

Forslag til pejlemærker for Sundhedsaftalens fokusområde Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Indledning

På baggrund af Sundhedskoordinationsudvalgets temadrøftelse den 19. december 2019 om Sundhedsaftalens fokusområde Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom har Tværsektoriel strategisk styregruppe udarbejdet forslag til pejlemærker for det videre arbejde med fokusområdets 2 mål. Målene er:

- A) Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres ønsker og behov.*
- B) Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.*

Nedenfor er forslagene, i alt 3, beskrevet. Under hvert pejlemærke er der en kort beskrivelse af baggrunden for pejlemærket, hvordan arbejdet med pejlemærket skal sættes i gang samt en overordnet vurdering af de økonomiske konsekvenser.

Pejlemærkerne relaterer sig til begge mål, da der er overlap mellem målgrupperne af ældre og borgere med kronisk sygdom.

Forslag til pejlemærker

1) Pejlemærke: Samarbejdet om lægebetjening i kommunerne skal styrkes.

Baggrund for forslaget:

Hvis ældre syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov kan varetages bedst, er det vigtigt at sætte fokus på at sikre den sundhedsfaglige kvalitet, sundhedsfaglig rådgivning og patientsikkerhed.

Akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom er hyppige årsager til indlæggelser og genindlæggelser blandt ældre syge borgere. Nærmere adgang for kommunerne til at få lægebetjening til konkrete borgere kan give flere handlemuligheder i den kommunale sygeplejefaglige indsats og bidrage til at mere behandling og flere opgaver kan varetages i primær sektor og forebygge indlæggelser.

Samtidig er det vigtigt at afklare, hvilken indsats, tilbud eller forløb, der imødekommer borgerens behov for behandling og pleje og derved sikrer, at de svageste ældre med akut opstået eller forværring af kendt sygdom får det rette tilbud ved den første kontakt. Et tættere samarbejde om akutte henvendelser kan bidrage til en bedre udnyttelse af de forskellige, eksisterende tilbud og medvirke til færre akutte indlæggelser.

Når en ældre borger bliver syg, er udgangspunktet at det er borgerens egen læge, der varetager behandlingen, når borgeren ikke er indlagt. I oktober 2019 er der indgået flere aftaler med PLO Hovedstaden om at styrke samarbejdet om behandlingen af særligt de ældre borgere. Aftalerne skal bidrage til at skabe bedre forløb og nedbringe antallet af ind- og genindlæggelser. Initiativerne i aftalerne omhandler blandt andet samarbejdet om kommunale akutfunktioner, flere sygebesøg i borgernes hjem og bedre kommunikation mellem sektorerne om vanskelige patientforløb.

Som led i udbygningen af det nære sundhedsvæsen har alle kommuner i Region Hovedstaden etableret kommunale akutfunktioner. Implementeringen af samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner skal understøtte det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 i forhold til observation, pleje og/eller behandling af borgere i primærsektoren og i overgangene.

Endvidere tilbyder flere hospitalers fællesambulatorier subakutte tider, som praktiserende læger kan henvise til og dermed forebygge indlæggelser.

Forslag til handling:

Samordningsudvalgene skal drøfte samarbejdet vedrørende de nye aftaler, og det skal løbende vurderes, om aftalerne dækker behovet for lægebetjening i kommunerne med henblik på regional opfølgning.

Hvis lægebetjeningen til kommunerne fremadrettet skal målrettes eller ændres, skal det afklares i hvilke situationer, hvornår og hvordan kommunerne typisk har behov for mere lægebetjening. Er det om konkrete borgere eller generel sundhedsfaglig rådgivning?

Der skal generelt være et tættere samarbejde om en bedre udnyttelse af de forskellige, eksisterende tilbud med henblik på at forebygge akutte indlæggelser. Der skal blandt andet gøres en indsats for at subakutte tider i hospitalernes (fælles)ambulatorier udnyttes bedre, så tilbuddene bliver kendt og anvendt efter hensigten og til gavn for borgerne. Derudover skal muligheden for at afprøve en samarbejdsmodel, hvor de kommunale akutfunktioner kan henvise direkte til hospitalernes tilbud afdækkes. I den forbindelse skal det afklares, hvordan den lægefaglige visitation skal foregå.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes løbende af samordningsudvalgene.

2) Pejlemærke: Der skal indgås en regional aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.

Baggrund for forslaget:

Der skal indgås en regional aftale om intravenøs behandling til borgere i kommunalt regi.

Målgruppen for aftalen kan blandt andet være borgere med akutte eller kroniske infektioner, borgere med behov for væskebehandling og borgere med behov for vanddrivende behandling. Mange af disse borgere modtager i dag deres intravenøse antibiotikabehandling eller anden intravenøse behandling på hospitalet.

Hvis borgerne i stedet kan modtage den intravenøse behandling af en kommunal sygeplejerske hjemme eller fx i et kommunalt sundhedscenter, vil det spare borgerne for hospitalsophold og transporttid og skabe større fleksibilitet i deres hverdag.

Løsningen kræver, at det fulde lægefaglige behandlingsansvar kommer til at ligge hos den hospitalsafdeling, som har henvist borgeren til intravenøs behandling i eget hjem.

Forslag til handling:

Der skal udarbejdes en regional aftale om intravenøs behandling og lignende behandling til borgere i kommunalt regi.

Da nogle borgere selv vil kunne varetage opgaverne i relation til intravenøs behandling og lignende i eget hjem, skal det besluttet om brugerstyret behandling kan indgå som et element i aftalen.

Arbejdet med pejlemærket forankres i en temagruppe under Tværsektoriel strategisk styregruppe.

Økonomiske konsekvenser:

Aftalen skal beskrive de økonomiske forhold vedrørende de opgaver, der kommer til at indgå i aftalen.

3) Pejlemærke: Overgangen mellem eget hjem, hospital og kommunalt tilbud skal være sikker og tryk.

Baggrund for forslaget:

Samarbejdet om den ældre borger skal styrkes med henblik på at sikre den rette indsats ved overgangen mellem eget hjem, hospital og kommunalt tilbud. Det vurderes, at et tættere samarbejde kan medvirke til at flere ældre borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst.

Det er vigtigt, at overgangen mellem eget hjem, hospital og kommunalt tilbud er sikker og tryk.

Indlæggelse- og udskrivelse skal planlægges sammen med borgeren, de pårørende - og med involvering af alle relevante parter. Der skal være en sikker overlevering i den sygeplejefaglige indsats og det lægefaglige behandlingsansvar. Det kræver en ensartet tilgang, forståelse og arbejdsgang omkring overdragelse af patientforløb på tværs af sektorer lige fra indlæggelse til udskrivelse.

Med forskellige IT systemer skal det sikres, at informationer om borgeren let og overskueligt kan deles/formidles på tværs af sektorer. På de kommunale midlertidige døgnpladser og når borgerne udskrives til eget hjem, mangler det sundhedsfaglige personale ofte vigtige informationer om borgerne. I overleveringen skal det være tydeligt, hvad borgerne er blevet behandlet for, herunder den videre behandlingsplan, ambulante tider mv. Tilsvarende har almen praksis behov for en fyldestgørende epikrise.

Derudover er det vigtigt, at hospitalerne får en øget viden om kommunale tilbud, herunder hvilke opgaver, der kan varetages i eget hjem, med henblik på at borgerne udskrives til det rette tilbud. Fx har det sundhedsfaglige personale på de midlertidige kommunale døgnpladser ikke medicin til rådighed og der er ikke adgang til lægebetjening.

Forslag til handling:

Parterne skal prioritere den tværsektorielle, digitale kommunikation. Samordningsudvalgene skal gøre en ekstra indsats for, at kvaliteten af kommunikationen sikres og forbedres, så der udveksles de relevante informationer om borgerne i overgangene, herunder oplysninger om sygehistorie, den aktuelle medicinske behandling og personlige behov. Desuden skal det afklares, hvordan udveksling af information om borgerne, fx i plejeforløbsplanerne, imødekommer behovet for oplysninger hos parterne.

I samarbejdet skal der være et øget fokus på at imødekomme modtagerens behov og handlemuligheder, og der skal skabes større kendskab til og forståelse for opgaver og kompetencer på tværs af sektorer. Arbejdsgangene forbedres ved at understøtte og sikre, at parterne kender hinandens tilbud. Et tættere samarbejde i overgangene kan styrke indsatsen for ældre og borgere med kronisk sygdom og forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser, som også er en del af de nationale kvalitetsmål.

Derudover kan der bygges videre på de erfaringer, der er opnået i flere projekter vedrørende kommunikation og samarbejde på tværs af sektorer.

Arbejdet med pejlemærket forankres i de somatiske samordningsudvalg.

Økonomiske konsekvenser:

De økonomiske konsekvenser vurderes løbende af samordningsudvalgene.