

STYRKET INDSATS FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT

NATIONAL HANDLINGSPLAN 2016



Indhold

1	Indledning	3
2	Vision og værdier	8
3	Hvem er den ældre medicinske patient?	11
4	Derfor er der brug for en styrket indsats	13
5	Initiativer i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient	19
	1. Tidligere opsporing og mere rettidig indsats	20
	2. Styrkede kommunale akutfunktioner	25
	3. Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje	30
	4. Styrket indsats mod overbelægning	33
	5. Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis	36
	6. En indsats der hænger mere sammen	40
	7. Bedre styr på medicinen	42
	8. Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb	44
6	Opfølgning og videreudvikling	46
7	Økonomi	48
8	Bilag	50



Indledning

Vore ældre borgere skal være trygge i visheden om, at sundhedsvæsenet tager hånd om dem, hvis de bliver syge og har brug for hjælp.

De ældre og deres pårørende skal møde et sundhedsvæsen, der fokuserer på patientens ønsker og behov, og som står klar med tilbud om en værdig pleje og behandling af høj kvalitet. Når den ældre har brug for hjælp fra fx både deres praktiserende læge, hjemmesygeplejen og sygehuset, skal hjælpen hænge sammen på tværs af faggrupper og sektorer. Det gælder i særlig grad for de svagere og mere sårbare ældre patienter – de såkaldte ældre medicinske patienter.

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti er enige om, at der er behov for at sætte ind på sygehusene, i almen praksis og i kommunerne med en samlet indsats for at modvirke overbelægning og skabe bedre kvalitet og sammenhæng i indsatsen for de ældre medicinske patienter.

Regeringen har sammen med Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriteret i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 300 mio. kr. til at løfte indsatsen for den ældre medicinske patient.

Partierne er enige om behovet for en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Første led er en akutpakke mod overbelægning på sygehusene, der indeholder initiativer, som allerede på kort sigt skal sikre, at færre patienter oplever at være nødt til at ligge på gangen, når de har brug for sygehusets hjælp.

Den samlede nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient er andet led, der skal sikre den ældre medicinske patient højere kvalitet og øget sammenhæng på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse. Her er fokus særligt på at styrke indsatsen før og efter sygehusindlæggelse og på at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Handlingsplanen for den ældre medicinske patient tager afsæt i et fagligt oplæg fra Sundhedsstyrelsen. Det faglige oplæg er udarbejdet i en bred inddragende proces.

Handlingsplanen for den ældre medicinske patient skal ses i sammenhæng med en række initiativer på området:

- Med finansloven for 2016 prioriterede regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti et løft til sundhedsområdet på 2,4 mia. kr. i 2016 og herudover 1 mia. kr. årligt til kommunerne for at understøtte en mere værdig ældrepleje gennem implementeringen af værdighedspolitikker lokalt.
- Den kommende nationale demenshandlingsplan har fokus på generelt at forbedre forholdene for mennesker med demens og deres pårørende. Satspuljepartierne har afsat 470 mio. kr. i perioden 2016-2019 til at understøtte initiativerne i demenshandlingsplanen.
- Med satspuljeaftalen for 2016-2019 er der afsat 266 mio. kr. til indsatser målrettet de svageste ældre.
- Og regeringen, Danske Regioner og KL har sammen nedsat et Udvalg om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalgets forslag skal understøtte, at behandlingen af patientgrupper med forløb på tværs af sektorer sker sammenhængende, borgernært, omkostningseffektivt og er af høj kvalitet. De ældre medicinske patienter er en af målgrupperne for arbejdet.



BOKS 1.1

Regeringen og finanslovpartierne har prioriteret 1,2 mia. kr. til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriterede med Aftale om finansloven for 2016 i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 300 mio. kr. til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder akutpakken mod overbelægning på sygehusene, der er en del af den samlede handlingsplan.

Indholdet af akutpakken mod overbelægning blev fastlagt den 2. februar 2016. Akutpakken udmønter i alt 415 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 50 mio. kr.

Den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient udmønter de restende 805 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 250 mio. kr.



Konkrete initiativer

for at skabe bedre forhold og sammenhæng for den ældre medicinske patient

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti er med handlingsplanen for den ældre medicinske patient enige om følgende initiativer:



INDSATSOMRÅDE 1

TIDLIGERE OPSPORING OG MERE RETTIDIG INDSATS

KL vil i samarbejde med Sundhedsstyrelsen samle op på kommunernes erfaringer. På den baggrund udarbejder Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2017 anbefalinger for tidlig opsporing med henblik på national udrulning.

Sundhedsstyrelsen vil i 2016 samarbejde med relevante aktører om at afdække, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring.

Den kommunale medfinansiering vil blive ændret, så ordningen i højere grad understøtter kommunernes arbejde med at forebygge indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter.

INDSATSOMRÅDE 2

STYRKEDE KOMMUNALE AKUTFUNKTIONER

Der afsættes 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til, at kommunerne kan styrke de kommunale akutfunktioner.

Fra 2016 skal akutfunktionerne leve op til Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger. Primo 2017 vil Sundhedsstyrelsen have udarbejdet kvalitetsstandarder, som de kommunale akutfunktioner skal leve op til fra 2018.

INDSATSOMRÅDE 3

KOMPETENCELØFT I DEN KOMMUNALE HJEMMESYGEPLEJE

Der afsættes 125 mio. kr. i perioden 2016-2018 til at medfinansiere en yderligere styrkelse af kompetencerne hos de medarbejdere, der løser sygeplejefaglige opgaver i kommunerne.

Midlerne kan fx anvendes til at styrke de tværfaglige kompetencer eller kompetencerne inden for bl.a. tidlig opsporing, ernæring, polyfarmaci, geriatri, psykiatri, rehabilitering, hygiejne og palliation.

INDSATSOMRÅDE 4

STYRKET INDSATS MOD OVERBELÆGNING

Med akutpakken mod overbelægning på sygehusene er der afsat 415 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 50 mio. kr. til indsatser, der allerede på kort sigt kan reducere problemer med overbelægning og patienter på gangene.

Regeringen vil tage initiativ til at hæve taksten for færdigbehandlingsskemaer med henblik på, at kommunerne i højere grad hjemtager patienter efter behandling på sygehuse.

INDSATSOMRÅDE 5

FLERE UDGÅENDE SYGEHUS-FUNKTIONER OG ØGET RÅDGIVNING TIL KOMMUNER OG ALMEN PRAKSIS

Der afsættes 175 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 65 mio. kr. til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden.

Midlerne afsættes til at udbrede gode erfaringer og resultater med udgående sygehusfunktioner og til at forbedre adgangen for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene.

INDSATSOMRÅDE 6

EN INDSATS DER HÆNGER MERE SAMMEN

Alle handlingsplanens initiativer vil medvirke til at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Der er med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 82,4 mio. kr. til forsøg med sammenhængende løsninger for de svageste ældre og 29 mio. kr. til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus.

Når en evaluering af fælles regionale-kommunale forløbskoordinationsfunktioner er færdig i 2016, vil Sundhedsstyrelsen vurdere resultaterne, så gode erfaringer kan udbredes i relevant omfang til alle regioner og kommuner.

INDSATSOMRÅDE 7

BEDRE STYR PÅ MEDICINEN

I 2016 afsættes 5 mio. kr. til en pulje, som kan søges af regionerne til konkrete projekter med medicingennemgang. Med afsæt i erfaringerne fra bl.a. puljen, skal Danske Regioner – i dialog med Sundhedsstyrelsen – sikre, at alle regioner fremadrettet visiterer relevante ældre medicinske patienter til medicingennemgang under indlæggelse.

Der afsættes 15 mio. kr. i perioden 2017-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til at styrke de regionale lægemiddelenheder i at understøtte almen praksis og sygehusene i deres arbejde med medicingennemgang og kommunerne i deres arbejde med sikker medicin-håndtering.

For at undersøge effekten af medicingennemgang på apotek er der igangsat et projekt om medicingennemgang til borgere over 65 år, som bruger flere end fem slags medicin.

Der er med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 14 mio. kr. til udbredelse til flere kommuner af de gode erfaringer med bl.a. forebyggelse af medicinfejl fra projektet "I sikre hænder".

INDSATSOMRÅDE 8

BEDRE DIGITALT SAMARBEJDE I KOMPLEKSE PATIENTFORLØB

Der afsættes 25 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til et bedre digitalt samarbejde om komplekse patientforløb. Det sker gennem tre nye digitale redskaber til deling af kontakt-oplysninger på aktører, deling af planer og indsatser samt fælles adgang til patientens stamdata.

OPFØLGNING OG VIDEREUDVIKLING

Der afsættes 15 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til at sikre opfølgning, monitorering, analyser og evaluering med henblik på løbende videreudvikling af området.

Der udarbejdes til og med 2019 en årlig status på de kommunale akutfunktioner og som led heri også på kompetenceløftet i den kommunale hjemmesygepleje. Kommunerne skal herudover i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for, hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet.

Regionerne skal i april 2017, 2018 og 2019 gøre status på anvendelsen og effekten af midlerne til udgående sygehusfunktioner og rådgivning til kommuner og almen praksis.



2

Vision og værdier

I alle dele af landet skal ældre medicinske patienter – når de har brug for hjælp – mødes af et sundhedsvæsen, der samarbejder på tværs af sektorer og på tværs af faggrupper om at yde sundhedsfaglig pleje og behandling af ensartet høj kvalitet.

De ældre patienter skal møde en indsats, som bygger på værdighed og selvbestemmelse, patient- og pårørendeinddragelse, sammenhæng i forløbene samt høj kvalitet og patientsikkerhed. De værdier er også grundlæggende værdier i handlingsplanen for den ældre medicinske patient.



BOKS 2.1

Værdier i handlingsplanen for den ældre medicinske patient

Indsatsen omkring den ældre medicinske patient bør bygge på følgende værdier:

- Værdighed og selvbestemmelse
- Patient- og pårørendeinddragelse
- Sammenhæng i forløbene
- Høj kvalitet og patientsikkerhed

Værdighed og selvbestemmelse

Den ældre medicinske patient skal have en værdig behandling, pleje og omsorg. Behandlingen og plejen skal baseres på patientens selvbestemmelse, uanset om den foregår på sygehus, på et plejecenter eller i patientens eget hjem, og der skal lægges vægt på patientens egne ønsker og egen oplevelse af livskvalitet.

Omdrejningspunktet for en værdig behandling, pleje og omsorg er den enkelte patients samlede behov og livssituation. Behandlingen og plejen skal derfor sammentænkes og koordineres med øvrige indsatser, fx den kommunale hjemmepleje.

Patient- og pårørendeinddragelse

Den enkelte ældre og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning, beslutninger og målsætninger, og forløbet skal tilrettelægges sammen med patienten. De pårørende er ofte dem, der kender patienterne bedst, og for mange ældre medicinske patienter er det trygt, at deres pårørende inddrages i deres forløb. Det er vigtigt at have fokus på de pårørende som en ressource og støtte for patienten og sundhedsvæsenet og samtidig være opmærksom på, at de pårørende kan være fysisk og psykisk belastede.



Sammenhæng i forløbene

Behandlingsforløb skal integreres og koordineres på tværs af faggrupper og sektorer, så den ældre patient oplever, at samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper er præget af kontinuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver. Information om sundhedstilbud skal udveksles på tværs af sektorer på ensartede og klare måder. Og behandlingen og plejen skal sammentænkes og koordineres med øvrige indsatser, fx den kommunale hjemmepleje.

Høj kvalitet og patientsikkerhed

I hele landet skal ældre medicinske patienter have behandling af ensartet høj kvalitet, så det ikke er postnummeret, der afgør, hvilken kvalitet der er i sygehusbehandlingen eller i de kommunale tilbud. Kvaliteten af patientforløb skal så vidt muligt monitoreres på tværs af sektorer. Medarbejderne skal have tilstrækkelige kompetencer til at gennemføre behandling og pleje af ensartet høj kvalitet og på forsvarlig vis, herunder også fx medicinhåndtering.

Sundhedspersoner skal have let adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet, og der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i tilbuddene til ældre medicinske patienter.



3

Hvem er den ældre medicinske patient?

Den ældre medicinske patient er ikke kun karakteriseret ved høj alder, men har en række yderligere kendetegn, fx svær sygdom, flere samtidige sygdomme og/eller nedsat funktionsevne.

Det betyder, at den ældre medicinske patient ofte har kontakt med sygehus, praktiserende læge og kommune.



BOKS 3.1

Sundhedsstyrelsens definition af den ældre medicinske patient

Den ældre medicinske patient har høj alder og flere af nedenstående karakteristika:

- svær sygdom
- flere samtidige sygdomme
- forringet ernæringstilstand
- nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt
- begrænset evne til at tage vare på sig selv
- er i behandling med mange forskellige lægemidler på en gang (polyfarmaci)
- bor alene og/eller har et svagt socialt netværk
- behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

Det er ikke muligt at opgøre præcist, hvor mange ældre, der kan karakteriseres som værende en "ældre medicinsk patient".

Analyser viser, at knap halvdelen af patienterne på de medicinske afdelinger er over 65 år. Mange af de ældre, der indlægges, har en kronisk sygdom eller demens. KOL er en af de hyppigste kroniske sygdomme blandt de ældre på medicinske afdelinger. En mindre andel af de indlagte ældre har to eller flere kroniske sygdomme.

BOKS 3.2

Sundhedsdatastyrelsens analyse af ældre, der har været indlagt på en medicinsk afdeling

Sundhedsdatastyrelsen har lavet en analyse af de ældre, der var indlagt mindst én gang på en medicinsk afdeling i 2014.

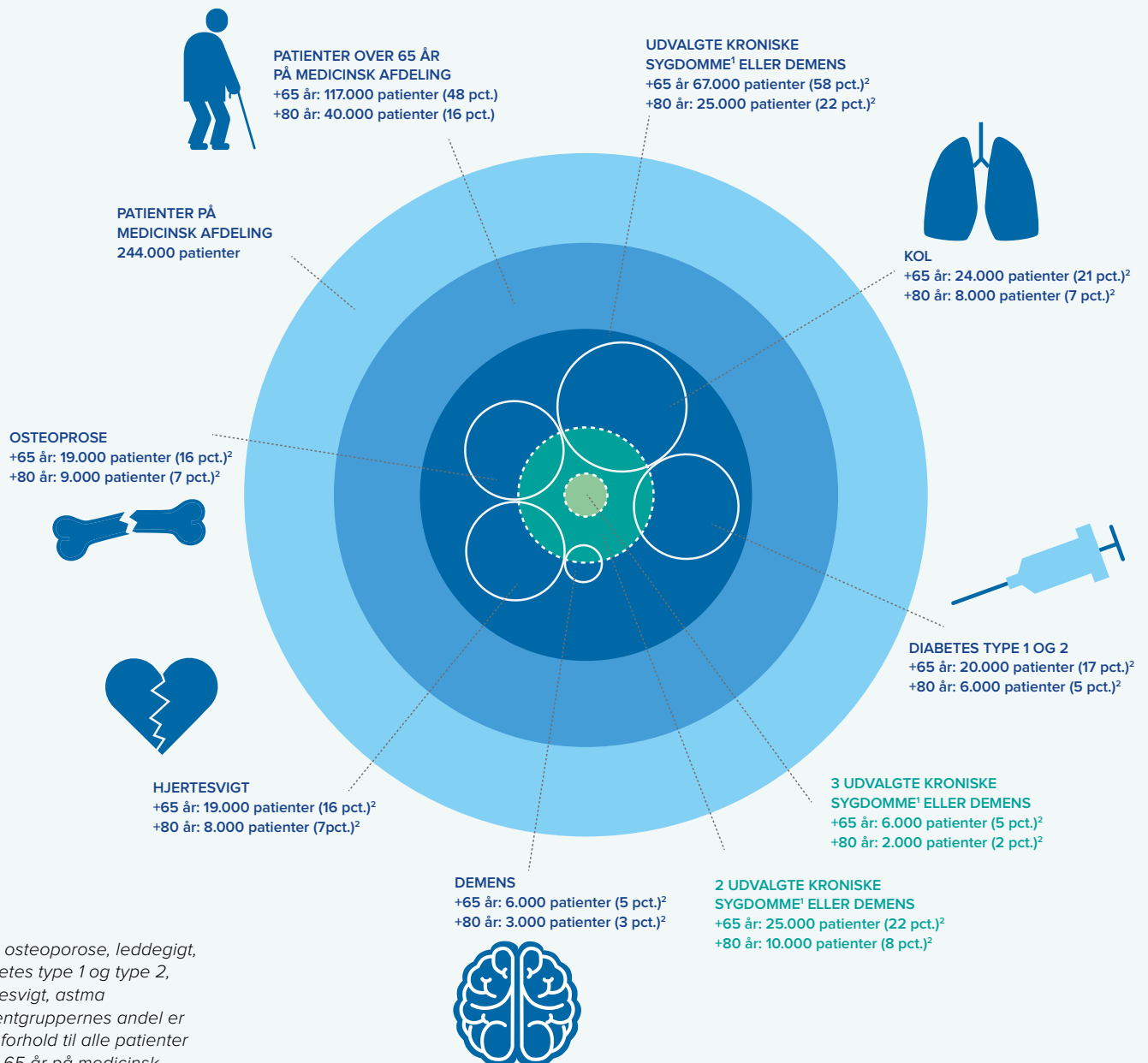
Analysen viser, at der i 2014 var ca. 117.000 borgere over 65 år, som havde mindst én indlæggelse på en medicinsk afdeling. Heraf var knap 40.000 over 80 år.

Af de ca. 117.000 borgere havde knap 67.000 mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme¹ eller demens. Heraf havde 25.000 mindst 2 sygdomme, og 6.000 havde 3 sygdomme.

Af de knap 40.000 borgere over 80 år havde 25.000 mindst én af de udvalgte kroniske sygdomme¹ eller demens. Heraf havde 10.000 mindst 2 sygdomme, og 2.000 havde 3 sygdomme.

Halvdelen af de 117.000 borgere over 65 år, som var indlagt mindst én gang på en medicinsk afdeling i 2014, modtog kommunale pleje- og omsorgsydelser i form af praktisk bistand, personlig pleje, hjemmesygepleje eller havde bopæl i plejebolig.

Af de knap 40.000 borgere over 80 år, som var indlagt mindst én gang på en medicinsk afdeling i 2014, modtog ca. 80 pct. kommunale pleje- og omsorgsydelser.



¹ KOL, osteoporose, leddegigt, diabetes type 1 og type 2, hjertesvigt, astma

² Patientgruppernes andel er sat i forhold til alle patienter over 65 år på medicinsk afdeling

4

Derfor er der brug for en styrket indsats

Regioner og kommuner har en vigtig opgave i at sikre, at de ældre medicinske patienter møder et sundhedsvæsen, der samarbejder på tværs af sektorer og faggrupper om at yde pleje og behandling af ensartet høj kvalitet.

Og regionerne og kommunerne yder en stor indsats. Der er imidlertid fortsat potentiale for forbedringer.

Overordnet set er der fire grunde til, at der er brug for at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient:

- For mange ældre indlægges, selvom det kunne være forebygget
- For mange ældre overnatter på sygehusets gange – det er uværdigt
- For mange ældre oplever ikke en tilstrækkelig høj kvalitet i de kommunale tilbud – eller må vente for længe på dem
- For mange ældre oplever, at deres forløb ikke hænger sammen

For mange ældre indlægges, selvom det kunne være forebygget

Ældre indlægges for ofte på grund af problemer, der kunne være forebygget ved en mindre indgribende indsats. Der er behov for at styrke den tidlige opsporing af begyndende sygdomstegn, forringet ernæringstilstand og faldende funktionsniveau og sikre en rettidig indsats, så færre ældre bliver så dårlige, at de ikke kan klare deres hidtidige hverdag og må indlægges.

Kommunerne spiller her en vigtig rolle og har gennem de seneste år styrket indsatsen. Men ikke alle ældre har i dag adgang til et tilbud af tilstrækkelig kvalitet, hvis de i en periode har behov for en særlig indsats, men ikke behøver indlæggelse. Det kan betyde, at ældre medicinske patienter ikke får den nødvendige hjælp i deres nærmiljø i tide, men at der først sættes ind, når den ældre medicinske patient er blevet så syg, at det er nødvendigt med en sygehusindlæggelse.

Andre gange indlægges ældre medicinske patienter på sygehuset, fordi deres praktiserende læge eksempelvis mangler overblik over kvaliteten af de kommunale tilbud og derfor ikke henviser til de kommunale tilbud, men til sygehuset.

Hertil kommer gruppen af ældre medicinske patienter, som kommunen ikke er i kontakt med før en indlæggelse, fordi de pågældende ikke modtager kommunale pleje- eller sundhedsydelser. Her spiller almen praksis en særlig rolle i forhold til opsporing af fx tidlige tegn på sygdom og forebyggelse af indlæggelse.

BOKS 4.1

Forebyggelige indlæggelser

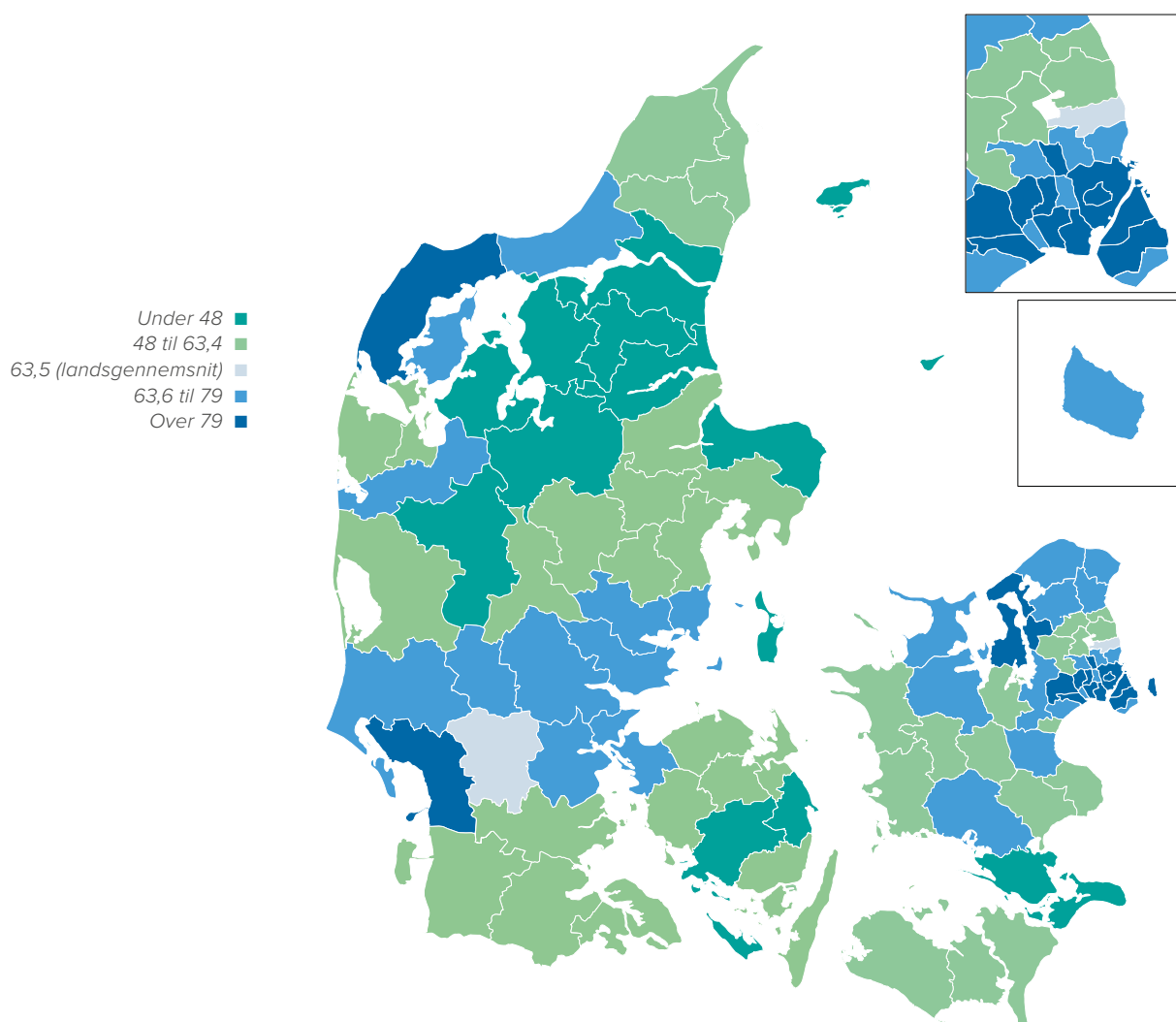


- Nogle indlæggelser defineres som forebyggelige. Det drejer sig bl.a. om indlæggelser som følge af dehydrering, blærebetændelse, forstoppelse og tryksår.
- At en indlæggelse er forebyggelig vil sige, at det i nogle tilfælde vil være muligt for fx kommunen at opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig og rettidig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende.
- I 2015 var der på landsplan knap 64 forebyggelige indlæggelser blandt ældre over 65 år pr. 1.000 indbygger over 65 år.
- På tværs af landet var der en betydelig variation i forekomsten af forebyggelige indlæggelser blandt de ældre over 65. I Vesthimmerlands Kommune var der ca. 31 forebyggelige indlæggelser blandt de ældre pr. 1.000 indbygger over 65 år, mens der i Ishøj Kommune var 106 forebyggelige indlæggelser blandt de ældre pr. 1.000 indbygger over 65 år.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

FIGUR 4.1

Forebyggelige indlæggelser blandt ældre (65+ år), fordelt på kommune, 2015, antal pr. 1.000 ældre.



Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

For mange ældre overnatter på sygehusets gange – det er uværdigt

Nogle patienter oplever at skulle ligge på gangene, når de er indlagt på sygehuset. Det gælder bl.a. på de medicinske og geriatriske sygehusafdelinger, hvor ældre, svækkede patienter ofte ligger. Det er ikke en værdig behandling.

Overbelægning opstår, når antallet af patienter og kapaciteten på sygehusafdelingen midlertidigt ikke står mål med hinanden. Afdelingens udfordring er, at det varierer i løbet af en dag, en uge, en måned og et år, hvor mange patienter der bliver indlagt – og at det er spild af ressourcer hele tiden at planlægge med overkapacitet.

På det enkelte sygehus og den enkelte afdeling er det derfor nødvendigt løbende at tilpasse og omlægge kapaciteten i forhold til det aktuelle behov på en smidig og fleksibel måde.

Overbelægning og patienter på gangene er imidlertid ikke et problem, som sygehusene kan løse alene. Sygehusene er fx afhængige af, at kommunerne er rustede til at hjemtage færdigbehandlede borgere, så de ikke uden lægefaglig grund optager en sygehusseng. Tilsvarende har kommunerne en opgave i at forebygge indlæggelser.

For mange ældre oplever ikke en tilstrækkelig høj kvalitet i de kommunale tilbud – eller må vente for længe på dem

Når de ældre medicinske patienter udskrives fra sygehusene, er det vigtigt, at kommunen står klar med de relevante tilbud. Ellers risikerer den ældre enten at skulle blive unødigt længe på sygehuset eller at blive udskrevet til forhold, der indebærer en øget risiko for, at den ældre vil blive genindlagt.

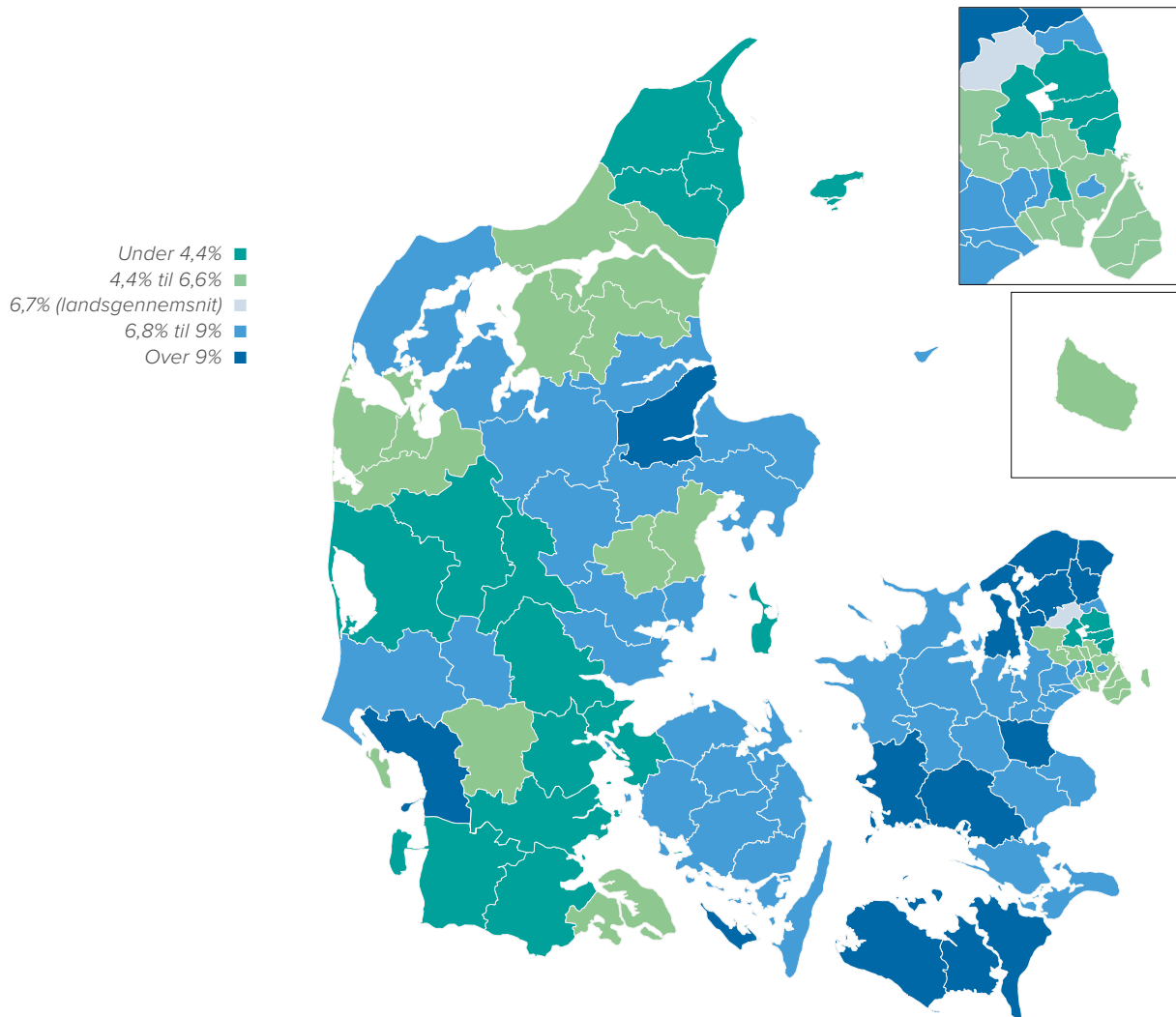
Det er uværdigt og unødigt belastende for de ældre medicinske patienter, men også uhensigtsmæssigt for sygehusene, som ofte har behov for sengene til andre patienter – fx for at undgå overbelægning.

Derfor er der behov for at reducere antallet af dage, hvor færdigbehandlede patienter optager en seng på sygehuset – de såkaldte færdigbehandlingsdage – og for at reducere forekomsten af genindlæggelser.

Det er samtidig vigtigt, at sygehusene ikke udskrifter patienterne før, de er udskrivningsparate, dvs. før patienten efter en lægelig vurdering er færdigbehandlet på sygehuset.

FIGUR 4.2

Andel akutte somatiske genindlæggelser af alle indlæggelser, fordelt på kommune, 2015



Anm.: Køns- og aldersstandardiseret

Kilde: Landspatientregisteret, Sundhedsdatastyrelsen

BOKS 4.3

Færdigbehandlede patienter og genindlæggelser



- I 2015 var der ca. 35.000 såkaldte færdigbehandlingsdage i sundhedsvæsenet.
- 43 pct. af færdigbehandlingsdagene var dele af forløb, hvor patienten havde 10 eller flere færdigbehandlingsdage. Gennemsnittet for denne gruppe var 16 færdigbehandlingsdage. 77 procent af de patienter, der oplevede færdigbehandlingsdage, var over 65 år.
- I 2015 var omkring 80.000 eller 7 pct. af alle indlæggelser genindlæggelser, som skete akut inden for en måned efter den første indlæggelse. Disse genindlæggelser kan være et udtryk for et u hensigtsmæssigt forløb eller skyldes kvalitetsproblemer ved behandling og pleje under og efter indlæggelse.
- Der er en betydelig variation blandt kommunerne i omfanget af genindlæggelser. I 2015 blev 2 pct. af de patienter, som boede i Kolding Kommune, genindlagt. Blandt patienterne, der boede i Slagelse Kommune, blev 11 pct. genindlagt.

Kilde: Sundhedsdatastyrelsen

For mange ældre oplever, at deres forløb ikke hænger sammen

Ældre medicinske patienter har ofte lange behandlings- og plejeforløb, som både involverer sygehuset, almen praksis og kommunen, herunder den kommunale hjemme-sygepleje. De ældre medicinske patienter har dermed ofte forløb, der går på tværs af sektorer, lægefaglige specialer og faggrupper.

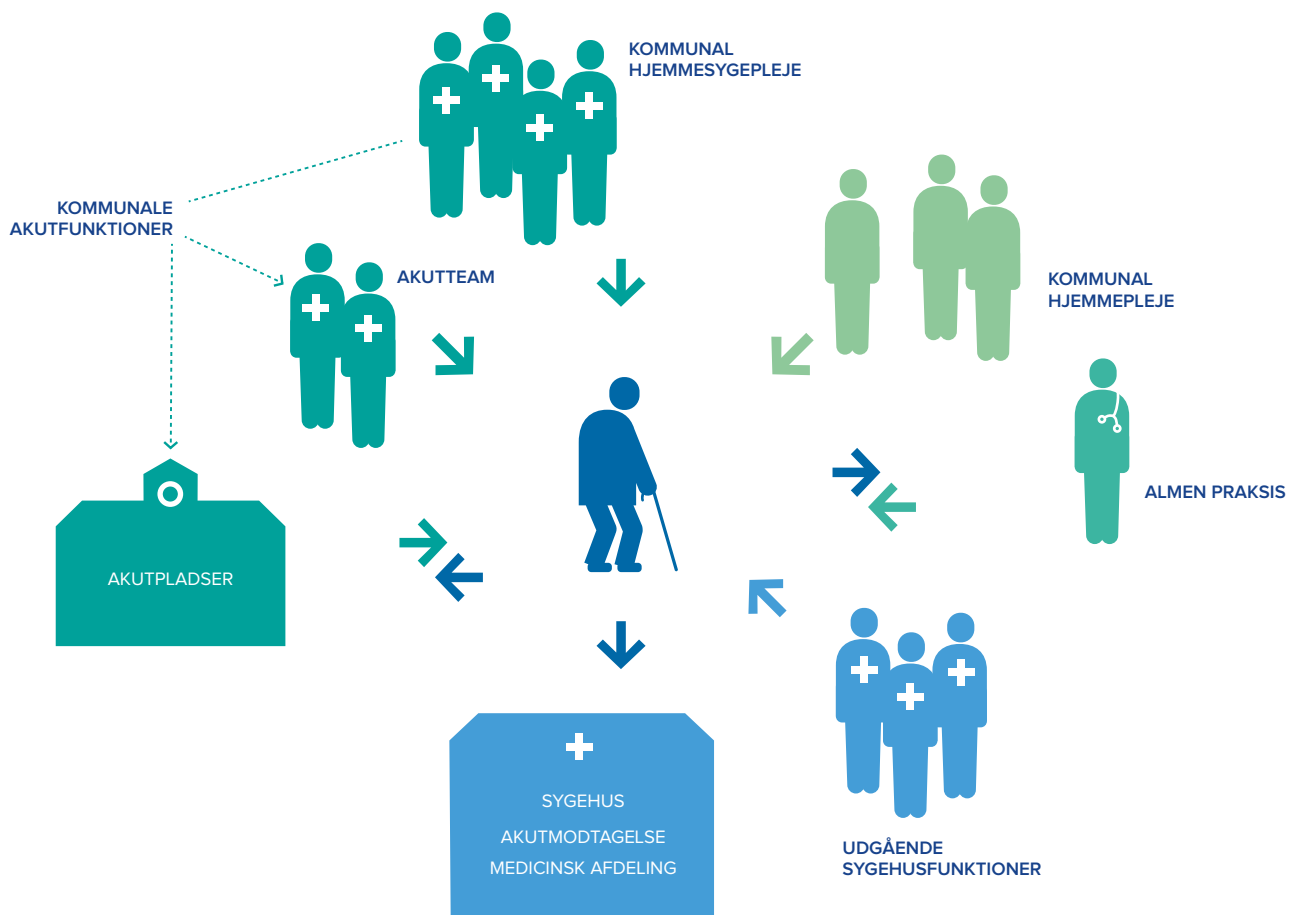
Den ældre medicinske patient skal eksempelvis møde op til ambulant kontrol på sygehuset, møde op i almen praksis og tilses i eget hjem – muligvis endda inden for den samme uge.

Alligevel tager tilbud og organisering sjældent udgangspunkt i den enkelte ældre patients behov, men i stedet i strukturelle forhold, som fx sektor, institution og faggruppe.

Der er også øget risiko for, at den ældre medicinske patient oplever, at der ikke er sammenhæng i og mellem indsatserne og fx ikke kan overskue, hvem der har ansvaret for hvad, og hvem der samlet set ved, hvilken indsats der er bedst i den konkrete situation. Det øger også risikoen for, at information går tabt mellem de ansvarlige, og at der ikke gives det rette tilbud – eller at flere aktører løser den samme opgave flere gange.

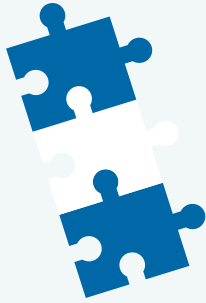
FIGUR 4.3

Den ældre medicinske patients kontakter



Manglende sammenhæng i indsatsen er et særligt problem for de ældre medicinske patienter, som er i behandling for flere sygdomme med forskellige lægemidler på samme tid, og derfor er særligt sårbare i forhold til fx medicinfejl.

Udfordringerne forstærkes af den geografiske ulighed i sundhedstilbuddene, der fx kan gøre det vanskeligt for sygehuslægerne at gennemskue, hvilke tilbud de kan udskrive de ældre medicinske patienter til i de forskellige kommuner i sygehusets optageområde.



BOKS 4.4

Sammenhæng på tværs

- Ældre medicinske patienter har ofte lange behandlingsforløb, der går på tværs af sektorer, lægefaglige specialer og faggrupper.
- Tilbud og organisering tager sjældent udgangspunkt i den enkelte ældre medicinske patients behov.
- Det øger risikoen for, at de ældre medicinske patienter oplever, at der ikke er sammenhæng i og mellem indsatserne.
- Det øger også risikoen for, at information går tabt mellem de ansvarlige, og at der ikke gives det rette tilbud – eller at flere aktører løser den samme opgave flere gange.
- Udfordringerne forstærkes af den geografiske ulighed med hensyn til fx indholdet og kvaliteten af de kommunale tilbud.

Mange af de ældre medicinske patienters sygehusindlæggelser kan forebygges. Patienter skal ikke overnatte på sygehusets gange. Kommunerne skal være klar med relevante tilbud af ensartet høj kvalitet, så den færdigbehandlede ældre ikke skal ligge på sygehuset – eller risikere genindlæggelse. Og forløb på tværs af sektorer skal være mere sammenhængende.

Derfor er der brug for at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient.

5

Initiativer i den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient

Med den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient sættes der ind med en række konkrete initiativer, der skal styrke indsatsen for den ældre medicinske patient.

INDSATSOMRÅDER:

1. Tidligere opsporing og mere rettidig indsats
2. Styrkede kommunale akutfunktioner
3. Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje
4. Styrket indsats mod overbelægning
5. Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis
6. En indsats der hænger mere sammen
7. Bedre styr på medicinen
8. Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb

Tidligere opsporing og mere rettidig indsats

En indlæggelse kan være meget belastende og forbundet med utryghed for den ældre medicinske patient. Ældre medicinske patienter vil ofte også have vanskeligere ved at komme sig efter sygdom og indlæggelse. Det er derfor vigtigt at forebygge, at der opstår behov for at indlægge og/eller genindlægge ældre medicinske patienter.

De fagpersoner i hjemmesygeplejen, hjemmeplejen og i almen praksis, der møder den ældre i hverdagen, har derfor en væsentlig opgave i forhold til at være opmærksom på tidlige tegn på ændringer i den ældres almentilstand, fx væggtab – og i tide følge op med de nødvendige indsatser. Dette vil i mange tilfælde kunne forebygge, at sygdom udvikler eller videreudvikler sig i et omfang, der gør det nødvendigt at indlægge den ældre medicinske patient.

Med afsæt i handlingsplanen for den ældre medicinske patient bør kommunerne fortsat styrke den tidlige opsporing og rettidige indsats. Det skal bidrage til, at ældre borgere kan bevare deres hverdag længst muligt og undgår, at det bliver nødvendigt fx at blive indlagt med de udfordringer og bekymringer, dette kan medføre.



BOKS 5.1.1

Forebyggende hjemmebesøg efter serviceloven

I serviceloven er der fastsat regler om, at kommunerne skal tilbyde forebyggende hjemmebesøg til ældre borgere i eget hjem. Forebyggende hjemmebesøg er uopfordrede, men ikke uanmeldte, besøg i den ældres hjem med det formål at drøfte den pågældendes aktuelle livssituation.

Hjemmebesøgene har bl.a. til formål via rådgivning og vejledning at hjælpe de ældre til bedre at udnytte egne ressourcer og bevare funktionsniveauet længst muligt. Og at henlede opmærksomheden på eksisterende hjælpeforanstaltninger og aktiverende tilbud, som vil kunne bidrage til at forebygge eller løse eventuelle problemer i opløbet. Der kan bl.a. gives råd og vejledning om aktiviteter og støttemuligheder for at bidrage til øget tryk og trivsel. En samtale med den ældre kan fx handle om den ældres dagligdag, trivsel, sociale netværk, boligforhold, økonomi, sundhedstilstand og funktionsevne.

Lovgivningen om de forebyggende hjemmebesøg er ændret med virkning fra 1. januar 2016, så hjemmebesøgene fremover i større grad målrettes de svageste ældre, samtidig med at den generelle forebyggende indsats opretholdes.

De kommunale indsatser bør baseres på de eksisterende værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funktionsniveau og underernæring, der blev udviklet som del af den tidligere handlingsplan for den ældre medicinske patient. Det er værktøjer, som er lette at anvende til systematiske og løbende hverdagsobservationer hos ældre medicinske patienter i regi af fx kommunernes hjemmepleje, hjemmesygepleje og plejecentre samt almen praksis.



BOKS 5.1.2

En mere værdig ældrepleje

Kommunerne skal fremover formulere og offentliggøre en værdighedspolitik, hvor den enkelte kommune beskriver sine overordnede værdier og prioriteringer på ældreområdet. Den kommunale værdighedspolitik vil tydeliggøre over for ældre borgere og deres pårørende, hvad der prioriteres og kan forventes i den pågældende kommune. I udarbejdelsen af en kommunal værdighedspolitik skal kommunalbestyrelsen sikre, at de lokale ældreråd og øvrige relevante parter inddrages.

Værdighedspolitikkerne skal forholde sig til fem centrale områder i ældreplejen: Livskvalitet, selvbestemmelse, kvalitet, tværfaglighed og sammenhæng i plejen, mad og ernæring og en værdig død.

Med finansloven for 2016 tilføres kommunerne fra 2016 og fremover i alt 1 mia. kr. årligt til en mere værdig ældrepleje. Midlerne kan bl.a. anvendes til personale og til kompetenceudvikling med fokus på at understøtte arbejdet med værdighed i ældreplejen m.v. Dette skal ske ud fra en vurdering i den enkelte kommune af, hvor behovet er størst lokalt.

Der eksisterer ikke et samlet overblik over kommunernes anvendelse af eller erfaringer med værktøjerne til tidlig opsporing. KL vil derfor i samarbejde med Sundhedsstyrelsen samle op på kommunernes erfaringer med værktøjerne. På den baggrund vil Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2017 udarbejde anbefalinger for tidlig opsporing. Anbefalingerne vil tage udgangspunkt i eksisterende værktøjer til tidlig opsporing og herudover omhandle tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer. Formålet er at understøtte, at fagpersoners observationer af tidlige tegn på fx sygdom omsættes til relevante indsatser, der kan forebygge sygdomsudvikling og indlæggelse.

Styrkelsen af den tidlige opsporing og rettidige indsats i kommunerne understøttes bl.a. også af kompetenceløftet i den kommunale hjemmesygepleje, jf. indsatsområde 3.

Styrket fokus på ernæring

De ældre medicinske patienter skal have den rigtige ernæring. Og hvis den ældre medicinske patient er underernæret eller i risiko for at blive det, skal der sættes ind med det samme. Mad og måltider skal være tilpasset den enkeltes behov, så det fx sikres, at den ældre medicinske patient er i stand til at spise maden. Det gælder både for de ældre medicinske patienter, som er indlagt på sygehuset, og de ældre medicinske patienter, som modtager hjemmesygepleje eller hjemmepleje i eget hjem eller på plejecenter.



BOKS 5.1.3

God mad på de nye sygehuse

Maden skal være både sund og appetitlig, når den serveres for patienterne på de danske sygehuse. Det gælder uanset, om den tilberedes på sygehuset eller leveres udefra.

Med finansloven for 2016 blev det aftalt, at Sundheds- og Ældreministeriet ville drøfte med Danske Regioner, hvordan der sikres god mad på de nye sygehuse. Derfor har Sundheds- og Ældreministeriet aftalt med Danske Regioner, at der skal skabes et samlet overblik over, hvordan de nye kvalitetsfondssygehuse vil sikre god mad til patienterne.

Kataloget vil indeholde beskrivelser af, hvordan regionerne har planlagt at tilberede og levere velsmagende mad til patienterne på de 16 sygehuse, der i disse år bygges eller ombygges med støtte fra Kvalitetsfonden. Kataloget vil desuden indeholde eksempler på, hvordan eksisterende sygehuse, med og uden egne produktionskøkkener, i dag tilbereder og leverer mad til patienterne.

Arbejdet i kommunerne og regionerne med at forebygge og behandle underernæring understøttes i dag gennem en række nationale initiativer og redskaber. Der er imidlertid fortsat behov for at styrke indsatsen.

Et styrket fokus på ernæring indgår derfor i flere af handlingsplanens initiativer. Det gennemgående fokus på ernæring er udtryk for, at den rette ernæringsindsats er et centralt og helt grundlæggende element i plejen af den ældre medicinske patient.

For yderligere at styrke forebyggelse og behandling af underernæring hos de ældre medicinske patienter vil Sundhedsstyrelsen i 2016 samarbejde med relevante aktører om at afdække, hvilke målrettede indsatser der herudover skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring, herunder om der er behov for at revidere vejledningen vedr. screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko.



BOKS 5.1.4

Bedre rammer om det gode måltid for ældre

Med satspuljeaftalen for 2015 er der afsat midler til at udvikle rammerne om det gode måltid for ældre i eget hjem og på plejecentre. Formålet er at styrke de gode oplevelser i forbindelse med måltidet, så ældre kan se frem til dagens måltider som en positiv og stimulerende oplevelse – til gavn for både appetitten og livskvaliteten.

Initiativet yder støtte til kommuner, som evt. i samarbejde med frivillige organisationer vil udvikle og afprøve nye måder til at skabe bedre rammer omkring de måltider, der tilbydes ældre på plejecentre samt den madservice, der tilbydes hjemmeboende ældre.

De ældre medicinske patienters tandsundhed er naturligvis vigtig i denne sammenhæng. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe vedrørende modernisering af omsorgstandplejen afslutter i sommeren 2016 sit arbejde. Arbejdet vil munde ud i en rapport, der vil indeholde anbefalinger om, hvordan den enkelte patients sundhed og trivsel fremmes, bl.a. ved at visitation til omsorgstandpleje finder sted så tidligt som muligt ved begyndende funktionstab.

Ændring af den kommunale medfinansiering

Regeringen og KL er enige om at ændre den kommunale medfinansiering, så ordningen i højere grad understøtter kommunernes arbejde med at forebygge indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter.

På den baggrund er partierne enige om at bakke op om ændringerne.



BOKS 5.1.5

Hvad er kommunal medfinansiering?

Den kommunale medfinansiering blev indført i 2007 som led i kommunalreformen. Formålet med ordningen er at give kommunerne et økonomisk incitament til at gøre forebyggelses-, trænings- og plejeindsatser mere effektive og styrke samarbejdet med sygehusene om sammenhængende patientforløb.

Med ordningen medfinansierer kommunerne sundhedsaktiviteten i regionerne. Fx betaler kommunerne 34 pct. af behandlingsudgiften (opgjort ved DRG-taksten) for somatiske indlagte patienter – dog maksimalt 14.811 kr. pr. indlæggelse. Ordningen udgjorde ca. 20 mia. kr. i 2015.

Ordningen skal bl.a. målrettes, så den tager højde for borgernes og patienternes alder. Konkret skal kommunerne i fremtiden betale mere for behandlingen af småbørn og ældre over 65 år og mindre for de øvrige borgere. Yderligere skal den kommunale tilbageførsel af merbetalt medfinansiering og opgørelsen af medfinansieringen ændres. Endelig skal de regionale adfærdsudfordringer ved ordningen fjernes.

Regeringen fremsætter lovforslag om ændringen af den kommunale medfinansiering i folketingsåret 2016/2017.



INDSATSOMRÅDE 1

Tidligere opsporing og mere rettidig indsats

- Kommunerne bør fortsat styrke den tidlige opsporing og rettidige indsats.
- KL vil i samarbejde med Sundhedsstyrelsen samle op på kommunernes erfaringer med de eksisterende værktøjer til tidlig opsporing.
- På den baggrund udarbejder Sundhedsstyrelsen inden udgangen af 2017 anbefalinger for tidlig opsporing med fokus på bl.a. tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt kompetencer med henblik på national udrulning.
- For at sikre fokus på udfordringer med underernæring blandt ældre vil Sundhedsstyrelsen i 2016 samarbejde med relevante aktører om at afdække, hvilke målrettede indsatser der skal til for at sikre de ældre medicinske patienter den rigtige ernæring.
- Den kommunale medfinansiering vil blive ændret, så ordningen i højere grad understøtter kommunernes arbejde med at forebygge indlæggelser af bl.a. ældre medicinske patienter.



Styrkede kommunale akutfunktioner

Ældre borgere kan i forskellige sammenhænge have behov for sygepleje med særlige kompetencer og evt. døgnovervågning, uden at der er behov for at blive indlagt på sygehuset. Det kan fx være for at forebygge forværring af sygdom og dermed forebygge uhensigtsmæssige (gen)indlæggelser – eller for at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats i en periode efter patienten er blevet udskrevet.

Ni ud af ti kommuner har gennem de seneste år etableret såkaldte kommunale akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen, hvor borgere kan modtage pleje eller behandling tæt på deres hverdagsliv og lokalmiljø, hvis de har et særligt behov.

Tilbuddet i og omfanget af de kommunale akutfunktioner er forskellige rundt om i landet, og det varierer dermed fra kommune til kommune, hvad borgerne kan forvente. Denne variation er samtidig kilde til uklarhed hos lægerne om, hvad de henviser eller udskriver patienter til, herunder hvilke kompetencer der er til stede i den enkelte akutfunktion. Det kan afholde nogle læger fra at henvise borgere til de kommunale akutfunktioner. Der er således behov for fælles kvalitetsstandarder for indholdet i de kommunale akutfunktioner.

Med handlingsplanen for den ældre medicinske patient afsættes derfor 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til at styrke de kommunale akutfunktioner i flere faser, så ældre medicinske patienter i hele landet får mulighed for at få en særlig sygeplejefaglig indsats af ensartet høj kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det.

Midlerne afsættes i fase I til, at kommunerne kan gennemføre den kapacitetsopbygning mv., der er nødvendig for, at akutfunktionerne fra 2016 kan leve op til Sundhedsstyrelsens eksisterende faglige anbefalinger til akutfunktionerne om tilrettelæggelse, uddannelse og kompetencer, kvalitetssikring og -opfølgning samt udstyr, jf. bilag 1. I fase I bliver det således obligatorisk at følge disse anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen.

Sundhedsstyrelsen udarbejder med frist primo 2017 egentlige kvalitetsstandarder. Standarderne vil bl.a. indebære krav til akutfunktionerne i forhold til:

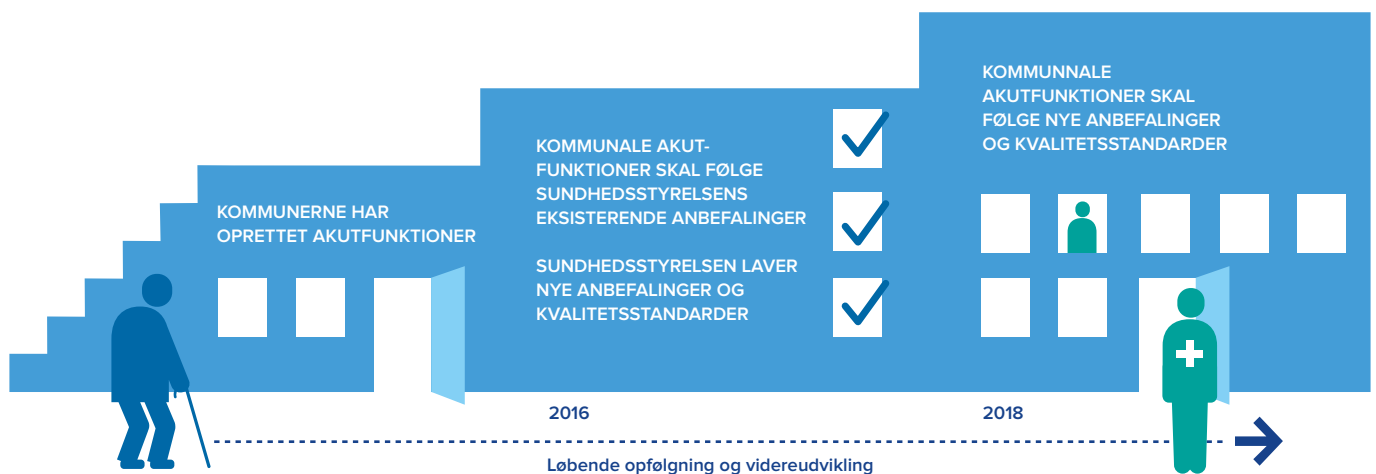
- indhold
- målgruppe
- visitation
- volumen
- kompetencer og
- samarbejde

I fase II afsættes midlerne til, at kommunerne kan gennemføre tilpasninger, der sikrer, at kommunerne fra 2018 kan leve op til Sundhedsstyrelsens standarder for kommunale akutfunktioner. Enheder, der lever op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder, skal betegnes "kommunale akutfunktioner", så der er større entydighed for især læger og borgere om de kommunale tilbud og deres betegnelse.

Kommunerne skal i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for, hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet.

Endvidere afsættes midler til en løbende udvikling og opfølgning, herunder monitorering af de kommunale akutfunktioner. På den baggrund gennemføres til og med 2019 en årlig status på udviklingen af de kommunale akutfunktioner, jf. også selvstændig beskrivelse af opfølgning på handlingsplanen i kapitel 6.

Styrkelsen af de kommunale akutfunktioner skal ses i sammenhæng med handlingsplanens initiativer vedr. tidlig opsporing og rettidig indsats, kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje samt videreudviklingen af udgående sygehusfunktioner og adgangen for hjemmesygeplejen og almen praksis til sygehusenes specialviden, jf. indsatsområde 1, 3 og 5. Det forudsættes, at regioner og kommuner koordinerer disse indsatser i sundhedsaftalerne, så tiltagene supplerer hinanden indbyrdes til gavn for den ældre medicinske patient uden unødvendige overlap.





BOKS 5.2.2

Fem sundhedsaftaler

Der er fem sundhedsaftaler – en for hver region. Sundhedsaftalen indgås mellem regionen og kommunerne i regionen og gælder for en fireårig periode.

Sundhedsaftalerne skal bidrage til samarbejde og koordination af indsatsen i de patientforløb, som går på tværs af regionernes sygehuse, kommuner og almen praksis. Målet er, at den enkelte borger tilbydes en indsats, der er sammenhængende og af høj kvalitet uanset karakteren af den indsats, der er behov for. De nuværende sundhedsaftaler gælder fra 2015-2018.

Arbejdet med at videreudvikle de kommunale akutfunktioner skal endvidere ses i sammenhæng med de kommende anbefalinger fra Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.



BOKS 5.2.3

Udvalget om det nære og sammenhængende sundhedsvæsen

Regeringen har sammen med KL og Danske Regioner nedsat et udvalg, der skal lave en plan for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen. Udvalget skal komme med anbefalinger, der kan være med til at sikre en bedre sammenhæng i sundhedsvæsenet på tværs af sektorer samt ensartet kvalitet landet over.

Udvalget forventes at afrapportere i 2016.



INDSATSOMRÅDE 2

Styrkede kommunale akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen

- Der afsættes 445 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 170 mio. kr. til, at kommunerne kan styrke de kommunale akutfunktioner, så ældre medicinske patienter i hele landet får mulighed for at få en indsats af ensartet høj kvalitet tæt på deres hverdag, når de har brug for det.
- Fra 2016 skal akutfunktionerne leve op til Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger vedr. tilrettelæggelse, uddannelse og kompetencer, kvalitetssikring og -opfølgning samt udstyr.
- Primo 2017 vil Sundhedsstyrelsen have udarbejdet kvalitetsstandarder vedr. bl.a. indhold, målgruppe, visitation, volumen, kompetencer og samarbejde.
- Fra 2018 skal de kommunale akutfunktioner leve op til de krav, som vil følge af Sundhedsstyrelsens standarder.
- Kommunerne skal i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for, hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet.
- I 2017-2019 gennemføres en årlig status på udviklingen af de kommunale akutfunktioner.

FAKTA**Hvad er en kommunal akutfunktion?**

En lang række kommuner har gennem de seneste år – som en del af en styrket indsats for at forebygge u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser og for hurtigere at kunne hjemtage borgere med komplekse pleje- og behandlingsbehov fra sygehus – organiseret den kommunale sygeplejeindsats på en ny måde ved at etablere akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen. Formålet med akutfunktioner i hjemmesygeplejen er både at forebygge forværring af sygdom, og at følge op på sygehusets pleje- og behandlingsindsats når borgeren er udskrevet fra sygehuset.

Kommunale akutfunktioner er organiseret forskelligt i de enkelte kommuner, men ofte som:

- *akutteams*, der leverer sygepleje i borgerens eget hjem, herunder i plejebolig, og/eller som
- *akutpladser* ved midlertidigt døgnophold på en særlig kommunal enhed – oftest i tilknytning til et plejecenter.

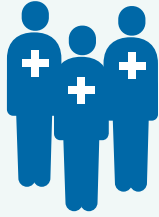
De kommunale akutfunktioner er kendetegnet ved fleksibilitet i forhold til tid og opgaver og ved at være tilgængelige 24 timer i døgnet. Akutfunktionerne er endvidere kendetegnet ved, at personalet har særlige færdigheder og kompetencer – det vil sige sygeplejersker med de nødvendige kliniske kompetencer og evt. social- og sundhedsassistenter med særlige kompetencer og erfaringer.

Der er sygdomsmæssigt tale om en bred målgruppe for indsatser i akutfunktionen. Det kan være borgere med fx KOL, diabetes, infektioner (lungebetændelse og urinvejsinfektion), forstoppelse samt borgere, der er terminale eller borgere med ernæringsproblemer. Et gennemgående billede er, at borgerens sygdomsbillede typisk er komplekst og præget af omskiftelighed.

Akutfunktionen er som udgangspunkt tæt integreret med den øvrige hjemmesygepleje. Det kommer bl.a. til udtryk ved, at personalet i akutfunktionen sparrer med kollegaer i den øvrige hjemmesygepleje – fx i forhold til konkrete borgere eller i forhold til introduktion af nye sygeplejefaglige indsatser – og bidrager til kompetenceudvikling.

BOKS 5.2.5

Aarhus Kommunes døgndækkende akutteam rykker ud i borgerens hjem – i tæt samarbejde med sygehuset



Akutteamet i Aarhus Kommune kan tage blodprøver i borgerens eget hjem og opstarte behandlingen, når de har den lægefaglige opbakning. Et af målene med akutteamet er at undgå, at borgerne bliver så dårlige, at en indlæggelse på hospitalet er nødvendig.

Modellen bygger på et "shared care" samarbejde mellem "ældreafdelingen" (geriatrik afdeling) på Aarhus Universitetshospital og Aarhus Kommunes akutteam. Samarbejdet betyder, at akutteamet med en henvisning fra praktiserende læge kan tage direkte telefonisk kontakt til sygehusafdelingen – og herefter igangsætte behandlingen i borgerens eget hjem. Det er sygehusafdelingen, der har det lægefaglige ansvar for behandlingsforløbet.

Samarbejdet betyder også, at der på medarbejderniveau er et tæt samarbejde. Alle ugens hverdage er der en morgenkonference på sygehusafdelingen – her drøfter medarbejdere fra kommunens akutteam med medarbejdere på hospitalet deres "fælles borgere". De får både lagt en plan for de borgere, der skal udskrives til eget hjem, og for de borgere, som de ved en fælles indsats vil forsøge at forebygge bliver indlagt.

Fra januar 2015 til februar 2016 havde akutteamet kontakt med 1.732 borgere og leverede 5.648 indsatser.

90 pct. af alle praktiserende læger i Aarhus Kommune har sendt bud efter akutteamet siden opstart i december 2013.

Kilde: KL

Borgere henvises til akutfunktionen af bl.a. alment praktiserende læge, vagtlæge eller sygehus, evt. via en kommunal visitorator.

De kommunale akutfunktioner hverken kan eller skal erstatte en sygehusindlæggelse, hvis lægen vurderer, at patienten har behov for sygehusets kompetencer. De skal ses som en naturlig faglig udvikling af hjemmesygeplejen.

BOKS 5.2.6

Tal fra KL om kommunale akutfunktioner



Baseret på en dataindsamling i november 2015 oplyser KL, at:

- Ni ud af ti kommuner i dag har etableret en akutfunktion. 74 pct. af kommunerne råder over akutpladser, mens 53 pct. af kommunerne råder over akutteams.
- Det sygeplejefaglige personale i akutfunktionen i to ud af tre kommuner sparrer med kollegaer i den øvrige hjemmesygepleje. I 40 pct. af kommunerne har personalet i akutfunktionen til opgave at kompetenceudvikle personalet i ældreplejen i forhold til bl.a. anvendelse af redskaber til tidlig opsporing af sygdom eller funktionstab hos borgerne.

KL har i april 2016 indhentet bidrag fra 46 kommuner om de kommunale akutfunktioner. Bidragene viser bl.a. at:

- Langt størstedelen af de kommuner, som opgør belægningsprocenten på deres midlertidige pladser, herunder akutpladser, har en belægning på mellem 75 og 100 pct.
- De fem kommuner, som systematisk har opgjort henvendelsesmønsteret til akutfunktionen, peger entydigt på en stigning i antallet af henvisninger fra såvel sygehuse som almen praksis.

Kilde: KL

Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje

En stor del af de ældre medicinske patienter er i kontakt med den kommunale hjemmesygepleje. De ansatte yder hver dag en stor indsats og har en vigtig opgave. Både i forhold til at sikre tidlig opsporing og rettidig indsats ved fx tegn på sygdom eller underernæring hos den ældre borger, og når den ældre medicinske patient med mere komplekse pleje- og behandlingsbehov har brug for en særlig indsats.

De ansatte i den kommunale hjemmesygepleje har også en stor rolle i forhold til at understøtte sammenhæng i indsatsen, når den ældre medicinske patient også er i kontakt med fx almen praksis og evt. sygehuset. Det stiller store krav til kompetencerne.

Med handlingsplanen for den ældre medicinske patient afsættes 125 mio. kr. i perioden 2016-2018 til at medfinansiere en yderligere styrkelse af kompetencerne hos de medarbejdere, der løser sygeplejefaglige opgaver i kommunerne – fx sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og -hjælpere.

Midlerne kan fx anvendes til at styrke de tværfaglige kompetencer, hvor medarbejdere på tværs af faggrupper deltager i fælles uddannelsesforløb. Derudover kan der være behov for at sætte fokus på at løfte kompetencerne inden for bl.a.:

- tidlig opsporing
- ernæring
- polyfarmaci
- geriatri
- psykiatri
- rehabilitering
- hygiejne
- palliation

Midlerne afsættes til et kompetenceløft både i bredden og i dybden. Dvs. at midlerne for det første kan anvendes til et bredt løft i hjemmesygeplejen både på tværs af og inden for de enkelte faggrupper. Det kan for eksempel ske gennem sidemandsoplæring og efteruddannelse.

For det andet kan midlerne anvendes til et målrettet kompetenceløft af medarbejdere, som fx varetager særligt komplekse eller specialiserede opgaver eller arbejder på områder, hvor der er behov for faglige fyrtårne til at understøtte kvalitetsudviklingen. Et målrettet kompetenceløft kan eksempelvis ske gennem etablering af særlige efter- og videreuddannelsesforløb til en mindre gruppe af sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, herunder evt. en ny specialuddannelse til sygeplejersker.

BOKS 5.3.1

Landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger på plejecentre

Det fremgår af satspuljeaftalen for 2016-2019, at der gradvist indføres en landsdækkende ordning med fast tilknyttede læger til beboere på plejecentre. Der er afsat 100 mio. kr. i perioden 2016-2019 hertil.

Ordningen med fasttilknyttede læger til plejecentre, som er aftalt med satspuljeaftalen, består af 2 komponenter:

1. Beboerne på det enkelte plejecenter tilbydes at vælge en læge, der er fast tilknyttet til plejecentret. Den enkelte beboer kan fortsat frit vælge en anden læge inden for rammerne af reglerne om valg og skift af læge.
2. Der indgås en konsulentkontrakt mellem kommunen og den fasttilknyttede læge til at yde generel sundhedsfaglig rådgivning til personalet på plejecentret.

Erfaringerne fra forsøg med en ordning med fasttilknyttede læger viste, at ordningen medvirkede til at forbedre den sundhedsfaglige behandling af beboere på plejecentre, herunder at reducere antallet af forebyggelige indlæggelser, genindlæggelser og korttidsindlæggelser samt forbedring af medicinhåndteringen m.v.

Som et led i implementeringen af ordningen præciseres det i Bekendtgørelse om valg og skift af alment praktiserende læge og om behandling hos læge i praksissektoren, at borgere, som bor på plejecentre, der har fasttilknyttede læger, kan vælge den fasttilknyttede læge, selvom lægen i øvrigt har lukket for tilgang af patienter.



Kompetenceløftet skal ses i sammenhæng og koordineres med handlingsplanens initiativer vedr. tidlig opsporing og rettidig indsats, styrkelse af de kommunale akutfunktioner samt videreudviklingen af udgående sygehusfunktioner og adgangen for hjemme-sygeplejen og almen praksis til sygehusenes specialviden, jf. indsatsområde 1, 2 og 5.

Der følges op på indsatsen med at løfte kompetencerne i den kommunale hjemme-sygepleje som led i den årlige status på de kommunale akutfunktioner.

INDSATSOMRÅDE 3

Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje



- Der afsættes 125 mio. kr. i perioden 2016-2018 til at medfinansiere en yderligere styrkelse af kompetencerne hos de medarbejdere, der løser sygeplejefaglige opgaver i kommunerne.
- Midlerne kan fx anvendes til at styrke de tværfaglige kompetencer eller kompetencerne inden for bl.a. tidlig opsporing, ernæring, polyfarmaci, geriatri, psykiatri, rehabilitering, hygiejne og palliation.
- Der følges op på indsatsen som led i den årlige status på de kommunale akutfunktioner.



Styrket indsats mod overbelægning

Når patienter er så syge, at der er behov for indlæggelse på et sygehus, er det vigtigt, at de oplever et trygt og sammenhængende indlæggelsesforløb uden unødvendig ventetid, og at behandlinger og pleje mv. foregår under værdige og sikre forhold.

Akutpakke mod overbelægning

I februar 2016 aftalte regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti at afsætte 415 mio. kr. til en akutpakke mod overbelægning på bl.a. de medicinske afdelinger.

Med akutpakken sættes ind med virkemidler på sygehusene, der allerede på kort sigt kan medvirke til at reducere problemer med overbelægning og patienter på gangene.

Det handler især om at styrke koordinationen og samarbejdet på tværs af afdelinger, så ledige hænder og senge kommer patienterne til gavn der, hvor behovet er. Samtidig skal de nødvendige undersøgelser og behandlinger så vidt muligt gennemføres hurtigere, så patienter ikke ligger unødigt længe i en sygehusseng og venter på fx et prøvesvar. Derfor er der med akutpakken afsat 88 mio. kr. til at medfinansiere regionernes arbejde med udbredelse og videreudvikling af redskaberne fra projekt "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse.

Øget kapacitet i form af bedre arbejdstilrettelæggelse, fastholdelse af erfarne medarbejdere og mere personale til at tage sig af patienterne og gennemføre de nødvendige undersøgelser, behandlinger mv. kan give et mere sikkert og effektivt patientflow.

Med akutpakken løftes sygehusenes kapacitet med 100 mio. kr. i 2016, og fra 2017 og frem med 50 mio. kr. årligt. Dette løft skal ses i sammenhæng med prioriteringen af midler til øget kapacitet på de medicinske og geriatriske afdelinger, som er udmøntet med Aftale om regionernes økonomi for 2016. Her er der prioriteret 100 mio. kr. i 2016 og fra 2017 og frem 150 mio. kr. årligt til at løfte kapaciteten på de medicinske og geriatriske afdelinger.

Samlet set er der således tale om et varigt kapacitetsløft på 200 mio. kr. fra 2016 og frem.

Det er vigtigt, at sygehusenes samlede kapacitet anvendes så effektivt som muligt, så patienterne undgår unødvendig ventetid, og overbelægningen reduceres. Derfor er der med akutpakken er afsat i alt 15 mio. kr. til at (videre)udvikle og udbrede lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale mv.

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriterer indsatsen mod overbelægning højt. Partierne er derfor enige om at følge udviklingen.

I 2016 gennemføres et arbejde for at etablere en mere ensartet og retvisende monitorering af belægningen på tværs af sygehuse og afdelinger. Regionernes arbejde med at sikre gode, trygge og effektive patientforløb, herunder en reduktion i antallet af patienter, der oplever at ligge på gangene, følges gennem en årlig status og en evaluering i 2018.

Partierne er opmærksomme på, at overbelægning ikke er et problem, som sygehusene kan løse alene. Sygehusene er fx afhængige af, at kommunerne er rustede til at hjemtage færdigbehandlede patienter, så de ikke uden faglig grund optager en sygehusseng.

Ændring af færdigbehandlingstaksterne

Partierne er enige om at hæve taksten for færdigbehandlingsdage med henblik på, at kommunerne i højere grad hjemtager patienter efter behandling på sygehuse. Ved at nedbringe antallet af færdigbehandlingsdage bliver der frigjort senge på sygehusene, som kan medvirke til at reducere overbelægning. Konkret skal færdigbehandlingstaksten fordobles for de to første færdigbehandlingsdage og tredobles fra dag tre og frem.

Regeringen fremsætter lovforslag om ændringen af færdigbehandlingstaksterne i folketingsåret 2016/2017.



BOKS 5.4.1

Hvad er færdigbehandlingstakster?

Med Kommunalreformen er der fra 2007 indført obligatoriske færdigbehandlingstakster, som kommunerne betaler til regionerne, hvis de ikke er klar med de relevante tilbud, når patienten er færdigbehandlet på sygehuset, og patienten derfor må blive på sygehuset.

Færdigbehandlingstaksten er i 2016 på 1.976 kr. pr. dag. Med forøgelsen af færdigbehandlingstaksten lægges der op til, at det eksisterende takstniveau fortsat går til regionerne, mens forøgelsen tilbageføres til kommunerne inden for den enkelte region.



INDSATSOMRÅDE 4

Indsats mod overbelægning

- Med akutpakken mod overbelægning på sygehusene er der afsat 415 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 50 mio. kr. til indsatser, der allerede på kort sigt kan reducere problemer med overbelægning og patienter på gangene. Midlerne anvendes til:
 - Medfinansiering af regionernes arbejde med udbredelse og videreudvikling af de gode erfaringer med redskaberne fra projekt "Sikkert Patientflow" til alle landets akutsygehuse. Redskaberne tages i brug i 2016 og skal senest ultimo 2017 være indarbejdet i alle relevante arbejdsgange.
 - Løft af sygehusenes kapacitet i form af mere personale.
 - (Videre)udvikling og udbredelse af lokale værktøjer, der kan styrke sygehusenes overblik over belægningssituationen og understøtte en bedre udnyttelse af senge og personale mv.
 - Regionernes arbejde med at sikre gode, trygge og effektive patientforløb – herunder en reduktion i antallet af patienter, der oplever at ligge på gangene – følges gennem en årlig status og en evaluering i 2018.
- Kapacitetsløftet i akutpakken skal ses i sammenhæng med prioriteringen af midler til øget kapacitet på de medicinske og geriatriske afdelinger, som er udmøntet med Aftale om regionernes økonomi for 2016. Samlet set er der tale om et varigt kapacitetsløft på 200 mio. kr. fra 2016 og frem.
- Regeringen vil tage initiativ til at hæve taksten for færdigbehandlingsdage med henblik på at kommunerne i højere grad hjemtager patienter efter behandling på sygehuse. Konkret skal færdigbehandlingstaksten fordobles for de to første færdigbehandlingsdage og tredobles fra dag tre og frem.



Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis

I en række situationer har den ældre medicinske patient behov for sygehusenes specialiserede kompetencer og viden for at få den nødvendige udredning, behandling eller pleje.

Hvis den ældre medicinske patient har behov for at blive tilset af fx en sygehuslæge, men ikke har brug for at være indlagt på sygehuset, kan såkaldte udgående sygehusfunktioner være en god løsning. De udgående sygehusfunktioner kan være med til at forebygge, at den ældre medicinske patient bliver så syg, at det er nødvendigt at indlægge, men også til at følge op på en indlæggelse, og dermed reducere risikoen for genindlæggelse.

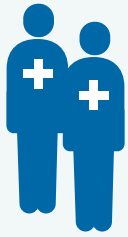
Andre gange kan hjemmesygeplejen eller borgerens praktiserende læge have brug for at rådføre sig med sygehusene for at give den ældre medicinske patient den bedst mulige hjælp i nærmiljøet og dermed evt. forebygge en indlæggelse.

Med handlingsplanen for den ældre medicinske patient afsættes 175 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 65 mio. kr. til at styrke adgangen til sygehusenes specialiserede kompetencer, viden og udstyr og dermed understøtte et sammenhængende sundhedsvæsen, hvor sundhedsfaglige kompetencer anvendes mere fleksibelt på tværs af sektorer til gavn for den enkelte patient.

Midlerne afsættes til, at regionerne kan udbrede gode erfaringer og resultater med udgående sygehusfunktioner og forbedre adgangen for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene.

BOKS 5.5.1

Udvalget om lægedækning i hele landet



Det er regeringens ønske, at alle danskere skal have adgang til sundhedsydelser af høj kvalitet – uanset hvor i landet de bor. Imidlertid opleves der visse udfordringer med at sikre en hensigtsmæssig fordeling af de lægelige ressourcer på tværs af landet.

Derfor har regeringen nedsat et udvalg, der skal skabe overblik over udfordringerne med at sikre en tilstrækkelig lægedækning i alle dele af landet og komme med mulige løsningsforslag, der kan understøtte en bedre fordeling af læger på tværs af landet.

Udvalget er sammensat af repræsentanter fra Danske Regioner, KL, Lægeforeningen, Finansministeriet og Sundheds- og Ældreministeriet, herunder Sundhedsstyrelsen.

Det er forventningen, at udvalget afleverer en rapport med analyse og mulige løsningsforslag til sundheds- og ældreministeren ultimo 2016.

En rundspørge til regionerne viser ifølge Danske Regioner, at der i dag er 45 udgående sygehusfunktioner målrettet ældre patienter, herunder også den ældre medicinske patient. Samme rundspørge viser, at 14 af de udgående sygehusfunktioner har geriatriske kompetencer tilknyttet – dvs. kompetencer inden for ældres sygdomme.

Det forudsættes, at regionerne på baggrund af eksisterende erfaringer udbreder relevante udgående funktioner til hele landet. Der er vigtigt, at der er en særlig opmærksomhed på de ældre medicinske patienter i landets yderområder.

Regionerne skal i april 2017, 2018 og 2019 gøre status på anvendelsen af midlerne og deres effekt.

Videreudviklingen af udgående sygehusfunktioner og adgangen for hjemmesygeplejen og almen praksis til sygehusenes specialviden skal ses i sammenhæng med handlingsplanens initiativer om styrkelse af de kommunale akutfunktioner og kompetenceløftet i den kommunale hjemmesygepleje, jf. indsatsområde 2 og 3. Det forudsættes, at regioner og kommuner koordinerer disse indsatser i sundhedsaftalerne, så tiltagene supplerer hinanden indbyrdes til gavn for den ældre medicinske patient uden unødvendige overlap.

INDSATSOMRÅDE 5

Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis



- Der afsættes 175 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 65 mio. kr. til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes specialiserede kompetencer og viden.
- Midlerne afsættes til at udbrede gode erfaringer og resultater med udgående sygehusfunktioner og til at forbedre adgangen for den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis til specialistrådgivning fra sygehusene.
- Regionerne skal i april 2017, 2018 og 2019 gøre status på anvendelsen af midlerne og deres effekt.

FAKTA

Hvad er en udgående sygehusfunktion, og hvordan rådgiver sygehusene hjemmesygeplejen og almen praksis?

Udgående sygehusfunktioner

De udgående funktioner målrettet ældre patienter skal bl.a. forebygge indlæggelser og styrke samarbejdet mellem kommunen, regionen og den praktiserende læge, men også give patienterne en mere rolig hverdag. Med udgående funktioner undgår den ældre patient belastende skift mellem eget hjem og hospitalet. Og efter en indlæggelse kan udgående funktioner (som fx de såkaldte "følge-hjem" ordninger) bidrage til, at svage ældre, der fx ikke er kendt af hjemmeplejen, kommer godt på plads i hjemmet.

De udgående sygehusfunktioner er forankret på sygehusene, hvor medarbejderne i de udgående teams er ansat. De udgående teams er sammensat af flere typer faggrupper, der blandt andet udreder, undersøger og behandler patienterne i deres eget hjem.

De udgående sygehusfunktioner kan fx være:

- *Ambulante og akutte teambesøg*, hvis det vurderes, at patienten med fordel kan udredes og behandles i eget hjem – fx hvis patienten ellers skal transporteres liggende til hospitalet.
- *Opfølgning efter indlæggelse*, hvis det vurderes, at det er nødvendigt med mere specialiseret kontrol og behandling i eget hjem.
- *Mobile laboratorier samt sårpleje*, der fx kan foretage de hyppigst anvendte blod- og urin analyser samt elektrokardiogram i patientens eget hjem.
- *Følge-hjem ordninger*, hvor hospitalspersonale følger særligt udsatte borgere hjem, og sikrer en god overlevering fx til det kommunale sundhedspersonale.



BOKS 5.5.3

Tal fra Danske Regioner om udgående sygehusfunktioner

En rundspørge til regionerne viser ifølge Danske Regioner, at:

- der i dag er omkring 45 udgående sygehusfunktioner målrettet ældre patienter, herunder også ældre medicinske patienter.
- 14 af de udgående sygehusfunktioner har geriatriske kompetencer tilknyttet – dvs. kompetencer inden for ældres sygdomme.

Kilde: Danske Regioner



BOKS 5.5.4

Det udgående team i Vendsyssel tilbyder prøver og vejledning i egen sygdom hjemme hos den ældre

I Region Nordjylland tilbyder et team af læger og sygeplejersker fra sygehuset i Vendsyssel hjemmebesøg med prøver og vejledning i egen sygdom. Teamet tager ud til ældre patienter, som er for skrøbelige til at have gavn af ambulant besøg, og/eller hvor det er særligt væsentligt, at der er plejepersonale til stede, der kender patienten.

Indsatsen er organiseret fleksibelt, så den kan udføres efter behov. Teamet kører således ikke ud hver dag. Patienterne bliver oftest henvist til tilbuddet af deres egen læge.

Kilde: Danske Regioner



Sygehusenes rådgivning af den kommunale hjemmesygepleje og almen praksis

Sygehusvæsenet yder på forskellig vis rådgivning til almen praksis i forhold til udredning af de patienter, hvor den praktiserende læge ikke har mulighed for at afslutte udredningen alene. Tilsvarende stiller sygehusene også rådgivning til rådighed for den kommunale hjemmesygepleje.

Den formaliserede rådgivning kan bl.a. være i form af:

- *Telefonisk kontakt*, som giver praktiserende læger og/eller hjemmesygeplejen mulighed for at få hurtig rådgivning om akutte og subakutte patienter.
- *Mail-sparring*, hvor den praktiserende læge elektronisk fremsender fokuserede spørgsmål og relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset.
- *Telekonference*, der åbner mulighed for, at begge parter fx kan se på samme billedmateriale. Denne mulighed har været brugt i projektsammenhæng.

Sygehusenes rådgivning til almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje bidrager til en mere fleksibel anvendelse af sygehusenes mere specialiserede kompetencer og til at sikre, at det er patienten, som er i centrum – ikke systemet.

Rådgivningen fra sygehusene til almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje medvirker endvidere til at løfte kompetencerne hos de ansatte i almen praksis og den kommunale hjemmesygepleje.

En indsats der hænger mere sammen

For nogle ældre medicinske patienter kan det være en udfordring at have brug for både sygehusets, den praktiserende læges og fx hjemmesygeplejens hjælp. Der er derfor behov for at sikre større sammenhæng i forløbene, så det er den ældres behov og ønsker, der er styrende for indsatsen – ikke sektorgrænser.



BOKS 5.6.1

Rettidig genoptræning af rette kvalitet

Genoptræning kan have stor betydning for muligheden for at opnå den bedst mulige funktionsevne efter indlæggelse. Rettidig genoptræning af rette kvalitet kan eksempelvis være med til at hjælpe den ældre til at blive mindre plejkrævende, højne livskvaliteten og gøre det muligt blive i eget hjem. Genoptræningen kan også være med til at forebygge genindlæggelser.

I forbindelse med kommunalreformen overtog kommunerne ansvaret for genoptræning efter udskrivning fra sygehus, og der har siden været løbende fokus på at udvikle og forbedre området. I de senere år har der været flere initiativer, der har til formål at styrke genoptræningsindsatsen i kommunerne.

I perioden 2012-2015 blev der udmøntet 150 mio. kr. til kommunerne gennem en pulje til styrket genoptræning og rehabilitering af personer med erhvervet hjerneskade. De hyppigst forekommende hjerneskader skyldes apopleksi (blodprop eller blødning i hjernen), der hovedsageligt rammer personer over 65 år.

Den 1. januar 2015 kom en ny bekendtgørelse og vejledning for genoptræningsområdet. De nye regelsæt har især til formål at understøtte kommunerne i håndteringen af borgere med komplekse genoptrænings- og rehabiliteringsbehov.

Med satspuljeaftalen for 2016-2019 blev kommunerne tilført 90 mio. kr. over en treårig periode til at nedbringe ventetiden til genoptræning efter udskrivning fra sygehus.

Regioner, kommuner og almen praksis anvender allerede i dag en række forskellige redskaber og modeller, der har til formål at binde den ældre medicinske patients forløb sammen. Det er imidlertid ikke tydeligt, hvilke indsatser der virker over for hvilke målgrupper, eller hvordan de enkelte modeller kan supplere hinanden.

På den baggrund er der med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 82,4 mio. kr. til en pulje til forsøg med sammenhængende løsninger for de svageste ældre. Forsøgene påbegyndes i 2016 og evalueres med henblik på efterfølgende udrulning af de gode erfaringer.

Med satspuljeaftalen for 2016-2019 er der endvidere afsat 29 mio. kr. i perioden 2016-2019 til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus.

Med handlingsplanen for den ældre medicinske patient opfordres kommuner og regioner derfor til at videreudvikle modellerne for opfølgende hjemmebesøg, så tidsramme, målgruppe og sundhedsfagligt indhold i forhold til bl.a. opfølgning på ernæringsindsatser bliver klart definerede. Det bør også klart fremgå, hvordan kommune, region og almen praksis samarbejder om hjemmebesøgene samt sammenhæng til andre lignende modeller.

Kommuner og regioner anvender forskellige former for fælles forløbskoordinationsfunktioner. Indsatsen er ved at blive evalueret. Når evalueringen i 2016 er færdig, vil Sundhedsstyrelsen vurdere resultaterne, så gode erfaringer kan udbredes til alle regioner og kommuner.

Også handlingsplanens øvrige initiativer vil medvirke til at styrke sammenhængen på tværs af sektorer – det gælder fx, når ansatte i den kommunale hjemmesygepleje eller almen praksis får bedre adgang til at sparre med specialister på sygehuset om, hvad der er bedst for borgeren, jf. indsatsområde 5.

INDSATSOMRÅDE 6

En indsats der hænger mere sammen



- Regioner, kommuner og almen praksis anvender allerede i dag en række forskellige redskaber og modeller, der har til formål at binde den ældre medicinske patients forløb sammen.
- Der er med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 82,4 mio. kr. til en pulje til forsøg med sammenhængende løsninger for de svageste ældre.
- Der er med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 29 mio. kr. til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg for sårbare ældre patienter efter udskrivelse fra sygehus. Kommuner og regioner opfordres til klart at definere tidsramme, målgruppe og sundhedsfagligt indhold i forhold til bl.a. opfølgning på ernæringsindsatser, og til at tydeliggøre, hvordan der samarbejdes om hjemmebesøgene.
- Når en evaluering af fælles regionale-kommunale forløbskoordinationsfunktioner er færdig i 2016, vil Sundhedsstyrelsen vurdere resultaterne, så gode erfaringer kan udbredes i relevant omfang til alle regioner og kommuner.
- Også handlingsplanens øvrige initiativer vil medvirke til at styrke sammenhængen på tværs af sektorer.

Bedre styr på medicinen

Flere samtidige sygdomme betyder, at nogle ældre medicinske patienter er i behandling med mange forskellige lægemidler på en gang, såkaldt polyfarmaci.

Det giver øget risiko for bivirkninger, og for at de forskellige lægemidler påvirker hinanden gensidigt på en uønsket måde (interaktioner). Det er derfor særligt vigtigt, at der er styr på medicinen hos de ældre medicinske patienter, der er i behandling med mange forskellige lægemidler på en gang. Indsatsen på området skal styrkes gennem en række tiltag:

- Regionerne bør iværksætte tiltag, der understøtter systematisk medicingennemgang under indlæggelse. I 2016 afsættes 5 mio. kr. til en pulje, som kan søges af regionerne til konkrete projekter med medicingennemgang til ældre medicinske patienter, der er i behandling med flere lægemidler på én gang. Med afsæt i bl.a. erfaringerne fra puljen skal Danske Regioner – i dialog med Sundhedsstyrelsen – sikre, at alle regioner fremadrettet visiterer relevante ældre medicinske patienter til medicingennemgang under indlæggelse.
- Der afsættes 15 mio. kr. i perioden 2017-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til yderligere at styrke de regionale lægemiddelenheders arbejde til patienternes gavn og sikkerhed. Midlerne afsættes til, at de regionale lægemiddelenheder fremadrettet både kan understøtte almen praksis og sygehusene i arbejdet med medicingennemgang hos patienter, der er i behandling med flere lægemidler på samme tid, og yde rådgivning til kommunerne om sikker håndtering af medicin. Regionerne skal i 2016 udarbejde en beskrivelse af lægemiddelenhedernes hidtidige arbejde og den styrkede indsats fremadrettet.
- I forlængelse af moderniseringen af apotekersektoren er igangsat et projekt om medicingennemgang til borgere over 65 år, som bruger flere end fem slags medicin. Tilbuddet om medicingennemgang sker ved apoteker i én region. Formålet med projektet er at se på effekten af medicingennemgang på apotek i forhold til ændringer i medicineringen, antallet af lægebesøg og indlæggelse på sygehus, og de økonomiske konsekvenser heraf. Projektet er treårigt og afsluttes med udgangen af 2018.
- Fælles Medicinkort udgør et vigtigt redskab til at forebygge medicineringsfejl og styrke kommunikationen omkring en patients medicinering på tværs af sundhedsvæsenets sektorer. Størstedelen af de borgere, som får deres medicin administreret af en sygeplejerske fra kommunen – heraf langt hovedparten ældre medicinske patienter – får nu deres medicin administreret med udgangspunkt i oplysninger i Fælles Medicinkort. Det er dog fortsat en udfordring at sikre korrekt brug af Fælles Medicinkort på sygehusenes ambulatorier. Regionerne bør derfor øge anvendelsen af Fælles Medicinkort i den del af sygehusvæsenet.

BOKS 5.7.1

I sikre hænder



Med finansloven for 2014 blev der afsat i alt 28 mio. kr. til at styrke patientsikkerhedsindsatsen i kommunerne gennem projektet "Patientsikker Kommune"/"I sikre hænder".

Projektet har vist gode resultater i forhold til at reducere tryksår, medicinfejl, fald og infektioner i den kommunale ældre- og hjemmesygepleje i de fem kommuner, der deltog, (Frederiksberg, Lolland, Sønderborg, Viborg og Thisted) for såvel borgere i eget hjem som borgere på plejecentre.

Med satspuljeaftalen for 2016-2019 blev der afsat 14 mio. kr. til at udbrede de gode erfaringer. Udbredelsen sker som et treårigt projekt i en række nye kommuner. Det samlede projekt forventes også at bidrage til at forhindre en række forebyggelige indlæggelser.

- Med satspuljen for 2016-2019 er der afsat 14 mio. kr. til at udbrede de gode erfaringer fra projektet "I sikre hænder", som bl.a. skal reducere medicinfejl på plejecentre og i hjemmeplejen. For at nedbringe medicinfejl indgår en Medicinpakke, der skal gøre det nemmere at sikre processen omkring håndtering af medicin, så fejl forhindres.
- For at nedsætte risikoen for forveksling af lægemidler og øge patientsikkerheden blev der i 2013 indført et krav i receptbekendtgørelsen om, at det aktive stof i et lægemiddel - det såkaldte generiske navn - skal påføres et lægemiddels pakning, når det udleveres til patienten. Ordningen bliver evalueret i 2016, hvor ordningens effekter vil blive belyst, herunder om den har bidraget til genkendelighed mellem lægemiddelpakninger via apotekets label.
- Herudover bør regioner og kommuner bruge sundhedsaftalesamarbejdet til at indgå aftaler om, hvordan samarbejdet, opgavefordelingen og rådgivningen om patienter, der er i behandling med mange forskellige lægemidler på en gang (polyfarmaci), tilrettelægges lokalt.

Opmærksomheden omkring medicin vil endvidere blive styrket af kompetenceløftet i den kommunale hjemmesygepleje og den udvidede adgang for hjemmesygeplejen og almen praksis til at sparre med specialister på sygehusene om fx den ældre medicinske patients medicin, jf. indsatsområde 3 og 5.

INDSATSOMRÅDE 7

Bedre styr på medicinen



- I 2016 afsættes 5 mio. kr. til en pulje, som kan søges af regionerne til konkrete projekter med medicingennemgang. Med afsæt i erfaringerne fra bl.a. puljen, skal Danske Regioner – i dialog med Sundhedsstyrelsen – sikre, at alle regioner fremadrettet visiterer relevante ældre medicinske patienter til medicingennemgang under indlæggelse.
- Der afsættes 15 mio. kr. i perioden 2017-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til yderligere at styrke de regionale lægemiddelenheder i at understøtte almen praksis og sygehusene i deres arbejde med medicingennemgang og kommunerne i deres arbejde med sikker medicinhåndtering.
- For at undersøge effekten af medicingennemgang på apotek er der igangsat et projekt om medicingennemgang til borgere over 65 år, som bruger flere end fem slags medicin.
- Fælles Medicinkort udgør et vigtigt redskab til at forebygge medicineringsfejl og styrke kommunikationen omkring en patients medicinering på tværs af sundhedsvæsenet. Regionerne bør øge anvendelsen af Fælles Medicinkort på sygehusenes ambulatorier.
- Der er med satspuljeaftalen for 2016-2019 afsat 14 mio. kr. til udbredelse til flere kommuner af de gode erfaringer i forhold til bl.a. forebyggelse af medicinfejl fra projektet "I sikre hænder".
- Regioner og kommuner bør bruge sundhedsaftalesamarbejdet til at indgå aftaler om, hvordan samarbejdet, opgavefordelingen og rådgivningen omkring polyfarmaci tilrettelægges lokalt.

Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb

Ældre medicinske patienter har ofte mange kontakter i både sygehusvæsenet, almen praksis og hos den kommunale sygepleje.

Analyser peger på, at patienter og deres pårørende ofte oplever denne kontakt som usammenhængende. Det sammenfattes i en interviewrunde blandt patienter med kronisk sygdom i følgende citat:

”Jeg har ikke overblik over mit sygdomsforløb og føler heller ikke, andre har det.”

De mange kontakter og behandlingsforløb på tværs af sundhedsvæsenets sektorer stiller krav til et bedre samarbejde mellem sygehuse, kommuner og praktiserende læger samt en højere grad af involvering af patient og pårørende. Det kan imødekommes med nye digitale redskaber, som giver sundhedsprofessionelle bedre mulighed for at koordinere og planlægge patientforløbet med og om patienten – også for sundhedspersonalet, der kommer i borgerens eget hjem.

Derfor afsættes der med handlingsplanen 25 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til at etablere tre nye digitale redskaber i eksisterende systemer til at styrke det tværsektorielle samarbejde i sundhedsvæsenet gennem deling af oplysninger om:

1. *Kontaktoplysninger på aktører, som er involveret i patients forløb:* Oversigten med kontaktoplysninger skal give bedre mulighed for at koordinere med andre sundhedsprofessionelle, fx i udskrivningssituation, som opleves som særligt vanskelig.
2. *Planer og indsatser:* Oplysninger om patientens behandling og indsatser skal deles mellem de sundhedsprofessionelle, som er inde over patientens behandlingsforløb. Det kan bl.a. være oplysninger om aktiviteter, risici, problemer og status på en indsats.
3. *Fælles adgang til patientens stamoplysninger:* Sundhedsaktører skal hurtigt kunne tilgå patientens stamdata og få viden om pårørendes kontaktoplysninger, personlige hensyn og patientens boligsituation, fx om patienten bor i eget hjem eller på plejehjem. Stamkortet er et fælles stamkort og skal medvirke til, at alle aktører har kendskab til de samme aktuelle oplysninger.



Der igangsættes et arbejde med udvikling og afprøvning. Det forventes, at redskaberne kan tages i anvendelse af de første sundhedsaktører og patienter med udgangen af 2017 og være fuldt implementeret i 2020. Det endelige tidspunkt skal aftales med KL og Danske Regioner. Som led i arbejdet skal de juridiske forudsætninger for de konkrete funktionaliteter afklares.

Det er forventningen, at der desuden vil blive igangsat et arbejde med udvikling og afprøvning af en oversigt over patientens aftaler og deling af patientens mål med sundhedsvæsenet i regi af den Fællesoffentlige digitaliseringsstrategi 2016-2020.

INDSATSOMRÅDE 8

Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb



- Der afsættes 25 mio. kr. i perioden 2016-2019 og herefter årligt 5 mio. kr. til videre afprøvnings- og udviklingsarbejde af bedre digitalt samarbejde om komplekse patientforløb.
- Konkret arbejdes der videre med udvikling af tre nye digitale redskaber til deling af hhv. kontaktoplysninger på aktører samt planer og indsatser og fælles adgang til patientens stamdata.
- Det forventes, at redskaberne kan tages i anvendelse med udgangen af 2017 og kan være fuldt implementeret i 2020.

6

Opfølgning og videreudvikling

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriterer indsatsen for den ældre medicinske patient højt. Partierne er derfor enige om at følge udviklingen på området.

De nationale mål for sundhedsvæsenet sætter bl.a. fokus på centrale resultater til gavn for den ældre medicinske patient. Det gælder særligt de nationale mål for bedre sammenhængende patientforløb og styrket indsats for kronikere og ældre patienter. Her indgår for nuværende bl.a. indikatorer for forebyggelige indlæggelser, færdigbehandlingstider på sygehusene, belægning og akutte genindlæggelser.

Der er i dag sparsom viden om, hvilke indsatser og organiseringer der virker bedre end andre, fx i forhold til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorer og understøtte en tidlig og rettidig indsats i kommunerne. Det skyldes bl.a. at der – sammenholdt med det regionale sundhedsområde – i dag kun er få landsdækkende, systematisk indsamlede data om indsatserne på det kommunale sundhedsområde.

Der er således behov for at øge vidensgrundlaget om ældre og deres forløb på tværs af sektorer, så der vedvarende kan arbejdes på at sikre ældre medicinske patienter pleje og behandling af ensartet høj kvalitet – også når deres forløb går på tværs af sektorer. Herudover er der behov for at kunne følge etablering og udvikling af de kommunale akutfunktioner, herunder kompetenceløftet af hjemmesygeplejen.

Der skal derfor laves en række analyser af indsatser og kontaktflader for ældre patienter. Der skal herudover ske en monitorering af akutfunktionerne, ligesom der er behov for analyser af resultater og kvalitet til gavn for patienten. Opfølgningen skal fokusere på aktivitet, effekt og typer af ydelser. Opfølgningen skal også se på organiseringen af tilbuddene, fx antal pladser, antal tilknyttede medarbejdere, kompetencer blandt medarbejderne mv. samt sammenhængen til øvrige kommunale og regionale tilbud. Monitorering og analyser baseres på eksisterende eller allerede planlagte data-registreringer eller indsamlinger.

Desuden udarbejdes med afsæt i monitoreringen til og med 2019 en årlig status på de kommunale akutfunktioner og som led heri også på kompetenceløftet i den kommunale hjemmesygepleje, jf. indsatsområde 2 og 3.

Kommunerne skal i august 2018 gøre status på, hvordan midlerne er blevet anvendt til at styrke de kommunale akutfunktioner siden 2016, samt redegøre for, hvordan midlerne vil blive brugt fremadrettet.

Regionerne skal i april 2017, 2018 og 2019 gøre status på anvendelsen og effekten af midlerne til udgående sygehusfunktioner og rådgivning til kommuner og almen praksis, jf. indsatsområde 5.

Området følges endvidere af Sundhedsstyrelsens faglige følgegruppe for den ældre medicinske patient.



7

Økonomi

Regeringen, Dansk Folkeparti, Liberal Alliance og Det Konservative Folkeparti prioriterede med Aftale om finansloven for 2016 i alt 1,2 mia. kr. i perioden 2016-2019 og herefter varigt 300 mio. kr. til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder akutpakken mod overbelægning på sygehusene.

Tabel 1 nedenfor gengiver fordelingen af midler mellem akutpakken mod overbelægning og den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

TABEL 1

Fordeling af midler mellem akutpakke mod overbelægning og handlingsplan for den ældre medicinske patient, mio. kr.

	2016	2017	2018	2019	i alt	varigt
Handlingsplan for ældre medicinske patienter (FL16)	320	300	300	300	1.220	300
– Akutpakke mod overbelægning (februar 2016)	220	80	65	50	415	50
– Handlingsplan for den ældre medicinske patient (forår 2016)	100	220	235	250	805	250

I tabel 2 opsummeres fordelingen af midler på indsatsområderne i handlingsplanen.

TABEL 2

Fordeling af midler på indsatsområder i handlingsplan for den ældre medicinske patient, mio. kr.

	2016	2017	2018	2019	i alt	varigt
Styrkede kommunale akutfunktioner i regi af hjemmesygeplejen	50	95	130	170	445	170
Kompetenceløft i den kommunale hjemmesygepleje	35	55	35	–	125	–
Flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis	10	50	50	65	175	65
Bedre styr på medicinen	5	5	5	5	20	5
<i>heraf pulje til projekter med medicingennemgang</i>	5	–	–	–	5	–
<i>heraf yderligere styrkelse af de regionale lægemiddelenheder</i>	–	5	5	5	15	5
Bedre digitalt samarbejde i komplekse patientforløb	–	10	10	5	25	5
Opfølgning, monitorering, analyser og evaluering	–	5	5	5	15	5
i alt	100	220	235	250	805	250

**BILAG 1****Sundhedsstyrelsens faglige anbefalinger fra 2014 for kvalitet i kommunale akutfunktioner.**

Sundhedsstyrelsen anbefaler i sit faglige oplæg til den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient, at de kommunale akutfunktioner i fase I skal leve op til en række anbefalinger for kvalitet, som Sundhedsstyrelsen udarbejdede i 2014.

Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2014 fokuserer på:

Tilrettelæggelse

- Den kommunale akutfunktion bør være tilgængelig døgnet rundt alle dage.
- De fornødne kompetencer til at løse akutfunktionens opgaver bør være tilgængelige døgnet rundt alle dage.

Uddannelse og kompetencer

- Varetagelse af lægeordnede behandlingsopgaver i en kommunal akutfunktion bør udføres af autoriserede sundhedspersoner.
- Lægeordnede behandlingsopgaver i en kommunal akutfunktion bør primært varetages af sygeplejersker med de nødvendige uddannelsesmæssige kvalifikationer og kliniske erfaringer opnået efter afsluttet sygeplejerskeuddannelse. Sundhedsstyrelsen anbefaler minimum 2 års relevant erhvervs erfaring hos sygeplejersken inden ansættelse i akutfunktioner i hjemmesygeplejen.
- Visse specifikke opgaver og arbejdsområder kan varetages af erfarne social- og sundhedsassistenter, der har relevante opgaverrelaterede kompetencer, som er opnået efter afsluttet social- og sundhedsassistentuddannelse.
- Personale i en akutfunktion bør overvejende være beskæftiget med patienter omfattet af ydelserne under den kommunale akutfunktion, og bør have mulighed for at opnå og vedligeholde kompetencer i behandlingsopgaver i den kommunale akutfunktion.

Kvalitetssikring og -opfølgning

- Der bør være en løbende, systematisk opfølgning på kvaliteten i den kommunale akutfunktion.
- Udvalgte, relevante indikatorer bør registreres og følges op.

Udstyr

- Akutfunktionen bør som minimum have udstyr til rådighed til måling af puls, blodtryk, temperatur, respirationsfrekvens og eventuelt til saturation og blodsukker, samt urinstix og adgang til forstøverapparat.

I fase II fra 2018 skal de kommunale akutfunktioner leve op til Sundhedsstyrelsens kvalitetsstandarder og nye anbefalinger, som vil foreligge primo 2017.

