

Medicinske patienter

Opfølgning på udmøntningsplan

Orientering til ældrepolitisk frivillige



Indhold

3 Den ældre medicinske patient og det sammenhængende patientforløb

4 Ældre Sagens mærkesager

5 Fakta oplysninger

Generelle fakta om den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient – definition og afgrænsning

Fakta om mærkesager

Øvrige fakta

Spørgsmål til dig, der vil følge op

Opfølgning på udmøntningsplanen:

Hvad kan du gøre og spørge om?

Spørgsmål til kommunal- og regionalpolitikere

Mere information

Redaktion: Mirjana Saabye og Sofie Høj Jeppesen, Samfundsanalyse, Lis Hjorth, Frivilligafdelingen

Grafik/Design: Ole Leif og Ida Magdalene

Tryk: Ældre Sagen

Ældre Sagens håndbøger i denne serie:

Pleje- og ældreboliger

Trafik

Frivilligpolitik

Hjemmehjælp

Digitalisering

Genoptræning

Velfærdsteknologi

Medicinske patienter

Oktober 2014

Den ældre medicinske patient og det sammenhængende patientforløb

Ældre Sagen arbejder på landsplan med at styrke et sammenhængende patientforløb. Det er særligt de mere skrøbelige patienter med samtidige komplekse lidelser, stort medicinforbrug og nedsat funktionsevne – den ældre medicinske patient – der har behov for bedre sammenhæng i deres vej gennem sundhedsvæsenet.

Mange af de ældre medicinske patienter har kontakt til flere forskellige aktører i vores sundhedsvæsen – regionens sygehuse, kommunens hjemmesygepleje og den alment praktiserende læge. For et godt og sammenhængende forløb er det derfor centralt, at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer.

I 2011 vedtog Regeringen og satspuljeparterne en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, der udmøntes i 2012 – 2015. Handlingsplanens 11 forpligtende initiativer er et vigtigt skridt i den rigtige retning for at sikre samarbejdet på tværs af sundhedsvæsenet. Men der er også mangler som fx for lidt fokus på overbelægning og mangel på konkrete retningslinjer til det nære sundhedsvæsen.

Handlingsplanens initiativer er nu ved at blive ført ud i livet lokalt og regionalt. Det er vigtigt, at Ældre Sagen og Ældre Sagens frivillige gør en aktiv indsats for

at følge, hvordan aftalerne omformes til konkrete tilbud til patienterne. Det handler om at være med- og modspiller i dialog med kommunale og regionale politikere og embedsmænd.

Ældre Sagens lokale ældrepolitiske indsats er vigtig, da den er en forudsætning for, at det arbejde, som Ældre Sagen arbejder med på landsplan, også bliver realiseret i de enkelte kommuner og regioner.

Dette hæfte er ment som et informations- og inspirationsmateriale om indsatsen for den ældre medicinske patient, som suppleres med yderligere materiale på www.frivilligportal.aeldresagen.dk. Det kan være nødvendigt at indhente oplysninger på regionens eller kommunens hjemmeside om lokale forhold, eventuelt bistået af hjælp fra Ældre Sagens forretningskonsulenter.

Jeg ønsker jer held og lykke med det lokale arbejde for at sikre et bedre patientforløb og dermed livskvalitet for borgerne i jeres kommune og region.



Adm. Direktør

Ældre Sagens mærkesager

Værdige og sammenhængende patientforløb til medicinske patienter har været en mærkesag i Ældre Sagen igennem mange år. Som led i denne mærkesag er der tre større initiativer i den nationale handlingsplan, som vi i Ældre Sagen finder særligt vigtige at følge op på i planens udmønt-

ningsperiode 2012-2015. Det er værd at holde kommuner og regioner op på, at de opfølgende hjemmebesøg, forløbskoordination og indsats i det kommunale sundhedsvæsen udmøntes som aftalt og omsættes til konkrete forbedringer i dagligdagen for patienter og pårørende.

1

Opfølgende hjemmebesøg til skrøbelige patienter inden for en uge efter udskrivelse. Den praktiserende læge og hjemmesygeplejerske skal sammen besøge patienter i eget hjem. De skal vurdere, hvordan patienten bedst kan klare sig i eget hjem, og der skal være styr på patientens medicin.

2

Akutte og subakutte indsatser. Indsatsen skal styrke samarbejdet mellem regioner, kommuner og praktiserende læger for at forebygge (gen)indlæggelser. Initiativet kan udformes som akutpladser, udgående/akutte teams eller adgang til undersøgelse på sygehus uden indlæggelse. Ældre patienter, der behandles i det nære sundhedsvæsen, skal fortsat være sikret høj kvalitet og adgang til udredning og behandling ved speciallæger. Indsats skal tilbydes efter behov og ikke afgøres af bopæl.

3

Forløbskoordinator og koordination af patientforløb skal bruges til at skabe sammenhæng for patienten fx ved udskrivning fra sygehus til pleje i eget hjem. Det kan være med til at sikre, at patienten er tryk, klar over hvad der skal ske og inddraget i planlægning af forløbet.

Mærkesager og faktuelle oplysninger uddybes i hæftet.

Fakta og oplysninger

Ældre Sagen har gennem en årrække arbejdet på at få en ensartet høj kvalitet til alle landets medicinske patienter. Vi har kæmpet for en samlet national ramme med konkrete mål og ansvarlige aktører for at skabe sammenhæng og værdige

forhold for den ældre medicinske patient. Derfor er den nationale handlingsplan et godt afsæt til at sikre en god og værdig behandling af ældre medicinske patienter.

Generelle fakta om den ældre medicinske patient

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

I 2011 vedtog Regering og satspuljepartier i Folketinget en national handlingsplan for den ældre medicinske patient for perioden 2012 til 2015 med et beløb på 200,4 mio. kr. Handlingsplanen består af 11 konkrete initiativer, der særligt skal føre til at reducere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser samt styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet. Initiativerne lægger meget vægt på at udbygge samarbejdet mellem sygehuse, kommunens hjemme(syge)pleje og den praktiserende læge.

Udmøntningsplanen

I forlængelse af den nationale handlingsplan udarbejdede Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse

en fælles udmøntningsplan for de konkrete initiativer i samarbejde med Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og National Sundheds-it (NSI). Udmøntningsplanen fastlægger milepæle og konkrete målsætninger for de 11 initiativer, som parterne er forpligtede til at overholde. Udmøntningen af de enkelte initiativer i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient bliver fulgt nøje af en styregruppe under Sundhedsstyrelsen, hvor Ældre Sagen er repræsenteret. Ud af de 11 initiativer har Ældre Sagen valgt at fokusere særligt på de tre initiativer, der har størst relevans for Ældre Sagens arbejde for at sikre bedre kvalitet til ældre medicinske patienter. De tre initiativer er: opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse fra sygehus, akutte og subakutte kommunale tilbud samt forløbskoordination.

Den ældre medicinske patient – definition og afgrænsning

Ifølge den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er patientgruppen karakteriseret ved høj alder og typisk flere af nedenstående faktorer:

- Svær sygdom
- Flere samtidige sygdomme (komorbiditet)
- Nedsat funktionsniveau fysisk og/eller kognitivt
- Begrænset egenomsorgskapacitet
- Multimedicinering (polyfarmaci)
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelser

Ordforklaringer

Komorbiditet:

samtidige sygdomme, også kaldet multisygdom.

Nedsat kognitiv funktion:

svækket evne til at forstå, opfatte, bedømme, huske eller orientere sig.

Egenomsorgskapacitet:

ressourcer/evne til at tage vare på sig selv.

Polyfarmaci:

behandling med flere lægemidler dagligt.

Borgeres medicinbrug

Mange patienter i det danske sundhedsvæsen er i behandling med flere lægemidler dagligt. I 1. halvår 2011 var der næsten 700.000 patienter, som fik seks eller flere lægemidler om dagen (såkaldte polyfarmacipatienter). Dette svarer til næsten 13 procent af befolkningen, og andelen af polyfarmacipatienter stiger kraftigt med alderen. 60 procent af befolkningen over 80 år får således seks eller flere lægemidler dagligt.

KILDE: FÆLLES UDMØNTNINGSPLAN FOR DEN NATIONALE HANDLINGSPLAN FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT. MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, MFL., 2012.

Udskrivelser fra medicinske afdelinger

I 2011 var der 207.296 udskrivelser fra medicinske afdelinger for 65+-årige borgere. Tallet beskriver ikke antal unikke patienter, men antal ældre medicinske patienter, der er blevet udskrevet fra medicinske afdelinger i løbet af 2011. Blandt de 207.296 udskrivelser kan der altså være gengangere i form af genindlagte patienter.

KILDE: FÆLLES UDMØNTNINGSPLAN FOR DEN NATIONALE HANDLINGSPLAN FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT. MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, MFL., 2012.

Overbelægning

De seneste landsdækkende tal for belægning på medicinske afdelinger i 2013 viser, at der er en årlig gennemsnitlig belægningsgrad på 100 eller derover på flere medicinske specialer. Det svarer til overbelægning, hvilket betyder, at der er flere patienter, end der er normeret personale til. Overbelægning medfører uværdige forhold for patienterne og øger risiko for fejl i behandling og pleje. Sygehusene opgør løbende selv deres lokale belægningstal – og de landsdækkende tal vil blive opdateret med nyere tidssvarende tal bl.a. som følge af kritik fra Ældre Sagen og andre organisationer.

Genindlæggelser

I 2013 var der godt 1,2 mio. indlæggelser på sygehus (undtaget psykiatri), og 81.000 akutte genindlæggelser på landsplan. Det svarer til, at næsten 7 procent af alle indlæggelser efterfulgtes af en genindlæggelse inden for 30 dage. For ældre borgere på 65 år eller derover var forekomsten af genindlæggelser på næsten 9 procent. Fra kommune til kommune er der større forskelle på, hvor ofte patienter med samme diagnose bliver genindlagt. Genindlæggelser kan i nogle tilfælde være et udtryk for uhensigtsmæssige forløb eller kvalitetsproblemer i behandlingen og plejen under og efter indlæggelse.

KILDE: EFFEKTIV KOMMUNAL FOREBYGGELSE – MED FOKUS PÅ FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER OG GENINDLÆGGELSER. MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, MFL., 2013 OG FOREBYGGELSE AF INDLÆGGELSER – SYNRLIGE RESULTATER. MINISTERIET FOR SUNDHED OG FOREBYGGELSE, MFL., 2014.

Behov for koordination

En undersøgelse af patienters oplevelser, som Ældre Sagen har fået foretaget, viser, at der er behov for bedre sammenhæng og koordination i patientforløbene. Knap halvdelen af patienterne oplever, at de ikke har en bestemt ansat på hospitalet, der følger deres forløb, og som de kan stille spørgsmål til. Omkring en fjerdedel af patienterne giver udtryk for, at det er anstrengende igen og igen at skulle fortælle en ny sygeplejerske om deres tilstand. 29 procent synes, at det er meget forvirrende at have skiftende læger. I de tilfælde, hvor der bliver indgået aftale om hjemmehjælp, oplever omkring en femtedel, at aftalen slet ikke eller kun i mindre grad bliver overholdt.

- 46 % har ikke oplevet at have en bestemt person tilknyttet
- 29 % har oplevet det som forvirrende med skiftende læger
- 19 % har oplevet, at aftale om hjemmehjælp kun i mindre grad/slet ikke blev overholdt

KILDE: AKF OG USERNEEDS, 2010.

Borgere på 65+ i hjemmeplejen og i hospitalssektoren

Der er 15,5 procent borgere på 65+ år, der både har fået behandling på sygehus (medicinsk eller kirurgisk; indlæggelser eller ambulant besøg) og som samtidigt har modtaget hjemmepleje (personlig eller praktisk hjælp) i 2010. Hele 47 procent af de 65+-årige borgere har været i behandling på sygehuset, men har ikke modtaget hjemmepleje. Data viser på denne måde, hvem der har modtaget hjemmepleje og behandling på sygehus, men viser ikke, om der er borgere, der har udækkede behov for hjemmepleje i forbindelse med sygdom. Særligt efter indlæggelser er det vigtigt, at sygehus og kommune har koordineret indsats i patientforløbet og vurderet eventuelt behov for hjemmehjælp.

Antal og andele 65+-årige, der har modtaget behandling i sygehusvæsenet og/eller modtaget hjemmepleje i 2010 på landsplan og i regioner.

	Befolkning 65+	I alt	Hverken hjemmepleje eller somatisk behandling	Hjemmepleje, men ikke somatisk behandling	Både hjemmepleje og somatisk behandling	Ikke hjemmepleje, men somatisk behandling
DK	Antal	785.396	254.951	39.318	121.396	369.731
	Andel	100,0%	32,5%	5,0%	15,5%	47,1%
Hovedstaden	Antal	215.181	70.881	10.608	35.141	98.551
	Andel	27,4%	32,9%	4,9%	16,3%	45,8%
Sjælland	Antal	122.230	40.624	6.060	17.275	58.271
	Andel	15,6%	33,2%	5,0%	14,1%	47,7%
Syddanmark	Antal	192.896	59.807	8.631	29.327	95.131
	Andel	24,6%	31,0%	4,5%	15,2%	49,3%
Midtjylland	Antal	153.277	48.881	7.494	22.687	74.215
	Andel	19,5%	31,9%	4,9%	14,8%	48,4%
Nordjylland	Antal	101.812	34.758	6.525	16.966	43.563
	Andel	13,0%	34,1%	6,4%	16,7%	42,8%

KILDE: FÆLLES ÆLDRE OPGØRELSE AF 65+ BORGERE I HJEMMEPLEJEN OG I HOSPITALSSEKTOREN. KORA, 2013.

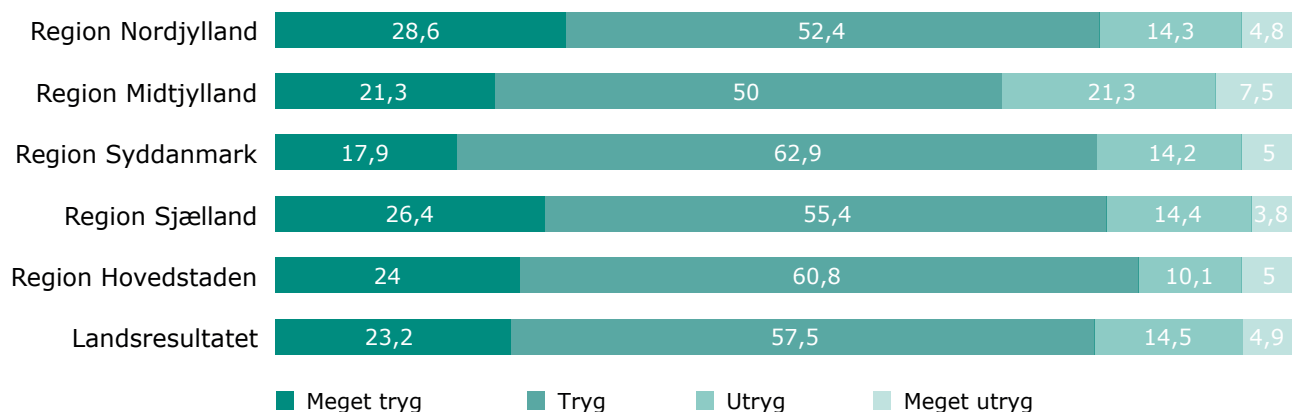
Patienters oplevelser

Langt størstedelen af patienter, der har været indlagt på sygehus har haft positive oplevelser. En mindre del af patienterne har dog været utrygge ved at skulle hjem og har oplevet mangel på samarbejde mellem sygehusafdelingen og kommunens hjemmepleje/hjemmesygepleje eller den praktiserende læge. Særligt geriatriske (ældre) og medicinske patienter har en højere andel med dårlige oplevelser, for geriatri se følgende tre skemaer.

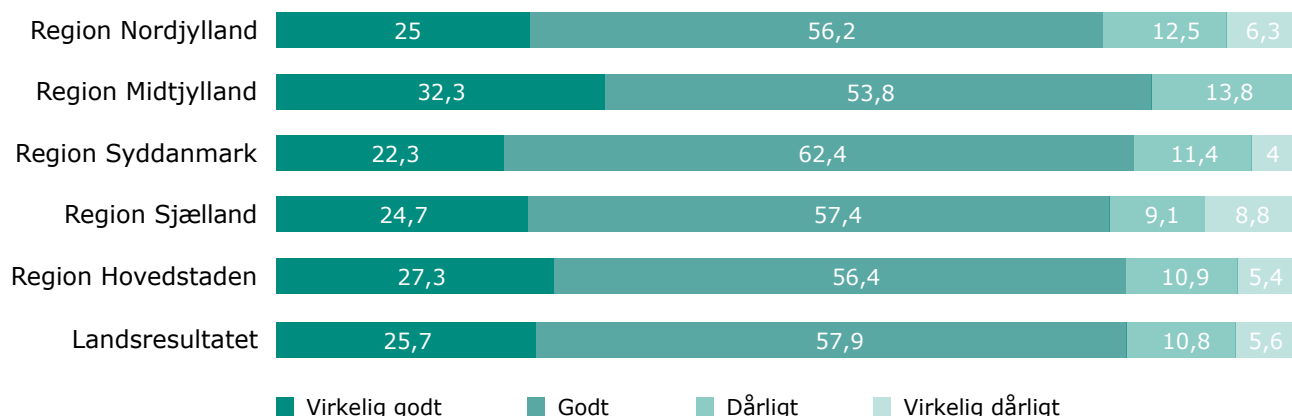
KILDE: DEN LANDSDÆKKENDE UNDERSØGELSE AF PATIENTOPLIVET, ENHEDEN FOR BRUGERUNDERSØGELSER, 2014.

Indlagte geriatriske patienters oplevelser på landsplan og i regioner – andele i pct., 2013

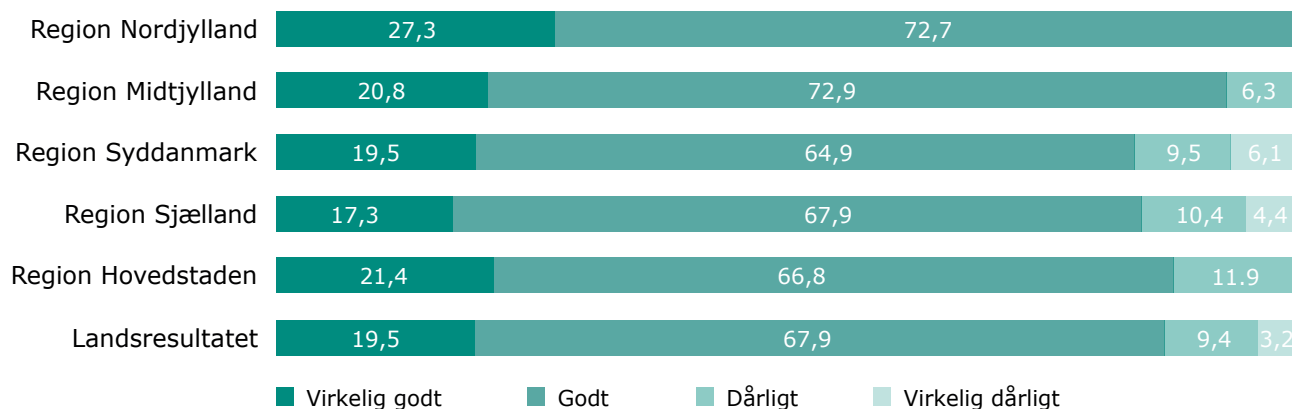
Var du tryk eller utryk ved at skulle hjem fra afdelingen?



Hvordan vurderer du, at afdelingen og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje har samarbejdet om din udskrivelse?



Hvordan vurderer du, at afdelingen har orienteret din praktiserende læge om dit behandlingsforløb?



Fakta om mærkesager

1

Opfølgende hjemmebesøg hos patienten efter udskrivelse

Ældre Sagens mærkesag

Opfølgende hjemmebesøg skal sikre, at overgangen fra hospital til eget hjem efter en indlæggelse går så glidende som muligt, så patient og pårørende er trygge. Besøgene giver mulighed for at tage hånd om problemer i opløbet, sådan at den ældre medicinske patient i mange tilfælde undgår genindlæggelse.

Med et opfølgende hjemmebesøg kommer den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken fra kommunen på besøg hos borgeren inden for en uge efter udskrivelsen. Besøget giver lægen og hjemmesygeplejersken mulighed for sammen at vurdere patientens evne og muligheder for at klare sig i eget hjem. Lægen bør gennemgå borgerens medicin og følge op på eventuelle ændringer i medicinen efter indlæggelsen. Hjemmesygeplejersken bør vurdere, om der er behov for at visitere til eller justere borgerens hjemmehjælp i forhold til personlig pleje, praktisk hjælp eller hjælpemidler.

Det er aftalt med handlingsplanen

"... at der afsættes 45 mio. kr. til at fremme, at der systematisk og over hele landet tilbydes opfølgende hjemmebesøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter med fx mange kontakter i sundhedsvæsenet, polyfarmaci og/eller dårlige sociale netværk. Formålet er at sikre et kontinuerligt forløb efter udskrivelse fra sygehus og en systematisk medicinafstemning med henblik på forebyggelse af genindlæggelser. Den konkrete udmøntning af initiativet vil skulle drøftes med regioner og kommuner."

Målgruppen

Ifølge udmøntningsplanen skal hospitalet i samarbejde med en kommunal visitator afgøre, hvorvidt en patient er berettiget til et opfølgende hjemmebesøg efter udskrivelse. Udmøntningsplanen foreslår en række kriterier, der kan hjælpe den udskrivende hospitalsafdeling til at afgrænse målgruppen:

- 2 eller flere sygdomme
- 6 eller flere lægemidler
- Manglende/lille netværk
- Psykisk syge/socialt udsatte patienter
- Nedsat funktionsniveau
- Kognitivt svigt (Forvirring/demens)
- Alderskriterium

Øvrige erfaringer

Ifølge en rapport fra Sundhedsstyrelsen har et pilotprojekt i Glostrup tidligere vist gode resultater med opfølgende hjemmebesøg. Antallet af genindlæggelser blev reduceret med 23 procent, og man opnåede en besparelse på ca. 5.000 kr. pr. patientforløb. Hjemmebesøgene gav bedre overblik over medicineringen, og der var tilfredshed både blandt patienter og behandlere. Også i Vestjylland har man opnået positive resultater med opfølgende hjemmebesøg.

Hvad skal du være opmærksom på

Rammen i udmøntningsplanen lægger op til, at det er regionerne og kommunerne selv, der endeligt skal fastsætte kriterier for, hvem der skal have hjemmebesøg. Visitation til besøg skal også foregå som en konkret vurdering i den enkelte patients situation. Derfor er det vigtigt, at Ældre Sagen holder øje med, hvem og hvor mange, der reelt visiteres til opfølgende besøg.

En del af formålet med hjemmebesøget er, at den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken mødes samtidigt i borgerens hjem og sammen kan tale med borgeren. Derfor er det vigtigt, at du følger op på, om kommunen og den praktiserende læge følger aftalen om at tilbyde ordningen som fælles besøg i hjemmet.

Ældre Sagens mærkesag

Akutte og subakutte indsatser er til patienter, som har brug for pleje efter udskrivelse fra sygehus, eller som har behov for behandling eller pleje uden, at det kræver indlæggelse på sygehus. De (sub)akutte tilbud kan bevirke, at den ældre får mindre transporttid og oplever større tryghed, fordi behandlingen sker i patientens nærmiljø. Det er godt, hvis indsatsen kan forebygge behov for akutte (gen)indlæggelser, men det skal samtidigt ske med tryghed for, at der ikke er gået på kompromis med den sundhedsfaglige kvalitet. Derfor er det vigtigt, at sygehuse, kommuner og praktiserende læger samarbejder om indsatserne i det, man populært kalder det nære sundhedsvæsen – det vil sige behandling i eller tæt på borgerens eget hjem.

Indsatsen kan for borgeren betyde et ophold på en akutplads i kommunalt regi med pleje af kommunens hjemmesygepleje. Man kan også blive behandlet ambulat på sygehus, dvs. uden indlæggelse, eller i eget hjem af et udgående geriatrisk team fra sygehus eller kommune eller af et akutteam fra kommunens hjemmesygepleje. Ældre patienter, der behandles i det nære sundhedsvæsen enten i eget hjem eller på akutpladser, skal fortsat være sikret høj kvalitet i behandlingen, herunder adgang til udredning og behandling ved speciallæger eller ved andre specialiserede sundhedsfaglige personer på lige fod med andre borgere i samfundet. Det er også vigtigt, at udgående teams og andre akutte eller subakutte indsatser tilbydes efter patientens behov og ikke efter bopæl, dvs. ikke afhængigt af hvilken kommune man bor i.

Det er aftalt med handlingsplanen

“... at afsætte 20 mio. kr. til en pulje til afprøvning og udvikling af nye samarbejdsformer, hvor regioner, kommuner og almen praksis i højere grad samarbejder om subakutte/akutte tilbud fx i tilknytning til akutstuer eller sundheds- og akuthuse. Den konkrete udmøntning af initiativet vil skulle drøftes med regioner og kommuner.”

De subakutte/akutte kommunale sygeplejeindsatser skal - døgnet rundt - kunne levere en række sygeplejeindsatser, som kræver særlige kompetencer hos de involverede sundhedspersoner.

Fire udvalgte projekter er støttet med puljemidlerne og skal udføres 2013 – 2015 i samarbejde mellem lokale kommuner og de fire regioner, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland. Projekterne omfatter bl.a. samarbejde mellem kommune, sygehus og praktiserende læger om akutpladser, udgående akutteams/akutsygeplejerske fra hjemmesygeplejen til borger i eget hjem, subakutte tilbud i medicinsk eller geriatrisk ambulatorium på sygehus eller opfølgning i en måned med geriatrisk team.

Øvrige erfaringer

Der er allerede mange forskellige erfaringer med at samarbejde om akutte/subakutte tilbud til ældre medicinske patienter. Flere regioner og kommuner har fungerende udgående eller akutte teams enten fra sygehus eller hjemmesygepleje. En del kommuner har også etableret akutpladser eller aflastningspladser, fx i forbindelse med et plejecenter.

Der er desuden erfaring med, at udgående geriatriske teams kan reducere antallet af akutte genindlæggelser og reducere dødelighed ved at følge op på patientens helbredsmæssige tilstand efter udskrivelse fra sygehus, fx fra Århus og Roskilde. I eget hjem kan de ældre løbende blive vurderet og få behandling med antibiotika, blodtransfusion og væskebehandling. Herudover skaber de udgående teams en øget kvalitet i patientforløbet og bedre tryghed for patienten.

Hvad skal du være opmærksom på

Det er vigtigt, at du følger med i de lokale erfaringer, som der er med de lokale, puljestøttede projekter eller med øvrige akutte og subakutte indsatser i kommunen eller regionen. På sundhed.dk kan man søge, hvilke tilbud, der er i ens region eller kommune, og på Sundhedsstyrelsens hjemmeside kan man se nærmere beskrivelse af de fire projekter, der har modtaget puljemidler. Sundhedsstyrelsen har i 2014 udarbejdet anbefalinger for den akutte hjemmesygepleje, det man kalder "akutfunktion", se under mere information.



Ordforklaringer

Geriatrisk team: tværfagligt sundhedspersonale fra hospitaler/kommuner, der er specialiserede i aldersrelaterede sygdomme/funktionsstab.

Akutteam: typisk hjemmesygeplejersker fra kommunen, der kan tilkaldes døgnet rundt med kort varsel til borger i eget hjem.

Akut og subakut indsats: i kommuner er akut indsats inden for få timer, mens subakut indsats leveres næste dag.

3

Forløbskoordination og forløbskoordinatorer

Ældre Sagens mærkesag

Når patienter indgår i et behandlings- eller undersøgelsesforløb indebærer det ofte, at patienten har brug for både behandling på sygehus, konsultation hos den praktiserende læge og hjælp eller pleje fra kommunen. Der er brug for, at sundhedspersoner taler sammen og deler information om patientens behov for behandling, pleje, ny medicin og/eller hjælpemidler. Indsatser fra de forskellige sundhedspersoner skal være koordinerede, veltilrettelagte og passe til den enkelte patients behov. Særligt er det vigtigt, at udskrivelse fra sygehus planlægges allerede under indlæggelsen. Indsatsen kan være med til at skabe sammenhæng og tryghed for patienten. Herved kan patienten undgå oplevelsen af at blive overladt til sig selv i eget hjem uden nødvendig hjemmehjælp eller en usikkerhed omkring, hvad der skal ske videre i forløbet.

Med koordination omkring udskrivelsen kan en sundhedsperson fra kommunen være til stede på hospitalet og allerede under indlæggelsen visitere borgeren til den nødvendige hjælp i hjemmet efter udskrivelse. Dette kaldes også fremskudt kommunal visitator eller udskrivelseskoordinator. Det er vigtigt, at initiativet skaber sammenhæng i patientforløbet og sikrer et bedre match mellem de kommunale tilbud og patientens behov. Borgerne skal opleve øget kontinuitet, tryghed og kvalitet, de skal inddrages i beslutninger om deres behandlingsforløb og informeres om indsatsen i deres forløb.

Det er aftalt med handlingsplanen

"... at der afsættes 97,4 mio. kr. til oprettelse af fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner med forløbskoordinatorer til særligt svækkede ældre medicinske patienter. Initiativet skal sikre intensivret, personlig tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær- og sekundær sektor. [...] Initiativet forankres i sundhedsaftalerne, der indgås mellem regioner og kommuner. Den konkrete udmøntning vil skulle drøftes med regioner og kommuner.

Målgruppen

Regioner og kommuner vil generelt lægge større vægt på koordination af patientforløb. Det er dog kun de særligt svækkede ældre medicinske patienter, der tilbydes en forløbskoordinator. Når kommuner og regioner i fællesskab skal vurdere, om en medicinsk patient er særligt svækket, vil der blive lagt vægt på:

- Helbredsmæssige forhold, såsom nedsat funktion, dårligt helbred, kronisk eller alvorlig sygdom
- Organisatoriske problemstillinger, såsom genindlæggelser, tæt og hyppig kontakt til flere forskellige instanser, som kræver ekstra organisation
- Sociale kriterier, såsom skrøbelighed, usikkerhed, manglende overblik over behandlingsinstanser

Øvrige erfaringer

Der er allerede flere kommuner, der har forløbskoordinatorer. Det er ofte som tilbud til kronisk syge borgere, der har behov for behandling hos både praktiserende læge, i sygehusvæsenet og i kommunen. Forløbskoordinatoren skal koordinere indsatser på tværs og rådgive borgeren til at mestre sin situation. Flere kommuner har koordineret udskrivelsen ved hjælp af fremskudt visitation eller etableret "shared care team" mellem sygehus og kommune. Sådan kan sygehus og kommuner samarbejde om at skabe sammenhæng for patienten i overgangen mellem sygehus og hjemmet. Erfaringer fra forløbskoordinatorer på sygehuse viser, at det er vigtigt for patienterne, at de har mulighed for at ringe til en central person, der kender til deres behandlingsforløb, og som de kan stille spørgsmål til.

Hvad skal du være opmærksom på

Rammen i udmøntningsplanen er bredt formuleret og lægger op til, at man lokalt skal vurdere og finde endelige kriterier for, hvem der tildeles en forløbskoordinator. Derfor er det vigtigt, at du lokalt følger udviklingen i sundhedsaftalerne, hvor kommuner og regioner i fællesskab fastlægger, hvem der er i målgruppen. Det er vigtigt også at følge op på, hvordan forløbskoordinationen mellem region og kommune bliver udformet. Det vil sige, om funktionen 'forløbskoordinator' bliver udmøntet i konkrete sundhedspersoner eller organiseret i et team, hvor informationen om en patient blot deles.

Det er også vigtigt at undersøge, hvem og hvor mange forløb, der er koordineret, og hvem og hvor

mange patienter, der får en personlig forløbskoordinator tilknyttet.

Øvrige fakta

Fakta om regionerne og Ældre Sagens medlemmer og frivillige

Følgende fakta giver et kortfattet overblik over de enkelte regioners nøglefakta. Har du brug for yderligere oplysninger om din region og de regionale sygehuse/hospitaler, så kan du finde information fx på deres hjemmesider. Se under afsnittet "Mere information".

For at du kender til Ældre Sagens omfang i din region, er der også oplyst antal medlemmer og frivillige i de fem regioner (beregnet pr. januar 2014). Antallet af Ældre Sagens frivillige i regionerne dækker fx over social humanitære frivillige som besøgsvenner; frivillige der arrangerer motionsaktiviteter, sociale og kulturelle aktiviteter eller IT kurser; og ældrepolitiske frivillige, der i kommuner eller regioner følger og påvirker ældrepolitisk udvikling.

Region Nordjylland

Har 581.057 indbyggere
Budget 2014: 12,4 milliarder
heraf budget til sundhed 2014: 11,3 milliarder
Medlemmer i Ældre Sagen: 73.120
Antal frivillige: 1359

Region Hovedstaden

Har 1.749.405 indbyggere
Budget 2014: 35,2 milliarder
heraf budget til sundhed 2014: 34,3 milliarder
Medlemmer i Ældre Sagen: 185.950
Antal frivillige: 4300

Region Syddanmark

Har 1.202.509 indbyggere
Budget 2014: 25,5 milliarder
heraf budget til sundhed 2014: 24,1 milliarder
Medlemmer i Ældre Sagen: 149.970
Antal frivillige: 3270

Region Midtjylland

Har 1.277.538 indbyggere
Budget 2014: 28,8 milliarder
heraf budget til sundhed inkl. psykiatri 2014: 23,7 milliarder
Medlemmer i Ældre Sagen: 142.223
Antal frivillige: 3122

Region Sjælland

Har 816.726 indbyggere
Budget 2014: 17,1 milliarder
heraf budget til sundhed 2014: 16 milliarder
Medlemmer i Ældre Sagen: 118.353
Antal frivillige: 2451

An elderly man with short, light-colored hair and glasses is seated in a wheelchair. He is wearing a dark blue polo shirt and is holding a white, fluffy stuffed rabbit in his lap. He is looking down at the rabbit with a gentle expression. The background is slightly blurred, showing what appears to be an indoor setting with a bookshelf and a plant.

Spørgsmål til dig, der vil følge op

Brug disse spørgsmål som inspiration, når du vil følge op på, hvordan udmøntningsplanen omformes til konkrete tilbud til patienterne. Du kan spørge kommunal- og regionalpolitikere samt embedsmænd i fx region eller kommunens sundheds- eller ældreforvaltning. Spørgsmålene er opdelt sådan, at de første kan bruges til løbende opfølgning, og de andre er målrettet politikere, fx til kommunal- eller regionalvalget.

Opfølgning på udmøntningsplanen: Hvad kan du gøre og spørge om?

Opfølgende hjemmebesøg

Spørgsmål

- Hvordan fungerer de opfølgende hjemmebesøg i jeres region/kommune?
- Er opfølgende hjemmebesøg et igangsat tilbud?
- Hvor mange patienter har modtaget besøg? (få gerne antal pr. halvår i kalenderåret)
- Hvem er i målgruppen for at få besøg?
- Hvordan udføres besøgene? (fysisk fremmøde med læge og hjemmesygeplejerske, ikke telekonsultation/tlf./mail...)
- Hvordan samarbejder lægerne og kommunen om besøg? (spørg i kommunen og evt. repræsentant for praktiserende læger, fx praksiskon-sulent, medlem af kommunalt lægeligt udvalg eller PLO, se under mere information)
- Hvad oplever patienter eller pårørende? (Er der fx medlemmer der har erfaring med hjemmebesøg og hvad har de oplevet)

Hvad du mere kan gøre

- Udbrede kendskab til tilbuddet
- Bisidder ved besøg

(Sub)akutte tilbud

Spørgsmål

- Findes der et samlet overblik over (sub)akutte indsatser i din kommune/region? Hvis ja, hvad viser det af indsatser?
- Hvor mange borgere er blevet behandlet i et (sub)akut tilbud?
- Hvilke erfaringer har man fra puljeprojekter om samarbejde mellem kommuner og regioner om de (sub)akutte indsatser?
- Er der ordning med udgående geriatriske teams i din kommune/region?
- Hvad oplever patienter eller pårørende? (Er der fx medlemmer der har erfaring med (sub)akutte indsatser og hvad har de oplevet)

Hvad du mere kan gøre

- Søg brugerinddragelse i projekter, fx deltage i en følgegruppe. Sæt dig i patientens/pårøren-des sted
- Hold øje med kvaliteten i de kommunale (sub) akutte tilbud, fx aflastningspladser – det skal være kvalitetstilbud, ikke discountløsning
- Holde øje med, at ældre patienter fortsat har adgang til speciallæger, udredning, behandling, mv.

Forløbskoordination

Spørgsmål

- Er forløbskoordinationen i jeres kommune/re-gion i drift?
- Hvem er i målgruppen for at få en forløbskoor-dinator (person) tilknyttet sit forløb på tværs af sygehus, praktiserende læge og kommune?
- Hvem er i målgruppen for at få sit forløb mellem sygehus, praktiserende læge og kommune koor-dineret? (af team, uden tilknytning af person)
- Hvor mange koordinerede forløb er gennemført? (få gerne antal pr. halvår i kalenderåret)
- Hvor mange forløb har haft en personlig koor-dinator tilknyttet? (få gerne antal pr. halvår i kalenderåret)
- Hvad oplever patienter eller pårørende? (Er der fx medlemmer, der har erfaring med forløbsko-ordination og hvad har de oplevet)
- Hvad med de patienter, der ikke "koordineres"? Hvordan sikrer I, at de også får en god og tryk overgang mellem forskellige sundheds- og ple-jeinstanser?

Hvad du mere kan gøre

- Holde øje med sundhedsaftalerne. Hvordan er aftalen i den nuværende/kommende sundheds-aftale for 2014 vedr. forløbskoordination?

Spørgsmål til kommunal- og regionalpolitikere

- Hvordan mener du, en patient – færdigbehandlet fra sygehus, men ikke rask – skal klare sig selv derhjemme i kommunen?
- Hvordan mener du, sygehuspersonalet skal sende en patient hjem for at opnå mere tryghed og sammenhæng for patienten?
- Hvordan mener du, kommunens hjemmepleje skal modtage borgeren for at opnå mere tryghed og sammenhæng for patienten?
- Hvordan vil I sikre, at medarbejderne i kommunerne og regionerne er klædt på til at løfte indsats for ældre patienter i det nære sundhedsvæsen?
- Hvad er de største udfordringer ved opfølgende hjemmebesøg og hvordan tackler I dem? Hvad har været udfordrende i forhold til at få det til at lykkes? Hvad har fungeret godt?
- Hvilke konkrete alternative løsninger vil I arbejde for, at der kan tilbydes de borgere, der ikke er dækket af opfølgende hjemmebesøg?
- Hvilke konkrete alternative løsninger vil I arbejde for, at der kan tilbydes de borgere, der ikke får tildelt en forløbskoordinator?
- Hvilke konkrete løsninger vil I arbejde for, at der kan tilbydes de borgere, der ikke kan klare sig i eget hjem og som oplever genindlæggelser?
- Hvordan vil I sikre, at man på medicinske afdelinger undgår overbelægning, der både er uværdigt og øger risiko for fejl?

Mere information

Handlingsplan og udmøntningsplan

Sundhedsstyrelsen om den ældre medicinske patient.

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Den_aeldre_med_patient.aspx

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

<http://sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Sundhedspolitik/2011/December//~/media/Filer%20-%20dokumenter/Handlingsplan-aeldre-medicinsk-patient/National-handlingsplan-for-den-%C3%A6ldre-medicinske-patient.ashx>

Den fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

<https://sundhedsstyrelsen.dk/~media/1F8C026C148F4E7184ED7D6AE20A0E3E.ashx>

Links til de fire akutte/subakutte projekter, som tildeles støtte fra Sundhedsstyrelsen.

www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Den_aeldre_med_patient/Pulje.aspx

Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i kommunen.

<https://sundhedsstyrelsen.dk/da/sundhed/folkesygdomme/kronisk-sygdom/den-aeldre-medicinske-patient/kvalitet-i-akutfunktioner-i-den-kommunale-hjemmesygepleje.aspx>

Styregruppen for den ældre medicinske patient.

http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk%20sygdom/Den_aeldre_med_patient/Styregruppe_aeldre_medicinske_patient.aspx

Ældre Sagens dokumenter

Ældre Sagens frivilligportal. Værktøjskasse til arbejdet som frivillig.

<http://frivilligportal.aeldresagen.dk/Sider/default.aspx>

Til dig der arbejder med medicinsk patient som frivillig. Publikationer, undervisningsmateriale m.m.

<http://frivilligportal.aeldresagen.dk/Sider/Medicinsk-patient.aspx?fagomraade=1efa7831-226d-4528-a1ec-3338e05d0740>

Fakta ark: "Den ældre medicinske patient".

http://frivilligportal.aeldresagen.dk/_layouts/Netcompany.AES.SharePoint.Frivillig/Kategori_DisplayForm.aspx?List=3dba16a6%2D4fee%2D4c54%2Da384%2D003dd46de6c7&ID=308&Web=ecdfa6f6%2D5419%2D4f0d%2Da396%2D9e7c02de46de

Undersøgelse af medicinske patienter. Ældre Sagen, AKF og Userneeds.

http://frivilligportal.aeldresagen.dk/_layouts/Netcompany.AES.SharePoint.Frivillig/Kategori_DisplayForm.aspx?List=3dba16a6%2D4fee%2D4c54%2Da384%2D003dd46de6c7&ID=212&Web=ecdfa6f6%2D5419%2D4f0d%2Da396%2D9e7c02de46de

Ældre Sagens høringssvar til Sundhedsstyrelsen om den ældre medicinske patient.

<http://www.aeldresagen.dk/aeldresagen-mener/hoeringssvar/sundhed/Sider/Den-aeldre-medicinske-patient.aspx>

Regionernes hjemmesider

Danske Regioner: www.regioner.dk

Region Nordjylland: www.rn.dk

Region Hovedstaden: www.regionh.dk

Region Syddanmark: www.regionsyddanmark.dk

Region Midtjylland: www.regionmidtjylland.dk

Region Sjælland: www.regionsjaelland.dk

Andre links

Sundhedsaftaler. Regionen og kommunerne i regionen har pligt til at indgå sundhedsaftaler mindst en gang i hver valgperiode. Sundhedsaftaler bliver udarbejdet og aftalt i sundhedskoordinationsudvalg, hvor både region, kommune og alment praktiserende læger er repræsenteret. Find mere om udvalget i din region og se din lokale sundhedsaftale hos Sundhedsstyrelsen.

<http://www.sst.dk/Planlaegning%20og%20kvalitet/Sundhedsaftaler.aspx>

Kommunekontaktråd (KKR). Find mere om de fem Kommune Kontakt Råd (der sidder med i de fem sundhedskoordinationsudvalg):

<http://www.kl.dk/Kommunalpolitik1/KKR---Kommunekontakttrad/>

Nationale indikatorer til opfølgning på sundhedsaftaler:

<http://www.esundhed.dk/sundhedsaktivitet/sundhedsaftaler/SUA/Sider/sua.aspx>

Fælles ældre - Opgørelse af 65+ borgere i hjemmeplejen og i hospitalssektoren. Notat fra KORA.
<http://www.kora.dk/udgivelser/udgivelse/i6157/Faelles-aeldre---Opgoerelse-af-65plus-borgere-i-hjemmeplejen-og-i-hospitalssektoren>

Effektiv kommunal forebyggelse – med fokus på forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. KL, Danske Regioner, Finansministeriet, Økonomi- og Indenrigsministeriet, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
http://www.sum.dk/Aktuelt/Nyheder/Forebyggelse/2013/April/~/media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2013/Effektiv-kommunal-forebyggelse/Effektiv-kommunal-forebyggelse.ashx

Forebyggelse af indlæggelser – synlige resultater. 2014.
http://www.sum.dk/~media/Filer%20-%20Publikationer_i_pdf/2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014/Forebyggelse-af-indlaeggelser-synlige-resultater-maj-2014.ashx

Den landsdækkende undersøgelse af patientoplevelser 2013 (LUP).
<http://www.patientoplevelser.dk/lup/landsdaekkende-undersoegelse-patientoplevelser-lup/lup-2013>

Database over sundheds- og forebyggelsestilbud.
Find akutte eller subakutte tilbud til ældre patienter eller andre sundhedstilbud i din kommune eller region ved at søge i databasen på sundhed.dk:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/sundhedstilbud/>

Belægningsprocenter ved offentlige sygehuse.
<http://www.ssi.dk/Sundhedsdataogit/Sundhedsvaesenet%20i%20tal/Sundhedsveasenet%20generelt/Belaegningsprocenter.aspx>

Kommunalt lægeligt udvalg.
I alle kommuner skal der være et kommunalt lægeligt udvalg. Udvalget holder møde mindst to gange om året. Repræsentanter fra kommunens forvaltning og for praktiserende læger mødes for at styrke dialog og samarbejde, herunder kan indsats vedr. sundhedsaftaler og ældre medicinske patienter drøftes. Find information om udvalget på din kommunes hjemmeside eller i kommunens sundheds- eller ældreforvaltning.

Praksiskonsulentordning.
De fleste kommuner og regioner har timeansat en praktiserende læge som bindeled i forhold til øget samarbejde med øvrige praktiserende læger. Find mere information om konsulenter under de forskellige regioner på <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/praksisinformation/almen-praksis/>

PLO i regionerne.
De praktiserende lægers organisation har regionale og lokale repræsentanter, se mere herfra http://www.laeger.dk/portal/page/portal/LAEGERDK/Laegerdk/P_L_O/Om%20PLO/Organisation/PLO%20i%20regionerne



