Health Service, for at se og høre om tilrettelæggelsen af det nære sundhedsvæsen i Skotland og derigennem finde inspiration til udvalgsarbejdet.

Programmet er tilrettelagt ud fra ønsket om at hente inspiration inden for følgende overordnede temaer:

- Det nære sundhedsvæsen
- Forebyggelse af ensomhed
- Forebyggelse af rygning

I rapporten er de forskellige besøg og oplæg refereret med fokus på at uddrage de emner, der særligt kan inspirere til udvalgsarbejdet i Vejle kommune for de to deltagende udvalg.

Deltagere fra Vejle Kommune:

Vejle Kommunes Seniorudvalg og Sundheds- og Forebyggelsesudvalg:

- Hans Hoffensetz (fungerende formand SFU)
- Svend Erik Nielsen (næstformand SFU)
- Kenneth Fredslund Pedersen (formand SU og medlem i SFU)
- Niels Clemmensen (næstformand SU)
- Gitte Frederiksen (medlem SU)
- Dan Skjerning (medlem SU)
- Morten Kristensen (medlem SU)
- Allan Pedersen (medlem SFU)
- Henning Dam (medlem SFU)

Deltagere fra Økonomi-, Arbejdsmarkeds- og Sundhedsforvaltningen:

- Peter Karm (økonomi-, arbejdsmarkeds- og sundhedsdirektør)
- Diana Krogstrup (sundhedschef)
- Klaus H. Nielsen (stabschef)

Deltagere fra Velfærdsforvaltningen:

- Anne Mette Lund (velfærdsdirektør)
- Helle Brinch (seniorchef)
- Trine K. Jensen (stabschef)
- Guðny Vang (specialkonsulent)

Økonomi

Studieturen har samlet medført udgifter svarende til 10.394 kr. pr. deltager.

Møde med den danske konsul – Introduktion til Skotland Oplægsholder: Konsul Stuart J. MacPherson

Referat

Den danske konsul gav et generelt og indledende oplæg om forskelle og ligheder mellem Danmark og Skotland.

Skotland og Danmark er på mange måder sammenlignelige. Der bor 5,3 mio. mennesker i Skotland og 5,6 mio. mennesker i Danmark. Skotland er arealmæssigt noget større end Danmark, mens Danmark økonomisk er mere velstående med et højere skattetryk. Skotterne er meget afhængige af indkomsten fra Olie og Gas, som bidrager med 17,3 % af BNP. En indkomst der er faldende og som har en afgørende betydning for Skotlands mulighed for at være selvstændige.

Skotland oplever som Danmark også en markant stigning i den aldrende befolkning og en stigning i kroniske sygdomme.

I Danmark anvendes 6.120 dollars pr. borger på sundhed, mens Skotland til sammenligning bruger 4.450 Dollars pr. borger på sundhed.

Skotland har noget større udfordringer end Danmark med dødsfald som relaterer til alkohol- og stofmisbrug.

31 dødsfald pr. 100.000 er relateret til alkohol. I Danmark er tallet 8 pr. 100.000. For stofmisbrug er tallet 13 dødsfald pr. 100.000 i Skotland. I Danmark er tallet 4 pr. 100.000.

Forekomsten af dødsfaldene er ofte relateret til borgere fra den lave socialklasse.

Et af de største problemer er dog overvægt.

Der er derfor et generelt stort ønske om at forsøge at skabe lighed i sundhed.

Ønskerne til at arbejde med Sundhedsreformen i Skotland synes i høj grad at være drevet af økonomiske udfordringer.

Der er gjort en række folkesundhedsindsatser:

Screening for tarmkræft efter 50 år som herefter tilbydes hvert 2. år, screening for brystkræft, støtte til rygestop, misbrugsbehandling, minimumspris på alkohol (siden 2018), bedre socialt boligbyggeri, cigaretpakker uden reklame, skolemåltid i skolerne og fokus på bevægelse blandt børn.

Det opleves stadigvæk vanskeligt at få kontakt til de borgere, der har brug for rådgivning – bl.a. grundet den lille befolkningstæthed i en række områder.



Budgetterne til sundhedsvæsenet er fordelt med 25 % til det lokale (Kommune) og 75 % til det statslige. I Danmark er det omvendt. Det skaber bl.a. udfordringer at der er forskellige "kasser" i forhold til sygehus og pleje. Det opleves vanskeligt at kunne udskrive fra sygehuse grundet udfordringer med at skaffe kvalificeret plejepersonale i den kommunale sektor.

Introduktion til det skotske sundhedsvæsen

Oplægsholder: Brian Slater, leder af 'Understøttelse af tværgående partnerskaber', Sundheds- og Socialstyrelsen.

Referat

Der har været behovsbestemte skattefinansierede sundhedsydelser i Skotland siden en reform i 1948.

Ny reform er foretaget i 2016. Det var nødvendigt med en revision af hele organiseringen af sundhedssystemet, blandt andet på grund af demografiske udfordringer, udfordringer med rekruttering af kvalificeret personale (specielt lægemangel) og udfordringer med uensartet serviceniveau. Det understreges, at reformen ikke kun drejer sig om forbedret ressourceudnyttelse men også om forbedret kvalitet.

Sundhedsindsatsen er forankret i 14 'Health-boards' (regioner) og '32 local governments' (kommuner). Som noget nyt har man etableret 'Integration Joint Boards IJB' (sundhedsbestyrelser) imellem disse niveauer og defineret hvilke opgaver, de er ansvarlige for.

60 % af de regionale og kommunale sundhedsbudgetter er lagt ind i IJB.

Hovedformål med reformen:

- Mere pleje lokalt, mindre på sygehuse.
- Sikre en styret opgaveglidning til det lokale niveau, således at det regionale niveau i højere grad udfører specialisopgaver.
- Reducere ikke planlagte indlæggelser og forsinkede udskrivelser.
- Reducere indlæggelsestid generelt.
- Give flere mulighed for at være længere i eget hjem og eventuelt dø hjemme.

Foreløbige resultater/læring:

- Antal akutte sengedage er faldende.
- Antallet af færdigbehandlede sengedage er faldet.
- Solide data og gode muligheder for datadeling og mellem sektorer er vigtigt for succes og læring.
- Modstand og modvind vil opstå i en organiseringsproces som denne. Vigtigt ikke at ændre planen uigennemtænkt.

Kommende nye projektområder:

- Fælleshuse for læger, kommunalt plejepersonale og frivillige.



- Koordinerede forløb.
- Rekrutteringspakker til læger.

Særlige læringspunkter

Den skotske reform har samme afsæt og formål som den påtænkte kommende danske reform.

Der er lagt væsentlig økonomi og kompetence ind i det nye tværgående lag (IJB).

De største opmærksomhedspunkter er datadeling, modstand og træghed i systemerne ifm. omlægningen, vigtigt at fastholde konsistens og målfokus i implementeringen – også på trods af modstand.

Den skotske primærsektor

Oplægsholder: Alison Bell, leder af 'Primær pleje – politisk team', Sundheds- og Socialstyrelsen.

Referat

Oplægget drejer sig primært om praksissektoren i Skotland. Familielægeordningen minder meget om den danske ordning med private lægepraksisser, som har kontrakt med det offentlige. Enkelte læger er offentligt ansat, f.eks. læger til hjemløse.

Der er ca. 5000 praktiserende læger i Skotland fordelt på ca. 950 praksisser. Til sammenligning er der ca. 3500 praktiserende læger fordelt på ca. 1700 praksisser i Danmark. Der er mangel på praktiserende læger i Skotland, og det er svært at rekruttere nye læger til ledige praksisser. For at imødegå denne udfordring arbejder man nu efter en ny form for kontrakt mellem det offentlige og de praktiserende læger.

Man søger at opnå:

- et bedre samarbejde med lægerne.
- større gennemsigtighed.
- at minimere de praktiserende lægers økonomiske risiko.
- et forbedret samarbejde mellem de praktiserende læger og den lokale sundhedsindsats.
- en bedre oplevelse for borgeren – helhedstækning.

Det offentlige investerer 250 mio. pund i omlægningen. Disse penge går primært til flere ressourcer i sundhedshusene. Bl.a. i form af sundhedspersonale til f.eks. vaccinationer, blodprøvetagning, fysioterapeuter, rentefrie lån og minimumsindkomst til lægerne etc.

Særlige læringspunkter

Løsningen med at reducere lægemanglen, ved at øge samarbejdet med den kommunale sundheds- og plejeindsats kan inspirere. Her opstår dog en række spørgsmål, eksempelvis i forbindelse med finansieringen, som der må tages stilling til i forbindelse med en eventuel kommende sundhedsreform.



Forebyggelse af Rygning - rygestop

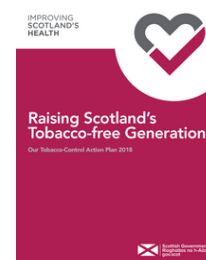
Oplægsholder: Morris Fraser – Control Team for rygning. "Forbedring af Sundhed" – Sundheds- og Socialstyrelsen.

Referat

Skotland har en stor udfordring med rygning, hvor andelen af rygere er ca. 17 % - i socialt udsatte områder, er andelen helt oppe på ca. 27 %. Årligt er der ca. 9.300 dødsfald forårsaget af rygning, mens 1/3 af alle kræfttilfælde vurderes at være forårsaget af rygning. Samlet vurderes rygning at koste det skotske samfund ca. 600 mio. kr. årligt.

I Skotland tager rygestop, eller mere korrekt rygeforebyggelsesindsatsen, afsæt i en national rygestopstrategi, der blev formuleret i 2013. Formålet er at få en rygefri generation, hvor indsatser og tiltag er fokuseret mod en forebyggelse af, at unge begynder at ryge. Hypotesen er, at hvis de unge ikke er begyndt at ryge inden de fylder 24 år, vil de med stor sandsynlighed aldrig begynde. De unge debuterer oftest som rygere i alderen 16-24 år.

I Skotland ryger ca. 16-18 % af en ungdomsårgang. Målet med generation røgfri unge, er at andelen af rygere i den generation der blev født i 2013, nedbringes til 5 % i 2034. Strategien er bygget op omkring 5 års planer, der flytter sig i takt med, at børnene bliver ældre. Indsatsen ændres således hen over de unges opvækst.



De tiltag, der enten er trådt i kraft eller er planlagt, er:

- Kampagner mod rygning (risiko ved passiv rygning, og rygning under graviditet).
- Aldersgrænse for køb og brug af tobak er 18 år. Det tilladt at tage cigaretter etc. fra unge under 18 – med mindre de er registreret som "legale" rygere.
- Salgssteder skal registreres, og der laves kontroller gennem "undercover" unge.
- Generelt rygeforbud på offentlige steder.
- Cigaretter skjules i butikkerne.
- Forbud mod rygning i fængsler – 75 % af de indsatte rygere (blev i første omgang legalt erstattet med e-cigaretter)
- Regulering gennem priser – højere skat og indførelse af minimumspris.
- Generelt mere forbud – på sigt skal e-cigaretter også forbydes. Holdningen er, at forbud er afgørende for at få befolkningen til at stoppe med at ryge.



er

er

Sideløbende med ovenstående tiltag og kampagner er der etableret et bredt system af rådgivning og støtte med én samlet indgang, hvor der både er mulighed for telefonisk eller webbaseret rådgivning.

Særlige læringspunkter

Fokus er vendt om, så der er mindre fokus på at få rygere til at stoppe og et mere målrettet fokus på at forebygge, at unge begynder at ryge.

Den skotske tilgang er derudover bygget på en høj grad af forbud.

Rygestoppet i fængslerne blev vellykket gennemført meget hurtigt, uden den store forudgående proces og beskrives som uproblematisk. Kan det omsættes til en dansk kontekst?

Tværasektorielt samarbejde på Sundheds- og Plejeområdet – lokale erfaringer **Oplægsholder: Tom Welsh - "Integration Manager" "Midlothian Partnerskab for Sundheds- og omsorgsområdet"**

Referat

Som en del af sundhedsreformen i 2016 blev der etableret tværgående sundhedsbestyrelser "Integration Joint Board - IJB", der skal sikre sammenhæng og prioritering af indsats på tværs af kommuner og regioner.

Midlothian er et af de hurtigst voksende områder, og de strukturelle ændringer blev betragtet som afgørende, for at imødekomme udviklingen og morgendagens udfordringer på Sundheds og Velfærdsområdet.

Før sundhedsreformen i Skotland afhang koordinering og prioritering af ressourcer, på tværs af sektorer i forhold til borgerforløb, af individuelle relationer og samarbejder. IJB har formål at sikre koordinering og initierer, at aktørerne på tværs sektorerne sammen beslutter indsatsområder og prioritering af ressourcer. Det skyldes primært, at ¼ af alle udgifter til akutte indlæggelser anvendes på ældre borgere.

Med etablering af IJB blev der dedikeret budgetter, fra både regioner og kommuner, til en fælles prioritering af indsatsen og dermed anvendelse af budgetterne. Konkret drejer det sig om næsten 60 % af budgettet til sundheds og omsorgsopgaverne. I udgangspunktet udarbejdes der 3-årige budgetter, men med årlige budgettilpasninger. På den måde har IJB mulighed for at dedikere ressourcer til de indsats, der er mest effektfulde i forhold til borgernes situation. Det er erfaringsmæssigt afgørende, at befolkningen føler sig involveret og forstår transformationen – udgangspunktet skal være borgeren i forhold til, hvor den enkelte indsats skal leveres – med andre ord, levering af indsats så tæt på borgeren som muligt.

Særlige læringspunkter

Udgangspunktet er borgeren og ikke systemet.

Fælles prioritering af ressourcer kan være med til at mindske suboptimering og silotænkning. Det forudsætter ikke kun fælles økonomi, men også fælles data.

Det virker til, at der samtidig sker et skifte mod et større fælles fokus på forebyggelse.



til
af

Hvilke rolle spiller frivillighedssektoren?

Oplægsholder: Alison Christie

Referat

Den frivillige sektor er en væsentlig medspiller i levering af den offentlige velfærd. Det vurderes, at den frivillige sektor bidrager med arbejdskraft til den offentlige velfærd, svarende til en værdi af ca. 1 mia. pund eller 25 % af de leverede ydelser på social og sundhedsområdet.

Derfor er der også stor fokus på, hvordan de frivillige faciliteres. Den frivillige sektor på social og sundhedsområdet er organiseret under paraplyorganisationen "Social Care and Support Providers – CCPS", der dækker hele Skotland.



Edinburgh
March 2019

Organisationen har ca. 40 ansatte, der faciliterer ca. 5.000 frivillige. For at kunne trække på CCPS, skal medlemsforeningerne betale et medlemsgebyr, afhængig af deres størrelse.

CCPS er med til at sætte den nationale dagsorden for frivilligt arbejde, ligesom projekter og nye tiltag kan udvikles, afprøves og opskaleres i samarbejde mellem den enkelte forening/frivilligorganisation og CCPS. Dvs. at der stilles udviklingsmuskler til rådighed.

Der er en stærk frivillig kultur, der betyder, at de lønnede medarbejdere ikke ser de frivillige som en trussel, da de opgaver der løses, ikke ville blive løst uden de frivillige. Samtidig kræves det, at de frivillige både registreres og uddannes. De opgaver, de frivillige løser, kan sidestilles med en del af de opgaver frivillige i DK også varetager. Det drejer sig om socialt samvær, IT support, aktivitet, ledsagelse etc. Derudover er der, som herhjemme, organisationer med et mix af lønnede medarbejdere og frivillige, som Kirkens Korshær eller andre organisationer, der tager sig af de virkeligt svage etc.

Erfaringerne viser, at investering i frivillighed har en høj tilbagebetalingsrate, og at det derfor er en god investering, at bruge penge på frivillighed.

Særlige læringspunkter

Den gennemsnitlige frivillige i Skotland er kvinde og ca. 44 år. Dvs. en væsentlig anden gruppe, end de frivillige i Danmark. Der investeres betydeligt i at understøtte og facilitere den frivillige sektor. Kan der gøres noget for at udvide målgruppen af frivillige i Danmark?

Referat af besøg på Midlothian Community Hospital

Oplægsholder:

Vi blev modtaget og vist rundt af: Lisa Graham, Kaye Skey og Roxanne King.

Efter rundvisningen fik vi et kort oplæg af Deborah Brown.

Referat

Midlothian Community Hospital er et lokalhospital, organiseret under NHS (Skotlands Sundhedsstyrelse) der dækker et område med ca. 90.000 indbyggere. Det er et lille hospital, kendetegnet af en varm og rolig stemning. Det er ikke hvad vi ville betegne som et hospital, men fremstår som en kombination af et gammeldags kommunehospital, en sundhedsafdeling, et specialiseret bosted og et aktivitets-og træningscenter.

Hospitalsfunktionerne var bl.a. røntgen- og ultralydsundersøgelser, ambulans behandling af psykiatriske lidelser, smerteklinik, demensklinik og børneafdeling. I øvrigt delte man lokalerne med den lokale vagtlægeordning. Hospitalet har også et udekørende akutteam, der har kapacitet til at besøge 10 borgere i eget hjem. De kaldte det "hospital at home", herunder lå også en indsats for døende.

Sundhedsafdelingen tilbød diverse sundhedskurser til borgere med kræft, diabetes og KOL. Men også rygestop kurser og AA kurser.

Bodelen består af 20 permanente boliger for borgere med svær demens, og 24 boliger for ældre borgere med psykiatriske problemstillinger og udadreagerende adfærd.



Aktivitets-og træningsdelen består i et lille genoptræningscenter, et dagcenter. Der er tilknyttet en fysioterapeut, en ergoterapeut, en psykolog, en diætist og en socialrådgiver. Der er et sanserum og en træningslejlighed med velfærdsteknologiske hjælpemidler, der kan afprøves. Der er desuden tilknyttet en del frivillige, der i samarbejde med aktivitetsmedarbejderne driver en lille cafe, et aktivitetscenter for beboere og borgere i lokalområdet og en terapihave. Terapihaven bliver brugt af beboere, men også borgere i lokalområdet med psykisk sårbarhed og hjemløse.

Huset havde også ansvar for et nødkalds team. Hvis en borger aktiverer nødkald i eget hjem, bliver borgeren besøgt straks, og får desuden et opfølgende besøg dagen efter.

Efter en interessant rundvisning fortalte Deborah Brown om deres indsats for at skabe mere flow i de borgere der benyttede huset. De har stor succes med at foretage en målrettet visitering af borgere. Hver dag mødes "Flow teamet". De ser på, hvem der er henvist, og ud fra klare tydelige kriterier sorterer de i, hvem der har mest brug for indsatsen på hospitalet. Det har både mindsket antallet af uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser. Så man nu har de rette patienter indlagt, og sander ikke til i patienter, der er fejlplacerede.

Medarbejderne fremhævede, at det gav et godt og smidigt samarbejde, at være på samme matrikel. De fremhævede også muligheden for at drage nytte af hinandens viden og ressourcer.

Særlige læringspunkter

Vi kan lære noget af måden at have mange forskellige funktioner i samme hus. Det giver gensidig læring, nem tilgængelighed for borgeren og god udnyttelse af lokaler og ressourcer.

Der er i Danmark fokus på at oprette sundhedshuse. Dette kunne være inspiration til næste generation af sundhedshuse, så det ikke kun er kommunale funktioner og privatpraktiserende behandlere man tænker ind. Derimod at sygehus, bosted, frivillige tilbud og kommunale funktioner med stor succes kan gå hånd i hånd i dagligdagen.

Måden at håndtere nødkald proaktivt på, er mere målrettet end i Danmark. Måske kan den øgede trykthed for borgere i eget hjem betyde, at de ikke har behov for at flytte i beskyttet bolig eller plejebolig.

Den nationale sundhedsstrategi og teknologibaseret pleje

Oplægsholder: Dr. Margaret Whoriskey.

Referat

Den 1. april 2018 indførte Skotland ”Den nationale digitale sundheds- og omsorgsstrategi”, der fungerer som et samarbejde mellem det statslige og kommunale niveau, med intentionen om i højere grad at have borgeren i centrum.

Strategien var baseret på en forudgående analyse af de skotske styrker og svagheder på det digitale område.

Strategien har 6 fokusområder:

- National direction and leadership
- Information governance, assurance and cyber security
- Service transformation
- Workforce capability
- Digital platform
- Transition process



Et af hovedformålene bag strategien er, at styrke muligheden for at kunne dele information mellem forskellige niveauer og personalegrupper i sundhedssektoren, så borgeren ikke skal gentage sin historie, hver gang denne møder en ny person i sundhedssektoren.

Et andet har været anvendelsen af digitale lægekonsultationer, hvor borgeren via en browser kan FaceTime med lægen. Mange borgere har taget muligheden til sig, men udbredelsen af muligheden er hindret af, at kun ca. 25 % af lægerne gør brug af den.

Der er ligeledes udviklet et digitalt samarbejde om demensområdet, kaldet Purple Alert. Det er en app, alle kan downloade, hvor man som borger i civilsamfundet får en alarm, når en dement er blevet væk, og der efterfølgende er brug for opmærksomhed herpå i nærområdet.

Særlige læringspunkter

Purple Alert-appen virker som en god måde at inddrage civilsamfundet på, omkring problemstillingen med demente, der ”bliver væk”.

Ligeledes henleder de skotske erfaringer opmærksomheden på, at det ikke kun er borgerne, der skal være digitalt modne – det gør sig i høj grad også gældende for sundhedspersonalet (lægerne).

Digital Health and Care institute Oplægsholder: Ciaran Morrison

Referat

Digital Health and Care institute er det skotske nationale innovationscenter, der går på tværs af flere skotske universiteter som samarbejder med private virksomheder, om digitale projekter målrettet sundheds- og plejesektoren med en høj grad af brugerinddragelse.



Fokus er på at skabe et samarbejde med henblik på, at identificere de områder inden for sundheds- og plejesektoren, hvor digital innovation kan have den største effekt.

Efterfølgende udarbejdes der business cases, som kan danne grundlag for beslutning om en teknologi skal skaleres op og udbredes.

Ciaran Morrison nævnte b.l.a. to konkrete projekter:

Gastroenterologi: Man sender borgeren et kamera på størrelse med en pille samt en sender, der skal klistres på maven med et plaster. Pillen/kameraet sluges og optager billeder på sin vej gennem tarmsystemet. Billederne bliver via senderen sendt til sundhedspersonalet, der på distancen

kan vurdere og diagnosticere.

Forebyggelse af hjerteanfald: Hjertet overvåges gennem en app-løsning på telefonen, når der er problemer med hjerteflimmer. På telefonen er der koblet en enhed, der måler hjerteslaget, så borgeren selv kan måle det, se det på telefonen og efterfølgende dele det med lægen.

Særlige læringspunkter

Appen til forebyggelsen af hjerteanfald har den fordel, at den bygger på borgerens egen telefon. Dette kan gøre anvendelsen af den mindre fremmedgørende for borgeren. Kan denne metode anvendes i en dansk kontekst?

Kan dannelsen af et samlet innovationscenter på tværs af universiteter give inspiration?

Hvordan tackles ensomhed? Oplægsholder: Alison Dawson

Referat

Alison Dawson lagde ud med at skelne mellem ensomhed og social isolation. Ensomhed defineres som en subjektiv følelse, der opleves, når der er en forskel mellem de sociale relationer man har, og de sociale relationer man ønsker at have.

Social isolation defineres som en tilstand, hvor man har en objektiv mangel på sociale relationer på både individuelt niveau og gruppe- og samfundsniveau.



Man kan således godt være ensom, selvom man ikke er socialt isoleret, da det drejer sig om en følelse, mens man ligeledes godt kan være socialt isoleret uden at føle sig ensom.

Skotland har derfor indført en "Social Navigation Service", hvor en "social navigator" taler med borgeren om borgerens interesser, med henblik på at skabe adgang til ligesindede. Lægen kan henvise til Social Navigation Service.

Skotland er kendetegnet ved, at nogle områder er meget tyndt befolket. Dette i sig selv kan medføre risiko for social isolation blandt særligt ældre, når eksempelvis børn er flyttet hjemmefra, og har forladt lokalområdet.

Man arbejder derfor med udvikling af retningslinjer til teknologisk support, som kan forebygge social isolation.

Et konkret eksempel herpå er udviklingen af muligheden for at kommunikere digitalt via FaceTime-lignende løsninger, hvor der udvikles digitale fællesskaber på eksempelvis ældrecentre. Det er dermed ikke en forudsætning, for at være en del af disse fællesskaber, at man er fysisk til stede på centret.

Særlige læringspunkter

Er vi i Danmark gode nok til at skelne mellem ensomhed og social isolation, når social isolation ikke nødvendigvis udgør et problem, hvis det ikke medfører en oplevelse af ensomhed?

Kan vi bruge eksemplet med Social Navigation Service i de forebyggende hjemmebesøg, eller muligvis indbygge det i frivilligområdet?

Teknologi i hjemmet

Oplægsholder: Morag Hearty, Geraldine Begg og Jimmy Black

Referat

Morag Hearty indledte med et oplæg om den skotske tilgang til mobil sundhedsmonitorering – eller telemedicin - fra borgerens eget hjem. Behovet for dette i Skotland er særligt stort grundet de store geografiske afstande.

Den mobile monitorering giver en række fordele i form af, at borgeren i højere grad kan blive i eget hjem længere, kan fastholde tilknytning til arbejdsmarkedet, bliver hurtigere diagnosticeret og generelt i højere grad tager behovet om livstilsændringer til sig, når der sker en konstant påmindelse herom i eget hjem.

Hjemmemonitoreringen har vist sig særligt succesfuld hos mænd, der i forhold til kvinder er sværere at få til at besøge lægen. Denne modstand er markant mindre, når eksempelvis blodtryksmålinger kan foretages fra hjemmet.



Geraldine Begg holdt derefter et oplæg om en service med 3.000 brugere, der tilbydes en samlet alarmløsning. Løsningen er målrettet både ældre demente og eksempelvis forældre med børn med autisme.

Løsningen indeholder en række forskellige monitoreringsmuligheder, hvor der eksempelvis monitoreres, hvis en yderdør går op om natten, hvis der er aktivitet i bestemte rum på bestemte tidspunkter, hvis der anvendes vand eller gas på bestemte tidspunkter m.m.

Alle monitoreringsværktøjerne er forbundne og en alarm vil tilgå et monitoreringscenter, der efterfølgende vil ringe borgeren eller en pårørende op eller alternativt sikre, at der sendes hjælp, hvis



der vurderes behov herfor.

Dernæst holdt Jimmy Black et oplæg med yderligere eksempler på anvendelsen af digitale løsninger i hjemmet. Der blev vist et eksempel på anvendelsen af sensorer til at designe den korrekte plejepakke for særligt ældre borgere. Sensorerne måler eksempelvis på, om borgeren spiser og drikker i fornødent omfang, om de sover regelmæssigt eller vågner om natten, og om de bevæger sig i fornødent omfang for at få tilstrækkeligt motion.

Disse data anvendes til at vurdere, i hvilken omfang en borger har brug for eksempelvis hjemmehjælp.



Særlige læringspunkter:

Kan vi ud fra de skotske erfaringer udbygge anvendelsen af telemedicin i Vejle?

Kan alarmløsningen med monitorering på flere parametre anvendes i Vejle?

Kan sensorløsningen hjælpe til at vurdere det korrekte plejebenhov?

Besøg på Bonnyrigg Sundhedscenter

Oplægsholdere: Jamie Megaw, programleder og Debbie Crerar, fysioterapeut

Referat

Bonnyrigg Sundhedscenter er et lægehus med flere lægepraksisser. Herudover er der sundhedsindsatser for kronikere, fysioterapi, blodprøvetagning, vaccinationer, børneundersøgelser, rådgivning, EKG og jordmoderkonsultation.

Som andre steder i Skotland er der lægemangel. Der var lange ventetider - op til 39 uger - for at få en lægetid, og ventelisten var voksende. For at afhjælpe dette iværksatte man tre indsatser/projekter:

1. Partnerskaber for at reducere lægernes opgavemængde. Man har via central finansiering løftet følgende opgaver fra lægerne: vaccinationer, blodprøvetagning, farmakologi, høreprøver og hjemmebesøg.
2. Fysioterapi. Patienter med muskel/skelet lidelser får automatisk en tid hos en fysioterapeut i stedet for en læge. Her bliver der taget stilling til diagnose og behandling og om yderligere undersøgelser er nødvendige. Det har vist sig, at 75% af patienterne kan færdiggøres hos fysioterapeuten og ikke kræver læge- eller sygehusbehandling.
3. Svage ældre. Forebyggende, opfølgende arbejde ift. denne målgruppe. Udarbejde forløbsplaner – komme alvorlig sygdom, læge- eller sygehusbehandling i forkøbet. Anvende frivillige fra Røde Kors til hjemmebesøgene.

Opmærksomhedspunkter: Datadeling er vigtigt for at samarbejdet og koordineringen virker. Det har været en udfordring ift. samarbejdet med Røde Kors.

Foreløbige resultater: Det er lykkedes at løfte opgaver fra lægerne og ventetiderne er afkortet. Ved den rigtige, koordinerede indsats er det muligt at løse en meget stor procentdel af henvendelserne af andre faggrupper helt tæt på borgeren. Datadeling er en udfordring.

Særlige læringspunkter:

Sortering af henvendelser, så den rigtige faggruppe fra start tager sig af de rigtige henvendelser, kan øge muligheden for at løse problemet hurtigere og spare borgeren for genhenvendelser og nye undersøgelser.

Datadeling er altafgørende for at denne koordinering kan lykkes.

Samarbejde med frivilligorganisationer om hjemmebesøg er spændende.



Besøg på Newbyres Care Village

Oplægsholder: Manager Lesley Miller

Referat

Newbyres Care Village er bygget i 2008 og er et kommunalt drevet plejecenter. Stedet består af 5 bo-grupper, hvoraf 2 af grupperne er forbeholdt borgere med demens. De er alle over 65 år og de fleste har en demenslidelse. Stedet er meget populært og har en lang venteliste. De enkelte plejecentre er bedømt på en skala fra 1-6. Her ligger Newbyres Care Village på 5.

Langt størsteparten af plejecentrene i Skotland er drevet af private og er dyrere i husleje. Huslejen og kosten beløb sig til £1.200/mdr. svarende til ca.10.000 kr. Andre steder kunne dette ligge på op til £2.000/mdr.

Egenbetalingen var afhængig af formue og indkomst. Det blev oplyst, at enkelte beboere ikke havde nogen egenbetaling. Pensionen i Skotland er £800 svarende til ca. 6.600kr./mdr. Det blev oplyst, at der også er betaling på hjemmeplejen. Der er ikke forskel på de ydelser, der bliver leveret til beboerne i forhold til betalingen. Det er behovsbestemt.

Der er 104 ansatte og der bliver arbejdet i 12 timers vagter. Dette betyder, at normeringen i nattetimerne er høj i forhold til i Vejle. Der bliver gjort rent og lavet papirarbejde om natten. Sygeplejen bliver leveret af det, der svarer til hjemmesygeplejen.

Det frivillige netværk er stort. Der er ansat en aktivitetskoordinator og tre aktivitetsmedarbejdere. Derudover er der 20 frivillige. Der er planlagt daglige aktiviteter, og avislæsning og formiddagste/kage forekommer dagligt. En del aktiviteter er markeret som 1:1 aktiviteter. Borgere fra det omkringliggende samfund kan deltage sammen med beboerne. Der er et tæt samarbejde med den kommunale sygepleje, en børnehave, et haveselskab og en lokal gymnastikinstruktør.

Børnehaven kom på besøg en gang ugentligt, og haveselskabet passer drivhuse og køkkenhaven.

Den praktiserende læge kommer fast på centeret to gange ugentligt. Der er også besøg fra psykiatrien en gang ugentligt, hvilket de har stor gavn af i forhold til den socialpædagogiske tilgang.

Lejlighederne er meget små sammenlignet med plejeboligerne i Vejle og alle med et rum, hvor der stort set kun er plads til en seng. Badeværelserne er væsentligt mindre end i Danmark. Der er vaskeri, hvor alt beboertøj bliver håndteret og et produktionskøkken, hvorfra maden bliver bragt ud i bo-grupperne.



Der er indrettet et fælles baderum med badekar i hver bo-gruppe. Der er desuden en lille kiosk og en Pub med dart, billard og bar, begge dele drevet af frivillige.

Teknologien er det sparsomt med. Beboernes trykalarmer (kald) blev nævnt.

Særlige læringspunkter

Inddragelsen af de frivillige i driften af aktiviteterne var bemærkelsesværdigt. Herved kunne der tilbydes 1:1 aktiviteter i større omfang.

Kunne man med fordel investere yderligere i Vejle, i at koordinere og dermed understøtte de frivilliges indsats?