



Den Tværsektorielle Grundaftale

2015-2018

Sundhedsaftale om forløbskoordinering

Indsatsområde: Behandling og Pleje

Proces: Opdateret august 2014

Sundhedsaftale om forløbskoordinering

- af indsatsen for særligt svækkede ældre medicinske patienter

Indholdsfortegnelse

1	Baggrund.....	1
2	Formål.....	1
3	Resume af anbefalinger.....	2
4	Indhold i forløbskoordinatorfunktioner.....	3
4.1	Den generelle forebyggelsesindsats.....	4
4.2	Forebyggende indsats umiddelbart før eventuel akut sygehusindlæggelse.....	7
4.3	Indlæggelses- og udskrivningsforløb.....	11
4.4	Efter udskrivning.....	15
5	Organisering af forløbskoordinatorfunktioner og opfølgning.....	16
5.1	Forløbskoordinering mellem kommune og almen praksis.....	16
5.2	Forløbskoordinering mellem kommune, almen praksis og sygehus.....	18
5.3	Fælles gruppe til opfølgning på samarbejde om forløbskoordinering.....	19
6	Driftsøkonomi.....	19
7	Aftalens ikrafttræden og evaluering.....	20

20. juni 2013 (opdateret 29. august 2014)



1 Baggrund

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.

I forlængelse af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er der udarbejdet en ”Fælles udmøntningsplan for den ældre medicinske patient” (6. juni 2012). Udmøntningsplanen består af 11 initiativer, der særligt skal føre til at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser (herunder genindlæggelser) og styrke sammenhængen i og koordinationen af patientforløbene. Udmøntningen af de enkelte initiativer vil blive fulgt nationalt af Sundhedsstyrelsen via Styregruppen for den ældre medicinske patient. I Nordjylland besluttede Sundhedskoordinationsudvalget, at nedsætte en gruppe, der har til opgave at sikre ”lokal” tværsektoriel koordinering af de initiativer i den Fælles udmøntningsplan for den ældre medicinske patient, hvor gruppen vurderer, at der er et behov for det. Gruppen er benævnt ”Gruppen om den ældre medicinske patient”.

Der er behov for lokal tværsektoriel koordinering af initiativet ”Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter” – da det fremgår af udmøntningsplanen, at der skal indgås aftaler i alle regioner og tilknyttede kommuner om organisering, drift og indhold i de nye funktioner og at aftalen skal indarbejdes i sundhedsaftalerne.

Nærværende sundhedsaftale skal som et tillæg til den eksisterende sundhedsaftale om indlæggelse og udskrivning i Region Nordjylland. Det er vigtigt, at aftalen løbende revideres.

2 Formål

Formålet med aftalen er at konkretisere initiativet vedrørende ”fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre patienter” i forhold til indhold, organisering og drift i en nordjysk kontekst. Det skriftlige udgangspunkt for konkretiseringen har primært været:

- ”Fælles udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient”, Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse, Danske Regioner, KL, Sundhedsstyrelsen, NSI, 6. juni 2012. Herefter benævnt: ”udmøntningplanen”.
- ”Rammepapir om fælles forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter”, Danske Regioner, KL, 18. december 2012. Herefter benævnt: ”rammepapiret”.
- ”Forløbsoversigter for den ældre medicinske patient”, Sundhedskoordinationsudvalget i Nordjylland, 13. december 2012. Herefter benævnt ”forløbsoversigterne”.
- ”Sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning”, 2010.

Formålet med konkretiseringen er, at skabe et fælles billede af hvordan der arbejdes med forløbskoordinatorfunktioner i Nordjylland og dermed understøtte 1) konkret forløbskoordination for målgruppen og 2) det fælles kvalitetsarbejde om det gode forløb i Nordjylland.

Målgruppen er den særligt svækkede ældre medicinske patient – men initiativet vil have en positiv afsmittende effekt for en bredere målgruppe.

3 Resume af anbefalinger

I nedenstående sundhedsaftale opdeles forløbskoordineringen analytisk i forløbskoordinering i den generelle forebyggelsesindsats, umiddelbart før eventuel akut sygehusindlæggelse, ved indlæggelses- og udskrivningsforløb og efter udskrivelsen.

Anbefalingerne for en styrket forløbskoordinering i den generelle forebyggelsesindsats er:

- at Region Nordjylland indgår en § 2 aftale om lægepraksis` deltagelse i en tidlig proaktiv indsats overfor særligt skrøbelige patienter. . Praksispersonale i den enkelte praksis er tovholder for, sammen med kommunalt udpegede tovholdere at *identificere* en del af patienterne i den enkelte klinik, der vurderes som særligt svækkede ældre medicinske patienter, og at *planlægge* en koordineret og intensiveret indsats for målgruppen indenfor de eksisterende tilbud i kommune og almen praksis..
- at tilmeldte lægeklinikker i Nordjylland udpeger en eller flere *projektansvarlige sygeplejersker eller andet praksispersonale* (alt efter klinikstørrelse og interne valg i klinikken), som koordinerer indsatsen med hjemmesygeplejen. Den projektansvarlige i klinikken har det primære ansvar for at identificere målgruppen blandt klinikens patienter.
- at deltagende kommuner udpeger en eller flere *koordinerende sygeplejersker*, der koordinerer indsatsen med den enkelte praksis.
- at den særligt svækkede ældre medicinske patient tildeles en *fast kontaktlæge ide tilmeldte klinikker* – efter aftale med patienten selv.

Anbefalingerne for en styrket forløbskoordinering umiddelbart før eventuel akut sygehusindlæggelse er:

1. at alle kommuner sikrer, at det relevante kommunale personale er uddannet til at observere på parametre til sikring af *målrettet tidlig opsporing* og at observationerne dokumenteres så forandringer identificeres tidligst muligt.
2. at alle kommuner etablerer en *udgående funktion* bemandet med sygeplejersker, der er uddannede i akutte problemstillinger og kan tilse borgeren indenfor 1 time.
3. at arbejdet med at kvalitetssikre forløbskoordineringen sker på baggrund af *audits 1 gang om året* af patientforløb med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge indlæggelser af den særligt svækkede ældre medicinske patient.
4. at kvalitetssikringen er forankret i det kommunale lægelige udvalg – evt. understøttet af tværsektoriel undergruppe/auditgruppe - der *drøfter auditresultater* og forholder sig aktivt til hvordan koordineringen kan forbedres.
5. at de kommunale lægelige udvalg drøfter resultaterne fra audits på deres sidste møde i henholdsvis 2013, 2014 og 2015 med henblik på en *kort orientering af Den Administrative Styregruppe om status for arbejdet* på det første møde i Den Administrative Styregruppe i henholdsvis 2014, 2015 og 2016.

Anbefalingerne for en styrket forløbskoordinering ved indlæggelses- og udskrivningsforløb er:

1. at arbejdet med at kvalitetssikre forløbskoordineringen sker på baggrund af *audits 1 gang om året* af patientforløb med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen, udskrivning når indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling og forebygge genindlæggelser af den særligt svækkede ældre medicinske patient.
2. at kvalitetssikringen af forløbskoordineringen er forankret i kontaktudvalget – evt. understøttet af tværsektoriel undergruppe/auditgruppe – der *drøfter auditresultater* og forholder sig aktivt til hvordan koordineringen kan forbedres.
3. at hvert somatisk kontaktudvalg drøfter resultaterne fra audits på deres sidste møde i henholdsvis 2013, 2014 og 2015 med henblik på en *kort årlig orientering af Den Administrative Styregruppe om status for arbejdet* på det første møde i Den Administrative Styregruppe i henholdsvis 2014, 2015 og 2016.

Anbefalingerne for en styrket forløbskoordinering efter udskrivning er:

1. at *alle særligt svækkede ældre medicinske patienter oplever tryghed i forbindelse med hjemkomstsituationen* – enten ved at hjemme- eller sygepleje er til stede ved hjemkomsten eller ved borgeren oplever, at der er lavet en tilstrækkelig præcis aftale ift. hjemme- eller sygeplejens første besøg efter borgerens hjemkomst.
2. at der efter udskrivinger af alle særligt svækkede ældre medicinske patienter *etableres en opfølgende dialog mellem kommunal sygeplejerske og alment praktiserende læge* – *under inddragelse af borgeren og evt. pårørende* – med det formål, at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge genindlæggelser ved at lave en fælles plan for det videre forløb – herunder genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Centralt er, at sygeplejerske og almen praksis afklarer behovet for et opfølgende hjemmebesøg.
3. at kvalitetssikringen af forløbskoordineringen er forankret i det kommunale lægelige udvalg – via nedsættelse af særlig opfølgingsgruppe – der *løbende drøfter og sikrer fremdriften* – herunder i forhold til udbredelsen af opfølgende hjemmebesøg.
4. at *Den Administrative Styregruppe på første møde i henholdsvis 2014, 2015 og 2016 forelægges en statistik* for antallet af opfølgende hjemmebesøg fordelt på kommuner.

4 Indhold i forløbskoordinatorfunktioner

I udmøntningsplanen og rammepapiret er omdrejningspunktet den forløbskoordination der foregår i selve overgangen mellem sygehus og kommune i forbindelse med indlæggelse og udskrivning. Dermed er rollen for almen praksis sparsomt beskrevet, selvom forløbskoordination er særligt vigtigt i aksen mellem almen praksis og kommunen.

Gruppen om den ældre medicinske patient vurderer, at fokus bør udvides til det samlede borger/patientforløb. Derfor gives der i nedenstående afsnit et overblik over forløbskoordinationen ud fra forskellige tidsperspektiver.

I det nedenstående er forløbskoordinationen analytisk opdelt ud fra forskellige tidsperspektiver for borgeren/patienten, selvom tidsperspektiverne i virkelighedens verden

ikke altid kan opdeles så skarpt. I nedenstående er forløbskoordinering således opdelt i fire tidsperspektiver:

1. Den generelle forebyggelsesindsats.
2. Umiddelbart før eventuel akut sygehusindlæggelse.
3. Forløbskoordinering ved indlæggelses- og udskrivningsforløb
4. Forløbskoordinering efter udskrivelsen.

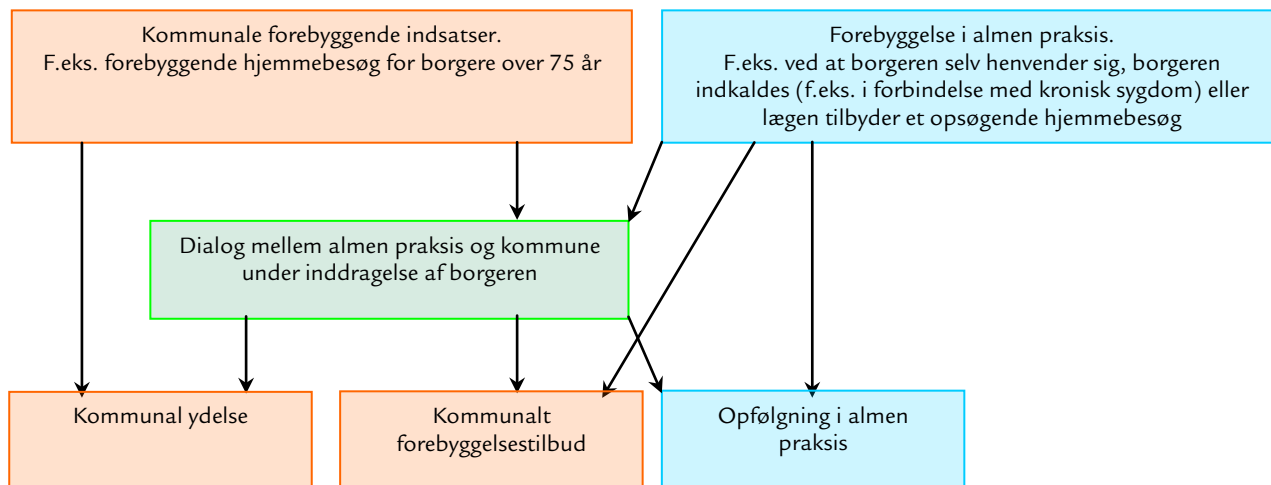
Den indholdsmæssige nuancering af begrebet forløbskoordination vil lægge op til næste afsnits beskrivelser af organisering og drift af forløbskoordinationen i Nordjylland.

4.1 Den generelle forebyggelsesindsats

Forløbskoordinationen i dette tidsperspektiv henviser til den koordinering, der foregår i forbindelse med den borgerrettede og patientrettede forebyggelse, hvor der ikke er et umiddelbart behov for et akut/subakut tilbud f.eks. sygehusindlæggelse.

Målet med indsatsen er – i samarbejde med patient og evt. pårørende – at give en understøttende indsats, der kan fremme en sund levevis og forebygge forværringer/fremme forbedringer i borgerens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau – og herigennem i sidste ende forebygge behov for subakutte/akutte indsatser. Aktørerne primært kommunen, almen praksis og patienten selv (og evt. pårørende). Sygehuset er som udgangspunkt ikke involveret. I forløbsoversigterne er flowet i koordinationen skitseret således:

Figur 1: Forløbskoordinering i den generelle forebyggelsesindsats.



Kommunernes forebyggelsesindsats:

Kommunerne har ansvaret for, at der skabes rammer for sund levevis og etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne og kan påtage sig en proaktiv rolle i forbindelse med forebyggelsesindsatsen.

Et eksempel i den kommunale proaktive indsats er de ”forebyggende hjemmebesøg”. Alle borgere, der er fyldt 75 år, og som bor i kommunen, skal således tilbydes forebyggende hjemmebesøg jf. lov om social service § 79. Kommunerne skal tilbyde mindst ét

forebyggende hjemmebesøg indenfor en 12 måneders periode til alle, der er fyldt 75 år. Kommunalbestyrelsen kan vælge at undtage borgere, der modtager både personlig og praktisk hjælp. Et forebyggende hjemmebesøg er et uopfordret, men ikke uanmeldt, besøg i eget hjem. Formålet med tilbud om forebyggende hjemmebesøg er, at opprioritere den forebyggende og sundhedsfremmende indsats over for ældre ved at skabe tryghed og trivsel samt yde råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder. I de tilfælde, hvor almindelig vejledning ikke umiddelbart kan løse problemerne, er det vigtigt, at kommunen følger op. For eksempel hvis der er konstateret behov for personlig og praktisk hjælp eller hjælpemidler. Man kan også efter aftale formidle kontakt til for eksempel den praktiserende læge.

Forebyggelsesindsats i almen praksis:

Almen praksis spiller en vigtig rolle i relation til de kommunale forebyggelsesopgaver. Almen praksis har god mulighed for at opspore livsstilsproblemer hos deres patienter og kan - når det er relevant - henvise til kommunale forebyggelsestilbud - herunder de diagnosespecifikke tilbud i kommunerne (kommunal rehabilitering til kronisk syge borgere).

Dialogen mellem borger og egen læge med et generelt forebyggende sigte er derfor vigtigt i forhold til at få identificeret indsatsområder.

Kontakten kan ske ved at egen læge proaktivt indkalder borgeren til konsultation på baggrund af f.eks. datafangsts muligheder for at identificere skrøbelige ældre. Kontakten kan også ske ved at borgeren selv tager kontakt til egen læge ved symptomer mv. - evt. formidlet via kommune.

Konsultation kan ske hos egen læge eller i patientens eget hjem jf. aftale om ”opsøgende hjemmebesøg til skrøbelige ældre over 75 år” (Ydelse 0121).

Konsultationen kan føre til:

- En henvisning til et kommunalt forebyggelsestilbud
- En dialog med den kommunale visitation med henblik på en kommunal ydelse/tilbud
- Fortsat opfølgende indsats i almen praksis

Et godt samspil mellem almen praksis og kommunens forvaltninger er afgørende for en effektiv forebyggende indsats.

Hvis almen praksis skal kunne henvise patienter til kommunale forebyggelsestilbud kræver det, at de praktiserende læger har indsigt i og overblik over de tilbud, som kommunen etablerer. De kommunale forebyggelsestilbud kan findes via sundhed.dk - eller direkte via www.nordjysksundhed.dk.

Et godt samspil understøttes ligeledes ved at almen praksis inddrages i udviklingen af de kommunale tilbud f.eks. via de kommunale lægelige udvalg.

Fælles proaktiv forebyggende indsats – et projekt imellem kommuner og almen praksis

En effektiv proaktiv forebyggende indsats overfor den særligt svækkede ældre medicinske patient forudsætter, at både almen praksis og den enkelte kommune har et kendskab til og fælles overblik over målgruppen.

De overordnede inklusionskriterier for målgruppen fremgår af rammepapiret (i form af helbredsmæssige forhold, organisatoriske problemstillinger og sociale kriterier), men der fremgår også, at der skal udarbejdes mere specifikke inklusionskriterier.

Det anbefales, at den specifikke målgruppe for en særlig indsats indkredses af dem, der har det primære ansvar for den proaktive forebyggelsesindsats – almen praksis og kommunen..

Det anbefales, at styrke indsatsen igennem en systematisk tilgang, hvor almen praksis i et løbende samarbejde med den kommunale koordinerende hjemmesygeplejerske afgrænser en gruppe af særligt sårbare ældre og at kommune og almen praksis koordinerer de eksisterende tilbud med henblik på at forbedre gruppens fysiske, psykiske og sociale funktionsniveau, styrke rationel farmakoterapi og øge opmærksomheden på tidlige tegn på sygdom.

Centralt i indsatsen vil være fælles forståelse af sårbarhedsbegrebet. Inklusion af patienter sker ved af almen praksis sammen med kommunen indkredser en population af ældre som med fordel kan modtage en særlig aftalt og fokuseret indsats. Det er nødvendigt at deltagende klinikker anvender datafangstrapporten ”skrøbelige ældre”.. I kommunerne kan Sundhedsstyrelsens redskaber til sikring af tidlig opsporing kan ligeledes anvendes. I efteråret 2015 evalueres indsatsen med henblik på læring til det fortsatte samarbejde mellem almen praksis og kommunen.

Inklusionskriteriet er først og fremmest, at der er enighed om at en styrket indsats kan vedligeholde/forbedre funktionsniveauet hos patienten – ud fra en samlet vurdering baseret på parternes kendskab til patienten, netværk, motivation og muligheder.

Populationen afgrænses i hver klinik og tænkes maksimalt at inddrage 15 patienter pr. fuldtidslæge.

Hver deltagende klinik udpeger en eller flere ansvarlige sygeplejersker eller andet personale i klinikken (alt efter klinikstørrelse og interne valg i klinikken) som er projektansvarlig(e) i klinikken og koordinerer indsatsen med sygeplejen. Efter aftale med patienten tildeles denne en fast kontaktlæge i klinikken.

Hver kommune udpeger en eller flere ansvarlige sygeplejersker, som er kontaktperson til klinikkerne.

For at skabe lokalt ejerskab til indsatsen drøftes projektet i den enkelte KLU mhp. forankring af deltagelsen.

Gruppen om den ældre medicinske patient anbefaler:

1. at Region Nordjylland indgår en § 2 aftale om lægepraksis` deltagelse i en tidlig proaktiv indsats overfor særligt skrøbelige patienter.
2. at praksispersonale i den enkelte praksis er tovholder for, sammen med kommunalt udpegede tovholdere at *identificere* den del af patienterne i den enkelte klinik, der vurderes som særligt svækkede ældre medicinske patienter, og at *planlægge* en koordineret og intensiveret indsats for målgruppen indenfor de eksisterende tilbud i kommune og almen praksis..
3. at tilmeldte lægeklinikker i Nordjylland udpeger en eller flere *projektansvarlige sygeplejersker eller andet praksispersonale* (alt efter klinikstørrelse og interne valg i klinikken), som koordinerer indsatsen med sygeplejen. Den projektansvarlige i klinikken har det primære ansvar for at identificere målgruppen blandt klinikkens patienter.
4. at deltagende kommuner udpeger en eller flere *koordinerende sygeplejersker*, der koordinerer indsatsen med den enkelte praksis.
5. at den særligt svækkede *ældre medicinske patient* tildeles en *fast kontaktlæge i de tilmeldte klinikker* – efter aftale med patienten

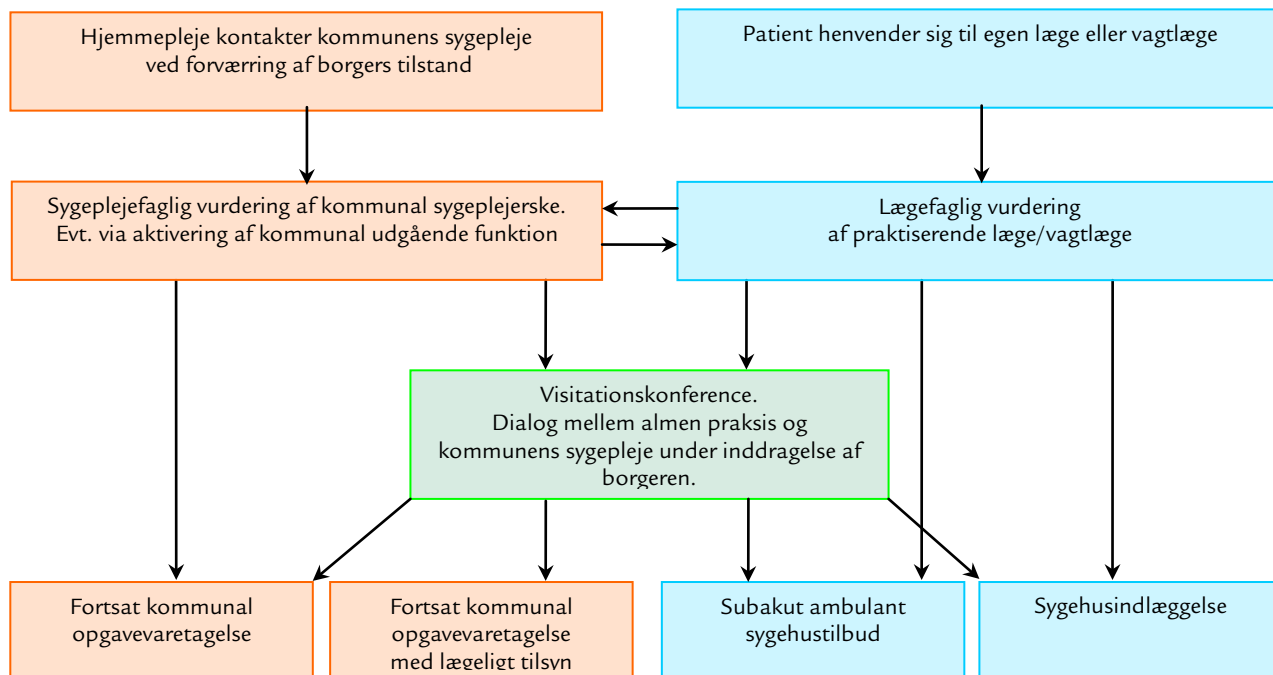
4.2 Forebyggende indsats umiddelbart før eventuel akut sygehusindlæggelse

Forløbskoordineringen i dette tidsperspektiv henviser til den koordinering, der foregår på baggrund af tidlig opsporing, hvor en manglende handling kan udløse et behov for et akut/subakut tilbud f.eks. sygehusindlæggelse.

I den subakutte eller akutte forbyggende indsats er aktørerne fortsat primært kommunen, almen praksis og patienten selv (og evt. pårørende). Forløbskoordination i denne indsats foregår altså fortsat primært mellem disse 3 aktører og evt. sygehuset. Ud fra LEON princippet er hensigten, at opgaven løses på det lavest effektive omsorgsniveau. Dette betyder, at sygehuset kun inddrages såfremt den alment praktiserende læge vurderer, at dette er det rigtige for patienten.

Nedenstående oversigt er lavet med udgangspunkt i forløbsoversigterne, hvor den ”*udgående kommunale funktion*” er tilføjet (forklares senere i teksten):

Figur 2: Forløbskoordinering umiddelbart før subakut/akut ambulans sygehusforløb eller sygehusindlæggelse.



Kommunernes målrettede opsporingsindsats

Ideen er, at hjemmeplejen i de tilfælde hvor denne observerer en ændring/forværring i en kendt borgers tilstand kontakter en af kommunens sygeplejersker. Dette er illustreret ved øverste orange kasse i figuren. Her kan i øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring (februar 2013), der er udviklet i forbindelse med initiativ 2.1.7 i udmøntningsplanen.

Sygeplejersken vurderer herefter ud fra en faglig helhedsvurdering af borgerens fysiske, psykiske og sociale tilstand om borgerens behov fortsat kan varetages i kommunen eller der skal tages kontakt til praktiserende læge/vagtlæge. I de tilfælde der er behov for at tage kontakt til praktiserende læge er det sygeplejersken der foretager kontakten. Patienten har selvfølgelig også altid ret til selv at kontakte egen læge/vagtlæge. I livstruende situationer kan enhver selvfølgelig ringe 112.

Ændringer kan komme langsomt *over tid* eller *akut*. Følgende oplysninger er relevante i kontakten til den praktiserende læge:

Ændringer over tid kan være i forhold til:

- Hverdagsaktiviteter (bl.a. funktionsevne)
- Fysiske klager
- Psykosocial tilstand (herunder bevidsthedsniveau)
- Væske- og ernæringstilstand (herunder vægt)
- Medicin

- Puls, blodtryk og temperatur
- Eventuelt resultat fra urinstix.

Inspiration kan eventuelt hentes fra Roskilde kommunes værktøj til tidlig opsporing: "Hjulet". Hjulet er en "papskive", som kan drejes rundt og er et instrument til at foretage en systematisk gennemgang af borgeren med henblik på tidlig opsporing. Hjulet kan bruges til at hjemmehjælperen, social- og sundhedsassistenten kan gives nogle stikord til at hjælpe dem, når de skal sætte ord på borgerens forandring overfor sygeplejersken eller af sygeplejersken ved eventuelt kontakt til praktiserende læge. Morsø Kommune har udviklet et lignende redskab til sikring af tidlig opsporing. Inspiration kan desuden hentes fra Sundhedsstyrelsens redskaber til sikring af tidlig opsporing.

Akutte ændringer:

Ved akut forværring registreres patientens objektive værdier på et observationskema bygget op om:

- (Airway): Frie øvre luftveje
- (Breathing): Vejtrækning (akut åndenød)
- (Cirkulation): Kredsløb: Puls, Blodtryk, kapilærrespons
- (Disability): Bevidsthed/Hjerne og centralnervesystem
- (Exposure): Helhedsvurdering: Temperatur, udslæt, sår m.m.

Opsporing fra almen praksis inden visitationskonference

Ved telefonopkald til egen læge/vagtlæge har lægen mulighed for at tilkalde den "kommunale udgående funktion" med henblik på sygeplejefaglig vurdering.

Den kommunale udgående funktion er bemandet med en sygeplejerske, der er uddannet i akutte patientproblemstillinger og kan tilse borgeren hurtigt efter aftale og om nødvendigt indenfor for højst 1 time – hvis der er behov for det. Den alment praktiserende læge/vagtlæge kan tilkalde sygeplejersken i de tilfælde, hvor borgeren ringer til egen læge/vagtlæge, hvor lægen vurderer, at det vil være bedre for patienten hvis der kan findes en anden løsning end en akut indlæggelse og at tidsfaktoren ikke er afgørende for patienten.

I de tilfælde hvor egen læge eller vagtlæge selv foretager en undersøgelse af en borger - vil lægen på baggrund af sygehistorien, den objektive undersøgelse og eventuelt supplerende undersøgelse foretage en vurdering, der danner basis for en diagnose. Lægen vurderer på baggrund af diagnosen om borgerens behov eventuelt kan varetages af kommunen (evt. med lægelig tilsyn) og kontakter kommunens sygepleje eller at borgeren har behov for videre undersøgelse på sygehus og henviser borger med henblik på planlagt eller akut indlæggelse.

Visitationskonferencen

"Visitationskonferencen" er den dialog, der finder sted mellem almen praksis, kommune – under inddragelse af patient og evt. pårørende, der har til formål, at afklare om borgerens behov fortsat kan varetages i kommunalt regi (med evt. tilsyn fra almen praksis) eller der er behov for at den videre udredning/behandling sker i sygehusregi i form af en eventuel subakut/akut ambulans sygehusstilbud eller en indlæggelse.

Såfremt behov fortsat kan varetages i kommunalt regi aftales de nødvendige kommunale foranstaltninger/ydelser samt eventuelt lægeligt tilsyn fra almen praksis i form af f.eks. opfølgende hjemmebesøg eller konsultation. Dialogen foregår som udgangspunkt via telefon mellem sygeplejerske og praktiserende læge, men det kan også aftales at anvende videokonference (f.eks. via Lync eller Jabber).

Kommunale foranstaltninger/ydelser kan f.eks. være:

- Træningsophold/tilbud
- Træning ved fysioterapeut i hjemmet for at vedligeholde funktionsevne
- Nødkald
- Hyppigere tilsyn
- Aflastning
- Kronikerindsats
- Terminalordninger

Det er vigtigt, at den praktiserende læge har en opdateret og let adgang til en oversigt over disse tilbud via sundhed.dk.

En effektiv opsporing forudsætter at:

- Det relevante kommunale personale er uddannet til at observere på de parametre som de praktiserende læger efterspørger.
- Observationerne dokumenteres. På den måde kan en ændring i borgerens tilstand identificeres.
- Forløb evalueres med jævne mellemrum – både gode og dårlige forløb – med henblik på at sikre kvalitetsudvikling.

Gruppen om den ældre medicinske patient anbefaler:

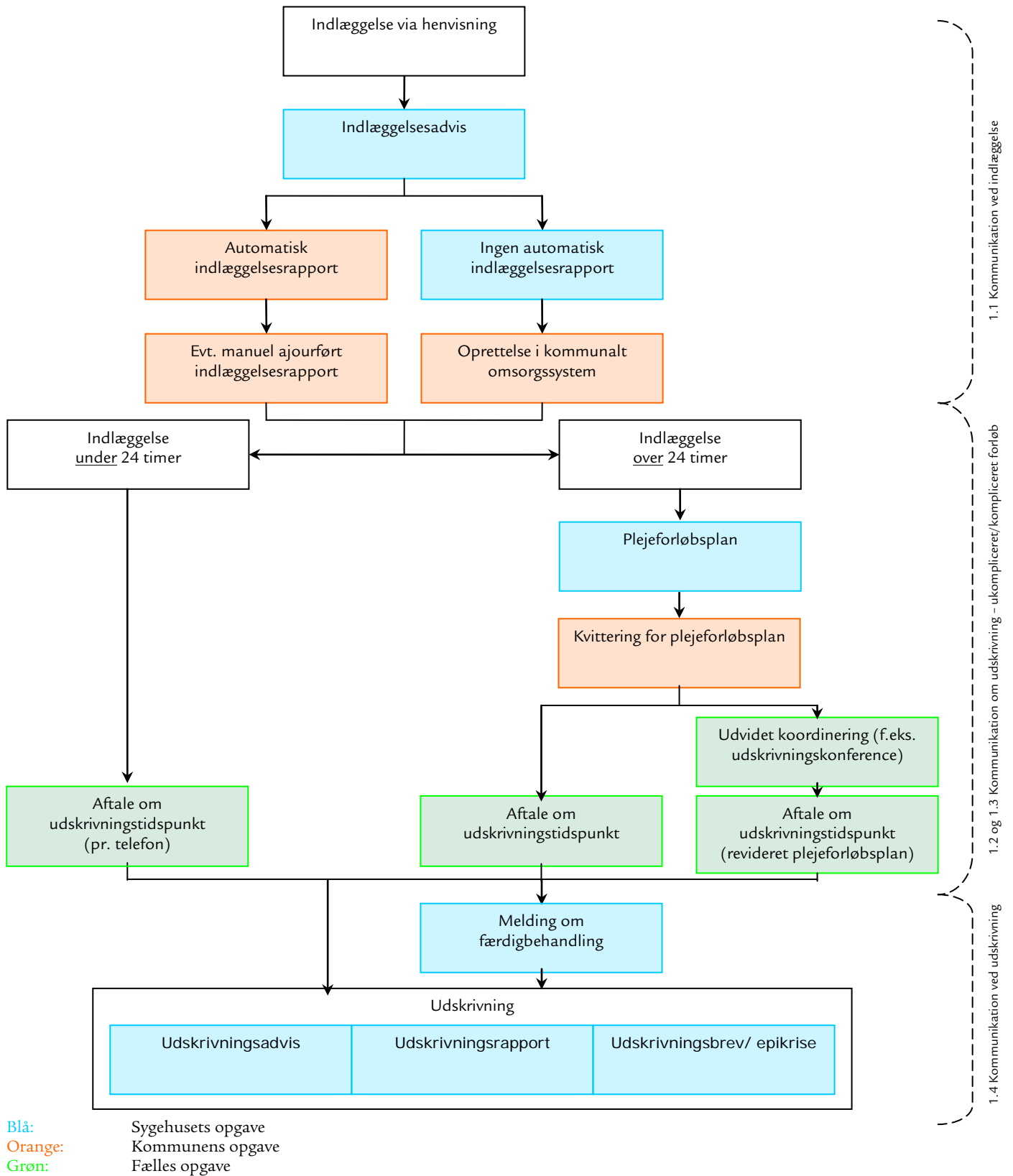
1. at alle kommuner sikrer, at det relevante kommunale personale er uddannet til at observere på parametre til sikring af *målrettet tidlig opsporing* og at observationerne dokumenteres så forandringer identificeres tidligst muligt.
2. at alle kommuner etablerer en *udgående funktion* bemandet med sygeplejersker, der er uddannede i akutte problemstillinger og kan tilse borgeren indenfor 1 time (hvis der er behov for dette).
3. at arbejdet med at kvalitetssikre forløbskoordineringen sker på baggrund af *audits 1 gang om året* af patientforløb med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge indlæggelser af den særligt svækkede ældre medicinske patient. (Der udvælges cases fra et udsnit af de praktiserende læger i den enkelte kommune – f.eks. med udgangspunkt i indlæggelsesstatistik)
4. at kvalitetssikringen er forankret i det kommunale lægelige udvalg – evt. understøttet af tværsektoriel undergruppe/auditgruppe - der *drøfter auditresultater* og forholder sig aktivt til hvordan koordineringen kan forbedres.
5. at de kommunale lægelige udvalg drøfter resultaterne fra audits på deres sidste møde i henholdsvis 2013, 2014 og 2015 med henblik på en *kort orientering af Den Administrative Styregruppe om status for arbejdet* på det første møde i Den Administrative Styregruppe i henholdsvis 2014, 2015 og 2016.

4.3 Indlæggelses- og udskrivningsforløb

Forløbskoordineringen i dette tidsperspektiv henviser til den koordinering, der foregår i forbindelse med en indlæggelse og udskrivning af en borger/patient. Aktørerne i forbindelse med indlæggelses- og udskrivningsforløb er sygehuset, kommunen, almen praksis og patienten selv (og evt. pårørende).

I Sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning fremgår flowet for kommunikationen af nedenstående flowdiagram:

Figur 3: Forløbskoordinering ved indlæggelses- og udskrivningsforløb



De bagvedliggende principper i flowskemaet (og sundhedsaftalen generelt) er:

- at planlægning af udskrivning begynder ved indlæggelsen,
- at enhver udskrivning skal være aftalt på forhånd,
- at udskrivning skal ske tidligst muligt efter endt sygehusbehandling og
- at de involverede aktører i et patientforløb altid skal have de informationer, der er relevante for opgavevaretagelsen på ethvert tidspunkt i forløbet.

Hvis ”en kommune” har behov for udvidet koordinering inden udskrivelsen af en borger afholdes denne udvidede koordinering. For nærmere beskrivelser af det konkrete flow henvises til Sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning:

www.rn.dk/SundhedOgSygehuse/Sundhedsaftaler/Indsatsomraader/IndlaeggelseOgUdskrivning/index.htm.

Ifølge ”udmøntningsplanen” og ”rammepapiret” skal initiativet evalueres gennem:

1. Antallet af koordinationsforløb
2. Kvaliteten i forløbene
3. Udviklingen i indsatsen for forløbskoordination

AD 1: Antallet af koordinationsforløb:

Det er vurderingen at der i ”udmøntningsplanens” og ”rammepapirets” henvisning til antal koordinerede forløb henvises til den forløbskoordinering, der foregår i forbindelse med overgangene i et indlæggelses- og udskrivningsforløb. På landsplan er kravet, at mindst 10.000 patientforløb om året skal koordineres ift. målgruppen ”den ældre medicinske patient”. Dette svarer til ca. 1.115 forløb i Nordjylland – hvis de fem regioner vægtes i forhold til antallet af borgere i kommunerne over 65 år.

I Nordjylland fremgår det af Sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning, at alle indlæggelses- og udskrivningsforløb – hvor patienterne ved indlæggelsen modtog eller fremadrettet forventes at modtage en kommunal ydelse efter sundhedsloven eller serviceloven – skal koordineres. Af disse forløb understøttes koordineringen af alle indlæggelser over 24 timer via elektronisk kommunikation (se flowskema på forrige side). Ved indlæggelsesforløb under 24 timer aftales udskrivning telefonisk.

I Region Nordjylland blev der i december 2012 koordineret ca. 1.250 forløb via elektronisk kommunikation (– hvis antallet af afsendte udskrivningsrapporter tages som indikator for tallet.). Tallet har igennem hele 2012 været stigende. Det er ikke umiddelbart muligt, at give noget præcist tal for hvor mange af disse patienter, der kan defineres som ”den ældre medicinske patient”, men omvendt er det vurderingen at *alle særligt svækkede ældre medicinske patienter vil være omfattet af det samlede antal koordinerede patientforløb.*

AD 2: Kvaliteten i forløbene:

Det fremgår af ”rammepapiret”, at kvaliteten skal evalueres med baggrund i:

- Indlæggelsesrapport: Der udveksles relevante og rettidige oplysninger mellem kommune og sygehus ved indlæggelsen med udgangspunkt i indholdet af indlæggelsesrapporten.
- Plejeforløbsplan: Der udarbejdes en plejeforløbsplan inden udskrivelsen.



- Endelig plejeforløbsplan: Der lægges en fælles plan for udskrivelsen.
- Færdigmelding: Der gives en melding til kommunen en melding om færdigbehandling når indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling. Det er ikke en betingelse at sygehusene forud har givet kommunen et varsel, men sygehuset varsler relevante patienters udskrivnings så tidligt som muligt.
- Udskrivningsrapport: Der udveksles relevante og rettidige oplysninger mellem kommune og sygehus ved udskrivelsen med udgangspunkt i indholdet af ”Medcom”s udskrivningsrapport.
- Udskrivningsbrev/epikrise sendes rettidig fra sygehus til almen praksis.

Herunder kan det bemærkes, at det i sundhedsaftalen om indlæggelse og udskrivning fremgår, at sygehusene foretager en vurdering af hvorvidt det anbefales kommunen (i udskrivningsrapport) og almen praksis (i epikrisen) at følge op på sygehusets indsats for alle patienter – herunder den særligt svækkede medicinske patient.

Det kan yderligere bemærkes, at det i ”Plan for implementering af opfølgende hjemmebesøg i Region Nordjylland” fremgår, at sygehuset vurderer patienters behov for opfølgning efter udskrivelse evt. i form af opfølgende hjemmebesøg fra egen læge og hjemmesygeplejerske og kommunikerer en anbefaling videre til kommunen via plejeforløbsplanen og til den praktiserende læge via epikrisen.

AD 3: Udviklingen i indsatsen for forløbskoordination

I Nordjylland er implementeringen af Sundhedsaftalen indsatsområdet indlæggelse og udskrivning (herunder ovenstående kvalitetsparametre) et ledelsesansvar i den enkelte kommune og i regionen - koordineret via Den Administrative Styregruppe.

Koordinationen af implementeringen – herunder kvalitetssikring – er uddelegeret til sygehusenes kontaktudvalg og eventuelt i bilaterale drøftelser mellem det enkelte sygehus og den enkelte kommune. Det er op til hvert kontaktudvalg, at bestemme hvordan de vil organisere arbejdet. Nogle kontaktudvalg har nedsat en selvstændig undergruppe til formålet, der kvalitetssikrer med baggrund i audits. Andre kontaktudvalg integrerer kvalitetssikringen i eksisterende grupper.

Gruppen om den ældre medicinske patient anbefaler:

1. at arbejdet med at kvalitetssikre forløbskoordineringen sker på baggrund af *audits 1 gang om året* af patientforløb med henblik på at sikre sammenhæng i indsatsen, udskrivning når indlæggelse ikke er nødvendig for den videre behandling og forebygge genindlæggelser af den særligt svækkede ældre medicinske patient. (Audits bør omfatte cases fra alle de klinikker, der er relevante i forhold til målgruppen. Audits skal som minimum forholde sig til de ovenstående skitserede kvalitetsparametre).
2. at kvalitetssikringen af forløbskoordineringen er forankret i kontaktudvalget – evt. understøttet af tværsektoriel undergruppe/auditgruppe – der *drøfter auditresultater* og forholder sig aktivt til hvordan koordineringen kan forbedres.
3. at hvert somatisk kontaktudvalg drøfter resultaterne fra audits på deres sidste møde i henholdsvis 2013, 2014 og 2015 med henblik på en *kort årlig orientering af Den*

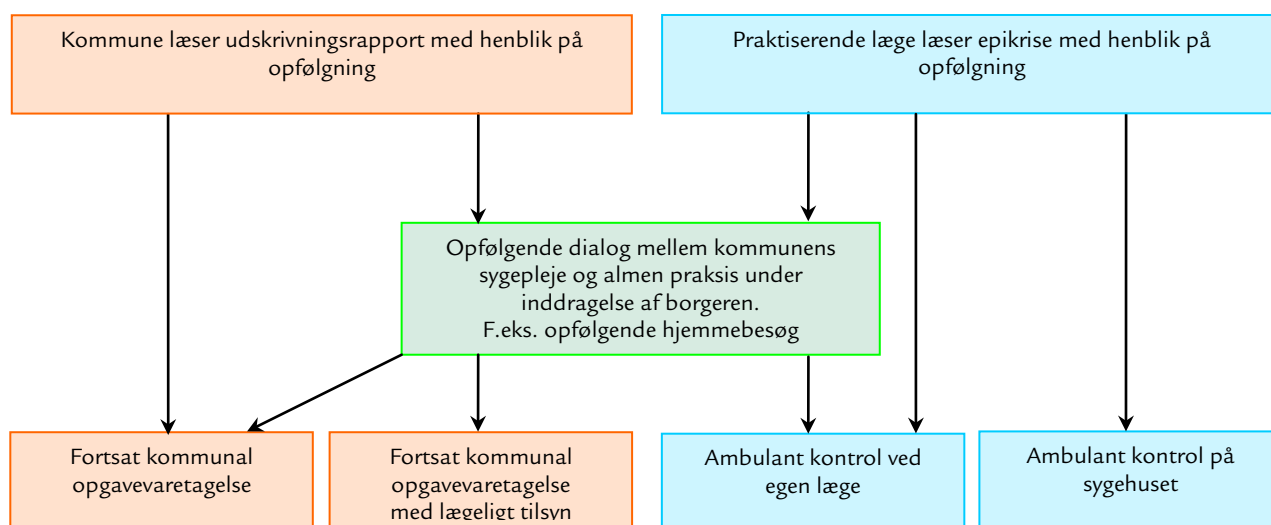
4.4 Efter udskrivning

Forløbskoordineringen i dette tidsperspektiv henviser til den koordinering, der foregår efter udskrivning i aksen mellem kommunen, almen praksis og patienten selv (og evt. pårørende). En kommunal udskrivningskoordinator har ansvaret for forløbet umiddelbart efter udskrivning. Sygehuset er som udgangspunkt ikke involveret - med mindre borgeren/patienten er i et supplerende ambulante forløb.

Det fremgår af forløbsoversigterne, at borgeren inden udskrivelsen bør være informeret om hvornår hjemme- eller sygeplejen kommer på besøg første gang efter udskrivelsen – såfremt hjemme- eller sygeplejen ikke er til stede ved borgerens hjemkomst. I de tilfælde hvor der er behov for, hjemme- eller sygeplejen er til stede i borgerens hjem ved dennes hjemkomst, laves en særlig aftale i forbindelse med udskrivning og sygehuset informerer kommunen om det præcise tidspunkt for borgerens hjemkomst.

Nedenstående oversigt er lavet med udgangspunkt i forløbsoversigterne:

Figur 4: Forløbskoordinering efter udskrivelse



Opfølgende dialog:

Derudover er det vigtigt, at der efter udskrivning for så vidt angår de særligt svækkede ældre medicinske patienter etableres en opfølgende dialog mellem kommunen og almen praktiserende læge – under inddragelse af borgeren og evt. pårørende – med det formål, at koordinere en fælles plan for det videre forløb – herunder genoptrænings- og rehabiliteringsforløb – der kan bidrage til at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge genindlæggelser.

Den opfølgende dialog kan bestå i et opfølgende hjemmebesøg, hvor alment praktiserende læge og sygeplejerske besøger borger og evt. pårørende i borgerens eget hjem, men kan også bestå i at almen praksis og sygeplejen telefonisk aftaler en plan for det videre forløb. Det afgørende er, at forløbet bliver tilstrækkeligt koordineret.

Gruppen om den ældre medicinske patient anbefaler:

1. at *alle ældre særligt svækkede ældre medicinske patienter oplever tryghed i forbindelse med hjemkomstsituationen* – enten ved at hjemme- eller sygepleje er til stede ved hjemkomsten eller ved borgeren oplever, at der er lavet en tilstrækkelig præcis aftale ift. hjemme- eller sygeplejens første besøg efter borgerens hjemkomst.
2. at der efter alle udskrivninger af alle særligt svækkede ældre medicinske patienter *etableres en opfølgende dialog mellem kommunal sygeplejerske og alment praktiserende læge – under inddragelse af borgeren og evt. pårørende* – med det formål, at sikre sammenhæng i indsatsen og forebygge genindlæggelser ved at lave en fælles plan for det videre forløb – herunder genoptrænings- og rehabiliteringsforløb. Centralt er, at sygeplejerske og almen praksis afklarer behovet for et opfølgende hjemmebesøg.
3. at kvalitetssikringen af forløbskoordineringen er forankret i det kommunale lægelige udvalg – via nedsættelse af særlig opfølgingsgruppe – der *løbende drøfter og sikrer fremdriften* – herunder i forhold til udbredelsen af opfølgende hjemmebesøg.
4. at *Den Administrative Styregruppe på første møde i henholdsvis 2014, 2015 og 2016 forelægges en statistik* for antallet af opfølgende hjemmebesøg fordelt på kommuner. (Tallene trækkes centralt via lægernes registrering af § 2 ydelser).

5 Organisering af forløbskoordinatorfunktioner og opfølgning

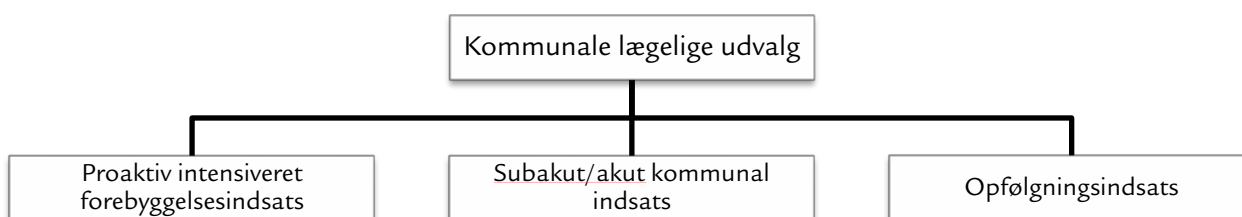
I organisering af forløbskoordineringen i Nordjylland skelnes mellem forløbskoordinering, der primært foregår mellem almen praksis og kommune (se afsnit 4.1, 4.2 og 4.4) og den forløbskoordinering, der foregår mellem alle tre sektorer (se afsnit 4.3) – under inddragelse af borger og evt. pårørende.

5.1 Forløbskoordinering mellem kommune og almen praksis

Det fremgår af rammepapiret fra Danske Regioner og KL, at ældrechefen i den enkelte kommune har det overordnede ledelsesmæssige ansvar for den *konkrete forløbskoordinering* for alle borgere/patienter – herunder den ældre medicinske ”patient” – og ansvar for den *løbende kvalitetsudvikling* af forløbskoordinering indenfor egen kommune. Intensionen fra Danske Regioner og KL har været at placere et entydigt ansvar for implementeringen af indsatsen. Udfordringen er, at indsatsen i nogle kommuner går på tværs af flere forvaltninger. Derfor anbefales det, at der udpeges en særlig tovholder i hver kommune, der kan sikre implementeringen i kommunen – herunder koordinere på tværs af forvaltninger. Herudover gælder princippet om, at eventuelle tvister håndteres på lavest mulige organisatoriske niveau. I almen praksis har kvalitetsenheden for almen praksis i Region Nordjylland, Nordkap, ansvaret for koordineringen af den faglige indsats igennem de kommunalt lægelige udvalg og kommunernes praksiskonsulenter.

Ansvar for den del af det *fælles kvalitetsudviklingsarbejde* via audit er forankret i det kommunale lægelige udvalg - eventuelt via nedsættelse af en/flere tværsektoriel(le) undergruppe(r). Eventuelle undergrupper sekretariatsbetjenes af kommunerne. Herunder vil ansvaret for den første belysning af de udvalgte cases primært ligge i kommunen. Den kommunale praksiskonsulent har derudover en afgørende rolle i udvælgelsen af casene og i at sikre belysning af casene ud fra et praksisperspektiv.

Figur 6 Tværsektoriel kvalitetssikring af indsats

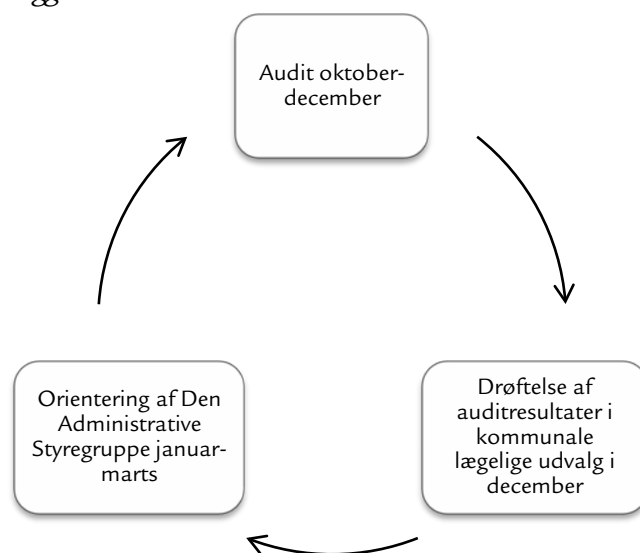


Kvalitetssikringen af den konkrete proaktive forløbskoordinering (jf. afsnit 4.1) ligger i "aksen" mellem lægeklinikkens projektansvarlige og den enkelte koordinerende kommunale sygeplejerske.

Projektet vil blive evalueret ultimo 2015 og efterfølgende drøftet i KLU

Kvalitetssikringen af forløbskoordineringen umiddelbart før en eventuel akut sygehusindlæggelse (jf. afsnit 4.2) understøttes via audits 1 gang om året. Det vil være op til det enkelte kommunale lægelige udvalg, at fastlægge de nærmere rammer for kvalitetssikringsarbejdet. Det kommunale lægelige udvalg fastsætter selv hvor mange audits, der er tilstrækkelige til at kvalitetssikre og kvalitetsudvikle indsatsen. Der lægges op til at følge sygehusenes årshjul for afholdelse af audits. Heraf følger det, at der afholdes audits 1 gang om året, der afholdes oktober-december med efterfølgende drøftelse i det Kommunale Lægelige Udvalg. Den Administrative Styregruppe holdes orienteret om fremdrift en gang om året for indsatsen i 2013, 2014 og 2015. Gruppen om den ældre medicinske patient aftaler de nærmere rammer for tilbagemeldingen til Den Administrative Styregruppe.

Figur 8 Årshjul for auditorarbejde til kvalitetssikring af forløbskoordinering umiddelbart inden en eventuel akut sygehusindlæggelse



Kvalitetssikringen af forløbskoordineringen efter en akut indlæggelse (jf. afsnit 4.4) er forankret i det Kommunale Lægelige Udvalg - understøttet af en særlig opfølgningsgruppe, der løbende drøfter og sikrer fremdriften - herunder særligt i forhold til udbredelsen af opfølgende hjemmebesøg.

Det vil være op til det enkelte kommunale lægelige udvalg, at fastlægge de præcise rammer for arbejdet i den lokale opfølgingsgruppe. Erfaringerne fra Region Midtjylland er, at implementeringen ikke sker af sig selv og der derfor er behov for hyppige møder for at sikre og fastholde implementering. Anbefalingen er derfor, at den særlige opfølgingsgruppe mødes hyppigt specielt i begyndelsen f.eks. en gang om måneden. Herudover kan der ligge opgaver mellem møderne til f.eks. praksiskonsulenten. Møderne og opgaverne mellem møderne har til formål, at sikre implementering. Drøftelserne på møderne tager som minimum udgangspunkt i statistik for anvendelsen af opfølgende hjemmebesøg blandt de praktiserende læger i kommunen.

Den Administrative Styregruppe forelægges på første møde - i henholdsvis 2014, 2015 og 2016 - en statistik for antallet af opfølgende hjemmebesøg fordelt på kommuner. Tallene trækkes centralt via lægernes registrering af § 2 ydelser. Gruppen om den ældre medicinske patient aftaler de nærmere rammer for tilbagemeldingen til Den Administrative Styregruppe.

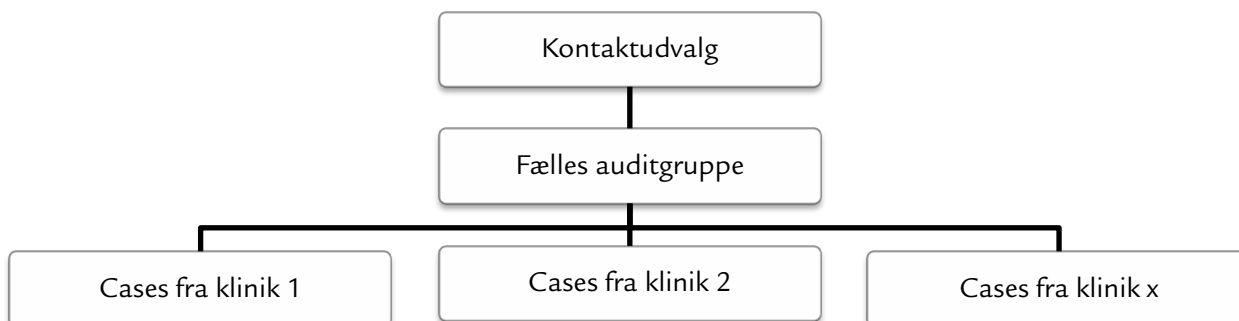
5.2 Forløbskoordinering mellem kommune, almen praksis og sygehus

På sygehusene har den forløbsansvarlige viceklinikchef i hver klinik det ledelsesmæssige ansvar for den *konkrete forløbskoordinering* for alle patienter – herunder den ældre medicinske patient – og ansvar for den løbende kvalitetsudvikling af forløbskoordinering indenfor egen klinik. På sygehusene er ansvaret således entydigt placeret på 19 personer. Herudover gælder princippet om, at eventuelle tvister håndteres på lavest mulige organisatoriske niveau.

Ansvaret for det *fælles kvalitetsudviklingsarbejde* via audits er forankret i hvert kontaktudvalg eventuelt via nedsættelse af en tværsektoriel undergruppe eller integration af opgaven i eksisterende tværsektoriel undergruppe. De forløbsansvarlige viceklinikchefer inddrages i arbejdet. Auditorarbejdet sekretariatsbetjenes af sygehusene.

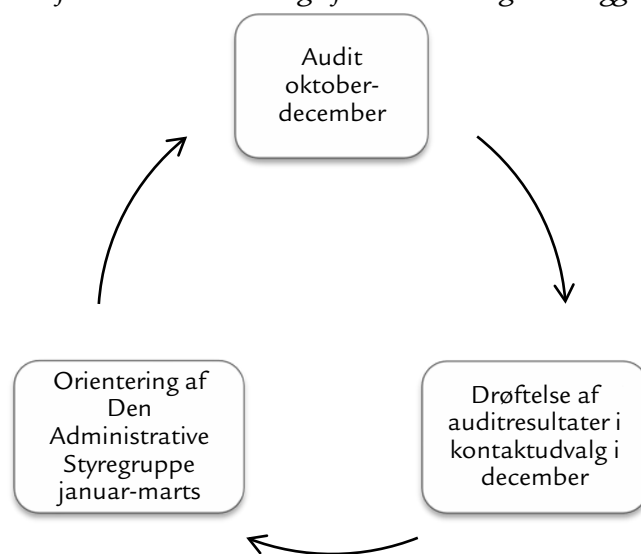
Det vil være op til de enkelte kontaktudvalg at fastlægge de nærmere rammer for kvalitetssikringsarbejdet. Herunder hvor mange audits fra hver klinik, der er tilstrækkelige til at kvalitetssikre og -udvikle indsatsen.

Figur 6 Tværsektorielt auditorarbejde til kvalitetssikring af sammenhæng i indlæggelses- og udskrivningsforløb



Afholdelsen af audits integreres i sygehusenes eksisterende kvalitetsarbejde. Heraf følger det, at der afholdes audits 1 gang om året, der afholdes oktober-december med efterfølgende drøftelse i kontaktudvalget. Den Administrative Styregruppe holdes orienteret om fremdrift en gang om året for indsatsen i 2013, 2014 og 2015. Gruppen om den ældre medicinske patient aftaler de nærmere rammer for tilbagemeldingen til Den Administrative Styregruppe.

Figur 7 Årshjul for auditarbejde til kvalitetssikring af sammenhæng i indlæggelses- og udskrivningsforløb



5.3 Fælles gruppe til opfølgning på samarbejde om forløbskoordinering

Gruppen om den ældre medicinske patient anbefaler, at gruppen fortsætter med henblik på fortsat koordinering af den nordjyske implementering af den nationale udmøntningsplan for den ældre medicinske patient.

De nærmere rammer for den årlige afrapportering til Den Administrative Styregruppe og eventuelt behov for videndeling (f.eks. via afholdelse af temadage, temaaftener, konferencer) vil blive aftalt i gruppen.

Gruppen om den ældre medicinske patient vil ligeledes understøtte arbejdet med afholdelsen af audits i det omfang det efterspørges – f.eks. ved udarbejdelsen af fælles skabeloner for arbejdet – herunder afklare de juridiske rammer for auditarbejdet.

6 Driftsøkonomi

Der er nationalt bevilget 97,4 mio. kr. til oprettelse af fælles regionale-kommune forløbskoordinatorfunktioner, der udmøntes via bloktilskuddet til kommuner og region.

I nedenstående tabel givet et skøn for fordelingen mellem kommuner og region. Tallene er fremkommet ved at lægge bloktilskudsnøglen ned over de overordnede tal for henholdsvis region og kommunerne.

Det vil være op til den enkelte kommune og region, at indarbejde de midlertidige midler i budgetterne så indsatsen understøttes.

Figur 8: Skønnet fordeling af SATS-puljemidler til forløbskoordination.

	2013	2014	2015	I alt
Region Nordjylland i alt – inkl. § 2 aftale med praktiserende læger	1.032.440	1.032.440	1.032.440	3.097.320
Brønderslev	143.199	143.199	143.199	429.597
Frederikshavn	256.849	256.849	256.849	770.547
Hjørring	275.033	275.033	275.033	825.099
Jammerbugt	156.837	156.837	156.837	470.511
Læsø	9.092	9.092	9.092	27.276
Mariagerfjord	172.748	172.748	172.748	518.244
Morsø	95.466	95.466	95.466	286.398
Rebild	111.377	111.377	111.377	334.131
Thisted	188.659	188.659	188.659	565.977
Vesthimmerland	159.110	159.110	159.110	477.330
Aalborg	800.096	800.096	800.096	2.400.288
I alt kommuner	2.368.466	2.368.466	2.368.466	7.105.398
I alt sygehuse og kommuner	3.400.906	3.400.906	3.400.906	10.202.718

7 Aftalens ikrafttræden og evaluering

Nærværende træder i kraft snarest muligt efter vedtagelsen i Sundhedskoordinationsudvalget den 20. juni 2013 og evalueres i forbindelse med projektperiodens udløb 31. december 2015. Processen for evalueringen aftales i Gruppen om den ældre medicinske patient.