

Kortlægning af udfordringer og muligheder for forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet

13. marts 2019



Anbefalinger fra tværsektoriel arbejdsgruppe nedsat af Sundhedskoordinationsudvalget i Region Midtjylland

Indhold

1	• Indledning	1
2	• Anbefalinger i fem spor	2
3	• Hvorfor interessere sig for akutområdet?	5
4	• Den ældre patient	6
5	• Beredskaber og sammenhæng	7
6	• Flere ældre, multisyge borgere kalder på en ny akutindsats	9
7	• Potentialer for forbedringer og mulige veje at gå	10

1. Indledning

I forslaget til sundhedsaftale 2019-23 er det en fælles ambition at styrke samarbejdet om akut syge, ældre borgere og nedbringe antallet af akutte indlæggelser for ældre. Sundhedskoordinationsudvalget har 4. januar 2019 sendt forslag til sundhedsaftale i høring. Akutområdet er ligeledes et fælles indsatsområde i den nuværende sundhedsaftale.

Sundhedskoordinationsudvalget har derfor på møde 27. juni 2018 taget initiativ til en kortlægning af udfordringer og muligheder for forbedringer af det tværsektorielle samarbejde på akutområdet. Arbejdet er igangsat inden for rammerne af den nuværende sundhedsaftale. Samtidig er kortlægningen et forberedende arbejde i forhold til udmøntningen af den næste sundhedsaftale.

Til opgaven har der været nedsat en midlertidig tværsektoriel arbejdsgruppe, der har haft til opgave at afdække og analysere udfordringer og forbedringspotentialer for det tværsektorielle samarbejde på akutområdet, særligt med henblik på potentialer for at reducere antallet af akutte indlæggelser og forebyggelige indlæggelser, styrke samarbejdet, og bedre udnyttelse af de samlede ressourcer. Arbejdsgruppen har på den baggrund formuleret anbefalinger til forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på det akutte område. En fælles præmis for anbefalingerne er, at det er nødvendigt at tænke i fælles standarder og forpligtende aftaler på tværs.

Anbefalingerne fokuserer på det tværsektorielle samarbejde om ældre, multisyge borgere. Der kan også være andre borger/patientforløb, det vil være relevant at udvikle sammen i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet. Men arbejdsgruppen har valgt primært at fokusere på ældre, multisyge borgere som det første skridt, da:

- den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre borgere med en eller flere kroniske sygdomme
- ældre, multisyge borgere samlet set har mange akutte indlæggelser
- ældre, multisyge borgere ofte har kontakt til flere forskellige sundheds- og plejetilbud på tværs af region, kommuner og almen praksis

Også fra nationalt hold er der særligt fokus på det tværsektorielle samarbejde om akut, syge borgere. Sundhedsstyrelsen arbejder på nye nationale anbefalinger for akutområdet og Regeringen er kommet med et udspil til en ny sundhedsreform. Begge dele kan få stor betydning for det videre arbejde med og prioritering af arbejdsgruppens anbefalinger.

Behov for at tænke nyt sammen

Sundhedsvæsenet er under pres. Løsningen er ikke blot at gøre mere af det, vi allerede gør. Afsættet for arbejdsgruppens anbefalinger er derfor, at der er behov for at tænke i nye baner – at vi tænker nyt sammen.

Først og fremmest skal vi blive endnu bedre til at få borgerne selv på banen. Det kan fx være i form af borgerinddragelse, telemedicin og øget fokus på mestring og egenomsorg .

Præmisser for arbejdet er desuden:

- at borgeren skal opleve det samlede akutsystem som effektivt, sammenhængende og af høj kvalitet
- at det er bedre for borgeren, hvis vi proaktivt forebygger forværring af sygdom
- at vi skal udnytte de samlede ressourcer bedst muligt

2. Anbefalinger i fem spor (I)

I arbejdet med udmøntning af indsatsområdet *Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet* i den kommende sundhedsaftale anbefaler arbejdsgruppen, at initiativer på akutområdet sker i disse fem spor. Der vil være behov for at prioritere hvilke spor, der især skal arbejdes videre med.

#Borgernes ressourcer – også på akutområdet



Den lange bane

Vi skal tænke samarbejdet som en femkant af borgere, pårørende/civilsamfund, hospitaler, kommuner og praksissektoren.

Kort sigt

Initiativer, der styrker borgeres og pårørendes sundhedskompetencer til at reagere tidligt og hensigtsmæssigt på tegn på udvikling af akut sygdom og akut sygdomsforværring.

- Fx udarbejdelse af "Før du ringer forløbsprogrammer", hvor borgerne kan inspiration til symptomer de skal være opmærksomme på, og ting de selv kan gøre for forebygge akut sygdom og skade

- Fx Implementere brugervenlige, ensartede telemedicinske løsninger til hurtig opfølgning på akut udvikling af ny eller kendt sygdom

Udvikle fælles redskaber til inddragelse af borgere og pårørende i beslutninger omkring akut indlæggelse, udskrivelsesforløb og opfølgning.

Udvikle fælles strategier for at støtte de borgere, der ikke har ressourcestærke pårørende tæt på – i tæt samarbejde med foreningslivet.

2. Anbefalinger i fem spor (II)

#Mere ensartede tilbud og kompetencer



Den lange bane

Region, kommuner og almen praksis laver fælles retningslinjer for indsatsen i forhold til borgere på plejehjem, borgere i egen bolig (der er kendt af kommunen) og borgere i eget hjem (som ikke er kendt af kommunen). Dette kan også indebære, at kommunerne i en klynge orienterer sig om hinandens tilbud, og indgår aftaler på tværs om udnyttelse af pladser i spidsbelastning.

Kort sigt

Region, kommuner og almen praksis

- udarbejder fælles definitioner for de forskellige tilbud og fælles begreber, herunder også kliniske redskaber (fx TOBS, triage og ISBAR).
- kortlægger akuttilbud i den midtjyske region, herunder indhold i tilbud, tilgængelighed og kompetencer
- udarbejder en fælles standard for, hvad de forskellige typer af akuttilbud skal indeholde og med hvilke kompetencer

#Borgere i risiko for (gen)-indlæggelse



Den lange bane

Region, kommuner og almen praksis sikrer vidensdeling om, og spredning af erfaringer med brug af data til identifikation af patienter og borgere med særlig risiko for udvikling af akut sygdom

Region, kommuner og almen praksis anvender systematisk data til de forbedringer, der allerede nu kan gøres i fællesskab

Kort sigt

- På politisk niveau tages initiativ til dialog med patientforeninger, borgergrupper og praktiserende læger om de etiske dilemmaer, der er ved brug af data til forudsigelse af sundhedsrisici
- Der afsættes fælles midler til at søge fondsstøtte til forskning på området

2. Anbefalinger i fem spor (III)

#Mere fælles viden om borgerne og deres behov



Den lange bane

Region, kommuner og almen praksis holder et fælles pres i forhold til at sikre juridisk og teknisk mulighed for at dele relevante data om fælles borgere, og problemstillinger om deling af data på tværs rejses nationalt.

Kort sigt

Region, kommuner og almen praksis sikrer, at borgernes aftaler og ønsker gøres kendte på tværs, og bruges, når der skal træffes beslutninger i et forløb.

- - Fx fælles udvikling og afprøvning af redskaber til at inddrage borgere og pårørende i planlægning og opfølgning af sundhedsfaglige indsatser – også i akutte situationer
- - Fx fælles informationsmateriale og retningslinjer om at inddrage og dele borgernes egne ønsker ved livets afslutning.

#Bedre brug af de samlede ressourcer



Den lange bane

At region og kommuner etablerer fælles organisatoriske områder med fælles ledelse, faglighed og økonomi.

Kort sigt

Region, kommuner og almen praksis laver

- klare aftaler om lægefagligt ansvar når en borger behandles hjemme
- forsøgsordning, hvor præhospitalet i samarbejde med hospital og kommune behandler flere patienter uden indlæggelse, herunder udfordrer lovgivningsmæssige barrierer på området
- fælles aftaler om rammedelegation til det kommunale sundhedspersonale, herunder afklaring af lovgivningsmæssige barrierer
- fælles (sundheds)visitationer i alle klynger

Region, kommuner og almen udvikler en model for effektiv spredning af gode erfaringer. Fx gennem systematisk brug af advisory boards for tværsektorielle arbejdsgrupper.

Mulige prøvehandling: Særlige fysiske og samarbejds mæssige zoner omkring de ældste og svageste af borgerne (på hospitalet og i eget hjem) – fx med fælles daglige konferencer om fælles borgere.

3. Hvorfor interessere sig for akutområdet?

Når en borger bliver ramt af akut sygdom, kan borgeren blive behandlet via en række forskellige beredskaber. Det kan fx være via en vagtlæge, på et akuthospital, i en ambulance eller en kommunal akutfunktion. Når akut sygdom opstår er det selvfølgelig vigtigt, at de forskellige beredskaber spiller sammen på den rigtige måde, så borgeren kan få den rette behandling til rette tid.

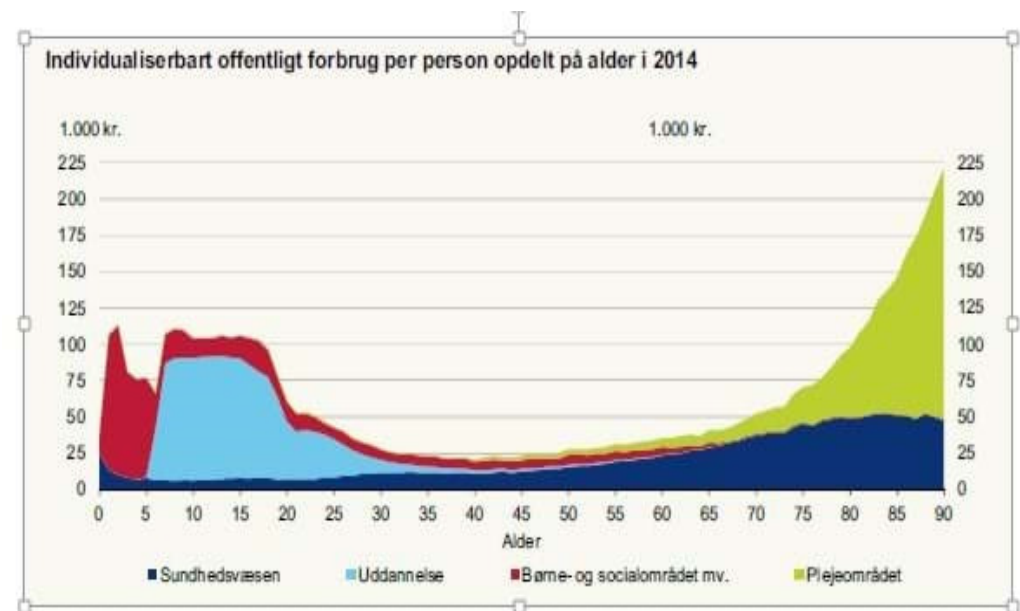
Samtidig vil borgeren i mange tilfælde få et langt bedre forløb, hvis sygdom bliver opdaget i tide, og hvis behandlingsindsatsen kan ske planlagt fremfor akut. Både i et borgerperspektiv og fagligt set er det bedre, hvis vi proaktivt forebygger forværring af sygdom.

En stor del af ressourcerne i det samlede sundhedsvæsen bruges på akutte patientforløb. I 2017 var 75% af alle indlæggelser i Region Midtjylland akutte indlæggelser. Hertil kommer de indsatser, der sker hos fx praktiserende læge/vagtlæge, præhospitalet (akutlægebiler, akutbiler, ambulancer) og kommunale akutfunktioner (del af den kommunale sygepleje) i forhold til borgere med akut sygdom. Brug af ressourcerne i forhold til borgere, der er akut syge eller i risiko for at blive det, har derfor stor betydning for det samlede forbrug af ressourcer i sundhedsvæsenet – både regionalt, kommunalt og i praksissektoren.

Og der er behov for, at vi bruger de samlede ressourcer endnu bedre. I løbet af de næste år kan vi forvente, at der bliver flere indbyggere i Region Midtjylland og herunder flere ældre borgere. Det påvirker hele det midtjyske sundhedsvæsen.

I takt med, at flere kommer til og flere lever længere skal sundhedsvæsenet kunne behandle stadig flere. Hvis udviklingen fortsætter på samme måde som nu kan vi fx forvente 42.500 flere indlæggelser og 130.800 flere sengedage på hospitalerne i Region Midtjylland i 2027 end i 2017.

Figuren nedenfor viser det offentlige forbrug pr. person gennem livet. Det ses, at det især er når vi bliver ældre, at vi får brug for behandling i sundhedsvæsenet og pleje. Flere ældre betyder derfor også flere samfundsmæssige udgifter.



Kilde: Økonomi- og Indenrigsministeriet, Fordeling og incitamentter 2017, figur 5.6, s.131

4. Den ældre patient

Den demografiske udvikling betyder, at der bliver flere ældre borgere med en eller flere kroniske sygdomme:

Forventet vækst i antal ældre borgere

- 18,4 % af borgerne i Region Midtjylland er over 65 år i 2017
- 22,3 % af borgerne i Region Midtjylland er over 65 år i 2027

(BI-kontoret Region Midtjylland)

Ældre, multisyge borgere har samlet set mange akutte indlæggelser

- 50% af de akutte indlæggelser gælder borgere over 65 år
- Blandt de ældre er der størst risiko for genindlæggelse efter udskrivning med lungesygdom og hjertesygdom

(BI-kontoret Region Midtjylland)

Ældre, multisyge borgere har ofte kontakt til flere forskellige sundheds- og plejetilbud på tværs af region, kommuner og almen praksis:

- Ca. 30% af de ældre, medicinske patienter har kontakt til den kommunale hjemmehjælp til hhv. personlig pleje og praktisk hjælp
- Af dem har ca. 50% har kontakt til den kommunale sygepleje
- De har i gns. ca. 25 kontakter til almen praksis på et år

(Sundheds- og ældreøkonomisk analyse, oktober 2018)

Den perfekte patient

Patienten:

- Ingen erfaring med sundhedsvæsenet før trafikuheld som 85 årig
- Arbejder frivilligt i genbrugsbutik frem til første sygdomsrelaterede indlæggelse som 97 årig
- Hjertepatient i stabil behandling
- Meget ansvarlig med eget helbred
- Ingen komplicerende psykiske eller sociale forhold
- Stærk pårørende

Udvikling:

- Flere sygdomme træder til de sidste år
- 9 indlæggelser på de sidste 20 måneder
- Mange kontakter på hospital, i kommunen, ved egen læge

Når vi lever længere, bliver mange af os syge i de sidste leveår – også selvom vi har været friske og klet os selv længe. Eksemplet viser, at selv de perfekte patienter kan ende med uperfekte forløb, med både indlæggelser, der kom for sent i stand, og indlæggelser der kunne have været undgået.

I takt med vi bliver mere syge, kommer der flere og flere aktører på banen. I samspillet mellem aktørerne, har den pårørende en central rolle. Også den perfekte patient er således meget afhængig af raske, veluddannede pårørende med overskud.

Kilde: Oplæg ved Erik Riiskjær

5. Beredskaber og sammenhæng

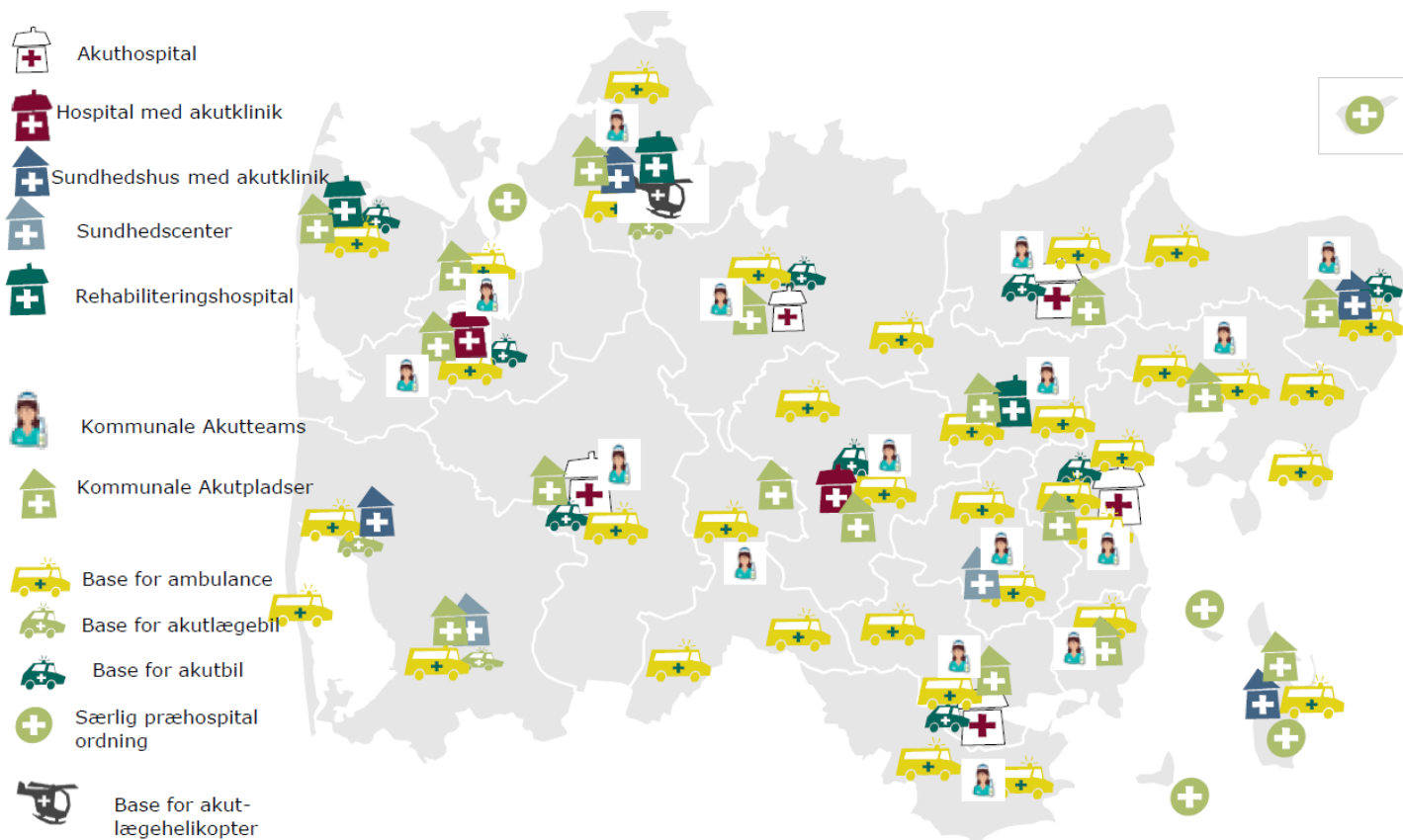
Akutområdet er kendetegnet ved en lang række forskellige beredskaber og ofte vil den akutte patient have kontakt og forløb, som berører flere aktører.

I Region Midtjylland består de akutte beredskaber af akuthospitaler, vagtlæger, praktiserende læger, præhospitalt beredskab (akutlægebiler, akutbiler, ambulancer) og kommunale akutfunktioner (del af den kommunale sygepleje). Et centralt spørgsmål bliver derfor, hvordan vi får de forskellige beredskaber til at spille sammen på den rigtige måde om den fælles opgave.

Den geografiske placering af de forskellige beredskaber er illustreret på kortet på næste side.



5.1 Hospitaler, akutklinikker, kommunale akutfunktioner og præhospitalt beredskab i Region Midtjylland



Faktaboks

I den midtjyske region er der

- 5 akuthospitaler
- 66 ambulancer
- 9 akutlægebiler
- 1 baby-lance
- 1 lægeheliikopter
- 811 praktiserende læger
- 16 vagtlægeskonsultationer
- Kommunale akutfunktioner i 19 kommuner – fordelt på akutteams og -pladser

6. Flere ældre, multisyge borgere kalder på en ny akutindsats

Det akutte er i forandring

I de akutte forløb skal indsatsen i dag i højere grad tage højde for

- Flere ældre med uklare sygdomsbilleder, der er vanskelige at skelne fra naturlige aldersforandringer
- Større risiko for at forvirring og funktionssvigt kamouflerer livstruende sygdom
- Multisygdom og meget medicin komplicerer diagnostik og medicinske vurderinger
- Forværring af kronisk sygdom; hvad er borgerens normale tilstand og hvad er forværring?
- Flere og mere syge patienter bor hjemme, er i palliativ omsorg eller bliver behandlet på plejehjem eller på anden kommunal plads

Dette skaber behov for ændring i den måde vi arbejder på.

Ved uafklarede behov for sundhedsindsatser eller medicinsk behandling, hvor situationen ikke er tidskritisk, er der behov for at samarbejde med borgeren i et netværk af sundhedsprofessionelle. Centralt bliver i den forbindelse:

- Koordinerede tilbud
- Vurderingskompetence
- Åbne situationer og tilbud med flere mulige løsninger – på tværs af sektorer

Nye roller og opgaver

En ældre, multisyg borger undersøges i eget hjem (fx af egen læge, vagtlæge, præhospitalet eller en kommunal sygeplejerske). Borgeren har behov for sundhedsfaglige indsatser - men ikke nødvendigvis en akut indlæggelse.

Her er der brug for et samarbejdende netværk om borgeren.

Samtidig er der på nogle områder lovgivning, der kan stille sig i vejen for nye løsninger.

Fx må Præhospitalet ikke køre en borger, der har tilset i eget hjem, videre til en kommunal akutplads. I dag skal Præhospitalet således køre borgeren på hospitalet, hvis indsatsen ikke kan afsluttes med det i samme i eget hjem.

7. Potentialer for forbedringer og veje at gå

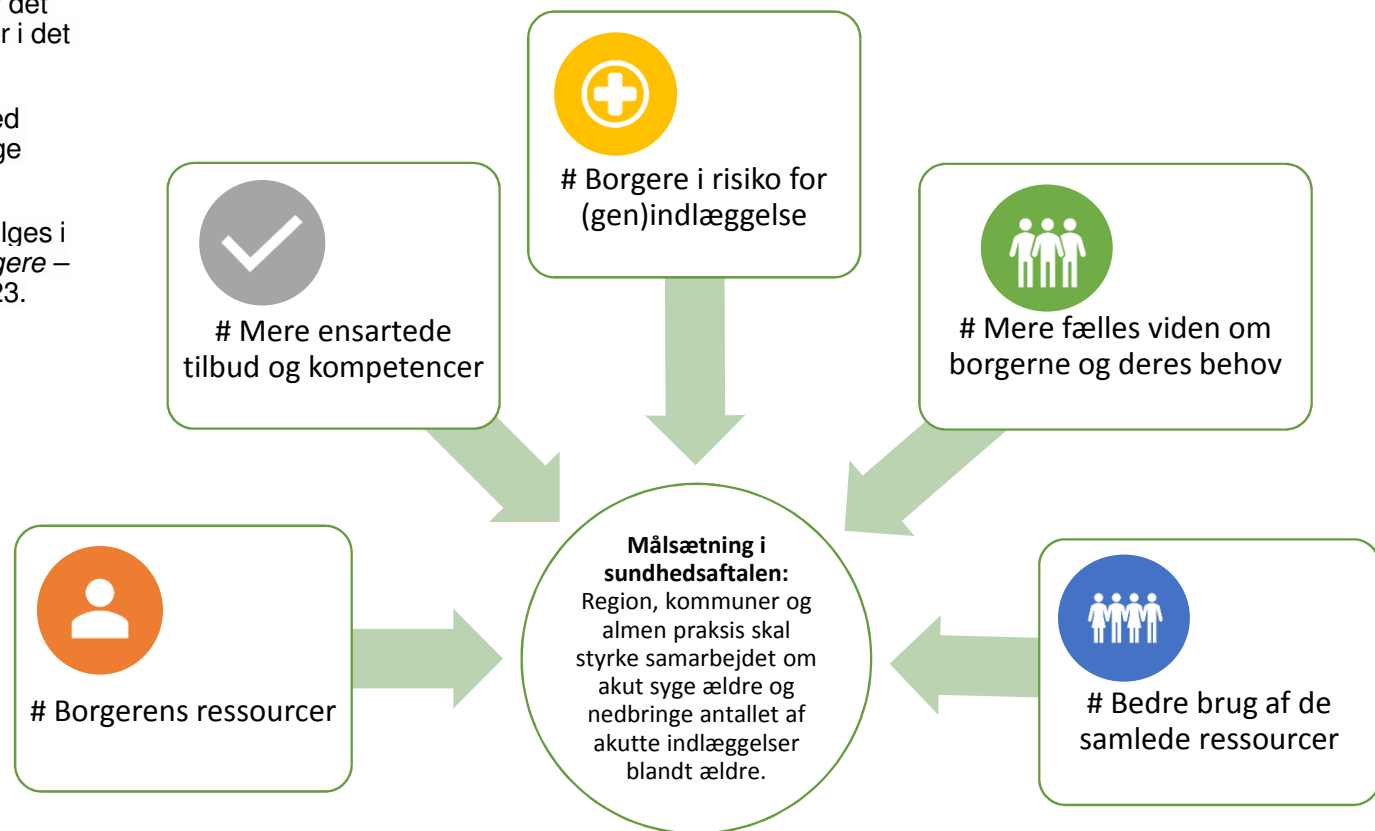
Arbejdsgruppen har identificeret en række områder, hvor det vurderes, at der er et væsentligt potentiale for forbedringer i det tværsektorielle samarbejde på akutområdet.

I det følgende beskrives arbejdsgruppens overvejelser med hensyn til mål, de vigtigste forbedringspotentialer og mulige veje at gå.

Arbejdsgruppen anbefaling angiver fem spor, der kan følges i udmøntningen af indsatsområdet *Sammen om ældre borgere – først med fokus på akutområdet* i sundhedsaftalen 2019-23.

De fem spor er:

- Borgerens ressourcer – også på akutområdet
- Mere ensartede tilbud og kompetencer
- Borgere i risiko for (gen)indlæggelse
- Mere fælles viden om borgerne og deres behov
- Bedre brug af de samlede ressourcer



7.1 Mål og pejlemærker



I de kommende år skal vi kunne behandle flere borgere og især flere ældre borgere med flere samtidige sygdomme.

For at vi kan lykkes med det foreslås følgende fælles pejlemærker for den tværsektorielle indsats i forhold til akut sygdom:

- Vi skal give borgeren den rigtige behandling første gang – uanset om indsatsen skal ske på et hospital, ved egen læge, i hjemmet og/eller en kommunal akutfunktion.
- Vi skal prioritere forebyggende indsatser og i højere grad komme på forkant med akut sygdom og forværring af sygdom.
- Vi skal få de samlede ressourcer - herunder også borgerens egen viden og ressourcer – til at spille bedre sammen på tværs.

Den fælles ramme for dette er sundhedsaftalen. Pejlemærkerne skal derfor ses som en konkretisering af den fælles målsætning i forslaget til sundhedsaftale om, at vi i region, kommuner og almen praksis skal styrke samarbejdet om akut syge ældre og nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre.

I det følgende beskrives arbejdsgruppen forslag og overvejelser om, hvordan målsætningen kan omsættes til handlinger.

Anbefalingerne skal ses i forhold til, at der allerede i region, kommuner og almen praksis arbejdes med en række indsatser, der skal sikre et styrket samarbejde om ældre borgere og nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre, herunder forebyggelige indlæggelser. Der er udarbejdet en oversigt over aktuelle tværsektorielle indsatser i de fem klynger i forhold til at forebygge indlæggelser. Oversigten er vedlagt.

Mål i sundhedsaftalen

Forslaget til sundhedsaftale 2019-23 indeholder fælles målsætninger for det tværsektorielle samarbejde om akut syge, ældre borgere.

Målsætningen, at vi i region, kommuner og almen praksis skal styrke samarbejdet om akut syge ældre og nedbringe antallet af akutte indlæggelser blandt ældre.

Udviklingen følges løbende på baggrund af disse indikatorer:

- Samarbejde mellem hospitalerne og hjemmepleje/sygepleje om udskrivelsen af akut syge ældre (LUP)
- Antal akutte indlæggelser blandt ældre
- Forebyggelige indlæggelser blandt ældre*
- Akutte somatiske genindlæggelser* blandt ældre

Rammen for de fælles målsætninger i sundhedsaftalen er de nationale mål for sundhedsområdet.

*Indikatorer er sammenfaldende med indikatorer til de nationale mål for sundhedsområdet.

7.2 Potentialer for forbedringer

Vejen til at nå de beskrevne pejlemærker fordrer, at vi forbedrer det tværsektorielle samarbejde på akutområdet på en række områder.

Arbejdsgruppen vurderer, at der er store potentialer for forbedringer i at bringe borgerens egne ressourcer i spil, større ensartethed, bedre brug af data, adgang til data på tværs af sektorer og bedre brug af de samlede ressourcer.

De mulige forbedringer kan sammenfattes således:

1. Borgerne har flere ressourcer, end vi forudsætter, og kan i mange tilfælde selv være med til at forebygge og behandle – også i forhold til akut sygdom.
2. Større ensartethed i de akutte tilbud og kompetencer vil bidrage til bedre kvalitet og effektivitet i de enkelte borgerforløb. På den måde kan vi behandle flere borgere og bedre.
3. Vi har data, og kan bruge data til at identificere borgere der er i særlig risiko for (gen)indlæggelse, og bruge den viden til forebyggelse. På den måde kan vi hjælpe borgeren og hinanden med at komme på forkant med akut sygdom og forværring af sygdom.
4. Med større kendskab til hinandens viden og data, herunder ikke mindst borgernes behov og forventninger, kan vi skabe bedre forløb for borgerne
5. Der er mange faglige og menneskelige ressourcer i spil i akutte forløb. Men vi lykkes ikke altid lige godt med samarbejde og kommunikation på tværs af sektorgrænser. Der behov for, at vi får et bedre kendskab til hinandens ressourcer. Og vi har brug for bedre og mere fleksible aftaler om at bruge ressourcerne på tværs.

Der kan arbejdes med potentialerne for forbedringer gennem fx prøvehandling, opsamling af viden fra igangværende initiativer og/eller kommende samarbejdsaftaler mellem region, kommuner og almen praksis.

I det følgende beskrives arbejdsgruppens forslag til forskellige veje at gå med henblik på at arbejde videre med disse muligheder for forbedringer.

Borgerens ressourcer – også ved akut sygdom

Borgerne har flere ressourcer og mere viden om egen sundhed og sygdom, end vi forudsætter, og kan i mange tilfælde selv være med til at prioritere og vælge de rette løsninger. Også når det gælder akut sygdom. Dette gælder både for borgerne selv og de pårørende. Og det gælder både ældre borgere, der gennem et langt liv har opnået stor viden om egen krop og helse, og udsatte borgere, der også gerne vil forebygge udvikling af akut sygdom, men som måske mangler viden om, hvad der skal til.

Her er der behov for at se på, om vi er gode nok til at lytte til patient og pårørende og inddrage den viden, borgere og pårørende har om egen situation – herunder hvad der er normalt, og hvad der bør give anledning til uro.

Der er også behov for, at vi styrker informationen til alle de borgere, vi træffer i systemerne om, hvordan de selv kan forebygge akut sygdom – uanset deres situation i øvrigt. Og der er brug for, at vi bruger og udvikler telemedicinske redskaber til understøtte borgerne i bedre at kunne vurdere og reagere relevant i situationer med akut sygdom.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i regi af sundhedsaftalen arbejdes videre med:

- **Vi skal tænke samarbejdet som en femkant af borgere, civilsamfund, hospitaler, kommuner og praksissektoren.**
- **Initiativer, der styrker borgeres og pårørendes sundhedskompetencer til at reagere tidligt og hensigtsmæssigt på tegn på udvikling af akut sygdom og akut sygdomsforværring.**
 - Fx udarbejdelse af "Før du ringer forløbsprogrammer", hvor borgerne kan inspiration til symptomer de skal være opmærksomme på, og ting de selv kan gøre for forebygge akut sygdom og skade
 - Fx Implementere brugervenlige, ensartede telemedicinske løsninger til hurtig opfølgning på akut udvikling af ny eller kendt sygdom
- **Udvikle fælles redskaber til inddragelse af borgere og pårørende i beslutninger omkring akut indlæggelse, udskrivelsesforløb og opfølgning.**
- **Udvikle fælles strategier for at støtte de borgere, der ikke har ressourcer stærke pårørende tæt på – i tæt samarbejde med foreningslivet.**

Brugerinddragende dialog

VIBIS har udviklet et redskab til at støtte den brugerinddragende dialog. Tankegang og redskab kan bruges i både almen praksis, hospital og kommune.



Den brugerinddragende dialog

Et dialogstøtteredskab, der skal hjælpe sundhedsprofessionelle i deres forberedelse af dialogen med patienter og borgere. Indeholder syv opmærksomhedspunkter.

De syv opmærksomhedspunkter:

	1. Forbered samtalen
	2. Sæt rammen for samtalen
	3. Beskriv muligheder
	4. Spørg: "Hvad er vigtigt for dig?"
	5. Inviter til spørgsmål
	6. Brug dét, der bliver sagt
	7. Afslut samtalen

Mere ensartede tilbud og kompetencer

Hvis vi skal have et mere effektivt samspil mellem de akutte beredskaber, er der behov for at udvikle flere fælles standarder for, hvad et akuttilbud (regionale såvel som kommunale) indeholder og med hvilke kompetencer.

Fælles standarder på tværs af sektorer kan styrke den samlede indsats for borgeren og styrke handlemulighederne i de enkelte forløb – også når det skal gå hurtigt. Fx har vagtlæger og præhospital behov for kendskab til øvrige akuttilbud for at finde alternativer til indlæggelser.

Forskellene i de eksisterende akuttilbud kan også betyde, at vi ikke udnytter de eksisterende beredskaber og tilbud godt nok.

Det skal derfor være tydeligt hvilke kompetencer, der er i de forskellige akuttilbud, og hvordan disse kan bringes i spil i forhold til borgere med akut sygdom eller forværring af sygdom. Vi skal i højere grad være parate til at forpligte os på et bestemt niveau for kompetencer og tilbud i de akutte beredskaber. Der kan fx aftales et fælles niveau for hvilke blodprøver, der kan tages og i hvilke situationer via en kommunal akutfunktion.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i regi af sundhedsaftalen arbejdes videre med, at region, kommuner og almen praksis

- **udarbejder fælles definitioner for de forskellige tilbud og fælles begreber – herunder også kliniske redskaber (fx TOBS, triage og ISBAR)**
- **kortlægger akuttilbud i den midtjyske region, herunder indhold i tilbud, tilgængelighed og kompetencer**
- **udarbejder en fælles standard for, hvad forskellige typer af akuttilbud skal indeholde og med hvilke kompetencer**
- **laver fælles retningslinjer for indsatsen i forhold til borgere på plejehjem, borgere i egen bolig (der er kendt af kommunen) og borgere i eget hjem (som ikke er kendt af kommunen). Dette kan også indebære, at kommunerne i en klynge orienterer sig om hinandens tilbud, og indgår aftaler på tværs om udnyttelse af pladser i spidsbelastning.**

Kvalitetsplan for det nære sundhedsvæsen

Regeringen lægger i udspillet til sundhedsreform *Patientens først – nærhed, sammenhæng, kvalitet og patientrettigheder* op til, at Sundhedsstyrelsen skal udarbejde en national kvalitetsplan i forhold til det nære sundhedsvæsen. Med den nationale kvalitetsplan sættes faglige standarder for almen praksis og kommunale sundhedsopgaver.

Der vil allerede i 2019 blive udarbejdet faglige standarder på områder, hvor kommunerne i dag varetager opgaver. I første omgang for kommunernes borgerrettede forebyggelsestilbud samt forebyggelses- og rehabiliteringstilbud til borgere i risiko for at udvikle fx KOL og diabetes.

I 2017 udarbejdede Sundhedsstyrelsen en faglig standard for kommunale akutfunktioner.

Borgere i risiko for (gen)indlæggelse

Vi har i vores systemer allerede en række data, der kan fortælle noget om hvilke borgere, der er i særlig risiko for (gen)indlæggelse. Den viden kan bruges til forebyggelse – både i forhold til grupper af borgere, og i forhold til enkeltindivider. Men denne brug af data indebærer både juridiske og etiske spørgsmål og dilemmaer.

Her er der behov for, at vi mere systematisk arbejder med risikovurdering af borgergrupper og enkeltpatienter med henblik på tidlig og målrettet indsats.

En konkret indsats kan være udvikling af tilbud til borgere i risikozonen for (gen-)indlæggelse. Et eksempel kan være, at det efter en indlæggelse aftales med borgeren, at hospitalet må dele relevante informationer om patienten med egen læge og vagtlæge og kommune. Eller at borgere, der er særligt udsatte for udvikling af sygdom får målrettet undervisning eller genveje til at kontakte hospital eller hjemmepleje i bestemte situationer.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i regi af sundhedsaftalen arbejdes videre med:

- **Region, kommuner og almen praksis sikrer vidensdeling om, og spredning af erfaringer med brug af data til identifikation af patienter og borgere med særlig risiko for udvikling af akut sygdom**
- **Region, kommuner og almen praksis anvender systematisk data til de forbedringer, der allerede nu kan gøres i fællesskab**
- **På politisk niveau tages initiativ til dialog med patientforeninger, borgergrupper og praktiserende læger om de etiske dilemmaer, der er ved brug af data til forudsigelse af sundhedsrisici**
- **Der afsættes fælles midler til at søge fondsstøtte til forskning på området**

Tværspor

Tværspor er et forskningsprojekt, hvor fælles viden om borgerne giver mulighed for mere målrettede indsatser

Projektet sammenholder data fra et optageområdes voksne borgere om f.eks. diagnoser, indlæggelser og ambulante besøg på hospitalet, oplysninger fra kommunen samt kontakter og medicinordinationer hos borgernes egen praktiserende læge.

Med mere viden om de borgere, som er i risiko for at bruge sundhedsvæsenet betydeligt, og hvad der typisk karakteriserer deres adfærd, så kan vi bedre sætte ind med målrettet hjælp. Det giver øget fokus på forebyggelse samtidig med, at borgerne kan komme til at spille en mere aktiv rolle i forhold til deres egen behandling og sundhed

Mere fælles viden om borgerne og deres behov

Hvis borgeren skal have den rigtige behandling første gang uanset, hvor behandlingen foregår, har vi behov for bedre adgang til hinandens viden og data. Særligt vigtigt er det, at borgerens forventninger til egen behandling er kendte af alle, der er involveret i borgerens forløb.

Her er der behov for at se på, om vi kan bruge mulighederne for deling af viden og data bedre. Samtidig er der behov for at udfordre lovgivningen på området, så vi i højere grad får fælles, relevante data om borgeren.

Patienter som møder op hos vagtlægen, eller som indlægges akut, forventer ofte at centrale oplysninger om kronisk sygdom, tidligere behandlinger eller overfølsomhed overfor bestemte præparater er kendt af den nye behandler. Sådan er det ikke, da der ikke er hjemmel i loven til at give generel adgang til data på tværs af systemerne.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at

- **Region, kommuner og almen praksis holder et fælles pres i forhold til at sikre juridisk og teknisk mulighed for at dele relevante data om fælles borgere, og problemstillinger om deling af data på tværs rejses nationalt**
- **Region, kommuner og almen praksis sikrer, at borgernes aftaler og ønsker gøres kendte på tværs, og bruges, når der skal træffes beslutninger i et forløb.**
 - **Fx fælles udvikling og afprøvning af redskaber til at inddrage borgere og pårørende i planlægning og opfølgning af sundhedsfaglige indsatser – også i akutte situationer**
 - **Fx fælles informationsmateriale og retningslinjer om at inddrage og dele borgernes forventninger til eget forløb ved livets afslutning**

Et samlet patientoverblik

Bedre koordinering, samarbejde og overblik for patienter, pårørende og sundhedsprofessionelle er målet med det nationale program 'Et samlet patientoverblik'.

Programmet afsluttes i 2019 og skal

- fremme koordinering og samarbejde mellem hospital, praktiserende læge, hjemmeplejen og andre, der er involveret i borgerens behandling
- hjælpe borgere og deres pårørende til at få bedre overblik over deres forløb
- udvikle og afprøve digitale løsninger

Projekt 'Livets afslutning'

- Parterne i Midtklyngen ønsker med det fælles projekt Livets Afslutning at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning kan efterleves, og at det sker i samtale og tæt samarbejde med borger, dennes pårørende og det sundhedspersonale, der er involveret undervejs.
- Ambitionen med projektet er at videreudvikle og nytænke eksisterende indsatser i kommuner, på hospitaler og tværsektorielt – på en måde, der kobler borgerperspektiver med de faglige og organisatoriske perspektiver, herunder anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen i "Anbefalinger for den palliative indsats".

Bedre brug af de samlede ressourcer

Tilsammen har vi mange faglige og menneskelige ressourcer, der alle er i spil i de akutte patientforløb. Men vi lykkes ikke altid lige godt med samarbejde og kommunikation på tværs af sektorgrænser. Her er der behov for, at vi får bedre kendskab til hinandens ressourcer. Og vi har brug for bedre og mere fleksible aftaler om at bruge ressourcerne på tværs til glæde for borgerne.

En konkret indsats kan være aftaler om hvilke tiltag den kommunale sygepleje i kommunen kan sætte i værk både tidligt og undervejs i et forløb. Herunder klare aftaler det lægefaglige ansvar, når borgerne behandles hjemme som alternativ til indlæggelse.

Et andet udviklingsfelt er øget samarbejde mellem kommune, hospital og ambulanceberedskabet – med forstærket samarbejde og flere handlemuligheder kan flere borgere få det rette tilbud, uanset hvilken indgang de har til systemet.

Også styrket overblik over og samarbejde omkring brug af de samlede tilbud kan styrke udnyttelsen af de fælles ressourcer bedst muligt. Dette kan ske i fælles sundhedsvisitationenheder- i første omgang som enheder hvor almen praksis, hospitalspersonale og Præhospital kan få visiteret patienter til den rette afdeling, og få råd og vejledning om kommunernes alternativer til indlæggelse. På sigt kan sundhedsvisitationerne blive omdrejningspunkt for udvidet samarbejde om brug af ressourcerne på tværs af sektorerne.

Arbejdsgruppen anbefaler derfor, at der i regi af sundhedsaftalen arbejdes videre med, at region, kommuner og almen praksis

- **etablerer fælles organisatoriske områder med fælles ledelse, faglighed og økonomi.**
- **laver klare aftaler om lægefagligt ansvar når en borger behandles hjemme**
- **forsøgsordning, hvor præhospitalet i samarbejde med hospital og kommune behandler flere patienter uden indlæggelse, herunder udfordrer lovgivningsmæssige barrierer på området**
- **indgår fælles aftaler om rammedelegation til det kommunale sundhedspersonale, herunder afklaring af evt. lovgivningsmæssige barrierer**
- **etablerer fælles (sundheds)visitationer i alle klynger**

Sundheds- /fællesvisitationer:

Sundhedsstyrelsen har besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe, der skal komme med forslag til en fælles model for de regionale sundhedsvisitationer på akuthospitalerne og deres rådgivning om kommunale alternativer til indlæggelse.

På sigt kan sundhedsvisitationerne blive omdrejningspunkt for visitation af en række akutte tilbud til borgerne, uanset sektor og aktør. Herunder fx have overblik over hvilke ressourcer, der i den konkrete situation er til rådighed, og som kan involveres i at løse det aktuelle behov for akut indsats i borgerens hjem.

Bilag

I. Deltagere i arbejdsgruppe

Medlemmer

- Inge Pia Christensen, sygeplejefaglig direktør, Aarhus Universitetshospital (medformand)
- Søren Liner Christensen, direktør, Herning Kommune (medformand)
- Lise Høyer, formand for PLO-Midtjylland
- Søren Svenningsen, formand for lægevagtudvalget
- Trine Brøcker, sundhedschef, Skive Kommune
- Ingelise Juhl, chef for Sundhed og Omsorg, Syddjurs Kommune
- Gitte Nørgård, chef for sygeplejen og akutområdet, Herning Kommune
- Christina Bjerking, leder for sundhed, Hedensted Kommune
- Helle Haunstrup Krogh, akutleder Aarhus Kommune
- Ida Gøtke, sygeplejefaglig direktør, Hospitalsenheden Vest
- Marianne Jensen, sygeplejefaglig direktør, Regionshospital Randers
- Ulf Hørlyk, ledende overlæge, Akutafdelingen Horsens
- Jacob Stouby Mortensen, ledende overlæge, Akutafdelingen Viborg
- Stefan Joachim V. Schousboe, ledende overlæge, AMK-vagtcentralen

Sekretariat

- Anne Brøcker, chefkonsulent, Sundhedsplanlægning Region Midtjylland
- Sine Møller Sørensen, specialkonsulent, KOSU-sekretariatet

II. Initiativer med henblik på at forebygge akutte indlæggelser

Der er udarbejdet et overblikssnotat over igangværende initiativer med henblik på at forebygge akutte indlæggelser.