



18-12-2012

## **Rammepapir om fælles forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter**

I udmøntningsplanen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient fremgår det, at der afsættes 97,4 mio. kr. til fælles regionale og kommunale forløbskoordinatorfunktioner<sup>1</sup> med tilknyttede forløbskoordinatorer for særligt svækkede ældre medicinske patienter. Ifølge udmøntningsplanen skal initiativet sikre, at den særligt svækkede ældre medicinske patients forløb koordineres mest hensigtsmæssigt på sygehuset, ved overgang fra indlæggelse til udskrivning samt efter hjemkomst i egen bolig. Formålet med initiativet er at sikre, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personligt tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. Der er altså fokus på sektorovergange mellem region og kommune og på tilrettelæggelse og kvalitetsudvikling af 'det fælles gode indlæggelses- og udskrivningsforløb'.

Der er følgende overordnede rammer for den del af initiativet, som skal implementeres i regioner og kommuner:

- At sikre sammenhængende intensiveret personlig støtte til sammenhængende forløb på tværs af sektorer. Dvs. god indlæggelse, god udskrivning og god planlagt modtagelse i kommunen, herunder videregivelse af al relevant information og relevant opfølgning.
- Forløbskoordinationen skal sikre at:
  - Der sker overdragelse mellem sundhedspersoner mellem sektorer
  - At der er sammenhæng mellem pleje- og behandlingsforløb
  - At patienter og pårørende føler sig inddraget

---

<sup>1</sup> Forløbskoordinatorfunktion henviser til den enhed eller det organisatoriske set-up, hvor det fælles kvalitetsudviklingsarbejde skal foregå, og hvor til der knyttes forløbskoordinatorer.

- Initiativet skal sikre et løft til allerede eksisterende koordinatorfunktioner
- Tiltagene i initiativet skal kunne videreføres uden ekstra midler efter 2015

Den del af initiativet, som skal implementeres i regioner og kommuner indeholder således to dele:

- Konkret forløbskoordination<sup>2</sup> for målgruppen
- Fælles kvalitetsudviklingsarbejde<sup>3</sup> om det gode forløb

Regioner og kommuner skal således i fællesskab etablere et fælles kvalitetsudviklingsarbejde og sikre, at der gennemføres konkret forløbskoordination for målgruppen på tværs af sektorerne.

Udmøntningsplanen understreger tre principper for de fælles forløbskoordinatorfunktioner, som både kan være virtuelle og fysiske:

- Forløbskoordinationen skal indgå som en integreret del af den samlede opgavevaretagelse for det sundhedsfaglige personale, der plejer og behandler patienten.
- Sektorerne bør hver have mulighed for at tilrettelægge indsatsen og organiseringen, så der tages optimalt højde for lokale forhold, rammer og ressourcer.
- Funktionerne skal varetage forløbskoordination for komplekse forløb samt varetage en fælles kommunal og regional indsats for kvalitetssikring.

I dette notat konkretiseres initiativet, således at det kan danne udgangspunkt for lokale samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner om de fælles forløbskoordinatorfunktioner. Notatet omhandler både karakteristik af målgruppen, organisering af initiativet, kvalitetsparametre for arbejdet, evaluering, proces og økonomi samt henvisninger til relevant læsestof. Notatet er udarbejdet af KL og Danske Regioner i fællesskab.

### **Målgruppe**

Initiativet retter sig mod målgruppen af *særligt svækkede ældre medicinske patienter*. Dvs. at målgruppen er snævrere end den målgruppe, der normalt

---

<sup>2</sup> Forløbskoordination henviser til den koordinering af forløbet, der foregår i det enkelte patientforløb på tværs af kommune og region.

<sup>3</sup> Det fælles kvalitetsudviklingsarbejde skal foregå i de fælles forløbskoordinatorfunktioner.

defineres som den ældre medicinske patient, jf. udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient.

Side 3

Med udgangspunkt i karakteristikken af svækkede ældre medicinske patienter i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, Sundhedsstyrelsens definition af den ældre medicinske patient og DSAM's vejledning om den ældre patient kan gruppen af særligt svækkede ældre medicinske patienter, som er omfattet af initiativet for fælles forløbskoordinationsfunktioner, karakteriseres ved følgende parametre:

- Helbredsmæssige forhold
  - Nedsat funktion eller dårlig helbredsstatus
  - Svær, kronisk eller alvorlig sygdom, herunder også patienter med demens, psykisk sygdom eller terminale patienter
  - Behov for opfølgning på medicinændringer fx som følge af polyfarmaci/multimedicerings
- Organisatoriske problemstillinger
  - Genindlæggelser eller lang indlæggelsestid
  - Tæt og hyppig kontakt med både kommune, almen praksis og sygehus, som kræver koordination udover det, som naturligt varetages af sundhedspersonalet, pårørende og andre aktører, som er involveret i patientforløbet.
- Sociale kriterier
  - Skrøbelighed, usikkerhed og manglende overblik over behandlingsindsatser, fx patienter med svagt eller intet netværk, enlige, hvor ægtefælle nyligt er død, patienter med begrænset egenomsorgskapacitet, patienter med misbrug eller patienter med nedsat kognitiv funktion eller kommunikationsbarrierer.

Kommuner og regioner skal i fællesskab i sundhedsaftalerne fastlægge specifikke inklusionskriterier ud fra ovenstående parametre. Det er dog væsentligt, at der efterlades plads til et individuelt fagligt skøn i forbindelse med den enkelte patient. Idet der vil være patienter, som opfylder ovenstående parametre, men som ikke opspores af objektive inklusionskriterier.

## **Fælles kvalitetsudviklingsarbejde om det gode forløb**

Side 4

Igennem den tre-årige projektperiode skal der ske et løbende og fælles regionalt-kommunalt kvalitetsudviklingsarbejde i relation til udvikling af den gode forløbskoordination.

Den primære opgave i initiativet er at skabe bedre forløbskoordination på tværs af sektorgrens for patienter og pårørende. Heri spiller det fælles kvalitetsudviklingsarbejde en central rolle. Kvalitetsudviklingsarbejdet skal sikre, at der, i takt med, at regionerne og kommunerne opnår fælles erfaringer med forløbskoordinationen, sker en udvikling og tilpasning af såvel eksisterende som nye tilbud.

I det fælles kvalitetsudviklingsarbejde skal kommunerne og regionerne ifølge udmøntningsplanen:

- Understøtte rammerne for sammenhængende og koordinerede forløb for de ældre medicinske patienter
- Opsamle og sprede viden om systematisk arbejde med forbedring af patientforløb gennem audit/evalueringer af eksisterende forløb.
- Etablere modeller for forløbskoordination, hvor koordineringen styrkes på alle niveauer i forløbet
- Udvikle konkrete værktøjer til forløbskoordination, herunder formidling af 'den gode forløbskoordination'
- Indsamle og sprede viden og erfaring om den ældre medicinske patient med henblik på at forbedre patientforløb

Dette kan blandt andet ske gennem:

- Implementering af fælles identifikation af særligt svækkede ældre medicinske patienter i region og kommune.
- Etablering af viden om og udvikling af egne modeller for forløbskoordination. Herunder etablering af gensidigt forpligtende samarbejdsmodeller mellem region og kommune.
- Gennemførelse af fælles journalaudits og fælles kompetenceudviklingsforløb mv.
- Gennemførelse af patient og pårørende feedbackmøder.
- Forankring af forløbskoordination hos ledelse og alle medarbejdere, der deltager i pleje og behandling af patienten.
- Etablering af tværsektorielle netværk, virtuel vidensdeling og fælles kompetenceudvikling af personale på tværs af sektorer.
- Udvikling af kvalitetsparametre til at identificere patient- og pårørendetilfredshed.

## **Organisering af fælles forløbskoordinatorfunktioner**

Ifølge udmøntningsplanen skal der etableres en fælles regional/kommunal forløbskoordinatorfunktion med tilknyttede forløbskoordinatorer i alle regioner i regi af sundhedsaftalesystemet. Alle regioner og kommuner arbejder i forvejen med forløbskoordination og mange har allerede ansat forløbskoordinatorer. Det drejer sig for eksempel om kommunale og regionale udskrivningskoordinatorer, patientvejledere og visitatorer. Forløbskoordinatorfunktionerne er den enhed eller det organisatoriske set-up, hvor det fælles kvalitetsudviklingsarbejde med forløbskoordination foregår. Det er vigtigt, at det økonomiske løft, i den 3-årige projektperiode, bliver en anledning til at skabe overblik over igangværende tiltag i forhold til forløbskoordination og kvalitetsudvikling af disse indsatser samt udvikling af nye i regi af forløbskoordinatorfunktionen.

Forløbskoordinatorfunktionen omfatter således det fælles kvalitetsarbejde og kan være organiseret virtuelt eller som fysisk enhed. Der skal som minimum etableres et fælles netværk på tværs af regioner og kommuner, hvor det fælles kvalitetsarbejde kan foregå. Ledelsesansvaret for denne opgave vil påhvile den administrerende overlæge på den medicinske afdeling og ældrecheferne i regionskommunerne, som har det fælles ledelsesmæssige ansvar.

Initiativet er tæt knyttet til initiativet om opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning, som også indgår i udmøntningsplanen for den ældre medicinske patient. Der vil være et stort overlap mellem målgrupperne for initiativerne og derfor skal koordineringen af opfølgende hjemmebesøg forankres i forløbskoordinatorfunktionen. I den forbindelse peger udmøntningsplanen på, at det er afgørende, at der lokalt etableres et system, så der er feedback om, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg implementeres og virker efter hensigten. I forlængelse heraf er det også vigtigt at medtænke almen praksis' rolle i organiseringen af forløbskoordinatorfunktioner.

Det er endvidere centralt, at tiltagene, hvad enten de allerede eksisterer eller udvikles undervejs i projektperioden, opfylder de landsdækkende kvalitetsparametre for god forløbskoordination, som vil blive beskrevet i næste afsnit.

Den forløbskoordination som skal tilbydes målgruppen skal ifølge udmøntningsplanen:

- Tilbydes ved særligt komplekse patientforløb (se karakteristik af målgruppe).

- Give støtte til både kommunale og regionale sundhedspersoner ved indlæggelser og udskrivelser af målgruppen.
- Sikre et løft til den eksisterende drift frem for at skabe flere overgange og aktører, der skal koordineres imellem.
- Sikre inddragelse af både patient og eventuelle pårørende.

Identifikation og inklusion af patientgruppen i den fælles forløbskoordination er en opgave som både regioner og kommuner skal varetage. På indlæggelsestidspunktet kendes patienten ofte ikke af sygehuset, og der vil derfor være behov for, at kommunen identificerer og inkluderer den pågældende i forløbskoordination. Ligeledes vil det ikke være alle patienter, som på indlæggelsestidspunktet er kendt i kommunen, og da vil det være sygehuset, som identificerer og inkluderer den pågældende i forløbskoordination.

### **Evaluering af initiativet**

Det er vigtigt, at regioner og kommuner kan dokumentere initiativerne. Idet initiativet dels monitoreres årligt af KL og Danske Regioner, dels evalueres løbende af en ekstern evaluatør.

Ifølge udmøntningsplanen, skal initiativet evalueres gennem:

- antallet af koordinationsforløb
- kvaliteten i forløbene, herunder
  - at der sker overdragelse mellem sundhedspersoner og mellem sektorer
  - at der er sammenhæng mellem pleje- og behandlingsforløb
  - at patienter og pårørende føler sig inddraget
- udviklingen i indsatsen for forløbskoordination

Der er fastsat landsdækkende kvalitetsparametre for god fælles forløbskoordination, som skal danne udgangspunkt for evalueringen af kvaliteten i forløbene. Nedenstående kvalitetsparametre tager udgangspunkt i af sundhedsaftalernes delaftaler om indlæggelses- og udskrivningsforløb, Sundhedsstyrelsens monitoreringsindikatorer for sundhedsaftalerne samt Medcoms sygehus-kommunestandarder<sup>4</sup>:

- Der udveksles relevante og rettidige oplysninger mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen med udgangspunkt i indholdet af Medcoms indlæggelsesrapport.

---

<sup>4</sup> I Medcoms guide for hjemmepleje-sygehus standarder beskrives indlæggelsesrapporten, plejeforløbsplanen, færdigbehandlingsmelding og udskrivningsrapport. Guiden kan downloades her: <http://www.medcom.dk/dwn4935>

- Der lægges en fælles en plan for udskrivelsen.
- Der udarbejdes på sygehuset en plejeforløbsplan inden udskrivelsen.
- Der gives melding til kommunen om færdigbehandling efter aftalte frister.
- Der udveksles relevante og rettidige oplysninger mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen med udgangspunkt i indholdet af Med-coms udskrivningsrapport.
- Udskrivningsbrev/epikrise sendes rettidigt fra sygehus til almen praksis.

KL og Danske Regioner monitorerer løbende forløbskoordineringen ud fra ovenstående kvalitetsparametre for god forløbskoordination. Kommuner og regioner skal derfor årligt indberette data til KL og Danske Regioner til brug for denne monitorering. KL og Danske Regioner udarbejder et særskilt notat om denne dataindberetning primo 2013.

### Økonomi

Der er afsat følgende midler fra SATS-puljen til initiativet:

	<b>2012</b> (mio. kr.)	<b>2013</b> (mio. kr.)	<b>2014</b> (mio. kr.)	<b>2015</b> (mio. kr.)	<b>I alt</b> (mio. kr.)
Regioner	0,0	9,74	9,74	9,74	<b>29,22</b>
Kommuner	0,0	22,73	22,73	22,73	<b>68,19</b>
<b>I alt</b>	<b>0,0</b>	<b>32,47</b>	<b>32,47</b>	<b>32,47</b>	<b>97,4</b>

Midlerne skal afsættes til gennemførelse af 10.000 konkrete koordinationsforløb årligt og det fælles kvalitetsudviklingsarbejde.

For at synliggøre hvad midlerne bruges til, skal regioner og kommuner i sundhedsaftalerne beskrive struktur og organisation samt, hvordan initiativet har medvirket til et kvalitetsløft i forløbskoordineringen på tværs af sektorer for den særligt svækkede ældre medicinske patient.

### Proces

I efteråret 2012 indgås der som del af sundhedsaftalen tillægsaftaler i alle fem regioner og tilknyttede kommuner om organisering, drift og indhold i de nye funktioner. Alle funktioner skal være i drift senest foråret 2013.

## **Links til litteratur om den ældre medicinske patient og forløbskoordination**

Side 8

DSAM: *"Klinisk vejledning for almen praksis. Den ældre patient"*.  
<http://www.e-pages.dk/dsam/171206564/>

Medcom: *"Guide for hjemmepleje-sygehus standarder"*.  
<http://www.medcom.dk/dwn4935>

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og NSI: *"Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient"*.  
[http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk\\_sygdom/AeldreMedicinskePatient/FaellesUdmoentningsplan.ashx](http://www.sst.dk/~media/Planlaegning%20og%20kvalitet/Kronisk_sygdom/AeldreMedicinskePatient/FaellesUdmoentningsplan.ashx)

Regeringen og satspuljepartierne: *"National 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-aeldre-medicinske-patient.ashx>

Sundhedsstyrelsen: *"Styrket indsats for den ældre medicinske patient - fagligt oplæg til en national handlingsplan"*.  
<http://www.sst.dk/publ/Publ2011/BOS/DenAeldreMedicinskePatient/DAEMP.pdf>