

National handlingsplan for den ældre medicinske patient

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der er behov for en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Parterne har i Aftale om udmøntning af satspuljen 2012 afsat 200,4 mio. kr. i perioden 2012-2015 til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient skal særligt føre til at:

- reducere antallet af u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser
- styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbet

Mange af de ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, den kommunale sektor og regionernes sygehuse. For et godt og sammenhængende forløb er det derfor centralt, at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer. Dette samarbejde ønsker regeringen og satspuljepartierne at understøtte med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Der er allerede iværksat en række initiativer i regioner og kommuner med henblik på at styrke sammenhængen i patientforløbet for ældre medicinske patienter. Initiativerne er i en vis udstrækning spredte og uensartede rundt om i landet. Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient skal derfor bidrage til at kickstarte og understøtte processen og sikre et generelt kvalitetsløft for den ældre medicinske patient. Herudover skal handlingsplanen bidrage til, at den ældre medicinske patient oplever en tryk sammenhængende indsats og høj kvalitet i hele forløbet fra kontakt til egen læge over indlæggelse og i den videre indsats i eget hjem. Den konkrete udmøntning af en række af initiativerne vil regeringen drøfte nærmere med Danske Regioner og KL.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient bygger bl.a. på Sundhedsstyrelsens oplæg "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan".

I forlængelse af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient vil Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse udarbejde en udmøntningsplan for de konkrete initiativer i samarbejde med Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. I udmøntningsplanen vil der blive fastlagt milepæle og konkrete målsætninger for de enkelte initiativer, som alle parterne er forpligtede til at overholde.

Udmøntningen af de enkelte initiativer i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient vil blive fulgt nøje af Styregruppen for den ældre medicinske patient.

Hvem er den ældre medicinske patient?

Over de næste årtier ændres befolkningssammensætningen med stadig flere ældre mennesker og relativt færre personer i den erhvervsdygtige alder.

Andelen af befolkningen i aldersgruppen over 65 år forventes således at stige fra 16 pct. i 2008 til godt 24 pct. i 2050. Alene i løbet af det næste tiår bliver der yderligere 200.000 over 65 år. Bl.a. derfor har EU's ministerråd og Europaparlamentet foreslået, at 2012 bliver europæisk år for aktiv aldring og for solidaritet mellem generationerne. Året skal bl.a. bruges til at sætte fokus på den demografiske udfordring og på løsninger til at imødegå den demografiske udfordring – på arbejdsmarkedet og på social- og sundhedsområdet, hvor aktiv aldring handler om at undgå sygdom og funktionsnedsættelser.

At være så rask og selvhjulpne som muligt så lang tid som muligt betyder livskvalitet for den enkelte og har værdi for samfundet. Aktiv aldring handler derfor bl.a. om at fremme mulighederne for, at ældre, som har fået konstateret kronisk sygdom eller anden sygdom, bliver i stand til at håndtere og leve med deres sygdom, herunder undgå, udskyde og begrænse følgerne og komplikationerne af sygdommen.

For at kunne målrette indsatsen i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der behov for en nærmere afgrænsning af målgruppen "den ældre medicinske patient".

Den ældre medicinske patient er 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) og
- Behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelser

Ovennævnte karakteristik skal differentiere den ældre medicinske patient fra de ældre borgere, som har et højt funktionsniveau, velbehandlet kronisk sygdom, god egenomsorgskapacitet og et stort socialt netværk.

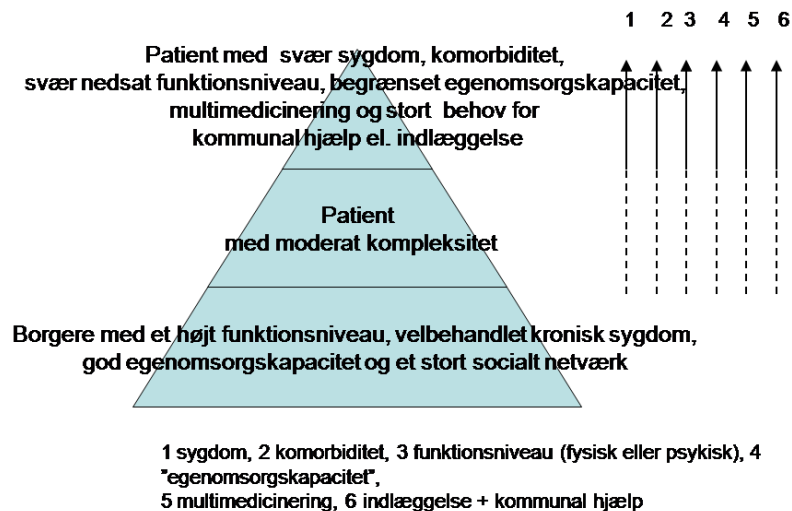
Antallet af kontakter til almen praksis og hjemmeplejen stiger med alderen. Ifølge Sundhedsstyrelsens oplæg "Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan", vil en patient henvist fra almen praksis til sygehus i de følgende år gennemsnitligt have 10-12 kontakter årligt til almen praksis.

En del af disse ældre patienter har kroniske sygdomme og er derfor også målgruppe for de forløbsprogrammer, som regioner og kommuner er i fuld gang med at udvikle og implementere. Men gruppen af ældre medicinske patienter er på mange måder også en differentieret gruppe.

Jo flere faktorer, der er i spil hos den enkelte patient, og jo sværere den enkelte faktor er påvirket, jo større er sandsynligheden for, at der er behov for en differentieret, tværfaglig og sammenhængende indsats fra hele sundhedsvæsenet. Dette er illustreret i nedenstående figur, hvor pilene illustrerer de forskellige faktorer: Sygdom, komorbiditet, fysisk og psykisk funktionsniveau, egenomsorgskapacitet, multimedicinering, stort behov for indlæggelse og kommunal hjælp. Jo større påvirkning af den enkelte faktor, jo højere bevæger man sig op ad pilen. Hvis alle faktorerne er påvirket i svær grad vil patienten med stor sandsynlighed befinde sig i

den øverste trekant. Det er særligt den øverste del af trekanten, der er målgruppen for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Figur 1: Den ældre medicinske patient – opdelt efter kompleksitet



Udviklingen af det danske sundhedsvæsen og betydningen heraf for den ældre medicinske patient

Det danske sundhedsvæsen gennemgår i disse år betydelige forandringer – såvel kommunalt, regionalt som nationalt – med betydning for den ældre medicinske patient.

I den nye sygehusstruktur og med den nye specialeplanlægning samles den specialiserede behandling og den akutte behandling i løbet af de kommende år på færre sygehuse. Sidstnævnte betyder, at patienterne mødes af en bredere vifte af forskellige specialer i de fælles akutmodtagelser, hvilket vil bidrage til at sikre, at patienten tilbydes hurtigere udredning og udskrivelse. Udviklingen af det nære sundhedsvæsen skal ske i samspil hermed, herunder er der særligt behov for samarbejde mellem primær sektor og sekundær sektor. Målsætningen er, at de nære sundhedstilbud kan håndtere de mange sygdomstilfælde og skader, hvor det ikke er nødvendigt at tage til et specialiseret sygehus med fælles akutmodtagelse. Der sker i disse år en udbygning af det nære sundhedsvæsen, herunder etablering af en række lægehuse/sundheds- og akuthuse finansieret af de statslige akutmidler.

Den ældre medicinske patient har ofte behov for tilbud på tværs af sektorer og lægefaglige specialer. Der er derfor behov for initiativer, der kan bidrage til at sikre en bedre sammenhæng i patientforløbene. Det er særligt påkrævet, fordi tilbud og organisering ofte tager udgangspunkt i sektorer, institutioner og faggrænser med risiko for, at patienten "tabes" mellem sektorer eller specialer, at information går tabt, og der derfor ikke gives det rette tilbud på det rette niveau. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom og obligatoriske sundhedsaftaler mellem kommuner og

regioner er nogle af de tiltag, der de seneste år er taget i brug for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer. Fx er der i sundhedsaftalerne krav om, at aftalen skal beskrive, hvordan parterne forebygger uhensigtsmæssige akutte indlæggelser. Forebyggelse af uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser er et centralt fokusområde i den nationale handlingsplan.

Sundhedsaftaler mellem kommuner og regioner er et vigtigt og nyttigt redskab til at sikre samarbejde og koordination på tværs af kommuner, regioner og almen praksis. Derfor foreslås en række af handlingsplanens initiativer forankret i sundhedsaftalerne.

Regeringen og satspuljepartierne vil samtidig understrege betydningen af, at der sker en fortsat udvikling af sundhedsaftalerne.

Patienter og pårørende møder sundhedsvæsenet med forskellige forventninger og behov og har forskellig viden, ressourcer og værdier, som bør inddrages og tilgodeses for at sikre et optimalt forløb for den enkelte patient.

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at det er vigtigt, at den enkelte patient og pårørende inddrages i behandlingen.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient skal ses i sammenhæng med finanslovsaftalen for 2012, hvor regeringen og Enhedslisten har afsat 20 mio. kr. årligt i perioden 2012-2015 til udarbejdelse af nationale kliniske retningslinjer. Kliniske retningslinjer betyder systematisk udarbejdede, faglige anbefalinger, der beskriver diagnostik, behandling, pleje og rehabilitering for konkrete patientgrupper – baseret på evidens for virkningen og bedre praksis. Formålet er at sikre patienterne samme gode behandling, uanset hvor i landet patienten bliver behandlet. Der vil derfor over de kommende år blive udarbejdet nationale kliniske retningslinjer for en lang række behandlingsområder, herunder behandlingsområder som i særlig grad vedrører den ældre medicinske patient.

Tilsvarende skal handlingsplanen ses i sammenhæng med, at regeringen arbejder for en mere sammenhængende satsning på telemedicin.

Telemedicin er et vigtigt redskab i tilrettelæggelsen af fremtidens patientbehandling, særligt for patienter med en kronisk sygdom, herunder mange ældre medicinske patienter. Fordelene ved telemedicinsk behandling er, at patienten berøres mindst muligt af sin sygdom ved, at han eller hun så vidt muligt er derhjemme og slipper for turen til sygehuset.

Ved at patienten i højere grad inddrages, så han eller hun er i stand til at tage bedre vare på sin sygdom, reduceres samtidig risikoen for komplikationer og indlæggelser.

Sundheds-it (NSI) er i færd med at udarbejde en national strategi for telemedicin. Formålet med strategien er bl.a. at sætte rammerne for en øget national udbredelse af tværsektoriel telemedicin.

FOREBYGGENDE INITIATIVER, DER KAN REDUCERE ANTALLET AF (GEN)INDLÆGGELSER

Fokus på multimedicerering

Der er i den ældre del af befolkningen en stor gruppe af patienter, der er karakteriseret ved at have en eller flere samtidige kroniske sygdomme (komorbiditet). Det er veldokumenteret, at problemer i medicineringen kan være årsag til øget sygelighed, indlæggelse og død. Disse problemer vurderes i vid udstrækning at kunne forebygges ved et øget fokus på rationel farmakoterapi.

Mange samtidige sygdomme (komorbiditet) hos den enkelte patient fører ofte til brug af megen forskellig medicin (polyfarmaci). Medicin til denne patientgruppe udskrives i vid udstrækning både i regi af almen praksis og på sygehus (under indlæggelse og ved ambulans besøg). Det kan være en stor udfordring, fordi der mangler klar dokumentation for såvel effekt som bivirkninger, når flere præparater gives samtidigt til patienter med høj alder. På et tidspunkt kan det blive vanskeligt at skelne symptomer på ny sygdom fra medicinbivirkninger.

Initiativ 1: Styrkelse af rationel farmakoterapi i regionerne (lægemiddelenhed)

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 15 mio. kr. til at styrke de regionale lægemiddelenheder for derigennem at sikre en styrket indsats i forhold til arbejdet med medicingennemgang til patienter, der er i behandling med mere end 6 lægemidler. Lægemiddelenheden skal hjælpe både almen praksis og interne medicinske afdelinger. Enhederne skal være en del af de eksisterende medicinfunktioner/lægemiddelenheder i regionerne og bør i øvrigt samarbejde med relevante parter i regionerne, herunder særligt de kliniske farmakologiske enheder på sygehusene.

Lægemiddelenhederne skal bl.a. løse følgende opgaver:

- *Udsende statistikmateriale, der kan give de praktiserende læger overblik over deres patienters medicinerig, samt give overblik over andelen af polyfarmacipatienter i lægens praksis sammenholdt med andre praksis i regionen.*
- *Foretage konsulentbesøg hos almen praksis*
- *Udbrede kendskabet til redskaber og ydelser, der kan anvendes til medicingennemgang*
- *Udbrede kendskabet til mulighederne i det fælles medicinkort*

Initiativet er udtryk for et ønske om at systematisere og accelerere allerede eksisterende initiativer på tværs af regionerne. Initiativet vurderes dels at erstatte spredte og ukoordinerede initiativer på området, dels at have betydelige gevinster for både regioner og kommuner i form af sparede omkostninger til (gen)indlæggelser. Endvidere forventes initiativet at indeholde et læringspotentiale særligt for alment praktiserende læger vedr. polyfarmaci og rationel farmakologi.

Initiativet skal ses i sammenhæng med udrulningen af Det Fælles Medicinkort (FMK). Regionerne er forpligtet til at udrulle FMK på alle sygehuse inden udgangen af 2011. Fuld konsolidering af FMK i sygehusenes medicin håndteringssystemer forventes afsluttet i løbet af 2012 i takt med udrulningen af konsoliderede elektroniske patientjournaler. Tilsvarende er der indgået aftale med kommunerne om udrulning af FMK i hjemmeplejen. Endelig er det i overenskomsttaftaler med alment

praktiserende læger og praktiserende speciallæger fastsat, at lægerne inden udgangen af 2011 skal tage FMK i anvendelse, dog i takt med sygehusenes ibrugtagning.

Det Fælles Medicinkort

Med indførelse af Det Fælles Medicinkort (FMK) får læger og andre fagprofessionelle, der har adgang til FMK, mulighed for at danne sig et hurtigt overblik over patientens aktuelle medicin og sikre en korrekt og sikker medicineringsproces. Udover de sundhedsprofessionelle vil patienten også få adgang til sit eget elektroniske medicinkort via internettet. FMK giver overblik på en nem og sikker måde og er med til at sikre en korrekt medicin til patienten, fx i forbindelse med indlæggelse eller udskrivning fra sygehuset og i situationer, hvor flere læger udskrives medicin til den samme patient.

Det Fælles Medicinkort kan med fordel forbedres med beslutningsstøtte for elektronisk medicinordination. Denne type værktøj giver lægen et bedre beslutningsgrundlag ved at give information eller gøre lægen opmærksom på forhold, som skal tages med i betragtning ved medicineringen af patienten – fx at lægen er ved at ordinere et lægemiddel, som patienten er allergisk overfor, eller at et nyt lægemiddel interagerer med et allerede givet lægemiddel. Andre services som fx advarsler ved risikolægemidler eller for høj dosis af et ordineret lægemiddel, vil kunne udvikles og placeres på samme centrale platform.

Denne type beslutningsstøtteværktøjer har i mange videnskabelige undersøgelser vist sig at være effektive til at reducere medicineringsfejl. Beslutningsstøtte er efterspurgt af både klinikere og patienter, da det vil understøtte både kvalitet og effektivitet i klinikernes arbejde, og patienterne vil få øget patientsikkerhed, da klinikkerne får støtte til et godt beslutningsgrundlag ved ordination.

Beslutningsstøtteværktøjet skal udarbejdes i samarbejde mellem Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og National Sundheds IT (NSI). De relevante faglige miljøer inddrages i arbejdet ligesom Regioners Sundheds IT for at sikre en hensigtsmæssig implementering på sygehuse og i almen praksis. Regionernes Sundheds IT skal involveres for at sikre, at de praktiserende læger informeres om muligheden af at bruge systemet.

Initiativ 2: Supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 12 mio. kr. til at iværksætte en udbygning af de elektroniske medicineringssystemer og Det Fælles Medicinkort med beslutningsstøtte samt et centralt CAVE-register (allergiregister) med henblik på at øge patientsikkerheden.

Det er forventningen, at beslutningsstøttefunktionaliteten vil medvirke til at reducere medicineringsfejl og dermed reducere antallet af medicinrelaterede indlæggelser.

Opfølgende hjemmebesøg

Ældre medicinske patienter med fx mange kontakter i sundhedsvæsenet, polyfarmaci og/eller dårlige sociale netværk kan have behov for, at der ydes en ekstra indsats med opfølgning kort tid efter udskrivelse fra sygehus med henblik på at forebygge genindlæggelser, sikre sammenhæng i patientforløbet og en systematisk medicinafstemning.

Undersøgelser har vist, at opfølgende hjemmebesøg fra almen praksis og hjemmesygeplejerske til ældre medicinske patienter kan være en gevinst for både den enkelte patient og for samfundet.

I en undersøgelse fra Dansk Sundhedsinstitut fra foråret 2011 konkluderes det, at opfølgende hjemmebesøg medfører en besparelse for samfundet som følge af en reduktion i forbruget af kommunale ydelser til ældre borgere, der får tilbudt opfølgende hjemmebesøg, i forhold til ældre borgerne som udskrives uden tilbuddet.

Den ældre borger vinder også ved initiativet, da ældre borgere, som modtager opfølgende hjemmebesøg ikke genindlægges i det efterfølgende halve år i samme udstrækning som patienter, der ikke modtager et opfølgende besøg.

Derudover kan de opfølgende hjemmebesøg også bidrage til at sikre en øget inddragelse af den enkelte borger.

Initiativ 3: Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, 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.

Subakutte/akutte tilbud til den ældre medicinske patient

Flere kommuner har etableret subakutte/akutte kommunale tilbud for særligt ældre med behov for observation og pleje, men som ikke kræver sygehusets muligheder for udredning og behandling - og flere kommuner er i gang med at etablere sådanne subakutte/akutte tilbud.

For at de kommunale tilbud udnyttes bedst muligt, er der behov for, at de praktiserende læger og vagtlæger har let adgang til at danne sig et overblik over disse kommunale tilbud i den enkelte kommune.

Herudover er det en forudsætning, at regionerne fortsat har fokus på omlægning til akut/subakut ambulans behandling.

Initiativ 4: Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at kommunerne bør sikre let tilgængelige og overskuelige elektroniske oversigter (fx på sundhed.dk) over de lokale subakutte/akutte kommunale tilbud.

Initiativet vurderes at kunne indgå som del af kommunernes almindelige opgavevaretagelse. Initiativet forankres i de obligatoriske sundhedsaftaler, der indgås mellem regioner og kommuner.

Der er på nuværende tidspunkt begrænset viden om, hvilke initiativer der har den bedste effekt. Der er derfor behov for at afprøve forskellige projekter og opsamle og sprede den viden, projekterne giver. På den baggrund vurderes det hensigtsmæssigt at afprøve nye samarbejdsprojekter, fx hvor sygehuse og kommuner samarbejder om at sikre borgeren en kortvarig behandling/afklaring med henblik på en fortsat varetagelse af plejeopgaven i kommunalt regi.

Erfaringer fra disse projekter samt erfaringer fra eksisterende initiativer sammenfattes efterfølgende i et idékatalog.

Initiativ 5: Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud

Regeringen og satspuljepartierne er enige om 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.

Initiativ 6: Idékatalog om subakutte/akutte tilbud

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 0,5 mio. kr. til et idékatalog over gode subakutte/akutte tilbud. Kataloget udarbejdes på baggrund af erfaringer fra projekter fra ovennævnte pulje om nye samarbejdsformer om subakutte/akutte tilbud, samt suppleres med allerede eksisterende best practice initiativer på området i regioner og kommuner.

Tidlig opsporing

Forebyggelse af u hensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser af ældre og svage medicinske patienter vil være til gavn for patienterne, der slipper for akutte og stressende indlæggelser på sygehuset.

Det er derfor vigtigt, at de fagpersoner i hjemmeplejen og i almen praksis, der møder den ældre i hverdagen, har de rette værktøjer til at identificere ændringer i den ældres fysiske funktionsniveau, ernæringstilstand m.v., så de nødvendige tiltag kan tages i tide. Det vil være med til at sikre patientens livskvalitet og forebygge akutte indlæggelser m.v.

Initiativ 7: Værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn i kommuner og almen praksis

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 0,5 mio. kr. til, at det i regi af Sundhedsstyrelsen, i samarbejde med relevante parter (herunder kommunerne) og faglige miljøer, vurderes, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis som led i den almindelige kontakt med den ældre medicinske patient til systematisk identifikation af:

- nedsat fysisk funktionsniveau
- ernæringstilstanden (underernæring)
- tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.).

Regeringen og satspuljepartierne er desuden enige om, at der afsættes 3 mio. kr. til, at der efterfølgende sikres information om værktøjerne med henblik på at fremme anvendelsen af værktøjerne.

Forebyggelse af tryksår

Tryksår, populært kaldet "liggesår", er et hyppigt problem i sygehusvæsenet og i kommunale plejetilbud.

Tryksår kan opstå under indlæggelse eller patienten kan være indlagt med tryksårret. Tryksår inddeles i grader efter alvorlighed.

Udover de store menneskelige, sociale og sundhedsmæssige konsekvenser udgør tryksår tillige en betydelig økonomisk belastning.

Patientsikkert Sygehus er et eksempel på et forbedringsprojekt, som Dansk Selskab for Patientsikkerhed har udarbejdet og i øjeblikket gennemfører. Her arbejder fem sygehuse med at implementere en række evidensbaserede pakker – bl.a. en pakke om forebyggelse af tryksår.

Den nuværende tryksårspakke i Patientsikkert Sygehus er fokuseret på indsatsen på sygehuse. Der er behov for en tilpasning af den eksisterende tryksårspakke i Patientsikkert Sygehus, så den også målrettes den kommunale sektor.

Initiativ 8: Forebyggelse af tryksår

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 0,1 mio. kr. til en tilpasning af den eksisterende tryksårspakke i Patientsikkert Sygehus, så den også målrettes den kommunale sektor, med henblik på forebyggelse af tryksår.

Regeringen og satspuljepartierne er desuden enige om, at der afsættes 2 mio. kr. til information om behovet for forebyggelse af tryksår og udbredelse af kendskab til tryksårspakken i kommunerne.

STYRKELSE AF SAMMENHÆNG I OG KOORDINATION AF PATIENTFORLØBET

Der har gennem flere år været fokus på omlægning af indlæggelser til ambulante aktiviteter i sygehusvæsenet. En stor del af de ældre medicinske patienter, der indlægges akut, bliver udskrevet dagen efter, og generelt har udviklingen bevæget sig mod hurtigere udredning og behandling i forbindelse med indlæggelse. Således er der akutmodtagelser, som udskriver omkring 50 % af de indlagte patienter direkte til hjemmet.

En indlæggelse kan for nogle af disse patienter være udtryk for, at de kortvarigt har brug for sygehusets muligheder for behandling, fx en patient med kraftig opblussen i en kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL).

Det er vigtigt, at indlæggelse ikke kun er begrundet i, at det fx giver hurtigere adgang til specielle undersøgelser og behandling. I forlængelse heraf kan der være uhensigtsmæssige indlæggelser, som kunne have været undgået bl.a. ved bedre rådgivning af almen praksis.

Det er allerede i dag et krav, at regioner og kommuner i sundhedsaftalerne beskriver, hvordan de vil medvirke til at forebygge uhensigtsmæssige indlæggelser.

Regeringen og satspuljepartierne ønsker med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient at sætte fokus på, hvordan sygehuse i samarbejde med almen praksis og kommunerne kan være med til at reducere uhensigtsmæssige indlæggelser.

Fx kan de alment praktiserende lægers/lægevagts nuværende adgang til faglig rådgivning fra speciallæge på sygehus anvendes mere systematisk og målrettet end i dag. En mere systematisk og målrettet faglig rådgivning til alment praktiserende læger/lægevagt er i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedr. vagtforhold på de fælles akutmodtagelser samt Sundhedsstyrelsens anbefaling af, at man kun modtager visiterede medicinske patienter på sygehus uden fælles akutmodtagelse. Det vurderes at være en fordel for de ældre medicinske patienter, der i nogle tilfælde vil kunne undgå en akutindlæggelse og i stedet for eventuelt henvises til en akut/subakut ambulatorietid på sygehus eller helt undgå sygehuskontakt.

Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner

En særlig svækket del af de ældre medicinske patienter (defineret som øverste del af trekanten i figur 1) er karakteriserede ved at have komplekse udrednings- og behandlingsforløb, der medfører, at de er i tæt og hyppig kontakt med både kommune, almen praksis og sygehus. Denne patientgruppe har ofte vanskeligt ved selv at have overblik over de behandlingsindsatser, der ydes på forskellige niveauer i sundhedsvæsenet. Derfor er det vigtigt at understøtte intensive, tværgående og sammenhængende forløb for denne patientgruppe.

Internationalt er der positive erfaringer med en målrettet indsats for at sikre en koordineret indsats, herunder brug af forløbskoordinatorer. Formålet med en forløbskoordinator til særligt svækkede medicinske patienter er at sikre sammenhæng i behandlingsindsatsen.

Særligt svækkede ældre medicinske patienter kan have behov for koordinerende støtte, der ligger udover det, som naturligt varetages af sundhedspersonalet, pårørende og andre aktører, som er involveret i patientforløbet.

Der er enighed om, at der er behov for øget samarbejde mellem regioner og kommuner, især når det drejer sig om særligt svækkede ældre medicinske patienter. Det vurderes, at en fælles, samfinansieret indsats vil bidrage til at styrke dette. På den baggrund oprettes fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner, der skal bestå af forløbskoordinatorer, som skal sikre, at den særligt svækkede ældre medicinske patients forløb koordineres mest hensigtsmæssigt på sygehuset, ved overgang fra indlæggelse til udskrivning samt efter hjemkost i egen bolig.

De fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner skal samle og supplere de forskellige forløbskoordinationstiltag, der i dag allerede er i regioner og kommuner fx i form af casemanagers, tovholdere, forløbskoordinatorer, sundhedskoordinatorer, kontaktpersoner m.v.

Vi har i Danmark ingen sikker viden om, hvordan forløbskoordination bedst tilrettelægges og varetages i forhold til den enkelte patient. Den fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktion er således et udviklingsområde og bør derfor evalueres.

Initiativ 9: Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, 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 intensiveret, personlig tilpasset koordinerende støtte til, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær- og sekundær sektor.

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 2 mio. kr. til en løbende evaluering af den fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorordning fra 2012- 2015, således at evalueringen bliver en integreret del af initiativet.

Initiativet forankres i sundhedsaftalerne, der indgås mellem regioner og kommuner. Den konkrete udmøntning vil skulle drøftes med regioner og kommuner.

Individuelle forløbsplaner

Individuelle forløbsplaner kan være et værktøj til tværsektoriel planlægning og koordinering. En individuel forløbsplan har til formål at sikre, at patienten får et sammenhængende og koordineret forløb, tilpasset den enkeltes behov og mål. Via forløbsplanen skal der endvidere sikres en klar ansvars- og rollefordeling, således at der altid er en aktør, som har hovedansvaret for at koordinere og følge op på indsatsen til patienten. Udarbejdelse af den individuelle forløbsplan sker i dialog mellem de fagprofessionelle, patienten og eventuelt pårørende.

Individuelle forløbsplaner i forbindelse med patientforløbet ved de ældre medicinske patienter, herunder med henblik på samspil med øvrige tiltag, der har fokus på at skabe sammenhængende og koordinerede forløb med fokus på den enkeltes behov og mål, skal afklares.

Initiativ 10: Afklaring af individuelle forløbsplaner

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 0,4 mio. kr. til, at der i regi af Sundhedsstyrelsen igangsættes en afklaring af individuelle forløbsplaner. I afklaringen skal inddrages erfaringer fra kronikerprojekterne (forløbsprogrammer m.v.), den fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktion mv. Initiativet igangsættes og afsluttes i 2015.

ANALYSE AF DE MEDICINSKE AFDELINGER

Analyse af de medicinske afdelinger

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse gennemførte i efteråret 2009 en analyse af ældre medicinske patienters forløb på tværs af kommuner og regioner, der viste, at der er betydelige variationer kommunerne og regionerne imellem på korte indlæggelser, genindlæggelser, gennemsnitlige liggetider m.v.

Analysen viste bl.a.:

- Andelen af korte indlæggelser ud af det samlede antal indlæggelser af ældre medicinske patienter varierer ganske betydeligt på tværs af kommuner.
- Tilsvarende er der betydelig variation på tværs af kommuner i andelen af genindlæggelser.
- På kommuneniveau er der ikke nogen sammenhæng mellem borgernes gennemsnitlige liggetid og gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens.
- Der er betydelig variation i de gennemsnitlige liggetider på de medicinske afdelinger på hospitalerne.
- Der er stor variation på tværs af sygehuse med hensyn til den gennemsnitlige liggetid og forekomsten af lange indlæggelser på 9 dage eller derover for ældre medicinske patienter.

Regeringen og satspuljepartierne er derfor enige om, at der er behov for at se nærmere på de medicinske afdelinger med henblik på, at vi fremadrettet sikrer den bedst mulige anvendelse af de medicinske sengepladser.

Der skal derfor udarbejdes en analyse af de medicinske afdelinger, som bl.a. skal vurdere om de medicinske sengepladser anvendes bedst muligt, herunder kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis, det vil sige afdække om indlæggelse var det rigtige tilbud.

Initiativ 11: Analyse af de medicinske afdelinger

Regeringen og satspuljepartierne er enige om, at der afsættes 2,5 mio. kr. til et analysearbejde vedr. de medicinske afdelinger bl.a. med henblik på vurdering af om de medicinske sengepladser anvendes bedst muligt, herunder kvaliteten af henvisningerne fra almen praksis med henblik på at sikre, at det er den rette patient, der ligger i den rette seng på det rette tidspunkt.

Regeringen vil drøfte det nærmere analyseindhold med Danske Regioner.