



Dato 01.05.2019  
Sine Møller Sørensen  
Anne Brøcker

# Fælles Sundhedsvisitationer i Region Midtjylland

- Forslag til model udarbejdet af tværsektoriel arbejdsgruppe



## *Indhold*

Baggrund .....	3
Arbejdsgruppens opgave .....	3
<i>Hvorfor Fælles Sundhedsvisitationer?</i> .....	3
Demografi.....	4
Akutte problemstillinger – hvordan forstås det på tværs af sektorerne? .....	5
Beredskaber på akutområdet .....	5
Fælles sundhedsvisitationer – kerneopgaver: .....	6
Vision for de Fælles sundhedsvisitationer .....	6
Kerneelementer i de fælles sundhedsvisitationer.....	7
Hvordan får vi succes med fælles sundhedsvisitationer? .....	8
Konsekvenser for økonomi og organisation .....	9
Perspektiver .....	10
Opsamling/konklusion: Input til samarbejdsaftale.....	10

UDKAST

## Baggrund

I Sundhedsaftalen er det et mål at reducere behovet for akutte indlæggelser. Som et led i det arbejde har Sundhedsstyrelsen i Region Midtjylland nedsat en tværsektoriel arbejdsgruppe til at beskrive kernen i én fælles model for fælles visitationsenhed.



Modellen skal bygge på de nuværende erfaringer med hospitalsvisitationer, herunder erfaringer med tværsektorielt samarbejde, og skal kunne danne baggrund for en efterfølgende samarbejdsaftale, om etablering af fælles visitationsenheder i alle fem klynger.

De fælles visitationsenheder skal vejlede praktiserende læger og vagtlæger om både regionale og kommunale akuttilbud – både i forhold borgere med somatisk og psykisk sygdom – og indgå som en del af samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitalet og kommuner om at sikre

- At alle patienter får den rette behandling (rette borger i rette seng)
- Sammenhæng i akutte forløb
- At flest mulige borgere kan behandles i eget hjem eller i et kommunalt akuttilbud, hvis der ikke er behov for en akut indlæggelse.

Etablering af fælles visitationsenheder er også et prioriteret initiativ i alliancen om den nære psykiatri, samt i budget 2019 for Region Midtjylland.

### *Arbejdsgruppens opgave*

Arbejdsgruppen har til opgave

- at beskrive opgaver og kerne i én fælles model for fælles visitationsenhed i hver af de fem klynger
- at beskrive hvilke implikationer dette vil have for organisation og økonomi på tværs af sektorer
- at beskrive udviklingspotentiale med udgangspunkt i den fælles visitationsenhed

Ovenstående skal danne grundlag for en samarbejdsaftale om etablering af fælles visitationsenheder i alle fem klynger.

Dette indebærer, at den fælles model som udgangspunkt skal tage afsæt i de etablerede regionale og kommunale tilbud, samt tilbud i vagtlægesystemet. Den fælles model skal således omfatte en beskrivelse af, hvordan allerede eksisterende tilbud udnyttes bedre gennem et stærkere, velkoordineret og systematisk samarbejde.

Kommissorium for arbejdsgruppen er vedlagt (Bilag 1)

### *Hvorfor Fælles Sundhedsvisitationer?*

I både den nuværende og kommende sundhedsaftale for 2019-23 er det tværsektorielle samarbejde om borgere, der bliver akut syge, et prioriteret indsatsområde.

Der er behov for et tættere samarbejde på tværs af hospitaler, kommuner og praksissektoren i de akutte forløb – både for at sikre,

at alle patienter får det rette tilbud og for at udnytte de fælles ressourcer bedst muligt.

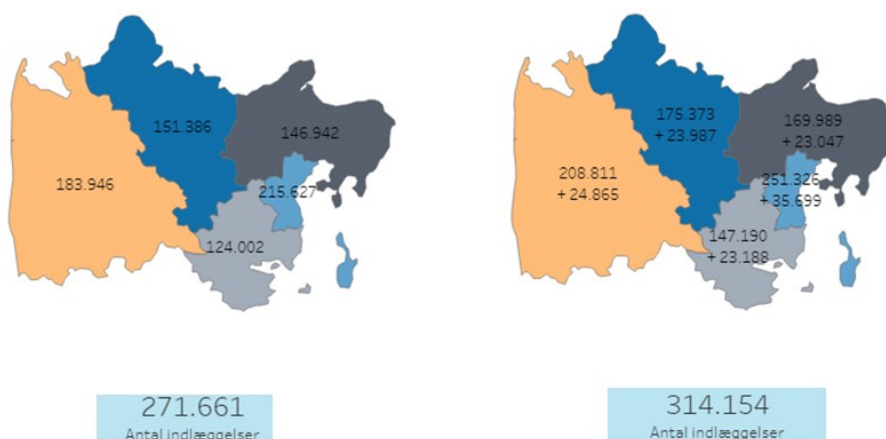


### Demografi

Den demografiske udvikling betyder, at hvis vi ikke gør noget vil der i de kommende år være et stigende pres på hele sundhedsvæsenet. I forhold til hospitalerne vil en uændret udvikling fx betyde flere indlæggelser og sengedage. Nedenstående oversigt over antal sengedage og antal indlæggelser i henholdsvis 2017 og 2027, baseret på befolkningsfremskrivning, illustrerer dette:

Antal sengedage fordelt på optage område (2017)

Antal sengedage fordelt på optage område (2027)



Kilde: BI-portalen, Region Midtjylland

Samtidig ved vi, at størstedelen (75 %) af de somatiske indlæggelser i Region Midtjylland er akutte, og at knap halvdelen af de akutte indlæggelser vedrører borgere over 65 år.

Vi kan i de kommende år forvente en stigning antallet af borgere over 65 år. Endvidere har den ældre del af befolkningen generelt set mere kontakt til praktiserende læger og kommunal sygepleje og hjemmepleje, end den yngre del af befolkningen.

I forhold til borgere med psykisk sygdom datagrundlaget ikke så omfattende. Men vi ved, at diagnosen Paranoid skizofreni er højt på listen over både de udskrivningsdiagnoser, der i 2018 havde flest akutte genindlæggelser, og top ti over genindlæggelsesdiagnoser. Tallene vedrørende de akutte indlæggelser viser generelt, at der i de kommende år venter en stor opgave for det samlede sundhedsvæsen.

Samtidig tyder tallene vedrørende henholdsvis borgere over 65 år, og antal akutte genindlæggelser blandt borgere med Paranoid skizofreni på, at der er mere vi i fællesskab kan gøre på tværs af sektorerne for at forebygge akutte indlæggelser og genindlæggelser.

Fælles sundhedsvisitationer skal bidrage til at løfte disse udfordringer ved at understøtte

- Fællesskab om at støtte borgerne  
Fælles sundhedsvisitationer kan være en genvej til at skabe overblik over alle potentielle tilbud til borgeren. Derved kan de fælles sundhedsvisitationer medvirke til at sikre, at borgerne

får rette tilbud, og måske kan undgå en unødvendig indlæggelse. Det gælder både for borgere som allerede modtager kommunal hjemmepleje og sygepleje og borgere, der ikke modtager pleje- og behandling fra kommunen.

- Bedst mulig udnyttelse af sparsomme ressourcer  
Fælles overblik og nem adgang til handlemuligheder understøtter også, at de samlede ressourcer på sundhedsområdet udnyttes endnu mere effektivt.



### **Akutte problemstillinger – hvordan forstås det på tværs af sektorerne?**

I forbindelse med det videre arbejde om fælles sundhedsvisitationer er det relevant at forholde sig til, at "akut" ikke nødvendigvis forstås på samme måde i de forskellige sektorer. Fx varetager præhospitalet (ambulancer, akutlægebiler og akutlægehelikopter) akutte opgaver, der ofte kræver en indsats i løbet af få minutter. Mens et kommunalt akutteam giver specialiseret sygepleje til fx borgere i eget hjem inden for få timer.

En situation kan udvikle sig til en akut behandlingskrævende problemstilling på forskellige måder. Der kan være tale om:

- Spontan opstået akut sygdom og skade
- Aktuel forværring af kendt situation
- Bekymring for forværring – fx i forbindelse med weekend

De forskellige typer af problemstillinger kan i forskellig grad håndteres forlods med aftaler. I de to sidste situationer, er der relativt gode muligheder for, at hospitaler, kommuner og almen praksis på forhånd laver aftaler, der sikrer, at også de lidt mindre akutte tilbud (tilbud der har længere tids reaktionstid), kan komme i spil.

Håndtering af spontan opstået sygdom og skade vil typisk stille større krav til meget akut/ikke planlagt reaktion fra omverdenen.

Aftalerne omkring de kommende sundhedsvisitationer og deres rolle i beredskabet kan med fordel tage hensyn til dette.

#### *Beredskaber på akutområdet*

Præhospitalet opererer med forskellige hastegrader i forhold til udsendelse af hjælp til borgere, der ringer 112. Ambulancen kan køre med udrykning og blå blink hvis det haster meget, eller kan køre mere roligt frem, hvis hastegraden ikke er så stor. På hospitalerne kan man ved fx et traumekald stille om med en række specialister allerede i døren, når patienten ankommer. Eller man kan tage imod en patient i skadestuen, der har slået foden, og er i tvivl om der er tale om et brud eller en forvridning. Her er hastegraden knap så stor.

I kommunalt regi gælder typisk, at de mest akutte tilbud kan aktiveres med op til et par timers reaktionstid. Typisk i form af et kommunalt akutteam. Akutteamet kan ikke træde til ved umiddelbart livstruende situationer, men kan derimod kan det være relevant i situationer, hvor en borger har brug for at blive tilset, vurderet og/eller behandlet af en sygeplejerske indenfor 1-2 timer.

De kommunale akutfunktioner (akutteams og akutpladser) er primært et tilbud til borgere med somatisk sygdom og i nogle tilfælde også til borgere med samtidig somatisk og psykisk sygdom (jf. national kvalitetsstandard for kommunale akutfunktioner.)



I kommunalt regi findes også en række socialpsykiatriske tilbud. Langt fra alle socialpsykiatriske tilbud er relevante at bringe i spil i akutte forløb. Fx betyder regler og praksis, at det kræver et længere udredningsforløb, hvis en borger skal visiteres til et botilbud. Sådanne tilbud kan derfor ikke iværksættes på få timer.

I nogle kommuner er der dog i forskelligt omfang etableret akuttilbud, der er målrettet borgere med psykiske problemstillinger. Her er det vigtigt at være opmærksom på, at der som udgangspunkt er tale om socialt faglige tilbud med lovhjemmel i Serviceloven – og ikke sundhedsfaglig behandling. Det betyder blandt andet, at personalet i de socialpsykiatriske tilbud overvejende har en socialpædagogisk baggrund.

Samtidig er der især på det kommunale område forskel på, om og i hvilken form, tilbuddene er tilstede hele døgnet, eller kun i en del af døgnet.

Det er vigtigt at alle aktører har forståelse for dette, for at Sundhedsvisitationerne skal kunne løse deres opgave.

### **Fælles sundhedsvisitationer – kerneopgaver:**

#### *Vision for de Fælles sundhedsvisitationer*

Arbejdsgruppen ønsker, at de kommende Fælles Sundhedsvisitationer bliver centrale aktører i samarbejdet omkring de akutte patienter og deres forløb. Samtidig understreger arbejdsgruppen, at de kommende fælles sundhedsvisitationer ikke skal blive flaskehals eller en ekstra omvej for det gode bilaterale samarbejde, der allerede fungerer i dag. Dette gælder ikke mindst det tætte samarbejde mellem praktiserende læge og kommunale akutfunktioner samt den øvrige hjemme- og sygepleje, der fortsat skal kunne fungere gnidningsfrit og uden mellemlid. Sundhedsvisitationen skal i overvejende grad ses som et tilbud til vagtlæger og som koordinator, hvis egen læge og kommune ønsker dialog og samarbejde med hospitalet om konkrete akutte patientforløb.

Arbejdsgruppen har formuleret følgende vision for det arbejde, der skal foregå i de Fælles Sundhedsvisitationer:

*"De fælles sundhedsvisitationerne skal være en serviceminded indgang til alle akutte og subakutte tilbud i klyngen, uanset sektor. Samarbejdet omkring de Fælles sundhedsvisitationer skal sikre, at det for egen læge og vagtlæge er ligeså let at vælge et relevant alternativ til indlæggelse, som at vælge at indlægge patienten – uanset hvilken sektor det relevante alternativ findes i."*

Som udgangspunkt er det arbejdsgruppens ambition, at de fælles sundhedsvisitationer skal kunne løse samme opgaver vedrørende alle patienter, uanset om deres problemstilling er psykisk eller somatisk.



I det konkrete arbejde med implementering af ambitionerne, forventes det, at det styrkede samarbejde omkring de somatisk syge borgere vil kunne implementeres hurtige end samarbejdet vedrørende borgere med psykisk sygdom. Der er allerede et tæt samarbejde mellem hospitaler, kommunale akutfunktioner og praktiserende læger.

I forhold til de kommunale socialpsykiatriske akuttilbud er der behov for at etablere og udvikle samarbejdsrelationerne yderligere. Der er behov for at udbygge den gensidige viden om tilbud og muligheder i de tre sektorer, samt at afstemme forventningerne til, hvad forskellige typer af tilbud kan bruges til, på tværs af hospitaler, kommuner og praktiserende læger. På baggrund af dette skal der arbejdes videre med at få etableret mere konkrete samarbejdsaftaler på området. I dette arbejde får klyngerne en central rolle.

På baggrund af visionen har arbejdsgruppen peget på en række kerneelementer for de kommende fælles sundhedsvisitationer.

#### *Kerneelementer i de fælles sundhedsvisitationer*

De kommende fælles sundhedsvisitationer skal videreføre de opgaver, der ligger i de eksisterende hospitalsvisitationer. Disse fremgår af bilag 2.

I forhold til de akutte tilbud på hospitalerne bliver Sundhedsvisitationerne den eneste indgang. I forhold til de kommunale tilbud bliver sundhedsvisitationerne et supplement til det løbende, daglige samarbejde mellem hospital, egen læge/vagtlæge og kommunernes visitationenheder og akutfunktioner.

Dette indebærer at de fælles sundhedsvisitationer skal kunne:

- Visitere til akutte indlæggelser
- Orienterer om, tilbyde og visitere til subakutte tider indenfor alle specialer
- Formidle adgang til specialistrådgivning og konferencekald ind i hospitalet
- Vejlede om og formidle til kommunale tilbud vedrørende
  - Somatisk sygdom
  - Psykiatrisk sygdom

Dette forudsætter at kommunerne forpligter sig på at organisere sig med få og let overskuelige indgange til de kommunale akuttilbud (få telefonnumre – gerne ét til socialpsykiatri og et til hjemmepleje/akutpladser).

Arbejdsgruppen ser derudover følgende områder som udviklingsfelter for de fælles sundhedsvisitationer:

- Sundhedsvisitationerne – og visitationerne i kommuner og præhospitalet - skal have et fælles overblik over de samlede ressourcer – gerne en klinisk logistikløsning. Randersklyngen arbejder med et udviklingsprojekt på området.
- Sundhedsvisitationerne skal udvikle samarbejdet mellem vagtlæge, hospital, præhospital og kommuner, så alternativ til

indlæggelse bliver lige så let og smidigt som indlæggelse.  
Elementer i dette kan på sigt blive:

- Sundhedsvisitationen skal, efter tydelig aftale om det lægefaglige ansvar, kunne sikre det tilbud der er bedst for borgeren – også hvis dette indebærer at der skal laves nye samarbejdsaftaler og udvikles nye samarbejdsformer mellem almen praksis, hospital, præhospitalet og kommuner, fx om indlæggelse i eget hjem



Som udgangspunkt skal de fælles sundhedsvisitationer altså samle og løbende opdatere overblik over alle eksisterende akutte og subakutte tilbud i den enkelte klynge, samt kunne udnytte denne viden til at sikre borgeren det mest relevante sundhedsfaglige tilbud i en akut eller subakut situation.

Samtidig ses de fælles sundhedsvisitationer som centrale aktører i det videre udviklingsarbejde med at knytte aktørerne tættere sammen med henblik på at skabe de bedst mulige akutte forløb for patienterne. Nedenfor beskrives nogle af de rammebetingelser, der kan lette sundhedsvisitationernes opgave.

### **Hvordan får vi succes med fælles sundhedsvisitationer?**

Ovenstående ambitioner for de fælles sundhedsvisitationer er store, og det vil tage tid at komme helt i mål. I dette afsnit beskrives en række indsatser, der kan virke fremmende for, at ambitionen kommer fuldt i mål. Det er dog ikke en betingelse, at vi har alle komponenter helt på plads inden opgaven sættes i værk – nogle initiativer kan gennemføres hurtigt, andre kræver en større udviklingsindsats eller indgåelse af nye aftaler m.v.

Følgende initiativer/indsatser vil virke fremmende på arbejdet med succesfuld fælles sundhedsvisitation:

- Fælles engagement og ledelsesopbakning.  
Der er behov for et stærkt ledelsesmæssigt engagement i både region og kommuner. Samtidig er der behov for, at almen praksis bakker tydeligt op om ordningen. Forankring: Klyngestyregrupperne
- Relationer og viden om hinanden.  
Løbende fokus på at have viden om hinanden og hvilke kompetencer, der findes eksempelvis i hospitalsvisitationen og de kommunale akutfunktioner. Det kan fx ske gennem systematisk udveksling af medarbejdere, besøg hos hinanden/praktikforløb, delestillinger og kompetenceudvikling på tværs, samt digitale løsninger. Forankring: Klyngestyregrupperne
- Kompetencer i Sundhedsvisitationerne.  
Velfungerende sundhedsvisitationer skal have kompetente og opdaterede medarbejdere, der udover en række personlige og kommunikative egenskaber skal have stor og løbende opdateret viden på en række felter. De relevante kompetencer er beskrevet i bilag 3, Kompetenceprofil, fælles sundhedsvisitation. Forankring: Region Midtjylland





- Større ensartethed på tværs i regionen.  
Hvis det skal være nemt at vælge et relevant alternativ til en akut indlæggelse, stiller det krav om større ensartethed på tværs i regionen. Dette gælder både i forhold til åbningstider, hvilke opgaver fx et akutteam kan varetage, hvilke behandlinger der kan gives i hjemmet og hvilke typer af subakutte tilbud, der er på hospitalet.
- Mere lægelig delegation til det kommunale sundhedspersonale.  
Hvis flere patienter skal kunne blive i eget hjem som alternativ til indlæggelse, er der behov for, at udvide de områder hvor personalet kan handle selv, på lægelig delegation. Aftaler om lægelig delegation bør ensartes på tværs af kommunerne.  
Forankring: Sundhedsstyrelsen/Praksisplanudvalget/Kommunerne
- Enkle og entydige indgange til de kommunale akuttilbud.  
I forhold til at finde rette samtalepartnere stiller dette krav til kommunerne om, at man i den enkelte kommune kun har et eller eventuelt to akutte kontaktnumre, uanset om man ringer fra egen læge, præhospitalet, hospitalet eller en af de kommende fælles sundhedsvisitationer. Især på i forhold sundhedsindsatser i forhold til borgere med psykiske problemstillinger efterstår stadig en del arbejde. Dette gælder også i forhold til de regionale tilbud til patienter med akutte psykiske problemstillinger. Forankring: Kommunerne
- Fælles kommunikationsværktøjer.  
Parterne skal kunne kommunikere sikkert på tværs af sektorgrænser. Dette sker allerede i vid udstrækning via MedCom, men der bliver fremadrettet behov for yderligere udbygning af fælles kommunikationsværktøjer, ikke mindst i forhold til patienter med psykiske problemstillinger. Samtidig er det dog væsentligt, at arbejdsgruppens generelle ambitioner ikke sættes i stå "mens vi venter". I stedet skal der arbejdes videre med at udnytte eksisterende kommunikationskanaler bedst muligt. Forankring: Alliancen for den nære psykiatri
- Lægefagligt ansvar.  
Det er en forudsætning for videreudvikling af nye samarbejdsmodeller, at der i alle nye samarbejdsaftaler tages tydeligt stilling til, hvordan det lægefaglige ansvar er placeret i den konkrete situation, og at der i forbindelse med de indgåede aftaler er maksimalt fokus på patientsikkerhed. Praksisplan-udvalget har lavet et forslag til ramme for det videre arbejde, og der arbejdes også på at indgå en konkret aftale mellem parterne om samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. Rammenotat er vedlagt som bilag.  
Forankring: Praksisplanudvalg og Sundhedsstyrelsen

### **Konsekvenser for økonomi og organisation**

Afsnittet afventer endeligt forslag til model, der udarbejdes efter høring i klyngerne.

**Perspektiver**

Afsnittet afventer endeligt forslag til model, der udarbejdes efter høring i klyngerne

**Opsamling/konklusion: Input til samarbejdsaftale**

Afsnittet afventer endeligt forslag til model, der udarbejdes efter høring i klyngerne.



UDKAST