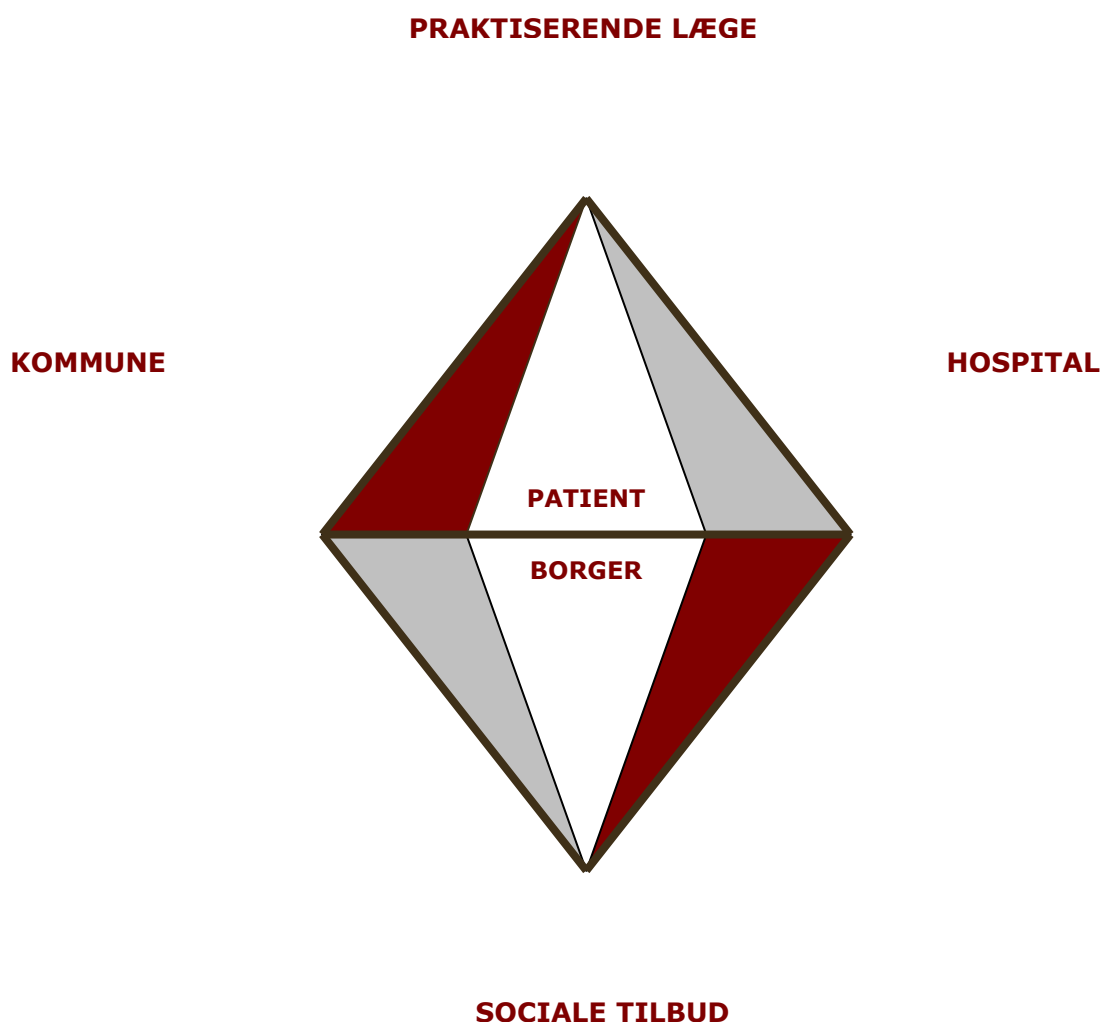


Sammenhængende patientforløb

- rapport fra det midlertidige udvalg
vedrørende sammenhængende patientforløb



Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse.....	2
Forord.....	3
1. Indledning	5
1.1. Udvalgets formål og opgaver	5
1.2. Udvalgets arbejdsform	6
1.3. Opsummering af udvalgets anbefalinger.....	7
2. Udvalgets samlede konklusioner og anbefalinger	9
3. Det sammenhængende patientforløb	16
3.1. Et sammenhængende patientforløb.....	16
3.2. Det sammenhængende patientforløb – et vigtigt element i regionens strategier og planer.....	18
4. Udvalgets temamøder.....	20
4.1. Det tværsektorielle samarbejde i Vestklyngen	20
4.2. Sundheds-IT og elektronisk kommunikation.....	22
4.3. Sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient – med fokus på den geriatriske patient	24
4.4. Den Danske Kvalitetsmodel	27
4.5. Sammenhængende patientforløb for patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom.....	29
5. Afslutning	32

Forord

Et sammenhængende patientforløb er én af forudsætningerne for kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og et nødvendigt mål at stræbe efter i de konkrete tiltag, der skal forbedre og udvikle regionens sundhedsvæsen.

På den baggrund nedsatte Regionsrådet i Region Midtjylland på møde den 20. januar 2010 det midlertidige udvalg vedrørende sammenhængende patientforløb. Udvalget har fungeret i perioden 1. marts 2010 – 28. februar 2011 med følgende medlemmer:

Formand:

Henrik Gottlieb Hansen (A)



Næstformand:

Susanne Buch Nielsen (F)



Medlemmer:

Conny Jensen (A)



Henrik Fjeldgaard (A)



Olav Nørgaard (V)



Jørgen Nørby (V)



Leif Lund (O)



Udvalget er blevet betjent af Regionalt Sundhedssamarbejde.

Udvalget har i funktionsperioden afholdt 6 møder. 4 af møderne har været tematiserede, og er bl.a. afholdt på regionens hospitaler og på et kommunalt sundhedscenter. Derudover har udvalget afholdt et indledende møde med henblik på at indkredse konkrete temaer for udvalgets arbejde samt et afsluttende møde, hvor udvalgets endelige anbefalinger blev drøftet og præciseret.

Udvalget er på møderne blevet præsenteret for konkrete indsatser og erfaringer fra regionens arbejde med at skabe sammenhængende patientforløb. På den baggrund har udvalget drøftet mulige tiltag med henblik på fortsat at fremme de bedst mulige betingelser for at skabe koordinerede og veltilrettelagte forløb for patienterne. Udvalget har i sit arbejde overvejende beskæftiget sig med udfordringer ift. de patientforløb, som går på tværs af sektorer.

1. Indledning

1.1. Udvalgets formål og opgaver

Det sammenhængende patientforløb er blevet et centralt begreb i arbejdet med at forbedre og udvikle det danske sundhedsvæsen. På tværs af sektorer, enheder og afdelinger skal der koordineres og samarbejdes. Patientens kontakt med sundhedsvæsenet i dag resulterer ofte i kontakt med flere forskellige enheder i sundhedsvæsenet, hvorfor fokus på det sammenhængende patientforløb er særdeles vigtigt.

Et sammenhængende patientforløb er en af forudsætningerne for kvalitet i sundhedsvæsenets ydelser og et nødvendigt mål at stræbe efter i de konkrete tiltag, der skal forbedre og udvikle sundhedsvæsenet.

På den baggrund nedsatte Regionsrådet i Region Midtjylland primo 2010 det midlertidige udvalg vedrørende sammenhængende patientforløb for at sætte fokus på, hvordan der skabes et mere sammenhængende – og veltilrettelagt – patientforløb, til gavn for patienten. Udvalget har haft til opgave at fokusere særligt på:

- I hvilket omfang indsatsen er sammenhængende, både indenfor det regionale sundhedsvæsen, herunder mellem hospitaler, hospitalsafdelingen og mellem somatikken og psykiatrien, samt i forhold til praksissektoren og det kommunale sundhedsvæsen.
- I hvilket omfang indsatsen er sammenhængende og veltilrettelagt, både før, under og efter indlæggelse, herunder om der er fokus på en proaktiv og forebyggende indsats på alle niveauer.

Udvalgets arbejdsfelt har haft en særlig snitflade til det midlertidige udvalg vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik. Udvalget har derfor fået præsenteret og drøftet anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik.

1.2. Udvalgets arbejdsform

Udvalgets møder har været afholdt som tematiserede møder. Formålet har været at præsentere udvalget for gode eksempler og aktuelle udfordringer i arbejdet med det sammenhængende patientforløb og dermed skabe et inspirerende og brugbart afsæt for udvalgets drøftelser.

Konkret har udvalget haft særligt fokus på følgende temaer: tværsektorielt samarbejde om forløbsprogrammer, elektronisk kommunikation og dataudveksling, sammenhængende forløb for geriatriske patienter og implementering af Den Danske Kvalitetsmodel. Endvidere deltog Sundhedsbrugerrådet på udvalgets 1. møde med henblik på at afdække og drøfte det sammenhængende patientforløb set fra patientens perspektiv ligesom udvalget også har fået præsenteret anbefalingerne fra det midlertidige udvalg vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik.

Nedenfor ses en oversigt over udvalgets møderække:

Tid og sted	Indhold
6. april 2010, Regionshuset Viborg	Opstartsmøde mhp. indkredsning af temaer: <ul style="list-style-type: none">• Erfaringer fra Regionshospitalet Randers og Grenaa• Erfaringer fra Sundhedsbrugerrådet
27. maj 2010, Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune	Det tværsektorielle samarbejde i Vestklyngen
26. august 2010, Regionshuset Viborg	Sundheds-IT og elektronisk kommunikation
7. oktober 2010, Geriatrisk Afdeling, Århus Sygehus	Sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient – med fokus på geriatriske patienter
27. januar 2011, Regionshospitalet Horsens	Den Danske Kvalitetsmodel Drøftelse med næstformanden for det midlertidige udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik
22. februar 2011, Regionshuset Viborg	Afsluttende møde

1.3. Opsummering af udvalgets anbefalinger

Udvalget er blevet præsenteret for en række konkrete tiltag og erfaringer fra regionens arbejde med at skabe sammenhængende patientforløb. En uddybning af udvalgets konklusioner og anbefalinger fremgår af afsnit 2, mens en uddybende beskrivelse af indholdet fra de enkelte temamøder er præsenteret i afsnit 4.

Med afsæt i de afholdte møder peger udvalget på 6 indsatsområder:

1. Styrket elektronisk kommunikation og dataudveksling

Udvalget anbefaler at:

- Udrulning og videreudvikling af Midt-EPJ skal have fokus på det tværsektorielle samarbejde.
- Tids- og handleplanen for den tværsektorielle elektroniske kommunikation skal overholdes og følges nøje.

2. Udvikling af nye samarbejdsformer mellem region og kommuner

Udvalget anbefaler at:

- Erfaringerne fra Geriatrik Afdeling, ÅUH Århus Sygehus, vedr. behandling i eget hjem skal udbredes.
- Erfaringerne fra Geriatrik Afdeling, ÅUH Århus Sygehus, med udgående funktioner og behandling i hjemmet skal indgå i Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde med "det nære sundhedsvæsen".
- Hospitalerne understøtter udviklingen af nye samarbejdsmodeller ved at medvirke til kompetenceudvikling og etablering af støttefunktioner for primærsektoren.
- Evalueringen af forløbsprogrammet for hoftebrud i Horsensklyngen følges med henblik på udbredelse.
- Hospitalernes incitamenter, herunder økonomiske incitamenter, til at indgå i udviklingen af nye samarbejdsformer med primærsektoren styrkes.

3. Den praktiserende læge som patientens proaktive tovholder

Udvalget anbefaler at:

- Erfaringerne fra projekt Kronikerkompasset skal udbredes og forankres som et led i at styrke den praktiserende læges funktion som proaktiv tovholder.
- Den forebyggende indsats skal fortsat have høj prioritet i praksissektoren. Samarbejdet med kommunerne skal udvikles og styrkes.

4. Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel

Udvalget anbefaler at:

- Praksissektoren også forpligter sig til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel.

5. Inddragelse af patientperspektivet

Udvalget anbefaler at:

- Patientens perspektiv inddrages i udviklingen af sundhedsvæsenet.
- Sundhedsbrugerrådets forslag om at styrke inddragelsen af frivillige i hospitalernes arbejde afprøves og videreudvikles.
- Der er fokus på at udvikle og styrke de sundhedspædagogiske kompetencer i sundhedsvæsenet.

6. Øget samarbejde om sammenhængende patientforløb for patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom

Udvalget anbefaler at:

- Styrke det tværsektorielle samarbejde, bl.a. ved udarbejdelse af forløbsprogrammer for patienter med psykiske lidelser.
- Der iværksættes tiltag, som skal styrke det tværsektorielle samarbejde om forebyggelsestilbud til borgere med psykisk sygdom.
- Kompetenceudvikling på tværs af psykiatrien og somatikken kan medvirke til et mere sammenhængende patientforløb for patienter med psykisk sygdom.
- Endvidere anbefaler udvalget, at erfaringerne fra arbejdet i udvalget videreføres og udvikles i et kommende udvalg vedr. multisygdom, som igangsættes i foråret 2011.

En uddybning af udvalgets konklusioner og anbefalinger fremgår af næste afsnit.

2. Udvalgets samlede konklusioner og anbefalinger

Udvalget kan på baggrund af temamøderne konkludere, at der både på hospitalerne og i samarbejdet mellem hospitaler, kommuner og praksissektor ydes en stor indsats ift. at sikre veltilrettelagte og effektive forløb for patienterne. Der er iværksat mange initiativer, som skal medvirke til, at patienterne oplever gode overgange – både i forløbet på hospitalet og mellem hospitalet og patientens hjem – og det er udvalgets opfattelse, at initiativerne bidrager til, at det samlede sundhedsvæsen leverer en behandlings- og plejeindsats af høj kvalitet. I forhold til det tværsektorielle samarbejde er udvalget bl.a. blevet præsenteret for erfaringer med udskrivningskoordinatorer, fælles kompetenceudvikling og udgående teams, som varetager behandling og pleje i patientens hjem. I relation til sammenhængende patientforløb internt på hospitalet, er udvalget bl.a. blevet præsenteret for konkrete initiativer som fx kontaktpersonordninger og tværfaglige udredningsforløb, hvor der samarbejdes på tværs af hospitalsafdelinger. Derudover har der været fokus på, hvordan IT og elektronisk kommunikation kan understøtte det sammenhængende patientforløb. Udvalget er bl.a. blevet præsenteret for Region Midtjyllands fælles elektroniske patientjournal Midt-EPJ.

Arbejdet og erfaringerne er ofte lokalt forankret på hospitalerne og/eller i samarbejdet mellem hospital, nærkommunerne og områdets praktiserende læger. Det er udvalgets opfattelse, at der er et potentiale i at få udbredt de gode lokale erfaringer til regionens øvrige hospitaler og klynger¹.

Udvalget kan ligeledes konkludere, at det fortsat eksisterer en række udfordringer såvel internt på hospitalerne som i det tværsektorielle samarbejde i forhold til at skabe sammenhængende patientforløb. Nye behandlingsformer, kortere indlæggelsesforløb og hensynet til omkostningseffektivitet kræver nytænkning, og løsninger skal ofte findes i samarbejde mellem hospitaler, kommuner og praksissektor. Udvalgets arbejde har vist, at det kræver et vedblivende ledelsesmæssigt fokus at udvikle og implementere nye løsninger, som kan imødekomme denne udfordring. Det er afgørende, at nøglepersoner med ledelseskraft skaber rum for udvikling og sikrer et ledelsesmæssigt fokus – i alle sektorer – på det tværsektorielle samarbejde.

På den baggrund har udvalget udpeget 6 indsatsområder, som skal medvirke til at sætte retningen for regionens fremadrettede arbejde med at styrke det sammenhængende patientforløb:

¹ For at understøtte samarbejdet mellem kommuner, hospitaler og almen praksis er Region Midtjylland inddelt i klynger på somatik- og psykiatriområdet. Klyngerne består af en hospitalsenhed, de omkringliggende kommuner og almen praksis i området.

Styrket elektronisk kommunikation og dataudveksling

Muligheden for elektronisk kommunikation og dataudveksling har stået centralt i udvalgets arbejde. Udvalget kan konstatere, at det er et område som alle sundhedsaktører er optaget af – og ser som en afgørende forudsætning for, at optimere patientens forløb. Ikke mindst med en stigende specialisering og centralisering i sundhedsvæsenet og et øget behov for integration mellem kommunens, hospitalets og praksissektorens ydelser, er det afgørende, at information kan udveksles hurtigt mellem parterne.

Det er udvalgets opfattelse, at fortsat udvikling af den elektroniske kommunikation og dataudveksling – både internt på hospitalerne og mellem sektorer – er afgørende for at optimere patientforløbene. Samtidig er det afgørende, at de effektive løsninger, som allerede er tilgængelige, implementeres hurtigst muligt.

Udvalget kan konkludere, at der er vedtaget en ambitiøs plan for udrulning af den regionale elektroniske patientjournal Midt-EPJ. Planen skal sikre, at regionens hospitaler har implementeret Midt-EPJ i løbet af 2011. Udvalget kan også konkludere, at der er vedtaget en tids- og handleplan for kommunikation mellem hospitaler, kommuner og almen praksis, som skal sikre anvendelse af en række centrale MedCom-standards inden udgangen af 2012².

Udvalget anbefaler at:

- Udrulning og videreudvikling af Midt-EPJ skal have fokus på det tværsektorielle samarbejde, herunder at MedCom-standards løbende integreres i Midt-EPJ.
- Tids- og handleplanen for den tværsektorielle elektroniske kommunikation skal overholdes og følges nøje. Både mhp. at støtte processen i de klynger, som ikke er langt på området, men også for at udbrede resultaterne fra de klynger, som har påbegyndt test og implementering, der ligger udover den aftalte tids- og handleplan.

Udvikling af nye samarbejdsformer mellem region og kommuner

Udvalget kan konkludere, at der er behov for at afprøve og udvikle tværsektorielle samarbejdsmodeller, som understøtter effektive, sammenhængende behandlingsforløb af høj sundhedsfaglig kvalitet. Konkret ønsker udvalget at styrke muligheden for behandling og opfølgning i patientens

² MedCom: Med-Com er en projektorganisation, som understøtter udarbejdelse af tekniske standarder, der muliggør, at forskellige IT-systemer kan kommunikere med hinanden.

hjem, hvilket for nogle patientgrupper kan være en hensigtsmæssig løsning. Behandling og opfølgning i hjemmet kræver ofte et tæt samarbejde mellem hospitalets udgående teams og kommunens pleje- og omsorgspersonale. Kompetenceudvikling af det personale, som arbejder tæt på patienten, er ofte en forudsætning, og det er udvalgets opfattelse, at regionen skal medvirke til kompetenceudvikling i primærsektoren samt etablering af "back-up"-muligheder/støttefunktioner for primærsektoren.

Udvalget kan ligeledes konstatere, at der allerede eksisterer gode lokale initiativer, som kan bruges til at videreudvikle samarbejdet mellem hospitaler og kommuner. I Horsensklyngen er gjort gode erfaringer med at implementere et forløbsprogram for patienter med hoftebrud. Det er udvalgets opfattelse, at såfremt der kan dokumenteres positive effekter af forløbsprogrammet, skal det udbredes til de øvrige hospitaler og klynger.

Endvidere kan udvalget konkludere, at de regionale afregnings- og finansieringsmodeller ikke altid skaber incitament til at udvikle nye samarbejdsmodeller. Det er væsentligt, at hospitalerne belønnes for at løse de opgaver, som medvirker til at skabe sammenhæng i patientens forløb. Udvalget finder det afgørende, at hospitalerne har økonomisk incitament til at udvikle og afprøve nye snitflader i samarbejdet med kommuner og praksissektor.

Udvalget anbefaler at:

- Erfaringerne fra Geriatrisk Afdeling, ÅUH Århus Sygehus, vedr. behandling i eget hjem skal udbredes. Udvalget er dog opmærksom på, at der aktuelt er begrænsede speciallægeressourcer på området. Det bør derfor afdækkes, om opgaveoverdragelse til andre faggrupper kan bidrage til at løse denne udfordring.
- Erfaringerne fra Geriatrisk Afdeling, ÅUH Århus Sygehus, med udgående funktioner og behandling i hjemmet skal indgå i Sundhedskoordinationsudvalgets arbejde med at udvikle og beskrive "det nære sundhedsvæsen".
- Hospitalerne understøtter udviklingen af nye samarbejdsmodeller ved at medvirke til kompetenceudvikling og etablering af støttefunktioner for primærsektoren – fx adgang til vagtberedskab, vagttelefon m.v.
- Evalueringen af forløbsprogrammet for hoftebrud i Horsensklyngen følges med henblik på at udbrede forløbsprogrammet til de øvrige klynger i regionen.

- Hospitalernes incitamenter, herunder økonomiske incitamenter, til at indgå i udviklingen af nye samarbejdsformer med primærsektoren styrkes. Udvalget finder det relevant at bede Regionsrådet om en status på arbejdet med at udvikle den økonomiske incitamentstruktur på sundhedsområdet og på den baggrund vurdere behovet for at iværksætte eventuelle tiltag.

Den praktiserende læge som patientens proaktive tovholder

Udvalget kan konkludere, at den praktiserende læge indtager en central position i samarbejdet om patientens forløb. Den praktiserende læge er den gennemgående sundhedsprofessionelle i borgerens livsforløb, og dette skaber den bedst mulige forudsætning for at fungere som tovholder på det samlede patientforløb.

Udvalget kan ligeledes konkludere, at der er iværksat initiativer, som skal styrke den praktiserende læges tovholderfunktion ift. patienter med kronisk sygdom – projekt "Kronikerkompasset". Projektet skal sikre den praktiserende læge et systematisk overblik over populationen af kronikere i egen praksis, så opfølgning og kontroller kan gradueres efter patientens behov. Derved sikres, at ressourcerne anvendes på de patienter, som har størst behov.

Projektet har også fokus på praksissektorens rolle i det tværsektorielle samarbejde. Samarbejdet med hospitalet om bl.a. udskrivning og opfølgning er væsentlig. Ligeledes skal den praktiserende læge medvirke til forebyggelse og tidlig opsporing af de patienter, som har risiko for at udvikle kronisk sygdom, og indgå i samarbejde med kommunen om den forebyggende indsats.

Udvalget kan konkludere, at der forsat er behov for at styrke samarbejdsrelationerne mellem praksissektoren og kommunerne, bl.a. ved at sikre at praksissektoren har kendskab til de kommunale tilbud og benytter muligheden for henvisning af patienten.

Udvalget anbefaler at:

- Erfaringerne fra projekt Kronikerkompasset skal udbredes og forankres som et led i at styrke den praktiserende læges funktion som proaktiv tovholder på patientens samlede forløb.
- Den forebyggende indsats skal fortsat have høj prioritet i praksissektoren. Samarbejdet med kommunerne skal udvikles og styrkes, fx gennem praksissektorens vedvarende aktive deltagelse i det tværsektorielle samarbejde i klyngerne. Udviklingen i samarbejdet om henvisninger til de kommunale forebyggelsestilbud skal følges.

Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel

Udvalget kan konkludere, at akkreditering i henhold til Den Danske Kvalitetsmodel (DDKM) er et centralt indsatsområde i regionens kvalitetsstrategi³. DDKM foreskriver en række tiltag, som understøtter det sammenhængende patientforløb – såvel internt på hospitalet som mellem sektorer.

Udvalget kan dog også konkludere, at hospitalernes samarbejdsparter i det samlede sundhedsvæsen ikke er forpligtet på kravene i DDKM. Ift. at understøtte det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer, vil det styrke samarbejdet, at alle parter i det samlede sundhedsvæsen forpligter sig til den samme kvalitetsmodel.

Udvalget anbefaler at:

- Praksissektoren også forpligter sig til at implementere Den Danske Kvalitetsmodel, ligesom det anses som væsentligt for kvalitetsarbejdet i det samlede sundhedsvæsen, at kommunerne også forpligter sig på Den Danske Kvalitetsmodel.

Inddragelse af patientperspektivet

Udvalget kan konkludere, at der er iværksat en række tiltag, som har fokus på at skabe organisatorisk sammenhæng mellem sektorerne – fx forløbsprogrammer for kroniske patienter og sundhedsaftaler. Disse tiltag har til formål at sikre aftaler om opgavefordeling og koordinering af samarbejdet. Denne indsats er vigtig, men for den enkelte patient har oplevelsen af sammenhæng primært relation til det nære – dvs. mødet og samtalen med læger eller sygeplejersker og de enkelte episoder, som er med til at forme patientens samlede forløb.

Det er udvalgets opfattelse, at patienternes erfaringer og holdninger er væsentlige bidrag til arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb. Udvalget kan konstatere, at den sundhedsprofessionelles evne til at lytte til patienten – og se patientens ressourcer – er en vigtig forudsætning for, at patienten kan være en aktiv medspiller i eget forløb. Det er udvalgets opfattelse, at der ligger et stort potentiale i at styrke de sundhedspædagogiske kompetencer i sundhedsvæsenet, og at det vil bidrage positivt til patienternes oplevelse af sammenhæng i deres patientforløb.

³ Den Danske Kvalitetsmodel er en overordnet model for kvalitetsforbedring af alle de faglige aspekter ved et patientforløb.

Udvalget anbefaler at:

- Patientens perspektiv – fx via deltagelse af Sundhedsbrugerrådet eller patientforeninger – inddrages, når tiltag i sundhedsvæsenet skal udvikles og afprøves.
- Sundhedsbrugerrådets forslag om at styrke inddragelsen af frivillige i hospitalernes arbejde afprøves og videreudvikles.
- Der er fokus på at udvikle og styrke de sundhedspædagogiske kompetencer i sundhedsvæsenet

Øget samarbejde om sammenhængende patientforløb for patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom

Udvalgets arbejde vedr. sammenhængende patientforløb har haft snitflader til det arbejde, som er udført i udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik⁴. Udvalget har fået præsenteret anbefalingerne fra udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik og kan konstatere, at der er god overensstemmelse mellem de tiltag, som de to udvalg anbefaler, hvilket også synes naturligt, idet et velfungerende samarbejde mellem psykiatri og somatik er en forudsætning for et sammenhængende patientforløb.

Nedenstående sætter særligt fokus på de anbefalinger og tiltag fra udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik, som har relation til de øvrige anbefalinger, som er beskrevet i nærværende redegørelse.

Udvalget bakker op om:

- At styrke det tværsektorielle samarbejde, bl.a. ved udarbejdelse af forløbsprogrammer for patienter med psykiske lidelser, herunder et forløbsprogram for depression
- At der iværksættes tiltag, som skal styrke det tværsektorielle samarbejde om forebyggelsestilbud, som har særligt fokus på borgere med psykisk sygdom.
- At kompetenceudvikling på tværs af psykiatrien og somatikken – og på tværs af sektorer – kan medvirke til et mere sammenhængende patientforløb for patienter med psykisk sygdom. Sundhedsaftalerne bør

⁴ Det midlertidige udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik har fungeret i perioden 1. maj 2010 til 28. februar 2011

omfatte aftaler om tværsektoriel kompetenceudvikling af medarbejdere
- både på det psykiatriske område og på tværs af psykiatri og somatik.

- Endvidere anbefaler udvalget, at erfaringerne fra arbejdet i udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik – sammen med det arbejde som er udført af udvalget vedr. sammenhængende patientforløb - videreføres og udvikles i det kommende udvalg vedr. multisygdom, som igangsættes i foråret 2011.

3. Det sammenhængende patientforløb

Opgaven for det midlertidige udvalg vedrørende sammenhængende patientforløb har været at sætte fokus på og komme med anbefalinger til, hvordan der skabes et mere sammenhængende – og veltilrettelagt – patientforløb til gavn for patienten.

1. møde i udvalget havde bl.a. til formål at indkredse og give inspiration til temaer for udvalgets arbejde, herunder en nærmere præsentation af begrebet "et sammenhængende patientforløb". Input og drøftelser fra udvalgets 1. møde er indarbejdet i nedenstående afsnit.

3.1. Et sammenhængende patientforløb

Et patientforløb kan defineres som en beskrivelse af en patients vej gennem sundhedsvæsenet. Det er summen af de aktiviteter, kontakter og hændelser i sundhedsvæsenet, som en patient oplever i relation til den sundhedsfaglige ydelse.

I det danske sundhedsvæsen leveres sundhedsydelser af både hospital, kommune og praksissektor. For regionen er opgaven således både at sikre koordinerede og veltilrettelagte patientforløb i et specialiseret regionalt sundhedsvæsen, men samtidig også at sikre en effektiv tværsektoriel kommunikation og arbejdsdeling med de øvrige samarbejdsparter på sundhedsområdet. Der er altså behov for såvel et fokus på sammenhæng internt i hospitalsvæsenet, som på sammenhæng til eksterne samarbejdsparter i kommuner og praksissektor.

Sammenhængende patientforløb er en væsentlig forudsætning for kvalitet og effektivitet i sundhedsvæsenet og er derfor et vigtigt indsatsområde. Sammenhængende patientforløb kan bl.a. mindske risikoen for unødvendigt lange indlæggelser, hvor patienterne risikerer en forværring af deres sygdom. Sammenhængende patientforløb kan også medvirke til at hindre genindlæggelser og dermed medvirke til at sikre en effektiv udnyttelse af resurserne i sundhedsvæsenet. Endvidere vil et veltilrettelagt forløb, hvor ydelserne leveres "som perler på en snor", også understøtte en høj klinisk kvalitet, idet den sundhedsprofessionelle får optimale betingelser for at udføre netop sin afgrænsede del af opgaven i patientens samlede udrednings-, behandlings- og rehabiliteringsforløb.

Idet patienterne ofte har et forløb, der går på tværs af almen praksis, hospital og kommune, kommer patienten i kontakt med mange forskellige faggrupper. I det forløb skal patienten have oplevelsen af, at de enkelte elementer giver mening i forhold til det samlede forløb. Derfor skal patienten vejledes og informeres om dels de enkelte undersøgelses bidrag i forhold til hele forløbet

og dels om resultater og evt. ændringer af planerne. Samtidig skal patienten sikres ensartet kommunikation, uanset hvor i forløbet patienten befinder sig.

På 1. møde i udvalget blev der peget på en række konkrete tiltag, som kan medvirke til at skabe sammenhæng i patientens forløb – både ift. samarbejdet med kommune og praksissektor og i forløbet på hospitalet:

- Kommunale udskrivelseskoordinatorer, som møder op på hospitalets sengeafsnit for at sikre koordinering og kontinuitet i overgangen til patientens hjem og eventuelle kommunale pleje- og omsorgsydelser.
- Kompetenceudviklingsforløb på tværs af sektorer – fx fælles skolebænk, hvor sundhedspersonale fra såvel hospital, kommune og praksis deltager.
- Klare aftaler om kontaktpersoner og henvendelsesmuligheder i hverdagen på tværs af sektorer.
- Effektive, tværdisciplinære udrednings- og behandlingsforløb på hospitalet – bl.a. gennem tæt samarbejde mellem lægefaglige specialer ift. patienter med komplekse udrednings- og behandlingsbehov.
- Kontaktpersonordning, så patienten har en konkret sundhedsprofessionel der kender patientens baggrund og det planlagte behandlingsforløb.

En rapport fra Dansk Sundhedsinstitut (2010)⁵ peger imidlertid på, at den enkelte patient ikke nødvendigvis oplever sammenhæng i deres forløb, selv om enhederne i sundhedsvæsenet samarbejder på tværs. Samarbejde og koordinering er en forudsætning for "organisatorisk effektivitet", men ikke nødvendigvis noget, som patienterne har indsigt i, med mindre det ikke fungerer. For patienterne handler oplevelsen af sammenhæng også om noget andet.

Patienterne har særlig vægt på de kritiske episoder. Det er de episoder, som har været afgørende eller særligt problematiske i forhold til udredning, behandling og opfølgning. For patienterne findes sammenhæng i det nære – i mødet med læger og sygeplejersker, i samtalen, i hverdagen og i de enkelte episoder, der bidrager til at forme forløbet. Fra Sundhedsbrugerrådet blev der

⁵ *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*, Helle Max Martin, Dansk Sundhedsinstitut 2010

bl.a. peget på, at hospitalerne i højere grad kan gøre brug af frivillige i forhold til at tilbyde samtaler, besøg og sociale aktiviteter for patienterne. Tiltagene kunne understøtte patienternes oplevelse af tryghed og sammenhæng i forløbet.

Patienternes opfattelse af sammenhæng i patientforløbet er et af de forhold, som afdækkes i den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). Den seneste undersøgelse fra 2009 viste generelt, at patienterne i høj grad er tilfredse med deres oplevelser på hospitalerne og ikke mindst, at patienterne i Region Midtjylland er særligt tilfredse. I undersøgelsen afdækkes oplevelsen af sammenhæng både i relation til indsatsen på hospitalet og indsatsen ift. hospitalets samarbejde med den praktiserende læge og den kommunale hjemmepleje/hjemmesygepleje. Også her var der generelt stor tilfredshed. Fx oplevede 84-90 % af patienterne, at der er samarbejde og kommunikation mellem hospitalet, den praktiserende læge og kommunen ved udskrivelse/under det ambulante forløb. Undersøgelsen pegede dog også på områder, som burde styrkes, fx hospitalernes lovpligtige kontaktpersonordning, hvilket blev fulgt op med konkrete indsatser i 2010.

Det igangværende projekt PaRIS (patientens rejse i sundhedssektoren) v. Syddansk Universitet belyser også patienternes oplevelse af mødet med sundhedsvæsenet. Projektet har bl.a. fokus på patienter med kronisk sygdom, og ser på deres opfattelse af sammenhæng i forløbet. En del tyder på, at denne gruppe af patienter – som ofte er i livslang kontakt med sundhedsvæsenet – oplever, at netop overgangene fra hospital til kommunen og/eller egen læge kan forbedres.⁶

Samlet set har hospitaler, kommuner og almen praksis en særlig udfordring i at fremstå som et samlet sundhedsvæsen. Ikke bare når patienten skifter afdeling eller sektor, men i høj grad også i det nære – i kontakten mellem det sundhedsfaglige personale og patienten.

3.2. Det sammenhængende patientforløb – et vigtigt element i regionens strategier og planer

Et sammenhængende patientforløb er et centralt og gennemgående element i Region Midtjyllands strategier og planer – det være sig sundhedsplan, sundhedsaftaler, kronikerstrategi, forløbsprogrammer og kvalitetsstrategi.

⁶ *Dokumentationsrapport, PaRIS – Patientens Rejse i Sundhedssektoren*, Eva Draborg, Trine Kjær, Mickael Bech, Mette Møllerup, 2009

Region Midtjyllands sundhedsplan er den samlede ramme om regionens indsats på sundhedsområdet. Sundhedsplanen indeholder 6 pejlemærker, der viser retningen for regionens sundhedsvæsen for de kommende års arbejde. Indsatsen for at sikre sammenhængende patientforløb er "pejlemærke 1" og opstiller regionens ambitioner for den enkelte patients møde med sundhedsvæsenet.

I pejlemærket beskrives hvorledes et sammenhængende patientforløb skal sikre, at patienten føler sig godt og tryk behandlet, lige meget hvor i sundhedsvæsenet patienten befinder sig. Endvidere skal sammenhængende patientforløb medvirke til at opnå høj kvalitet i indsatsen og en hensigtsmæssig ressourceudnyttelse.

Kvalitetsstrategien 2010-2013 på sundhedsområdet i Region Midtjylland har i overensstemmelse med sundhedsplanen også det sammenhængende patientforløb og samarbejdet mellem sundhedsvæsenets aktører som overordnet tema.

I Region Midtjyllands sundhedsaftale med kommunerne er formålet ligeledes at skabe sammenhængende patientforløb. I fællesskab skal Region Midtjylland, kommunerne i regionen og almen praksis udvikle og integrere indsatsen med henblik på at sikre sammenhængende patientforløb – eksempelvis via forløbsprogrammer for kronisk sygdom. Sundhedsaftalerne styrker samarbejdet mellem kommune, sygehus og praksis, herunder den gode dialog mellem parterne og aftaler om arbejdsdeling og koordinering.

I sundhedsaftalen er Region Midtjylland og kommunerne også enige om et særligt fokus på det sammenhængende patientforløb gennem en udvikling og styrkelse af det nære sundhedsvæsen. I processen med at udvikle det nære sundhedsvæsen er der udpeget følgende temaer, hvorunder det skal udvikles konkrete initiativer:

- Den ældre medicinske patient
- Behandling i eget hjem
- Psykiatri
- Teknologi

4. Udvalgets temamøder

Med udgangspunkt i introduktionen til "det sammenhængende patientforløb" har der været afholdt 4 tematiserede udvalgsmøder. På møderne har udvalget mere indgående fået præsenteret og drøftet konkrete tiltag og erfaringer med at skabe sammenhængende patientforløb. De følgende afsnit i rapporten beskriver indholdet fra temamøderne.

4.1. Det tværsektorielle samarbejde i Vestklyngen

Med det formål at sætte fokus på det tværsektorielle samarbejde om at skabe sammenhængende patientforløb har udvalget besøgt Sundhedscenter Vest i Tarm, Ringkøbing-Skjern Kommune.

Udvalget fik præsenteret erfaringer og konkrete tiltag fra det tværsektorielle samarbejde i Vestklyngen om bl.a. implementering af forløbsprogrammerne for kronisk sygdom samt indberetning af utilsigtede hændelser i relation til sektorovergange.

Samarbejde mellem kommune og hospital

Den overordnede arbejdsdeling, som i dag karakteriserer det tværsektorielle samarbejde mellem kommune og hospital, kan i forenklet udgave beskrives ved, at hospitalsvæsenet leverer specialiserede sundhedsydelser – ofte med anvendelse af avanceret teknologisk udstyr og korte indlæggelsesforløb for patienten – mens kommunen følger op, når borgeren er udskrevet og tilbage i "hverdagslivet", men ofte fortsat har behov for sundhedsfaglig opfølgning. Særligt for de ældre borgere vil kommunen – fx via hjemmeplejen - også være involveret, når borgeren indlægges.

Et sammenhængende forløb kræver derfor tæt koordinering mellem parterne. Dette sker via sundhedsaftalerne mellem hospital, kommune og praksissektor, hvilket danner rammen om de konkrete tiltag, der arbejdes med i Vestklyngen. Bl.a. arbejdes der med snitflader på genoptræningsområdet, aftaler omkring indlæggelse og udskrivning, implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom m.v.

På temamødet blev muligheden for elektronisk kommunikation mellem sektorerne særligt fremhævet, både i forhold til at effektivisere arbejdsprocesserne, men også ift. at begge sektorer har opdateret viden om den indsats, der er ydet til borgeren/patienten. I forhold til samarbejdet blev det fremhævet, at gensidig respekt mellem sektorer og fagfolk samt viden om ydelserne i "den anden sektor" styrker samarbejdet. Det er erfaringen, at fælles uddannelsesinitiativer kan være et godt redskab til at opnå dette.

Praksissektoren

Praksissektoren har i lighed med de øvrige sektorer en væsentlig funktion i det tværsektorielle samarbejde – ikke mindst i forhold til forebyggelse og tidlig opsporing. Den praktiserende læge er typisk den gennemgående sundhedsprofessionelle person i borgerens forløb, og det giver den praktiserende læge en god mulighed for at være proaktiv og igangsætte en tidlig indsats. Samarbejdet mellem praktiserende læger og kommunen omkring henvisning til de kommunale sundhedstilbud er derfor vigtigt, og der er bl.a. gode lokale erfaringer i Ringkøbing-Skjern Kommune omkring henvisning af borgere med KOL.

Samtidig er det væsentligt, at den forebyggende indsats rettes særligt mod de grupper, som har størst risiko for at udvikle kronisk sygdom. Der er behov for at indkredse risiko-patienter/grupper og planlægge en gradueret indsats, så ressourcerne ikke bruges på borgere, som i vid udstrækning "kan selv".

Som et led i at styrke regionens indsats for patienter med kronisk sygdom er projektet "Kronikerkompasset" igangsat i praksissektoren. Projektet har både fokus på at videreudvikle indsatsen i den enkelte praksis – bl.a. ved at styrke en systematisk opfølgning og arbejdstilrettelæggelse – men også på samarbejdet med områdets hospital og nærkommunen. Projektet er rettet mod alle praksis i regionen og er igangsat i september 2010 og forløber i 2011 og 2012.

Utilsigtede hændelser i patientovergange

Et vigtigt element i det tværsektorielle samarbejde er fokus på utilsigtede hændelser i overgangen mellem sektorer. En utilsigtet hændelse er en hændelse der:

- Ikke skyldes patientens sygdom
- Er skadevoldende eller kunne have været det
- Forekommer i forbindelse med behandling/sundhedsfaglig virksomhed *eller*
- Forekommer i forbindelse med forsyning af og information om lægemidler (primært med henblik på apotekerne)

Området er et nyt aftaleområde i sundhedsaftalen for 2011-2014, hvilket følger af, at den kommunale sundhedssektor, det præhospitale område, apotekeransatte og praksissektoren i løbet af 2010 – ligesom hospitalerne - er blevet forpligtet til at rapportere utilsigtede hændelser til Dansk Patientsikkerhedsdatabase.

Formålet med indrapportering af utilsigtede hændelser er at forbedre patientsikkerheden ved at bruge de rapporterede hændelsesforløb til at skabe

læring. Sundhedsaftalen 2011 – 2014 beskriver en samarbejdsstruktur, som skal medvirke til dette.

I Vestklyngen har der siden 2003 været arbejdet med disse problemstillinger i det tværsektorielle projekt "gør et godt samarbejde bedre". Kommuner og hospital har lokalt siden 2006 – via et skema - afrapporteret utilsigtede hændelser, som sker i forbindelse med sektorovergange. På 4 år er der blevet indrapporteret 206 hændelser og opgørelser viser, at det især er ved udskrivning, der kan opstå problematikker. Et typisk eksempel er, at medicin eller hjælpemidler ikke er nået frem til borgerens bolig, når han kommer hjem fra hospitalet.

Formålet med projektet har været at skabe læring – og ikke fokusere på skyld. Samtidig skal der skabes tillid til, at rapporteringen og den efterfølgende proces håndteres professionelt og konstruktivt, så erfaringerne bruges til at omlægge arbejdsgange og rutiner.

4.2. Sundheds-IT og elektronisk kommunikation

Udvalget fokuserede på dets 3. møde på sundheds-it og elektronisk kommunikation til understøttelse af det sammenhængende patientforløb. Udvalget blev både præsenteret for arbejdet med at implementere Midt-EPJ på Regionshospitalet Randers og Grenaa samt status og planer for arbejdet med den tværsektorielle elektroniske kommunikation.

Mængden af information på sundhedsområdet er stigende og den effektiviseringsproces, der ligger i anvendelse af elektronisk kommunikation og dataudveksling, skal udnyttes for at opnå den bedst mulige udnyttelse af de tilstedeværende ressourcer.

Hospitalet gennemgår samtidig en specialiseringsproces, hvor det enkelte regionshospital bliver en brik i det samlede tilbud for hele regionens borgere. Patienter vil derfor ikke i samme grad som tidligere blive indlagt på "det nærmeste hospital", men på det nærmeste hospital, hvor der er specialistkompetencer ift. patientens sygdom. Dette øger behovet for standardiserede oplysninger og arbejdsgange.

Indlæggelsestiden for de enkelte patienter er desuden stærkt faldende – og har været det de sidste mange år. For at sikre sammenhæng i den enkelte borgers behandlings- og plejeforløb skal relevante patientoplysninger hurtigt og effektivt kunne overdrages mellem hjemkommune, praktiserende læge og hospital. Sker dette ikke kan behandlingen på hospitalet blive forsinket, fordi man venter på oplysninger fra kommunen, eller man risikerer dobbeltarbejde eller endda fejlbehandling, da vitale oplysninger ikke når frem i tide. På samme måde er det nødvendigt, at kommunen og praktiserende læge er orienteret om

status for den enkelte patient ved udskrivelse. Almen praksis fungerer eksempelvis som tovholder for en lang række patientgrupper – herunder borgere med kronisk sygdom. Denne rolle fordrer, at den praktiserende læge løbende, hurtigt og effektivt er orienteret om, hvor patienten befinder sig, hvad status er, og at der er adgang til strukturerede data om den hidtidige indsats.

Hurtig og effektiv implementering af den elektroniske patientjournal Midt-EPJ og arbejdet med at styrke den tværsektorielle elektroniske kommunikation er centrale elementer for styrkelse af såvel patientsikkerheden som sammenhængen mellem sektorerne.

Udrulning af Midt-EPJ – og erfaringerne fra Regionshospitalet Randers og Grenaa

I Region Midtjylland skal Midt-EPJ være udrullet på hospitalerne og i psykiatrien i løbet af 2011. Midt-EPJ samler alle oplysninger om patientens behandlingsforløb i én regional IT-løsning. Foruden journaloplysninger på patienten, kan Midt-EPJ også håndtere fx booking af operationer, oplysninger om medicinering, laboratoriesvar og udskrivningsbreve. Journalen er opbygget således, at afdelingerne kan tilpasse systemfunktioner til afdelingens konkrete opgaveløsning og behov.

Regionshospitalet Randers og Grenaa har haft en særlig opgave mhp. at udvikle Midt-EPJ forud for udrulning til de øvrige hospitaler i regionen, og udvalget fik præsenteret erfaringer fra dette arbejde. Hospitalet har gennemgået et udviklingsforløb, hvor medarbejdere har kortlagt patientforløb og informationsbehov, som har dannet grundlag for udviklingen af ca. 800 "byggeklodser", som hver især indeholder konkrete data om patienten og behandlingsforløbet. På den baggrund kan den enkelte afdeling nu selv sammensætte journalen, med de data afdelingen finder relevante. De definerede "byggeklodser" udgør således det fælles fundament i Midt-EPJ, som nu udrulles til de øvrige hospitaler.

Strategien omkring udrulning af Midt-EPJ på regionshospitalet Randers og Grenaa har været at sikre massiv support til afdelingerne i deres daglige brug af systemet, mens omfanget af egentlig undervisning til sundhedspersonalet har været minimal. Formålet har været at belaste afdelingernes daglige drift mindst muligt, og strategien har været en succes, som hospitalet anbefaler for den videre udrulning på de øvrige regionshospitaler.

Tværsektoriel dataudveksling via MedCom-standarder

Kommunikation på tværs af sektorer foregår ved nationale kommunikationsstandarder - MedCom-standarder.

Status på området er, at der er stor variation i de enkelte hospitalers og kommuners indsats på området. Som en del af sundhedsaftalen har region, kommuner og praksissektor vedtaget planen "det gode elektroniske patientforløb". Med planen er vedtaget en konkret tids- og handleplan, som skal sikre implementering af centrale kommunikationsstandarder inden udgangen af 2011 – fx standarder vedr. indlæggelse, udskrivning, genoptræningsplaner og fødsler - og der er etableret en tværsektoriel samarbejdsstruktur, som er ansvarlig for processen. Hver enkelt part er dog stadig ansvarlig for at sikre implementering i egen sektor.

De enkelte klynger arbejder ud fra den overordnede tidsplan. Der er dog også rum for at arbejde med mere lokale løsninger, der rækker ud over de i planen bestemte mål og standarder. Fx er kommunerne omkring Regionshospitalet Viborg og Regionshospitalet Silkeborg begyndt at kommunikere mere fritekstbaseret med hospitalerne.

For at sikre sikker drift og undgå, at patienter falder mellem to stole er det endvidere vigtigt, at ingen samarbejdsparter, som følge af udrulning af Midt-EPJ, vil opleve forringet mulighed for at modtage elektronisk kommunikation. De fælles målsætninger, der er fastsat i "Det gode elektroniske patientforløb" skal derfor overholdes af såvel kommuner som region.

4.3. Sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient – med fokus på den geriatriske patient

Den ældre medicinske patient er karakteriseret ved at have en eller flere samtidige sygdomme samt et stort indlæggelses- og omsorgsbehov betinget af såvel kronisk som akut opstået sygdom. For den ældre medicinske patient er der derfor et særligt behov for at sikre koordinering af den samlede udrednings- og behandlingsindsats på tværs af afdelinger og sektorer.

For at give udvalget et indblik i sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient var 4. udvalgs møde henlagt til Århus Sygehus, Geriatrisk Afdeling. Mødet havde et særligt fokus på afdelingens udgående funktioner og erfaringerne med at behandle patienterne i eget hjem.

Geriatrisk Afdeling på Århus Sygehus

Geriatrisk Afdeling behandler patienter over 65 år (oftest over 75 år), som har en akut sygdom samtidig med flere andre sygdomme. Afdelingen indeholder bl.a. 2 sengeafsnit og 5 udgående funktioner.

At patienterne ofte har flere konkurrerende sygdomme er kendetegnende for geriatrien. Det er den vigtigste opgave for Geriatrisk Afdeling at se patienten som en helhed, da både sygdommene og behandlingen for forskellige lidelser har indvirkning på hinanden.

Dette ses ikke mindst ved medicinering, hvor medicin til en ældre patient har en anden virkning end på en yngre patient samtidig med, at de forskellige medicinpræparater påvirker hinanden. Det er derfor en af geriatriens vigtigste funktioner at foretage en medicingennemgang og fjerne den medicin, som er uhensigtsmæssig, og starte medicin, som er gavnlige for den enkelte patient. Der opnås ofte en stor effekt i forbindelse hermed.

Udgående funktioner

De udgående funktioner i Geriatrisk Afdeling tager sig bl.a. af opfølgning i hjemmet for ældre medicinske patienter. Opfølgningen sker både for patienter fra Geriatrisk Afdeling og patienter fra andre afdelinger på sygehuset. Opfølgningen i hjemmet gælder bl.a. opfølgning, hvor der mangler undersøgelser, hvor der skal iværksættes behandling, justeres medicin, gives antibiotika ind i en blodåre, gives blodtransfusion og/eller væskebehandling.

Det er i den forbindelse væsentligt, at patientens egen læge er en central medspiller i forløbet, og det er nødvendigt med klare aftaler omkring det lægefaglige ansvar. Medarbejderne i de udgående teams er derfor i tæt dialog med de praktiserende læger – også om overdragelse af det lægefaglige ansvar, når afdelingen ikke længere yder behandling til patienten.

Hvis borgeren er plejkrævende, er der ligeledes behov for kommunal involvering. Dette giver nye snitflader i samarbejdet mellem hospital og kommune. Ift. patientbehandlingen gælder det især den observation af patienten, som kræves af kommunens plejepersonale og det samarbejde om behandlingen, som er nødvendigt. Det kommunale plejepersonales mulighed for hurtig kontakt og sparring fra hospitalsteamet er væsentlig for samarbejdet, og kan betyde at uhensigtsmæssige indlæggelser undgås. Det er dog vigtigt at fremhæve, at langt fra alle opgaver i hjemmet kræver involvering af kommunens personale.

En væsentlig forudsætning for at udgående funktioner kan fungere i patientens hjem er derfor, at der etableres klare aftaler mellem alle involverede parter vedr. organisering og varetagelse af opgaven, og at regionen medvirker til kompetenceudvikling og etablering af back-up funktioner til primærsektoren.

Perspektiver for udbredelse af udgående funktioner

Afdeling G har gennem en lang årrække haft udgående funktioner. Afdelingen har opnået mange erfaringer med dette arbejde, som har vist, at der er fordele for patienterne.

Dette ses bl.a. ved Geriatrisk-Ortopædkirurgisk teams (GO-team) indsats, som består i at bistå patienten i den akutte fase på hospitalet og dernæst medvirke

ved udskrivelse og den første tid i hjemmet. Det er erfaringen, at de svageste ældre patienter profiterer af hurtig udskrivning fra hospitalet for at undgå forvirring/at de bliver konfuse (delir). Patientens hjem udgør således ofte en bedre ramme end hospitalet for den fortsatte behandling og opfølgning for denne patientgruppe. Konkret har en undersøgelse fra afdelingen vist, at det er lykkedes at bringe 30-dages dødeligheden for de svageste ældre i plejebolig med hoftenært brud ned fra over 24% til 8%.

Udgående funktioner har også positive perspektiver for hospitalet - og regionen som helhed - idet funktionerne er med til at sikre hurtige og gode udskrivelser samt begrænse genindlæggelser. Det er vanskeligt at dokumentere, hvor mange sengedage der er sparet, men Århus Sygehus har landets laveste liggetid for ældre geriatriske patienter (8,5 dage), og her er inkluderet både patienter med hoftenært brud og patienter med blodprop og blødning i hjernen. Det synes dog realistisk, at der kan spares en række akutte genindlæggelser, fordi der kan laves en klinisk vurdering i hjemmet – eller ydes klinisk assistance, fx telefonisk, til det kommunale plejepersonale i den konkrete situation.

Det er Geriatrik Afdelings vurdering, at udgående funktioner kan oprettes ved regionshospitalet. Det kræver ikke en Geriatrik Afdeling på alle hospitalerne for at etablere de udgående funktioner, men der kræves en geriatrisk base, hvortil personalet i de udgående teams kan referere og udgå fra. Dette er nødvendigt af hensyn til uddannelse og fastholdelse af viden. For at man tør være "grænseoverskridende" og behandle patienter i hjemmet er det nødvendigt, at det udgående team trygt og uhindret har en mulighed for at indlægge patienten i et afsnit med samme faglige reference, altså en geriatrisk afdeling eller et geriatrisk afsnit. Her kan teamet evt. selv følge patienten.

Hvis en udgående følge-hjem funktion skal fungere effektivt, skal teamet dagligt deltage i visitationskonferencer på "modersygehuset" på de afdelinger, som patienterne skal udskrives fra. Det er alene teamet, der kan vurdere, hvilke patienter, der kan behandles færdigt i hjemmet. Først efter længere tids erfaring med hjemmebehandling er man i stand til at foretage denne vurdering.

Funktionerne kunne understøttes med direkte bistand fra Geriatrik Afdeling, Århus Sygehus, både under opbygning af funktionerne, men også under varetagelse af opgaverne. Her vil hensigtsmæssige it-løsninger kunne understøtte ordningerne, såsom videokonferencer både mellem afdelinger og personaler, mellem hospitalsenheder og mellem hjem og hospitaler. Udgående geriatrisk funktion med en base i et geriatrisk afsnit findes i dag også på Regionshospitalet Horsens, ligesom der er en mindre geriatrisk funktion, dog uden udgående funktion, i Herning.

4.4. Den Danske Kvalitetsmodel

Den Danske kvalitetsmodel (DDKM) er en overordnet model for kvalitetsforbedring af alle faglige aspekter ved et patientforløb. Modellen består af en række standarder, som beskriver krav til kvaliteten af de enkelte ydelser i patientforløbet, og en række standarder har fokus på at understøtte det sammenhængende patientforløb.

På den baggrund afholdte udvalget sit 5. møde på Regionshospitalet Horsens, hvor udvalget fik præsenteret Kvalitetsstrategien 2010-2013 på sundhedsområdet i Region Midtjylland, herunder det regionale arbejde med at implementere DDKM. Udvalget fik ligeledes præsenteret Regionshospitalet Horsens og Brædstrup's erfaringer med at iværksætte et systematisk og sammenhængende patientforløb for patienter med hoftebrud.

Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel

DDKM er den samlede model for kvalitetsforbedring, som danner grundlag for arbejdet med at opnå *akkreditering* af det danske sundhedsvæsen. Med akkreditering forstås en procedure, hvor et anerkendt organ vurderer, hvorvidt en aktivitet, ydelse eller organisation lever op til et sæt af fælles standarder. Vurderingen foretages af et hold eksterne fagpersoner, som er udpeget og uddannet af IKAS (Institut for Kvalitet og Akkreditering i Sundhedsvæsenet). IKAS er den selvejende institution, som varetager udvikling og drift af DDKM. Akkreditering af hospitalerne i Region Midtjylland foregår marts-juni 2011.

DDKM er opbygget omkring 104 standarder, som beskriver krav til kvaliteten af konkrete ydelser i et patientforløb. Kravene kan fx relaterer sig til personalets kompetencer, krav til aftaler om samarbejde, krav til konkrete tiltag i patientforløbet – fx tildeling af kontaktperson – m.v. Opbygningen af standarderne tager afsæt i en konkret model for kvalitetsarbejde – "Kvalitetscirklen" – som rummer 4 elementer, der skal sikre et løbende arbejde med kvalitetsforbedring:

Plan: Udarbejdelse af retningslinjer

Do: Implementering og anvendelse af retningslinjer

Study: Kvalitetsovervågning

Act: Kvalitetsforbedring

Der er ingen tvivl om, at den kommende akkrediteringsprocedure har medført stor aktivitet på hospitalerne ift. at få planlagt og iværksat de tiltag, som DDKM foreskriver. På mange områder betyder det omlægning af daglige arbejdsgange og rutiner, og det kan være en udfordring for hospitalet at skabe rum for læring og udvikling i en hverdag med høj aktivitet og – mange steder - reducerede medarbejderressourcer. Det er derfor afgørende, at medarbejderne kan se et formål med de krav, som stilles, at tiltagene kan integreres i den

daglige praksis, og at tiltagene medfører synlige kvalitetsforbedringer for patienterne – en opgave, som kræver et vedvarende ledelsesmæssigt fokus på at "skabe mening" i kvalitetsarbejdet.

Der blev bl.a. peget på projektet "Patientsikkert Sygehus", som Regionshospitalet Horsens og Brædstrup medvirker i. Projektets formål er at øge patientsikkerhed på hospitalet – fx ved at forebygge medicineringsfejl eller nedbringe antallet af hjertestop. Projektet er et godt eksempel på, at konkrete og praksisnære målsætninger er væsentlige ift. at skabe engagement og ejerskab blandt medarbejderne.

Forløbsprogram for patienter med hoftebrud

I Horsensklyngen er der udarbejdet et forløbsprogram, som beskriver det tværsektorielle samarbejde om patienter med hoftebrud. Forløbsprogrammet er et eksempel på et eksisterende tiltag, som allerede har indarbejdet en række af de krav DDKM-standarden stiller vedr. sammenhæng i patientforløb. Det gælder både sygdomspecifikke standarder vedr. hospitalets diagnosticering, behandling og medicinering af patienter med hoftebrud, og standarder vedr. information og aftaler med primærsektoren. Forløbsprogrammets beskrivelser af retningslinjer, arbejdsgange, samtaleguider m.v. er tilgængeligt for hospitalspersonalet i hospitalets elektroniske dokumenthåndteringssystem, hvilket også er et krav som stilles i DDKM.

Hospitalets støtte til tiltag i primærsektoren – fx vedr. forebyggelse og opfølgning på udskrevne patienter - har været en væsentlig indsats i det tværsektorielle samarbejde med at implementere forløbsprogrammet. Fx er der udarbejdet særlige opmærksomhedspunkter ("røde alarm knapper") til hjemmehjælperne ift. at identificere ældre med risiko for fald. Ligeledes er der udarbejdet retningslinjer for en ernæringsintervention i kommunerne, da det er kendt, at 65 % af patienter med hoftebrud er underernærede.

Samtidig kan det konstateres, at der sker en generel udvikling mod kortere patientforløb på hospitalerne – for patienter med hoftebrud er den gennemsnitlige liggetid på 7 år reduceret fra 23 til 9 dage – hvilket stiller nye krav til de plejeopgaver, som kommunen varetager, når patienten er udskrevet. Det er derfor vigtigt for det tværsektorielle samarbejde – og et optimalt patientforløb - at hospitalet yder støtte til primærsektoren ift. opkvalificering og rådgivning.

Der er endnu ikke udarbejdet en systematisk effektvurdering af tiltagene i forløbsprogrammet, men hospitalet har konstateret, at der ikke er sket en stigning i antallet af patienter indlagt med hoftebrud, på trods af et øget optageområde samt et stigende antal ældre borgere. Dette indikerer, at

forløbsprogrammet har en positiv effekt. Der er i samarbejde med DSI planlagt en evaluering af tiltagene i forløbsprogrammet, som forventes at foreligge i foråret 2013. Der udkommer foreløbige resultater baseret på audits og fokusgruppeinterviews i foråret 2011.

4.5. Sammenhængende patientforløb for patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom

Udvalget har også haft til opgave at sætte fokus på sammenhængende patientforløb på tværs af psykiatri og somatik. Denne problemstilling har snitflader til det arbejde, som er udført i det politiske udvalg vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik. På den baggrund har der været en fælles drøftelse mellem udvalgene, hvor udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik præsenterede deres konklusioner og anbefalinger.

Nedenstående tager særligt afsæt i de anbefalinger og tiltag fra udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik, som har relation til de øvrige anbefalinger, som er beskrevet i nærværende redegørelse. For en nærmere uddybning af de samlede anbefalinger fra udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik henvises til udvalgets redegørelse.

En styrket forebyggelsesindsats

Mange af de fysiske sygdomme, som psykisk syge rammes af, er livsstilsrelaterede, og rygning, alkoholmisbrug, usunde kostvaner og manglende motion er udbredt hos mennesker med psykisk sygdom. Det gælder dog, at mennesker med psykisk sygdom er ligeså motiverede som den øvrige befolkning for at leve sundt og forebygge sygdom. Samarbejde om forebyggelsesindsatsen er derfor afgørende, herunder at der tilrettelægges tilbud, som tager højde for, at der kan rummes borgere/patienter med psykisk sygdom.

Udvalget bakker op om anbefalingen fra udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik om, at forebyggelsesindsatsen blandt mennesker med psykisk sygdom skal opprioriteres.

Udarbejdelse af forløbsprogrammer og sundhedsaftaler

Også for patienter med en psykisk sygdom kræves der et koordineret samarbejde mellem kommune, hospital og praksissektor for, at sundhedsvæsenet kan yde en optimal indsats. Forløbsprogrammer er et redskab til at udvikle og beskrive den tværfaglige og tværsektorielle indsats for patienter med kronisk sygdom, og aktuelt er der ikke udviklet forløbsprogrammer for patienter med psykisk sygdom.

Udvalget bakker op om anbefalingen fra udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik om, at der udarbejdes forløbsprogrammer med fokus på psykiske lidelser, herunder et forløbsprogram for depression.

Ikke mindst for mennesker med psykisk sygdom, som også har et behandlingskrævende misbrug (dobbeltdiagnoser), er der brug for tværsektorielt samarbejde omkring udredning og behandling. Udvalget bakker op om anbefalingen fra udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik om, at der i regi af sundhedsaftalerne iværksættes konkrete tiltag herom.

Kompetenceudvikling

Personer med psykisk sygdom har ofte et komplekst sygdomsbillede, og 3 ud af 4 har en eller flere somatiske sygdomme. Udfordringen er, at psykiatrien ikke nødvendigvis har sit fokus på somatiske lidelser, og somatikken kan have svært ved at diagnosticere og agere hensigtsmæssigt ift. patienter med psykiatriske lidelser. Der er etableret samarbejde om gensidigt tilsyn på tværs af specialer, men der er fortsat behov for at have fokus på kompetenceudvikling hos medarbejderne i såvel psykiatrien som somatikken.

Udvalget bakker således op om anbefalingen fra udvalget vedrørende samarbejde mellem psykiatri og somatik om, at der sker kompetenceudvikling på tværs af somatik og psykiatri.

Udvalget har i sit arbejde med sammenhængende patientforløb set gode eksempler på kompetenceudvikling på tværs af sektorer. Det kan derfor overvejes, om der også bør iværksættes kompetenceudviklingstiltag, som omfatter samarbejdsparter i kommuner og praksissektor.

Øget fokus på multisygdom

Udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik har konstateret, at multisygdom er udbredt og særligt komplekst, når der er samtidig forekomst af en somatisk og psykiatrisk lidelse. Udfordringen for sundhedsvæsenet er at bevare et helhedssyn på patienten, samtidig med at der sker en stigende specialisering af de sundhedsfaglige ydelser. At der er tale om en væsentlig og stigende problemstilling for sundhedsvæsenet understøttes af den nye Sundhedsprofil for Region Midtjylland. Sundhedsprofilen viser, at fra 2006-2010 er både befolkningsandelen med 2 eller 3 kroniske sygdomme og andelen med 4 eller flere kroniske sygdomme steget – henholdsvis fra 25% til 28% og 8% til 10%.⁷

Regionen har besluttet at nedsætte et politisk udvalg, som skal behandle området. Udvalget anbefaler, at erfaringerne fra arbejdet i udvalget vedr. samarbejde mellem psykiatri og somatik videreføres og udvikles i det

⁷ *Hvordan har du det? 2010*, Center for Folkesundhed, Januar 2011

kommende udvalg vedr. multisygdom, som igangsættes i foråret 2011 og løber frem til december 2011.

5. Afslutning

Udvalget har fået præsenteret og drøftet en række problemstillinger og erfaringer fra de sundhedsaktører, som dagligt arbejder med at skabe sammenhæng i patientens forløb. På den baggrund har udvalget indkredset nogle indsatsområder, som understøttes af konkrete anbefalinger for regionens videre arbejde.

Udvalget peger på følgende indsatsområder:

- Styrket elektronisk kommunikation både internt på hospitalerne og i det tværsektorielle samarbejde
- Udvikling af nye samarbejdsformer mellem region og kommuner
- Den praktiserende læge som patientens proaktive tovholder
- Implementering af Den Danske Kvalitetsmodel
- Inddragelse af patientperspektivet i arbejdet med sammenhængende patientforløb
- Øget samarbejde om sammenhængende patientforløb for patienter med samtidig psykiatrisk og somatisk sygdom

Det er udvalget forventning, at der fremadrettet vil være fokus på indsatsområderne i såvel regionens strategiske arbejde som i det daglige arbejde, der hver dag udføres på hospitalerne og i praksissektoren. Det er udvalgets opfattelse, at de konkrete anbefalinger for den videre indsats vil bidrage til, at regionen – i tæt samarbejde med kommunerne – kan levere en koordineret og sammenhængende indsats til gavn for patienterne.