

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Danske Regioner
KL
Sundhedsstyrelsen
NSI

6. juni 2012

Fælles udmøntningsplan for den nationale hand- lingsplan for den ældre medicinske patient

1. Indledning

I Aftale om satspuljen for 2012-2015 blev regeringen og satspuljepartierne enige om at afsætte en overordnet ramme på 200,4 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient blev offentliggjort den 22. december 2011.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient består af 11 konkrete initiativer, der særligt skal føre til at:

- reducere antallet af uhensigtsmæssige (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 skal den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient understøtte.

Parterne aftalte, at Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse i forlængelse af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient udarbejdede en fælles udmøntningsplan for de konkrete initiativer i samarbejde med Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen og National Sundheds-it (NSI), der er de centrale aktører i handlingsplanens 11 initiativer. I udmøntningsplanen fastlægges milepæle og konkrete målsætninger for de enkelte initiativer, som 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.

2. Procesbeskrivelser for de enkelte initiativer

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

2.1.1 Styrkelse af rational farmakoterapi i regionerne (lægemiddelenhed)

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
 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 medicinering, 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

Formål og indhold

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. Problemstillinger i forhold til medicin, herunder polyfarmaci og risici for fejlmedicinering, er meget centrale i forhold til den ældre medicinske patient. Der er derfor behov for at sætte fokus på de patienter, der får flere lægemidler dagligt.

De patienter, som får mindst seks typer medicin dagligt, bør derfor have gennemgået deres medicin med henblik på:

- om det er den rigtige medicin patienten får i den rette styrke, dosis og lægemiddelform
- om der er uheldige bivirkninger ved medicinen
- om der er uhensigtsmæssige interaktioner ved medicinen
- om der er indikationer, der er ubehandlede, og som bør behandles og
- om nogle lægemidler med fordel vil kunne nedtrappes eller stoppes
- prioritering af medicin

Det er de praktiserende lægers opgave at følge op på den medicin, deres patienter benytter, herunder også i forhold til polyfarmacipatienter, men der er behov for at understøtte de praktiserende læger i denne opgave. Dette kan ske ved en ressourcemæssig styrkelse af de regionale lægemiddelenheder.

Herudover er der behov for at sikre, at de regionale lægemiddelenheder kan yde den rigtige datamæssige støtte til de praktiserende læger. Som led i arbejdet med at understøtte medicingennemgang i almen praksis foreslås det blandt andet, at de regionale lægemiddelenheder udarbejder datarapporter, der kan anvendes af de praktiserende læger til at få overblik over deres patienters medicinering.

Datarapporterne kan omfatte følgende:

- Andelen af polyfarmacipatienter i lægens praksis sammenholdt med andre praksis i regionen
- Opgørelse over antal præparater pr. polyfarmacipatient i lægens praksis
- Oplysninger om polyfarmacipatienternes fødselsdato, køn og det antal præparater, patienten får.
- Efter aftale med lægen kan der desuden rekvireres lister over den enkelte patients medicin med konkrete anbefalinger.
- Lægen kan efter aftale med regionen udvælge fx 10 patienter, hvis medicinering han gerne vil have gennemgået og kommenteret af de regionale enheder for medicingennemgang.

Regionerne har imidlertid kun adgang til data for den tilskudsberettigede del af patienternes medicinforbrug, og dermed er det ikke muligt at give lægerne et komplet overblik over deres patienters medicinering. Hvis de regionale lægemiddelenheder skal kunne give lægerne dette komplette overblik over patienternes medicinering og kunne være i løbende dialog med lægerne herom, forudsætter det efter regionernes opfattelse en ændring af Apotekerloven, således at apotekerne kan aflevere oplysninger over salget af ikke-tilskudsberettiget medicin på lige fod med den tilskudsberettigede del af medicinsalget. Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er i dialog med Datatilsynet om problemstillingen med henblik på at sikre, at det er indenfor rammerne af Persondataloven at give regionerne adgang til disse personfølsomme oplysninger.

Hvis Datatilsynet vurderer, at de ønskede oplysninger ikke kan udleveres som følge af manglende proportionalitet og nødvendighed vil udmøntningen af foreliggende initiativ ske indenfor de eksisterende muligheder.

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er i dialog med Statens Serum Institut om alternative løsningsforslag, herunder muligheden for at anvende oplysningerne i Lægemiddelstatistikregistret, hvilket dog også vil kræve en ændring af apotekerloven.

Proces og centrale milepæle

Centrale milepæle:

Efterår 2012

Afklaring af hvorvidt Apotekerloven skal søges ændret.

Fra 2013 - 2015

Indsatsen i de regionale lægemiddelenheder styrkes, f.eks. ved nyansættelser, udarbejdelse af datarapporter eller andre initiativer, der bidrager til at sætte fokus på patienter, der får mere end seks lægemidler dagligt i almen praksis samt intern medicinske afdelinger.

Primær ansvarlig og andre aktører

Danske Regioner

Økonomi

Styrkelse af rational farmakoterapi i regionerne (lægemiddelenhed)	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Regionerne		5,0	5,0	5,0	15,0

2.1.2 Supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

Baggrund

Med indførelse af Fælles Medicinkort (FMK) har læger og andre fagprofessionelle fået mulighed for at danne sig et hurtigt overblik over patientens aktuelle medicin og dermed bidrage til en mere korrekt og sikker medicineringsproces. Udover de sundhedsprofessionelle har den enkelte borger også adgang til sit eget elektroniske medicinkort via www.sundhed.dk.

Formål

Formålet med at udbygge FMK med beslutningsstøtte er at give patienter - herunder den ældre medicinske patient - endnu et kvalitetsløft i forhold til korrekt medicinering ved at reducere risikoen for fejlmedicinering. Patienterne vil opleve en øget patientsikkerhed, en kortere fase frem til korrekt medicinering og øget livskvalitet på grund af færre bivirkninger.

Indhold

FMK forbedres med beslutningsstøtte for elektronisk medicinordination. Denne type værktøj vil give lægen et bedre grundlag for at træffe beslutninger om borgernes medicinering ved at give information eller gøre lægen opmærksom på forhold, som skal tages i betragtning ved medicineringen af patienten – fx hvis lægen er ved at ordinere et lægemiddel, som patienten er allergisk overfor, eller et nyt lægemiddel interagerer med et allerede ordineret 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.

Slutleverancen af beslutningsstøtte er en understøttelse af de sundhedsfagliges beslutningsproces i ordinationsøjeblikket. Initiativet er opdelt i 3 hovedleverancer for at nå en god og effektiv løsning.

Hovedleverance 1: Beslutningskontrol (Beslutningsstøtte funktioner)

Beslutningskontrol er selve funktionaliteten i forbindelse med beslutningsstøtten. Her leveres de kontrolmoduler, som efterspørges af det kliniske personale til at øge sikkerheden og effektiviteten i ordinationsprocessen. Fra klinisk side er der peget på flere mulige kontrolmoduler og i løbet af den første fase (sommeren 2012) vil indholdet være afklaret via dialog med faglige miljøer i regioner og praksis. Det er forventningen, at der vil være opbakning til at bygge moduler til CAVE-kontrol og forbedret interaktionskontrol.

I forhold til interaktionskontrol benyttes Sundhedsstyrelsens Interaktionsdatabase som datakilde, enten ved levering af udtræk (svarende til den løsning, der er i drift for Medicinprofilen i dag) eller som webservice (svarende til den løsning, der er i drift i Region Hovedstadens EPJ-system i dag). Opgaven omkring interaktionskontrol omfatter også en optimering af Sundhedsstyrelsens eksisterende interaktionsdata, hvor det blandt andet vil være hensigtsmæssigt, at Sundhedsstyrelsen etablerer varselsniveauer for interaktioner.

I forhold til CAVE-kontrol etableres mulighed for at kontrollere, om der er registreret en lægemiddel Cave for det lægemiddel/gruppe af lægemidler, som lægen er i gang med at ordinere. Cavekontrollen suppleres med mulighed for kontrol af krydscave, hvor varsel vil omfatte 'lignende produkter' i forhold til den registrerede medicinske CAVE.

Hovedleverance 2: Struktureret CAVE-register

For at kunne gennemføre kontrol af Cave har man brug for et CAVE-register, som kan tilgås tværsektorielt. Oplysningerne foreslås lagret i et centralt nationalt CAVE-register. Opbygningen af et centralt CAVE-register giver størst mening, hvis den kliniske analyse peger på behovet for CAVE-kontroller. Et selvstændigt CAVE-register uden kontroller vil alene kunne benyttes til at kommunikere CAVE-oplysninger via Sundhedsjournalen og ikke som beslutningsstøtte. Som led i CAVE-registerafklaringerne fastlægges også, hvilken international standard for caveoplysningerne, som både lokale og nationale systemer skal følge, for at de kan benyttes til beslutningsstøtte.

Hovedleverance 3: Åben platform for beslutningsstøtte

Beslutningsstøttemoduler er meget videnstunge funktioner, der kræver et dybt vidensgrundlag og faste aftaler for vedligeholdelse, da de ellers risikerer at blive forældede. Indsamling og strukturering af viden til et beslutningsstøttemodul er en så stor opgave, at den oftest kun kan løses i et internationalt samarbejde eller af en international leverandør. Der er derfor brug for en platform som kan:

- skabe forbindelse mellem de decentrale EPJ-moduler og de centrale beslutningsstøttemoduler uden specialtilpasninger for hver enkelt beslutningsstøttemodul i alle landets EPJ systemer.
- muliggøre at bygge mindre beslutningsstøttemoduler på fokuserede områder og på en enkel måde gøre dem tilgængelige decentralt

- gøre kommercielle beslutningsstøtteprodukter tilgængelige via den nationale infrastruktur

De foreløbige analyser viser, at der er behov for, at en åben beslutningsstøtte platform skal indeholde:

- en semantisk motor drevet af SnomedCT til at levere de nødvendige strukturerede data til beslutningsstøtte af høj kvalitet
- et mapningsmodul som sørger for kompatibilitet med leverandørernes nuværende medicinmoduler
- nødvendige interne og eksterne webservices til at gøre platformen tilgængelig i den nationale infrastruktur

Proces og centrale milepæle

Milepæl 1: sommeren 2012 - projektoplæg

Beslutningsstøtte anvendes i dag i forskellig grad hos regioner og hos de praktiserende læger, og erfaringerne varierer. Det er derfor nødvendigt at inddrage de lokale erfaringer og eksperter i beslutningsstøtte for at opnå konsensus om de kliniske behov, som løsningerne skal understøtte, samt en realistisk tidsplan for udvikling og ibrugtagning.

I denne fase udarbejdes et projektoplæg for de forventede leverancer, og grundlaget for at udarbejde kravspecifikation færdiggøres i samråd med brugerne. Herunder valg af klassifikation og ressourceindsatsen for det centrale standardiseringsarbejde.

Som en del af afklaringen indkalder NSI til fælles workshop med:

- 1-2 regionale fagpersoner i forhold til beslutningsstøtte og caveregistreringer udpeget fra hver region
- 1-2 repræsentanter fra Dansk Selskab for Almen Medicin
- 1-2 repræsentanter fra De lægevidenskabelige selskaber
- 1-2 repræsentanter fra Lægeforeningen
- 3-4 beslutningsstøtteeksperter fra fx Dansk Lægemedelinformation (DLI) og Interaktionsdatabasen

Workshoppen afholdes 20. juni 2012 hos Danske Regioner.

Endelig projektbeskrivelse indmeldes til Statens IT-projektråd.

Milepæl 2: vinter 2012 - Centralt løsningsdesign

I samråd med de(n) valgte leverandør(er) fastlægges det tekniske indhold af den centrale løsning og snitflader til lokale systemer.

Milepæl 3: 4. kvartal 2013 - Tekniske afprøvninger

Afhængigt af hvilke beslutningsstøttemoduler, som vælges, skal der gennemføres tekniske test i udvalgte klinikker og under kontrollerede omgivelser på fx Dansk Institut for Medicinsk Simulation.

Milepæl 4: 4. kvartal 2013

Udvalgte beslutningsstøttemoduler, CAVE-registeret og beslutningsstøtteplatformen er færdigudviklet centralt, teknisk testet og klar til pilotafprøvning og drift.

Milepæl 5: 4. kvartal 2013 frem til efterår 2014

Fuldt fungerende pilotafprøvning med udvalgte klinikker. Udrulning af integrationer til CAVE-register og beslutningsstøttefunktioner implementeres i lokale løsninger (på hospitaler og hos de praktiserende læger) og i FMK-online, hvorefter de kan tages i anvendelse i klinikken. Specificering og overholdelse af milepæl 5 kan ale sikres af regionerne og de praktiserende læger.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sektor for National Sundheds-it er primær ansvarlig for projektets gennemførelse. Projektet gennemføres under programmet Fælles Medicinkort, hvor sundhedsvæsenets parter deltager som aktive programdeltagere. Regionerne og de praktiserende læger vil være de centrale parter i forhold til implementering af beslutningsstøtte.

Økonomi

Supplerende elektronisk beslutningsstøtte i det fælles medicinkort (FMK)	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
NSI	7,0	5,0	0	0	12,0

I forhold til implementering af initiativet skal det bemærkes, at i overensstemmelse med principperne fra Sundheds-IT-aftalen fra juni 2010 afholdes udgifter til implementering af den eller de parter, der har gevinsterne. I den forbindelse udarbejdes en business case, der beskriver initiativets økonomiske og kvalitative gevinster.

2.1.3 Opfølgende hjemmebesøg efter udskrivning

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

De opfølgende hjemmebesøg skal bidrage til bedre overdragelse, så patienter og pårørende oplever en tryk overgang mellem sektorerne i forbindelse med udskrivelse fra sygehus.

Udgangspunktet for de opfølgende hjemmebesøg er de kendte modeller fra henholdsvis Glostrup og Vestklyngen i Region Midtjylland, hvor der er evidens for, at

de opfølgende hjemmebesøg nedbringer antallet af genindlæggelser og giver besparelser i forhold til den kommunale hjemmepleje. .

Målgruppen

I forbindelse med udskrivelsen af en ældre medicinsk patient skal den udskrivende afdeling screene, hvorvidt patienten skal have et opfølgende hjemmebesøg.

Screeningen på afdelingen skal ske sammen med en kommunal visitator fra patientens bopælskommune, og kommunerne skal være til rådighed for afdelingerne til en sådan screening, så det ikke skaber ventetid eller forsinkelser i patientforløbet.

Det er vigtigt, at de opfølgende hjemmebesøg foretages hos de patienter, der kan have mest gavn af det. Derfor skal der ske en afklaring af, hvem der skal have tilbuddet om opfølgende hjemmebesøg (målgruppen). Målgruppen skal kunne afklares nemt og relevant uden at forsinke processen.

Indenfor den økonomiske ramme af initiativet skal den konkrete målgruppe fastlægges med hjælp fra faglige eksperter med henblik på at sikre, at det er de patienter med det største behov, der modtager de opfølgende hjemmebesøg. Afgrænsningen kan fx ske ved hjælp af følgende faktorer:

- Mere end to sygdomme
- Mere end fem lægemidler
- Manglende eller lille netværk
- Psykisk sygdom/misbrug/socialt udsatte ældre
- Ændret mobilitet/funktionsniveau
- Alderskriterium
- Kognitivt svigt

For de patienter, der ikke er kendte i kommunen, skal der være en særlig overdragelse i forbindelse med udskrivningen fra sygehuset. Det opfølgende hjemmebesøg skal differentieres i forhold til dette.

Desuden skal de opfølgende hjemmebesøg koordineres i forhold til de øvrige tilbud fra regioner og kommuner. Der findes fx i dag en lang række udgående funktioner fra sygehusene, fx geriatrike teams, ligesom mange kommuner har specialiserede sygeplejeteams/enheder.

Hvem udfører besøget?

De opfølgende hjemmebesøg udføres af den praktiserende læge og en hjemmesygeplejerske.

Hvornår sker de opfølgende hjemmebesøg?

De opfølgende hjemmebesøg skal foregå i forlængelse af en udskrivelse fra en sygehusafdeling, herunder fra en Fælles Akut Modtagelse (FAM).

Besøget skal foregå indenfor en uge efter udskrivelsen.

Hvad består besøget af?

Det opfølgende hjemmebesøg skal tage vare på de konkrete problemstillinger, som patienten har, herunder de problemstillinger der er kommet frem i forbindelse med behovsafdækningen og udskrivelsen. Det kan fx være:

- en generel helbreds vurdering
- vurdering af funktionsevnen
- ændringer i medicinen og medicingennemgang
- behov for praktisk hjælp og personlig hjælp og pleje samt hjælpemidler
- på baggrund af det opfølgende hjemmebesøg sker der relevant indstilling til den kommunale visitation

Opfølgning

Det er afgørende, at der etableres et system, så der er feed-back om, hvorvidt de opfølgende hjemmebesøg implementeres og virker efter hensigten.

Ansvar for opfølgningen kan forankres i samme enhed som forløbskoordinering, så der skabes gode rammer for sammenhæng og koordinering for ældre og svage medicinske patienter.

Proces og centrale milepæle

Proces om implementering i regioner og kommuner aftales over efteråret 2012 med igangsættelse 1. januar 2013. Det skal bemærkes, at ordningen kræver grundig forberedelse i regioner og kommuner.

August/september 2012:

Danske Regioner, KL og Sundhedsstyrelsen udarbejder inklusionskriterier.

Efteråret 2012:

Danske Regioner og KL aftaler det konkrete organisatoriske set-up og aftaler plan for implementering.

Januar 2013 - 2015:

Ældre medicinske borgere i målgruppen tilbydes opfølgende hjemmebesøg.

Primær ansvarlig og andre aktører

Danske Regioner og KL

Økonomi

Det vurderes, at der med baggrund i de nuværende aftaler kan laves godt 30.000 opfølgende hjemmebesøgspakker med op til tre besøg af praktiserende læge og hjemmesygeplejerske hos patienten for de afsatte midler.

Initiativet i handleplanen ophører med udgangen af 2015, og skal bygge til og ovenpå den nuværende indsats.

Opfølgende hjemmebesøg	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Kommunerne	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Regionerne	0	15,0	15,0	15,0	45,0
I alt	0,0	15,0	15,0	15,0	45,0

2.1.4. Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

En væsentlig forudsætning for et effektivt og smidigt samarbejde mellem praktiserende læger, sygehuslæger og kommuner er, at alle relevante informationer om kommunale subakutte/akutte tilbud er let tilgængelige.

Kommunerne registrerer allerede i dag en række tilbud på sundhed.dk, hvorfor det også i fremtiden vil være det naturlige sted at placere oplysninger om kommunale subakutte/akutte tilbud.

Forud for krav til kommunerne om registrering på sundhed.dk er det nødvendigt at få en mere præcis definition af begreberne subakut/akut tilbud i kommunal kontekst.

Definitionen skal udarbejdes med afsæt i, at formålet med de kommunale subakutte og akutte tilbud er at forebygge indlæggelser og genindlæggelser og inden for en ramme, hvor det tydeliggøres, at der er tale om specialiserede kommunale sundhedsydelser.

Proces og centrale milepæle

Efteråret 2012:

- KL afklarer sammen med Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner, hvad der forstås ved subakutte/akutte tilbud i en kommunal kontekst
- KL udarbejder herefter vejledning til kommunerne om registrering af subakutte/akutte kommunale tilbud på sundhed.dk

Marts 2013:

- Alle kommuner har registeret deres subakutte/akutte tilbud på sundhed.dk

Primær ansvarlig og andre aktører

KL er primær ansvarlig med støtte fra Sundhedsstyrelsen i, hvad der forstås ved subakutte/akutte tilbud i en kommunal kontekst.

Økonomi

Lægers overblik over lokale subakutte/akutte kommunale tilbud	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
I alt	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0

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

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

Formålet er at afprøve og udvikle nye samarbejdsformer, hvor regioner, kommuner og almen praksis i højere grad samarbejder om subakutte/akutte tilbud til den ældre medicinske patient i forventning om at opnå yderligere viden om, hvilke subakutte/akutte opgaver, der med fordel kan varetages i kommunalt regi. Fx hvilke kompetencer og hvilke samarbejdsaftaler der kræves i forhold til almen praksis, kommunerne og regionerne.

Det nære sundhedsvæsen, herunder det kommunale sundhedsvæsen, spiller en central rolle i forhold til den ældre medicinske patient, herunder er der en forventning om, at nogle af de meget korte indlæggelser kan undgås, hvis der i kommunerne er et subakut/akut tilbud. Dette vil fortsat i visse tilfælde kræve udredning og evt. start af behandling i sygehusregi (ambulant eller under kortvarig indlæggelse) og i andre tilfælde vil udredning og behandling kunne foregå i almen praksis. I andre tilfælde kan det subakutte/akutte kommunale tilbud suppleres med udgående teams fra sygehus.

I forbindelse med tildeling af puljemidler vil projekter, som forventes at kunne bidrage med viden om den videre udbygning af samarbejdet mellem region, kommune og almen praksis omkring subakutte/akutte tilbud - herunder yderligere viden om hvilke subakutte/akutte opgaver, der med fordel kan varetages i kommunen - blive prioriteret. Tre til fem større projekter vil blive prioriteret, hvor projekterne samlet set skal repræsentere forskellige måder at samarbejde på, herunder inddragelse af almen praksis. Der vil blive lagt vægt på en geografisk spredning af projekterne, der tager højde for lokale forhold land/by, tilknytning til små/store sygehuse, antal kommuner i sygehusets optage-område, befolkningstæthed mv.

Krav til ansøgningen vil bl.a. være:

- Ansøgning til puljen skal foretages af en region sammen med en eller flere kommuner
- Projekterne skal etablere subakutte/akutte indsatser døgnet rundt og året rundt
- At følgende er beskrevet:
 - Projektets formål/delmål, herunder de forventede resultater
 - Baggrundsbeskrivelse for projektet og dets relevans, herunder fundering i forskningsbaseret viden og praktiske erfaringer fra området
 - Beskrivelse af den konkrete indsats, herunder bl.a. beskrivelse af:
 - samarbejdet mellem region, kommuner og almen praksis

- det subakutte /akutte tilbud – herunder tilknytning fx til akutstuer eller sundheds- og akuthuse
- Projektets målbare succeskriterier:
 - At projektet skal være afsluttet inden udgangen af 2014
 - At tilskudsmodtager er forpligtet til løbende at evaluere og udarbejde en afsluttende evaluering af projektet senest 1. april 2015.

Proces og centrale milepæle

Sundhedsstyrelsen udarbejder kriterier for udmøntning af puljen med inddragelse af Danske Regioner og KL - herunder krav til specifikke indikatorer i evalueringen.

August 2012:

Puljeopslag

Oktober 2012:

Ansøgningsfrist

December 2012:

Udmelding af tildelte midler offentliggøres

1. kvartal 2013:

Projektstart

Senest 1. april 2015:

Afsluttende projektevalueringer skal indsendes

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er primær ansvarlig og vil inddrage Danske Regioner og KL i udarbejdelsen af et oplæg til puljeopslaget på baggrund af input fra erfaringer og ideer fra fagfolk i kommuner og regioner.

Økonomi

Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Regioner og kommuner – fordeles på baggrund af projektansøgninger	20,0	0,0	0,0	0,0	20,0

2.1.6. Idékatalog om subakutte/akutte tilbud

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

Formålet er at udarbejde ét idékatalog over erfaringer fra subakutte/akutte tilbud til den ældre medicinske patient i kommuner og regioner, herunder almen praksis. Der er en forventning om, at nogle af de meget korte indlæggelser kan undgås, hvis der i kommunerne er et subakut/akut tilbud – der i tillæg til fx udredning og behandling i almen praksis eller sygehusregi – kan varetage observation og pleje, som ikke kræver sygehusets muligheder.

Der er en række erfaringer fra forskellige kommuner med afprøvning af subakutte/akutte tilbud, herunder erfaringer med hvilke kompetencer, der bør være til stede hos de sundhedsprofessionelle. Samtidig er der erfaringer med udgående tilbud fra sygehus med henblik på behandling af patienter – herunder samarbejde med kommunale medarbejdere og almen praksis. I det omfang ovennævnte tilbud er evalueret, vil det være vigtigt at få denne viden samlet bl.a. med henblik på at opnå erfaring i hvilke opgaver, kommunen kan varetage i subakut/akut øjemed og hvilke kompetencer, der er nødvendige med henblik på at sikre kvalitet i behandling og pleje for den ældre medicinske patient – herunder også samarbejde med almen praksis og sygehus.

Nogle af erfaringerne forventes desuden at komme fra evaluering af de projekter, der igangsættes i forhold til initiativ 5: "Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud".

Proces og centrale milepæle

Leverancen er et fælles idekatalog fra Sundhedsstyrelsen, Danske Regioner og KL. Leverancen forudsætter, at evalueringerne fra initiativ 5: "Styrkelse af samarbejde mellem regioner, kommuner og almen praksis vedr. subakutte/akutte tilbud" indkommer rettidigt, dvs. senest 1. april 2015.

3./4. kvartal 2012:

Sundhedsstyrelsen indkalder KL og Danske Regioner til et indledende møde med henblik på planlægning af proces.

2. kvartal 2015:

Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejdet.

December 2015:

Idékatalog offentliggøres.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er primær ansvarlig, men det fælles idékatalog udarbejdes i samarbejde med Danske Regioner og KL.

Økonomi

Idekatalog om subakutte/akutte tilbud	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Sundhedsstyrelsen	0,0	0,0	0,0	0,5	0,5

2.1.7. Værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn i kommuner og almen praksis

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

I henhold til finansloven for 2010 har Sundhedsstyrelsen nedsat en Styregruppe for den ældre medicinske patient, hvis formål bl.a. er at rådgive Sundhedsstyrelsen om, hvordan (gen)indlæggelse kan forebygges, samt hvordan der kan skabes sammenhæng i patientforløbet.

Det faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient (2011) har tydeliggjort, at der er et behov for at kunne identificere de patienter, som har behov for særlig opmærksomhed og indsats – bl.a. ved tidlig opsporing at kunne forebygge en forværring af patientens tilstand og dermed undgå en uhenigtsmæssig (gen)indlæggelse.

Formålet med dette initiativ er at afklare hvilke værktøjer, der kan benyttes til tidlig opsporing af underernæring, faldende funktionsniveau og systematiske løbende hverdagsobservationer omkring begyndende fysiske og/eller psykiske ændringer fra sædvanlig niveau for bl.a. at reducere uhenigtsmæssige (gen)indlæggelser. For at de fagprofessionelle kan foretage tidlig opsporing af nedsat eller faldende fysisk funktionsniveau, underernæring eller faldende vægt samt foretage løbende observationer af forandringer i den vanlige tilstand i hverdagen kræver det, at de 3 situationer hver for sig kan observeres og beskrives objektivt, og at det gøres ens uanset hvilken fagprofessionel, der er i kontakt med patienten. Identifikationen af

de nævnte ændringer fra sædvanligt niveau skal derfor kunne foregå ved hjælp af validerede og let anvendelige værktøjer, som kan anvendes i kommuner og almen praksis.

Proces og centrale milepæle

Vurdering af hvilke værktøjer, der fremover bør peges på og benyttes i forbindelse med tidlig opsporing af faldende fysisk funktionsniveau, ernæringstilstand (underernæring) og observationer af sygdomstegn kræver, at Sundhedsstyrelsen inddrager eksperter med særlig viden på området.

Medio 2012:

Sundhedsstyrelsen igangsætter arbejdet med vurdering og valg af værktøjer og faglige eksperter med viden på området inddrages i arbejdsgrupper eller ad hoc.

3.kvartal 2012:

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe.

December 2012:

De 3 værktøjer foreligger.

Foråret 2013:

Danske Regioner og KL udarbejder plan for implementering og varetager herefter implementeringsopgaven.

Implementeringen skal ske i løbet af 2013 og forventes afsluttet ved årets udgang.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er ansvarlig for vurdering af, hvilke værktøjer der skal peges på med inddragelse af KL og Danske Regioner. Danske Regioner og KL er ansvarlige for den efterfølgende implementering i regioner og kommuner.

Økonomi

Værktøjer til tidlig opsporing - Herunder udbredelse og information om værktøjerne	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Sundhedsstyrelsen	0,5	0,0	0,0	0,0	0,5
Regioner/kommuner (fordeles når værktøjerne kendes)	0,0	3,0	0,0	0,0	3,0
I alt	0,5	3,0	0,0	0,0	3,5

2.1.8 Forebyggelse af tryksår

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

Tryksår udgør et stort sundhedsmæssigt og økonomisk problem. Danske prævalensundersøgelser fra sygehuse har vist, at 13-43 % af de indlagte patienter havde tryksår. Prævalensen af tryksår blandt beboere på plejehjem eller borgere, der modtager hjemmepleje i eget hjem, kendes ikke, men tryksår formodes også at forekomme relativt hyppigt her. Patienter kan udskrives fra sygehuse med tryksår, ligesom tryksår kan opstå blandt beboere på plejehjem eller borgere, der modtager hjemmepleje i eget hjem. Flere steder i Danmark har kommunerne arbejdet med registrering og forebyggelse af tryksår, bl.a. i samarbejde med lokale sygehuse. Resultaterne fra dette arbejde, og fra målrettede indsatser i udlandet, peger i retning af, at forebyggelsespotentialet i kommunerne også er stort.

Erfaringer fra forbedringsprojektet "Patientsikkert Sygehus" har vist, at det i høj grad er muligt at forebygge tryksår på sygehuse gennem en såkaldt "Tryksårspakke". Denne pakke er ikke afprøvet i kommunerne, men formålet med initiativet er at tilpasse "Tryksårspakken" til kommunerne, informere om behovet for forebyggelse af tryksår og udbrede kendskabet til "Tryksårspakken" i kommunerne.

- Tilpasningen af "Tryksårspakken" til kommunerne gennemføres ved at indhente eksisterende viden om forebyggelse af tryksår i kommunerne fra konkrete kommuneprojekter og internationale undersøgelser. Dette skal ske i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og KL, samt via inddragelse af kommunale eksperter/nøglemedarbejdere.
- Information om behovet for forebyggelse af tryksår og udbredelse af kendskabet til den tilpassede "Tryksårspakke".
 - Udvikling af et implementeringsredskab til kommunerne med undervisningsmateriale, procesredskaber, tjeklister mv. Udviklingen af implementeringsredskabet skal ske i regi af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og KL med inddragelse af kommunale eksperter/nøglemedarbejdere. Implementeringsredskabet skal indeholde en samling af redskaber til, hvordan kommunerne lokalt kan arbejde med systematisk at sætte fokus på forebyggelse tryksår gennem den tilpassede "Tryksårspakke".
 - Gennemførelse af en række uddannelsesaktiviteter for kommunale ledere og nøglemedarbejdere i enkeltkommuner/kommuneklynger. Uddannelsesaktiviteterne gennemføres af Dansk Selskab for Patientsikkerhed og KL. Uddannelsesaktiviteterne skal give de kom-

munale ledere og nøglemedarbejdere generel information om behovet for forebyggelse af tryksår og den tilpassede "Tryksårspakke", samt viden om, hvordan implementeringsredskabet kan bruges lokalt, så den tilpassede "Tryksårspakke" kan implementeres under rette forudsætninger.

Proces og centrale milepæle

Centrale milepæle:

Ultimo 2012:

Der er foretaget tilpasning af den eksisterende "Tryksårspakke":

Der udvikles læringssæt med afsæt i den kommunale "Tryksårspakke".

Foråret 2013:

Der afholdes uddannelsesaktiviteter.

Primær ansvarlig og andre aktører

KL er primær ansvarlig med inddragelse af Dansk Selskab for Patientsikkerhed.

Økonomi

Forebyggelse af tryksår	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Tilpasning af "Tryksårspakken"	0,1	0,0	0,0	0,0	0,1
Udvikling af læringssæt og afholdelse af uddannelsesaktiviteter om "Tryksårspakken" i kommunerne	1,0	1,0	0,0	0,0	2,0
Til kommunerne i alt	1,1	1,0	0,0	0,0	2,1

2.2 STYRKELSE AF SAMMENHÆNG I OG KOORDINATION AF PATIENTFORLØBET

2.2.9. Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
 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.

Formål og indhold

Formål

Formålet med initiativet er at sikre, at særligt svækkede ældre medicinske patienter får intensiveret, personlig tilpasset koordinerende støtte til et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor.

Indhold

Mange ældre medicinske patienter oplever dårlig kvalitet og sammenhæng, fordi samarbejdet mellem sektorerne ikke fungerer godt nok. Nogle oplever at blive udskrevet fra sygehuset uden, at hjemsendelsen er tilstrækkeligt planlagt, eller at der er et passende tilbud til dem, når de kommer hjem. Andre oplever, at de nødvendige informationer om deres sygdom, ændring i medicinering eller nye symptomer ikke i tilstrækkelig grad bliver delt mellem sygehus, almen praksis og hjemmesygeplejen.

På den baggrund prioriteres der i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient fælles regionale-kommunale "forløbskoordinatorfunktioner bestående af forløbskoordinatorer". I forlængelse heraf bliver der i udmøntningen af de fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner lagt vægt på følgende principper:

For det første er det afgørende, at forløbskoordinering indgår som en integreret del af den samlede opgavevaretagelse for de sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og læger, der plejer og behandler patienten.

For det andet, at sektorerne hver især bør have mulighed for at tilrettelægge indsatsen og organiseringen, så der tages optimalt højde for lokale forhold, rammer og ressourcer.

For det tredje, at de fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner skal varetage forløbskoordination for særligt komplekse forløb, samt varetage en fælles kommunal og regional indsats for kvalitetssikring af patientforløb. Det kan fx ske ved at understøtte rammerne for sammenhængende og koordinerede forløb for de ældre medicinske patienter og ved gennem audit/evalueringer af eksisterende forløb at opsamle og sprede viden om systematisk arbejde med forbedring af patientforløb. Ved en fælles og systematisk tilgang vil der opnås samlet og koordineret bidrag til kvalitetssikring og støtte til forandring.

Med en samlet økonomisk ramme på 97,4 mio. kr. over fire år er der mulighed for at intensivere indsatsen for at styrke koordinering og sammenhæng på tværs af sektorerne for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Det er afgørende, at denne saltvandsindsprøjtning bidrager til, at der i alle forløb med ældre medicinske patienter udvikles en praksis, hvor alle sundhedspersoner, der er involveret i forløbet fokuserer på at sikre sammenhæng og koordinering. Udmøntningen skal ses i lyset af, at den økonomiske ramme svarer til ansættelse af knap 50 fuldtids sundhedsprofessionelle i fire år. Samtidig er det væsentligt at pointere, at det vil være hensigtsmæssigt, at de tiltag, der iværksættes som led i udmøntningsplanen, skal kunne videreføres, når de afsatte ressourcer er opbrugt ved udgangen af 2015. Det er derfor afgørende, at der etableres modeller for forløbskoordinering, hvor koordineringen styrkes på alle niveauer i forløbet.

På den baggrund er det centralt, at dette nye initiativ kobles tæt til eksisterende drift for ikke at skabe flere overgange og aktører, der skal koordineres imellem, men tværtimod sikrer et løft. Både i kommuner og regioner er der i dag flere eksempler på forskellige funktioner, der arbejder for at sikre sammenhæng og koordinering. Det drejer sig fx om kommunale og regionale udskrivningskoordinatorer, patientvejledere og visitatorer.

Herudover er det afgørende, at den økonomiske ramme i udmøntningsplanen bidrager til at tilvejebringe ny viden og systematisk udvikling af indsatsen i takt med, at der opnås viden og erfaringer.

Parterne er på den baggrund enige om følgende en model for udmøntning:

- At koordinering og sammenhæng sættes højt på dagsordenen i alle forløb for ældre medicinske patienter.
- At der i hele forløbet tages afsæt i størst mulig inddragelse af patient og evt. pårørende.
- At der i hver region etableres en fælles regional/kommunal funktion for forløbskoordinering, der kan være såvel fysisk som virtuel. Funktionen etableres i regi af sundhedsaftalesystemet og forløbskoordinatorer knyttes hertil.
- At forløbskoordinatorerne beskæftiger sig med forløbskoordinering af særlige komplekse forløb og støtte og support til både kommunale og regionale sundhedspersoner ved indlæggelser og udskrivelser af målgruppen.
- At forløbskoordinatorerne bidrager med udvikling af konkrete værktøjer.
- At forløbskoordinatorerne medvirker til kontinuerlig opfølgning på kvaliteten af målgruppens forløb, bl.a. ved at lave audit/evalueringer. Desuden kan forløbskoordinatorerne medvirke til at indsamle og sprede viden og erfaring om den ældre medicinske patient med henblik på at forbedre patientforløb.
- At evalueringen tilrettelægges, så det er muligt at følge både udviklingen på antal af forløb, kvaliteten af de enkelte forløb og udviklingen af indsatsen i funktionen for forløbskoordinering.
- Skal koordineres med/ understøtte de opfølgende hjemmebesøg.
- At forløbskoordinering skal sikre:

- At der sker sikker overdragelse mellem sundhedspersoner både internt og på tværs af sektorerne
- At der er sammenhæng i pleje- og behandlingsforløb
- At patienter og pårørende oplever sig inddraget og velorienteret.

Proces og centrale milepæle

Efteråret 2012:

- Danske Regioner og KL er ansvarlige for en mere præcis beskrivelse af målgruppen "særligt svækkede ældre medicinske patienter".
- Danske Regioner og KL er ansvarlige for i samarbejde med Sundhedsstyrelsen og evaluator at fastsætte landdækkende kvalitetsparametre for forløbskoordineringen.

Efteråret 2012:

- Der indgås aftale i alle fem regioner og tilknyttede kommuner om organisering, drift og indhold i de nye funktioner.
- Alle aftaler skal indarbejdes i sundhedsaftalerne.
-

Primo 2013:

- Der sker ansættelse i de nye funktioner og alle funktioner skal være i drift senest foråret 2013.

Foråret 2013 - 2015:

- Alle funktioner er i drift.

2013 – 2015:

- Danske Regioner og KL er ansvarlige for én gang årligt at indsamle data i forhold til de fastsatte kvalitetsparametre for forløbskoordinering.

2012-2015:

- Der tilknyttes en ekstern evaluator, der er ansvarlig for en løbende evaluering af initiativet.

Primær ansvarlig og andre aktører

Primær ansvarlige

Danske Regioner og KL er primære ansvarlige med inddragelse af Sundhedsstyrelsen og evaluator.

Økonomi

Fordeling af de afsatte midler til initiativet er aftalt således, at midlerne fordeles med 30 % til regionerne og 70 % til kommunerne.

Ifølge opgørelser fra Danske Regioner og KL var der i 2011 207.296 udskrivelser fra medicinske afdelinger for 65+årige borgere. Det vurderes, at der i projektperioden kan koordineres op mod 10.000 forløb om året for de afsatte midler.

Udover den konkrete patientrettede forløbskoordinering skal midlerne benyttes til forløbskoordination, kvalitetsarbejde herunder indhente og sprede viden og erfaringer om forbedring af patientforløb for de ældre medicinske patienter. Midlerne skal ses i sammenhæng med den eksisterende indsats i regioner og kommuner og

kan fx bruges til frikøb/projektansættelser af sundhedsfagligt personale indtil 2015, indhentning og bearbejdelse af data, herunder fx audit eller evalueringer, der kan bidrage til bedre forløb for de ældre medicinske patienter.

Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Regioner	0,0	9,74	9,74	9,74	29,22
Kommuner	0,0	22,73	22,73	22,73	68,19
I alt	0,0	32,47	32,47	32,47	97,4

Evaluering af de fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Ekstern konsulentbistand	0,0	0,75	0,5	0,75	2,0

2.2.10. Afklaring af individuelle forløbsplaner

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient
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.

Formål og indhold

Formålet er at afklare om individuelle forløbsplaner kan benyttes til ældre medicinske patienter med mere komplekse problemstillinger og dermed sikre et sammenhængende og koordineret forløb.

Det er beskrevet, at forløbsplaner skal udarbejdes i relation til den enkelte patient i forbindelse med faglige indsatser i patientforløbet. Planen skal være tværfaglig og tværsektoriel og skal være afstemt med behandlingsplanen. Det er beskrevet, at der ved benyttelse af forløbsplaner skal sikres en klar ansvars- og rollefordeling, således at det altid er afklaret, hvem der har hovedansvaret for at koordinere og følge op på indsatsen. Det skal afklares, hvilke elementer der bør indgå i den individuelle forløbsplan for, at den er med til at sikre sammenhæng og kvalitet i patientforløbet.

Forløbsplanen skal være forventningsafstemt med patienten og dennes pårørende, og skal derfor ske i dialog mellem patienten og evt. pårørende og de sundhedsprofessionelle. Der er i Danmark endnu ikke evalueret projekter, der benytter forløbsplaner. Dette betyder, at der bl.a. også skal ses på internationale evaluerede erfaringer.

Proces og centrale milepæle

Det er en forudsætning for denne leverance, at evalueringen fra initiativ 9: Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter er færdig.

2. kvartal 2015:

I regi af Sundhedsstyrelsen igangsættes et afklaringsarbejde med henblik på om individuelle forløbsplaner er et brugbart værktøj i Danmark.

December 2015:

Resultatet af afklaringsarbejdet foreligger.

Primær ansvarlig og andre aktører

Sundhedsstyrelsen er primær ansvarlig og inddrager KL og Danske Regioner.

Økonomi

Afklaring af individuelle forløbsplaner	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Sundhedsstyrelsen	0,0	0,0	0,0	0,4	0,4

2.3. ANALYSE AF DE MEDICINSKE AFDELINGER

2.3.1 Analyse af de medicinske afdelinger

Aftaletekst fra den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

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.

Formål og indhold

Analysen vil bestå af en række delanalyser, der tilsammen giver et billede af anvendelsen af de medicinske sengepladser. Delanalyserne vil bl.a. bestå af:

- a) Kvalitativ og kvantitativ undersøgelse af indgangen og visitationen til de medicinske afdelinger. Fokus skal være på:
 - I. hvilke patienter henvises
 - II. hvem henviser dem
 - III. baggrunden for henvisningen,
 - IV. Triage/visitationsprocessen på sygehuset, FAM/AMAs rolle

- b) Kvalitativ undersøgelse af patientforløbet under indlæggelsen. Konkret skal der bl.a. undersøges:

- I. hvad foregår under indlæggelsen, herunder tilrettelæggelsen af behandling og diagnostik med fokus på om arbejdsgange understøtter effektive og sammenhængende patientforløb.
 - II. hvordan forberedes udskrivningen?
- c) Kvantitativ registeranalyse. Her følges et udvalgt antal patienter over et længere forløb i forhold til kontakter med almen praksis, hjemmesygeplejen, sygehuse (ambulatorier og akutte indlæggelser) m.v.
 - d) Kortlægning og analyse af erfaringer, effekter og læringspotentiale ved forskellige procesoptimeringsredskaber (productive ward, waste tools, patientinventering).
 - e) Med udgangspunkt i en kortlægning af nationale og internationale erfaringer samt resultaterne fra analyserne i a) til d) belyses potentialer for en bedre udnyttelse af den eksisterende kapacitet og redegøres for modeller, der sikrer en sammenhængende indsats for de ældre medicinske patienter på såvel sygehus som på tværs af sektorer før, under og efter indlæggelse. Heri inddrages initiativerne i handlingsplanen for den ældre medicinske patient.
 - f) Med udgangspunkt i e) vurderes forskellige samarbejdsmodeller mellem de relevante aktører i forhold til at sikre et sammenhængende og omkostningseffektivt patientforløb af høj kvalitet.

Analyserne i a og b tager udgangspunkt i et udvalgt antal afdelinger, hvor alle regioner er repræsenteret (intern medicin + evt. geriatri). Desuden tilstræbes, at afdelingerne afspejler forskellig geografi og evt. også forskellige sygehustyper.

Proces og centrale milepæle

Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af Danske Regioner, KL, Finansministeriet og Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse (formand). Arbejdsgruppen sekretariatsbetjenes af Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Der indhentes ekstern konsulentbistand til gennemførelsen af opgaven og udbudsmaterialet hertil udarbejdes af arbejdsgruppen.

Centrale milepæle

Medio 2012: Analysen sendes i udbud

3.-4. kvartal 2012 + primo 2013: Gennemførelse af registeranalyse samt analyser i regioner og kommuner.

Foråret 2013: Endelig afrapportering. Der kan evt. ske en løbende afrapportering af de enkelte delanalyser.

Primær ansvarlig og andre aktører

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse er primær ansvarlig med inddragelse af Danske Regioner og KL.

Økonomi

Analyse af de medicinske afdelinger	2012 (mio. kr.)	2013 (mio. kr.)	2014 (mio. kr.)	2015 (mio. kr.)	I alt (mio. kr.)
Ekstern konsulentbistand	2,5	0,0	0,0	0,0	2,5