

Baggrundsnotat til 1. temadrøftelse i Sundhedskoordinationsudvalget

Sammen om ældre og borgere med kronisk sygdom

Dette notat indeholder en beskrivelse af de overordnede emner, som det foreslås, at temadrøftelsen og den efterfølgende prioritering af pejlemærker indenfor fokusområdet, kan tage afsæt i.

Emnerne er udarbejdet med input fra de somatiske samordningsudvalg (oktober/november 2019) samt suppleret og kvalificeret på en workshop (24. oktober 2019) med brugerrepræsentanter, fagpersoner og forskere fra almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813. Emnerne er udvalgt ud fra de overordnede områder, som både samordningsudvalgene og deltagerne på workshoppen samstemmende har peget på.

Emnerne indkredser, hvilke områder i det tværsektorielle samarbejdsfelt, der bør arbejdes videre med, hvis vi skal nå de to mål, der indgår i sundhedsaftalens fokusområde om ældre og borgere med kroniske sygdomme. Derudover er der blevet peget på få udvalgte, tværsektorielle projekter, som muligvis vil kunne udbredes. Eksempler herpå indgår også i notatet.

De to mål er:

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

Samlet set peger input fra samordningsudvalgene og workshoppen på følgende, overordnede forudsætninger for udviklingen af det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 i forhold til ældre og borgere med kronisk sygdom:

- Udgangspunktet for samarbejdet er borgernes ønsker og behov - og ikke kun deres diagnoser.
- Samarbejdet skal understøtte forløbet og sikre bedre overgange for borgerne.
- Det er vigtigt at identificere, hvilke grupper af borgere, der skal samarbejdes om.

Mål (A): Alle borgere med flere sygdomme oplever en samlet indsats med udgangspunkt i deres ønsker og behov

Emne	Vigtige pointer
Beslutninger tages på baggrund af, hvad der er vigtigst for borgeren	Der er behov for en personcentreret tilgang med differentierede tilbud til borgere med flere kroniske sygdomme Borgere med flere kroniske sygdomme skal henvises til de tilbud, de har behov for

Borgere med flere kroniske sygdomme har forskellige ønsker, behov og ressourcer. Beslutninger om den rigtige behandling skal tages sammen med borgeren og det skal sikres, at borgerens ønsker bliver aktivt inddraget i behandlingen. Derfor er det vigtigt, at der skabes rammer, som giver den enkelte borger mulighed for at fokusere på det, der fylder mest.

Ved at tilrettelægge differentierede tilbud, som tager udgangspunkt i borgeren frem for i diagnosen(r), kan den indsats, der passer bedst til borgerens behov, ressourcer og præferencer, vælges.

Det er vigtigt, at borgere med flere kroniske sygdomme bliver henvist til de tilbud, de har behov for og, at tilbuddene imødekommer borgernes behov. Det kræver blandt andet at borgerne henvises til relevante tilbud. Et uens henvisningsmønster fra almen praksis og hospitalerne til kommunale rehabiliteringstilbud indikerer dog, at det ikke altid sker. Det er ønskeligt at henvisningsmønstret bliver mere ensartet.

Emne	Vigtige pointer
Kommunikation og tværsektorielt samarbejde	Der skal være udveksling af relevant viden og data, som understøtter oplevelsen af en samlet indsats hos borgeren

Med forløbsprogrammer, struktureret kommunikation og henvisninger til behandling og rehabilitering er der allerede gjort meget for at sikre sammenhæng i behandlings- og rehabiliteringsforløb på tværs af sektorer. Forløbsprogrammerne tager imidlertid ikke tilstrækkelig højde for behovene hos borgere med flere sygdomme.

For borgere med flere kroniske eller samtidige sygdomme er det særlig vigtigt, at der er en koordinerende funktion, der har ansvaret for at have overblik over den samlede behandling, som borgeren modtager på tværs af diagnoser. Dette overblik skal understøtte, at borgeren oplever en samlet indsats, idet der både tages hensyn til sammenhængen i behandling og medicin samt til borgerens liv i øvrigt. Med en velfungerende koordinerende funktion kan rammerne skabes for, at borgeren føler sig set og forstået og er i stand til at modtage de relevante sundhedsfaglige indsatser.

En tilgang, der har vist sig at fremme samarbejde og videndeling på tværs af sektorer, er projektet TværSam. TværSam er et projekt hvor almen praksis, kommune og hospital samarbejder, deler viden og data. Evalueringen af projektet viser blandt andet, at modellen fremmer samarbejde og sammenhæng på tværs af sektorer i forhold til borgere med type 2 diabetes. TværSam udvider i 2020 med hjerte, KOL og psykiatri. Projektet adresserer imidlertid ikke behovet hos borgere med flere, samtidige sygdomme.

En tværsektoriel tilgang til borgere med flere sygdomme findes allerede på Fællesmedicinsk Ambulatorium på Bispebjerg og Frederiksberg Hospital. Ambulatoriet behandler borgere med flere sygdomme, der kræver samarbejde på tværs af hospitalets afdelinger, og mellem kommune, praktiserende læger og hospitalet. Ambulatoriet sætter fokus på borgernes samlede sundhedsproblem. Denne tilgang skal blandt andet sikre et entydigt ansvar for behandlingen og koordinering på tværs af de relevante specialer.

Der arbejdes med fællesambulatorier på andre hospitaler i Region Hovedstaden.

Mål (B): Alle ældre syge borgere opholder sig der, hvor deres behov varetages bedst

Emne	Vigtige pointer
Beslutninger tages på baggrund af, hvad der er vigtigst for borgeren	<p>Ældre syge borgere har forskellige behov afhængig af alder, sygdomsstadie, aktuel behandling, funktionsniveau, netværk mv.</p> <p>Der skal måles på det, der har værdi for borgeren</p> <p>Personcentreret, tværsektorielt samarbejde kræver mere fokus på borgeren og mindre fokus på specialer og sektorgrænser</p>

Gruppen af ældre, syge borgere har ofte svær sygdom, flere samtidige sygdomme og/eller nedsat funktionsevne.

På grund af disse forhold er der det vigtigt at afdække borgernes behov; blandt andet kan der være forskellige vurderinger af behovet hos borgeren selv, hos de pårørende og fra almen praksis, kommunen og hospitalet. Samtidig kan borgerne have svært ved at overskue hvad der er vigtigst på grund af demens eller anden svækkelse. Hvis ældre syge, borgere skal opholde sig der, hvor deres behov kan varetages bedst, har de organisatoriske brugerrepræsentanter fremhævet at mange borgere sætter kvalitet højere end nærhed – og at de sætter patientsikkerhed højest.

Sundhedsvæsenet er organiseret med specialistfunktioner på hospitalerne, praktiserende speciallæger og generalistfunktioner i almen praksis og kommunerne. Et mere personcentreret, tværsektorielt samarbejde med udgangspunkt i borgernes behov vil kræve, at de sundhedsprofessionelle kommunikerer målrettet om de borgere, der har brug for en indsats på tværs af sektorer. Det betyder, at de sundhedsprofessionelle skal tænke mere på tværs – og ud over de opgaver, de selv skal løse.

Emne	Vigtige pointer
Samarbejde om akut opstået/forværring af sygdom	<p>Almen praksis og kommunerne har behov for adgang til specialiseret lægefaglig rådgivning på hospitalerne</p> <p>De rette kompetencer skal være til stede på det rette tidspunkt i forløbet</p>

Akut opstået sygdom eller forværring af kendt sygdom er hyppige årsager til indlæggelser og genindlæggelser blandt ældre, syge borgere.

Hvis ældre, syge borgere skal opholde sig der, hvor deres behov kan varetages bedst, er det vigtigt at sætte fokus på kvalitet og patientsikkerhed. Adgang til lægefaglig rådgivning kan være med til at understøtte kvaliteten i den sygeplejefaglige indsats, så indlæggelser kan forebygges. Det er afgørende, at der foregår en systematisk identifikation af ændringer i borgerens tilstand og at kvaliteten i de sundhedsfaglige indsatser imødekommer borgernes behov. Derfor skal de rette kompetencer være til stede uanset, hvor borgeren opholder sig. Her har hospitalerne et særligt ansvar for at tilbyde rådgivning og vejledning til almen praksis, de midlertidige døgnpladser og den kommunale hjemmesygepleje. Som tovholder for borgerens forløb har almen praksis et særligt ansvar for at vurdere borgerens samlede situation samt afstemme undersøgelse og behandling i forhold til borgerens behov.

Implementeringen af samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner understøtter det tværsektorielle samarbejde mellem almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 i forhold til observation, pleje og/eller behandling af borgerne i primærsektoren. Samarbejdet vedrørende indsatsen i de kommunale akutfunktioner skal monitoreres med henblik på løbende opfølgning og kvalitetsudvikling.

Emne	Vigtige pointer
Øget samarbejde om udskrivelse til det rette tilbud	<p>Rammerne skal understøtte borgernes behov for koordinerede udskrivningsforløb</p> <p>Overgangen fra hospitalet til eget hjem skal være sikker og tryk</p>

Udviklingen i sundhedsvæsenet går i retning af kortere indlæggelser, hvilket blandt andet betyder, at borgernes behov ved udskrivelse fra hospitalet kan være mere komplekse end tidligere. Udviklingen stiller nye krav til videndeling og koordination i samarbejdet mellem hospitaler, almen praksis og kommuner samt til kompetencerne i den kommunale hjemmesygepleje.

Det er vigtigt, at overgangen fra hospitalet til eget hjem er sikker og tryk. Udskrivelsen skal planlægges sammen med borgeren, de pårørende - og hvis der er behov for det, med involvering af almen praksis og

kommunen, som visiterer til egne tilbud. Der skal være en sikker overlevering i den sygeplejefaglige indsats og det lægefaglige behandlingsansvar.

Derfor skal der være et større fokus på initiativer som fx tværfaglige møder, følge hjem ordninger, udgående teams mv.

Hvad angår den gode udskrivelse til en midlertidig kommunal døgnplads samt kompetenceudvikling i kommunalt regi, kan de erfaringer, der er gjort i projektet Tværsektoriel Stuegang eventuelt videreudvikles og udbredes. Projektet har blandt andet bidraget til et bedre tværsektorielt samarbejde, herunder et bedre samarbejde mellem hospitalet, kommunerne og almen praksis med mere realistiske forventninger til hinandens muligheder og kompetencer.

Et andet projekt, der omhandler sammenhæng i overgangen fra hospital til kommune, er projekt Sikker Sammenhæng, som er et samarbejde mellem Bispebjerg og Frederiksberg Hospital og Københavns Kommune. Projektet har blandt andet en indsats vedrørende forbedret medicin håndtering i overgange. Resultatet af dette, konkrete samarbejde om medicin håndtering, viser en stigning i antal udskrivelser med korrekt ajourført Fælles Medicin Kort (FMK).

Implementeringen af samarbejdsaftalen om kommunale akutfunktioner kan ligeledes være med til at understøtte sikker overlevering i samarbejdet om udskrivelsen.

Øvrige input

Ud over ovennævnte emner har samordningsudvalgene og brugerrepræsentanter, fagpersoner og forskere fra almen praksis, kommuner, hospitaler og 1813 peget på, at palliation og fælles ansvar for borgeren i den sidste tid er vigtige emner at samarbejde om at videreudvikle.

Afrunding

Det er væsentligt at anvende og bygge videre på de erfaringer, som allerede er gjort med at udvikle sikkerheden i overgangen mellem hospital og kommune. Generelt bør det i forhold til de udvalgte emner undersøges og besluttes hvilke konkrete løsninger, der virker bedst og som, der skal arbejdes videre med.