

Prioriteret indsatsområde i Randersklyngen om ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

Baggrund

Den politiske klyngegruppe i Randersklyngen har prioriteret ældre borgere og borgere med kronisk sygdom som et fælles indsatsområde i Randersklyngen.

I det følgende beskrives forslag til ramme for klyngens videre arbejde med indsatsområdet i 2023.

Den fælles udfordring

Ofte stiger behovet for sundhedsydelse med alderen, og borgere med en eller flere kroniske sygdomme vil løbende have behov for forebyggende indsatser og behandling. Alder og kroniske sygdomme er to centrale faktorer i forhold til hvor mange og hvilke kontakter en borger har til kommune, egen læge og hospitaler.

Antallet af ældre er stigende, og det betyder også, at flere lever længere med en eller flere kroniske sygdomme. Det giver potentielt set et større behov for sundhedsydelser i alle dele af sundhedsvæsenet.

I forhold til Randersklyngen skal fremhæves:

- Af de ca. 228.000 borgere, der bor i Randersklyngen havde 13.971 (6%) i 2021 en sundhedskontakt til både egen læge, kommune og et somatisk hospital. Hertil kommer, at en stor gruppe af borgere løbende har kontakter på tværs af to sektorer – fx kontakter til både egen læge og kommune eller hospital.
- Af de 13.971 borgere, der i 2021 havde kontakt til både kommune, egen læge og somatisk hospital var 5.453 (39%) over 80 år og 6.818 (49%) havde en kronisk sygdom.
- I klyngen er der flere ældre (80+ årige) pr. 1000 borgere end i hele landet. I 2017 var der ca. 50 ældre over 80 år pr. 1000 borgere i klyngen, mens der i 2022 var 58 ældre over 80 år pr. 1000 borgere i klyngen.
- Omkring hver sjette borger i Randersklyngen har fire eller flere kroniske sygdomme. Der ses en stigning i antallet af borgere med fire eller flere kroniske sygdomme i perioden 2010-21.

Set i lyset af dette er der fortsat behov for at arbejde målrettet med at sikre sammenhængende forløb for særligt ældre borgere og borgere med kroniske sygdom, herunder at sikre

- Den rette behandling og pleje på det rette tidspunkt, så sygdom og funktionstab udsættes
- De rette kontakter til den rette patient, så unødige kontakter undgås.
- En forebyggende og rehabiliterende tilgang, så flest mulige borgere kan fortsætte deres hverdagslivet, så længe som muligt.

Fælles viden om forløb

Med dette afsæt igangsættes en analyse af, hvordan ældre borgere og borgere med kroniske lidelser bevæger sig gennem systemet herunder mulighederne for at forebygge genindlæggelser og/eller nedsætte antallet af kontaktpunkter.

På baggrund af borgersamtaler og journaldata ses på borgerens rejse fra indlæggelse til udskrivelse og genindlæggelse. Der ses på forløb med ældre borgere med flere kroniske sygdomme, der har haft en genindlæggelse og som får kommunal pleje. Der ses på borgere, der har kroniske sygdomme, der er blandt de hyppigste årsager til en indlæggelse på Regionshospitalet Randers.

Der foreslås en analyse bestående af to dele:

1. Borgerrejsen fra indlæggelse til genindlæggelse som borgeren/patienten oplever det. Samtaler med 3-4 patienter og visualisering af deres forløb.
2. Borgerrejsen fra indlæggelse til genindlæggelse, som den ser ud på baggrund af journaldata.

Formålet er

1. at undersøge, hvordan borgerne/patienterne får smidige forløb, og hvor der kan være sten på vejen
2. at undersøge, hvor patienter og pårørende kan tage del i forløbet undervejs
3. at identificere forbedringsområder, der efterfølgende kan indgå i et laboratorium
4. at skabe læring og fælles forståelse af tværsektorielle arbejdsgange
5. at involvere klinikere på tværs af sektorgrænser i at drøfte kvaliteten i forløbene

Analysen gennemføres i samarbejde med en konsulent med erfaring med at gennemføre borgerrejser. Det kan være en ekstern konsulent, der købes ind til opgaven via de nationale klyngemidler.

Analysen skal give fælles viden og læring. Endvidere kan analysen være af-sættet for et efterfølgende laboratorium, hvor et forbedringstema fra analysen foldes ud og omsættes til forslag til handlinger.

Tidsplan og deltagere

Analysen igangsættes i foråret 2023 ud fra følgende overordnede tidsplan:

Hvad	Hvem	Hvornår
Planlægning af borgerrejse og indsamling af journaldata.	Sekretariatet for Randersklyngen i samarbejde med konsulent.	April - juni
Visualisering af borgerens vej gennem systemet ud fra journaldata.	Kontaktperson fra hver kommune samt hospitalet, der har adgang til de relevante journaldata.	
Samtaler med 3-4 patienter og pårørende og visualisering af deres vej igennem systemet.	Konsulent Hospital og kontaktperson fra hver kommune finder frem til interviewpersoner.	
Workshop, hvor der arbejdes med borgerrejserne Læring og opmærksomhedsområder ud-drages.	Deltagere fra den kommunale sygepleje, visitationer, almen praksis og hospitalsafdelinger (Ca. 20-25 deltagere).	August
Resultaterne præsenteres på klyngestyregruppemøde med forslag til laboratorier.	Klyngestyregruppen	28. september

Data

Analysen baseres på journaldata.

Patient- og pårørendeperspektiver inddrages i form af samtaler med 3-4 borgere og pårørende.

Sammenhæng til i gangværende initiativer i klyngen i forhold til ældre borgere og borgere med kronisk sygdom

Analysen skal ses i sammenhæng med en række øvrige initiativer i klyngen i forhold til ældre borgere og borgere med kronisk sygdom:

- *Kommunikation ved indlæggelse og udskrivelse – fælles tilgang og kvaliteten i indholdet*
Det rette kommunikation på tværs af sektorerne er en central del af den gode indlæggelse og udskrivelse. En stor del af kommunikation er

elektronisk og foregår via indlæggelsesrapporter, plejeforløbsplaner og udskrivelsesrapporter. I regi af klynges arbejdsgruppe om sammenhængende patientforløb arbejdes med kvaliteten i den elektroniske kommunikation, herunder en fælles tilgang til indholdet på tværs af hospitalet og de fire kommuner i klyngen. Dette så den rette viden formidles på rette tidspunkt i borgerens forløb.

- *Medicin på Plejehjem*

Der er gennemført et pilotprojekt i klyngen, der viser, at der kan laves værdifulde medicinændringer, når egen læge, plejepersonale og en lægemiddelkonsulent sammen gennemgår den medicin, der gives til borgere på plejehjem. Indsatsen bidrager positivt til borgernes livskvalitet, forebyggelse af genindlæggelser og økonomi. Næste skridt er at lave et koncept, der tager højde for tidsforbruget i almen praksis. Denne del afventer dog deltagelse fra almen praksis. Randers Kommune er tovholder.

- *Kompetencer på tværs*

Sammenhængende forløb fordrer også, at de rette kompetencer er til stede på tværs, herunder fælles tilgang og faglige redskaber. I 2023 er der i gang kompetenceudvikling i kommuner, almen praksis og på hospitalet i forhold til det palliative område – blandt andet redskaber til tidlig opsporing af palliative behov og afdækning af borgerens ønsker til den lindrende behandling. Undervisningen tilbydes via Enhed for Lindrende behandling på hospitalet, som en del af Samarbejdsaftalen om palliative indsatser.

I efteråret planlægges en fælles skolebænk med færdighedslaboratorier (skillslab) for sygeplejersker i kommuner, psykiatrien og Regionshospitalet Randers. Der holdes ligeledes fyraftensmøde med praktiserende læger om udvalgte behandlinger.

- *Ledelse af tværsektorielle forbedringer*

Klyngen deltager med et tværsektorielt lederteam i det nationale ledelsesprogram på sundhedsområdet med det fælles forbedringstema: udskrivelse og genindlæggelse. Opstart september 2023. Forløbet følges i klyngestyregruppen.

Den samlede ramme for det videre arbejde med det prioriterede område om ældre borgere og borgere med kronisk sygdom er illustreret nedenfor:

