

1. Udkast til redegørelse

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
2. Udvalgets anbefalinger	7
3. Det sammenhængende patientforløb	9
3.1. Et sammenhængende patientforløb.....	10
3.2. Det sammenhængende patientforløb – et vigtigt element i regionens strategier og planer	12
4. Temadrøftelser i udvalget.....	13
4.1. Det tværsektorielle samarbejde om at skabe sammenhængende patientforløb.....	13
4.2. IT og elektronisk kommunikation.....	16
4.3. Sammenhængende forløb for den ældre medicinske patient – med fokus på den geriatriske patient	18
4.4. Den Danske Kvalitetsmodel	21
4.5. Samarbejde mellem psykiatri og somatik	21
5.0. Udvalgets konklusion og anbefalinger	21

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, Kontoret for Folkesundhed og Kronikerindsats.

Udvalget har i funktionsperioden afholdt 4 tematiserede møder. Møderne er bl.a. afholdt på regionens hospitaler og på et kommunalt sundhedscenter. Derudover har udvalget afholdt et indledende møde mhp. 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 vel tilrettelagte forløb for patienterne. Udvalget har i sit arbejde overvejende beskæftiget sig med udfordringer ift. de patientforløb, som går på tværs af sektorerne.

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 og centralt.

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.

Konkret har udvalget beskæftiget sig med sammenhængende patientforløb i relation til forløbsprogrammer for patienter med kronisk sygdom, geriatriske patienter og arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel. Desuden har der været fokus på betydningen af elektronisk kommunikation – såvel på hospitalerne som på tværs af sektorer – som en forudsætning for det gode sammenhængende patientforløb. Endvidere deltog Sundhedsruggerrådet på udvalgets 1. møde med henblik på at afdække og drøfte det sammenhængende patientforløb set fra patientens perspektiv.

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. (Uddybes)

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.

Nedenfor ses en oversigt over udvalgets møder.

Tid og sted	Indhold
6. april 2010, Regionshuset Viborg	Opstartsmøde mhp. indkredsning af temaer: • Erfaringer fra Regionshospitalet Randers og Grenaa • Erfaringer fra Sundhedsbrugerrådet
27. maj 2010, Sundhedscenter Vest, Ringkøbing-Skjern Kommune	Det tværsektorielle samarbejde om sammenhængende patientforløb
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 geriatiske patienter
27. januar 2011, Regionshospitalet Horsens	Den Danske Kvalitetsmodel Drøftelse med formand og næstformand for det midlertidige udvalg vedr. sammenhæng mellem psykiatri og somatik
22. februar 2011, Regionshuset Viborg	Afsluttende møde

2. Udvalgets anbefalinger

På baggrund af drøftelserne på udvalgets møder kan der foreløbigt peges på følgende overskrifter – og uddybende kommentarer – for udvalgets anbefalinger for regionens videre arbejde med at styrke det sammenhængende patientforløb:

Udvikling af nye samarbejdsformer mellem region og kommuner

Hospitalernes øgede specialisering sammenholdt med det kommunale ansvar for genoptræning, pleje og omsorg stiller krav om fortsat udvikling af det tværsektorielle samarbejde. Der er behov for at udvikle samarbejdsmodeller, som understøtter effektive, sammenhængende behandlingsforløb af høj sundhedsfaglig kvalitet.

Sundhedsaftalen 2011-2014 mellem region, kommuner og almen praksis har fokus på udvikling af *det nære sundhedsvæsen*, herunder nye samarbejdsformer og nye behandlingsformer. Sundhedskoordinationsudvalget har igangsat en proces, hvor mulige tiltag og perspektiver for det nære sundhedsvæsen skal belyses og udvikles nærmere. Udvalget bakker op om den proces, som er igangsat.

Behandling og opfølgning i hjemmet er konkrete tiltag, som for nogle patientgrupper kan være en hensigtsmæssig løsning. Behandling og opfølgning i hjemmet forudsætter et tæt samarbejde mellem hospitalets udgående teams og kommunens pleje- og omsorgspersonale. Samarbejdet skal understøttes af klare tværsektorielle samarbejdsaftaler om opgave- og ansvarsfordeling.

Udvalget anbefaler at styrke mulighederne for behandling og opfølgning i patientens eget hjem, og at der er fokus på at afprøve og udvikle lokale modeller for organisering af udgående teams på hospitalerne.

En udvikling mod øget behandling i hjemmet forudsætter kompetenceudvikling i primærsektoren. Det er udvalgets opfattelse, at regionen bør medvirke til kompetenceudvikling i primærsektoren – fx fælles skolebænk - og etablering af "back-up"-muligheder - fx vagtberedskab, vagttelefon m.v. - for primærsektoren i hospitalsregi. Samtidig skal det løbende sikres, at finansierings- og styringsmodeller – såvel regionale som tværsektorielle - understøtter nye tværgående samarbejdsformer.

(udddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Styrke den elektroniske kommunikation både internt på hospitalerne og i det tværsektorielle samarbejde

Muligheden for elektronisk kommunikation og dataudveksling er yderst centrale elementer i arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb.

Øget elektronisk kommunikation og dataudveksling vil medvirke til at effektivisere både interne og eksterne arbejdsgange og optimere informationsgrundlaget hos den sundhedsprofessionelle, når beslutninger om patientens videre behandlingsforløb skal træffes.

Udvalget bakker op om udrulningen af den elektroniske patientjournal Midt-EPJ på hospitalerne. Samtidig er det udvalgets opfattelse, at udrulningsprocessen og videreudviklingen af Midt-EPJ skal have fokus på det tværsektorielle samarbejde, herunder at MedCom-standarder løbende integreres i Midt-EPJ.

(uddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Den praktiserende læge som patientens proaktive tovholder

Den praktiserende læge er den gennemgående sundhedsprofessionelle i borgerens livsforløb. Dette skaber den bedst mulige forudsætning for at fungere som tovholder på borgerens samlede patientforløb, og mulighed for at handle proaktivt og sikre en tidlig indsats for de borgere, som er i risiko for at udvikle kronisk sygdom.

(uddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Ledelsesforankring af de tværsektorielle samarbejdsprocesser

At sikre implementering af de målsætninger som er beskrevet for det tværsektorielle samarbejde er et fælles ansvar for region og kommuner. Det kræver et vedblivende ledelsesmæssigt fokus – i alle sektorer – at komme fra ord til handling.

Opfølgning og evaluering af målsætningerne i Sundhedsaftalen er fundamentet for justering og udpegning af nye indsats- og udviklingsområder. I Sundhedsaftalen er fastlagt en struktur for afrapportering til både Sundhedskoordinationsudvalget og klyngerne om målopfyldelse. Det er udvalgets opfattelse, at afrapporteringen vil bidrage til at sikre såvel Sundhedskoordinationsudvalget, som ledelserne i alle sektorer, et godt grundlag for at træffe beslutninger om fremtidige tiltag og indsatsområder.

(uddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Inddragelse af patientperspektivet i arbejdet med sammenhængende patientforløb

Arbejdet med sammenhængende patientforløb har ofte fokus på at skabe organisatorisk sammenhæng mellem sektorerne og veltilrettelagte forløb, så der skabes optimale betingelser for den kliniske indsats. Disse indsatser er vigtige. Men for den enkelte patient har oplevelsen af sammenhæng snarere 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. De sundhedsprofessionelles kommunikative og sundhedspædagogiske kompetencer bliver dermed centrale elementer i arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb – hvor også patienten oplever, at der er sammenhæng i forløbet.

Det er udvalgets opfattelse, at patienternes erfaringer og holdninger er væsentlige bidrag til arbejdet med at skabe sammenhængende patientforløb. Udvalget anbefaler, at patientens perspektiv – fx via deltagelse af Sundhedsbrugerrådet eller patientforeninger – inddrages, når tiltag skal udvikles og afprøves. Det udvalgets opfattelse, at Sundhedsbrugerrådets forslag om at styrke inddragelsen af frivillige i hospitalernes arbejde bør afprøves og videreudvikles.

(udddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Sikre videnspredning og formidling af gode lokale erfaringer og succesrige projekter

Det er udvalgets opfattelse, at der i regionen foregår mange gode aktiviteter med henblik på at styrke det sammenhængende patientforløb. Arbejdet er ofte lokalt forankret 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 på tværs af regionen.

(udddybes yderligere på baggrund af drøftelser i udvalget)

Anbefalinger vedr. Den Danske Kvalitetsmodel og sammenhængende patientforløb på tværs af psykiatri og somatik indarbejdes efter udvalgsmøde den 27. januar 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 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 undersøgelsers 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 udskriveskoordinatorer, 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)¹ 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 bl.a. peget på, at hospitalerne i højere grad kan gøre brug af frivillige ift. 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

¹ *Er der styr på mig? Sammenhængende patientforløb fra patientens perspektiv*, Helle Max Martin, Dansk Sundhedsinstitut 2010

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. Den kommende LUP, som offentliggøres medio 2011, vil belyse om indsatsen har haft en effekt på patientoplevelsen.

Samlet set har hospitaler, kommuner og almen praksis således 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.

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 sundhedsaftaler 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 henlik 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. Det nære sundhedsvæsen skal medvirke til en sammenhængende opfølgning og rehabilitering i forbindelse med udskrivelse fra hospitalet og derigennem medvirke til:

- Færre indlæggelser og genindlæggelser
- Effektive patientforløb med høj kvalitet igennem hele forløbet på tværs af sektorer
- Lokale sundhedstilbud (patienten skal behandles på det mindst specialiserede niveau)

4. Temadrøftelser i udvalget

Med udgangspunkt i introduktionen til "det sammenhængende patientforløb" har der været afholdt 4 temamøder. 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 indhold og anbefalinger fra temamøderne.

4.1. Det tværsektorielle samarbejde om at skabe sammenhængende patientforløb.

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 omkring 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, og som 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.

Udvalgets anbefalinger og fokusområder (referat fra mødet)

- *styrket elektronisk kommunikation på tværs af sektorer.*
- *der skal være tværsektorielt samarbejde omkring en målrettet forebyggende indsats for borgere, som har en særlig risiko for at udvikle kronisk sygdom, fx ved øget henvisning fra praktiserende læger til de kommunale sundhedscentre.*
- *fokus på den praktiserende læges proaktive rolle med henblik på forebyggelse og tidlig opsporing af de patienter, som har en særlig risiko for at udvikle kronisk sygdom.*

- *fokus på ledelsesforankring af de tværsektorielle forandringsprocesser. At nå målene i de tværsektorielle samarbejdsaftaler kræver et vedblivende ledelsesmæssigt fokus på implementering i praksis.*
- *fokus på regional videnspredning og formidling af gode erfaringer og succesrige projekter.*

4.2. 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.

Samtidig gennemgår hospitalerne en specialiseringsproces, hvor regionens hospitaler bliver en del af et samlet tilbud for hele regionen. Det betyder, at patienter ikke i samme grad som tidligere indlægges på "det nærmeste hospital", men på det nærmeste hospital, hvor der er specialistkompetencer ift. patientens sygdom. Dette øger behovet for standardiserede oplysninger og arbejdsgange.

Endvidere er patientens hospitalsforløb ofte af kort varighed. Hvis ikke relevante oplysninger når frem til patientens hjemkommune og praktiserende læge i tide, er de ikke nyttige for det videre behandlings- og plejeforløb. hjemtagning. Eksempelvis fungerer almen praksis som tovholder for en lang række patientgrupper – herunder borger 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.

Udviklingen nødvendiggør således en øget grad af kommunikation og dataudveksling såvel internt på – og mellem – hospitalerne som i samarbejdet mellem hospital, kommune og praksis. Implementering af den elektroniske patientjournal Midt-EPJ og arbejdet med at styrke den tværsektorielle elektroniske kommunikation er centrale elementer på området.

Udrulning af Midt-EPJ

Det ligger fast, at hver region inden udgangen af 2013 skal have implementeret én EPJ. I Region Midtjylland er det målsætningen, at Midt-EPJ er udrullet på hospitalerne og i psykiatrien i løbet af 2011.

Midt-EPJ samler alle oplysninger om patientens behandlingsforløb i én 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.

Udgangspunktet for udrulning af Midt-EPJ er forskelligt fra hospital til hospital – og fra afdeling til afdeling. Nogle er længere end andre ift. elektronisk kommunikation og dataudveksling. Udrulningen af Midt-EPJ vil derfor betyde, at nogle hospitaler, afdelinger og eksterne samarbejdsparter kan opleve en midlertidig forringelse, af den funktionalitet de oplever i dag. Der er dog ingen tvivl om, at en fælles regional EPJ på sigt vil være en gevinst for alle parter.

Implementering af MedCom-standarder

Kommunikation på tværs af sektorer foregår vi nationale kommunikationsstandarde – MedCom-standarder. Hvis begge parter har implementeret en MedCom-standard, kan de kommunikere elektronisk vedr. en konkret sagsgang/hændelse.

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, og der er etableret en tværsektoriel samarbejdsstruktur, som er ansvarlig for den tværsektorielle proces, mens hver enkelt part er ansvarlig for at sikre implementering i egen sektor.

Region Midtjylland arbejder målrettet på, at de eksisterende kommunikationsstandarde integreres i Midt-EPJ, ligesom nye og reviderede standarder løbende integreres i Midt-EPJ. Målet er, at ingen samarbejdsparter, som følge af udrulning af Midt-EPJ, vil opleve forringet mulighed for at modtage elektronisk kommunikation.

Udvalgets anbefalinger og fokusområder (referat fra mødet)

- *fokus på øget anvendelse og hurtig udbredelse af elektronisk kommunikation mellem hospitaler, praksissektor og kommuner som en væsentlig forudsætning for at skabe effektive arbejdsgange og sammenhængende patientforløb.*

- *Sundhedskoordinationsudvalgets målsætning om at overholde tids- og handleplan for udrulning af den fælles plan for kommunikation mellem almen praksis, kommuner og regionshospitaler skal følges og understøttes.*
- *fokus på at udbrede de gode erfaringer fra de klynger, som er langt i arbejdet med anvendelse af tværsektoriel elektronisk kommunikation.*
- *der skal ske en udrulning og videreudvikling af Midt-EPJ med fokus på at styrke det tværsektorielle sammenhængende patientforløb, herunder at MedCom standarder integreres i Midt-EPJ inden udrulning.*

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 gavnlig 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 plejekrævende, 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 Geriatrisk Afdelings vurdering, at udgående funktioner kan oprettes ved regionshospitalet. Det kræver ikke en Geriatrisk 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 Geriatrisk 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.

Udvalgets anbefalinger og fokusområder (referat fra mødet)

- *det er vigtig, at styrke mulighederne for støtte, behandling og opfølgning i patientens eget hjem, for patientgrupper der med fordel kan modtage sundhedsydelser i eget hjem frem for på hospitalet*

- *det er vigtigt, at regionen bidrager til udvikling af nye samarbejdsmodeller med den kommunale del af sundhedsvæsenet, fx ved at der etableres nem og hurtig adgang for det kommunale plejepersonale til en lægefaglig vurdering via direkte telefonlinjer*
- *regionen skal medvirke til kompetenceudvikling i kommunerne*
- *fokus på, at strukturelle forhold omkring afregning og opgavefordeling mellem sektorerne ikke modarbejder et sammenhængende patientforløb*
- *erfaringerne fra samarbejdet omkring geriatrien i Århusklyngen skal udbredes til andre patientgrupper og klynger i regionen*

4.4. Den Danske Kvalitetsmodel

Præsenteres og drøftes på udvalgsmøde den 27. januar 2011

4.5. Samarbejde mellem psykiatri og somatik

Præsenteres og drøftes på udvalgsmøde den 27. januar 2011

5.0. Udvalgets konklusion og anbefalinger