

Den ældre medicinske patient – forløbskoordinationsprojekt - opsamling fra temadag 19. september 2016

Som afslutning på forløbskoordinationsprojekterne med ældre medicinske patienter som målgruppe (DÆMP), blev det den 19. september 2016 afholdt en temadag på tværs af klyngerne. Temadagen havde følgende formål:

- At afdække udbredelsespotentialet for de enkelte klyngeprojekter
 - Hvad kan klyngerne lære af hinanden og hvad giver god mening at udbrede?
 - At sprede erfaring og viden fra projekterne på tværs af klyngerne.

På temadagen var Vest-, Midt-, Randers- og Aarhus-klyngen repræsenteret.

Nærværende notat opsummerer hovedkonklusioner fra dagen og afrundes med fem anbefalinger til Sundhedsstyregruppen.

Baggrund for temadagen

Region Midtjylland og kommunerne i regionen har i fællesskab gennemført en række forløbskoordinationsprojekter for den ældre medicinske patient.

Projekterne er gennemført klyngevis i de fem klynger som led i udmøntningen af den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012-15, hvor forløbskoordination indgår som ét indsatsområde blandt flere.

De nationalt afsatte midler i handlingsplanen til forløbskoordination var ret begrænsede og der var i forvejen mange indsatser i gang. Derfor blev det besluttet, at hver klynge tog udgangspunkt i allerede planlagte eller igangsatte projekter. Der er således tale om fem projekter, som dels er forskellige i deres fokus og målgruppe kombineret med, at projekterne gennem projektperioden har befundet sig på forskellige implementeringsstadier. Fælles for projekterne er, at de inden for hvert deres indsatsområde har fokus på at styrke sammenhængen og forløbskoordination på tværs af sundhedssektorerne.

Som et led i den nationale opfølgning og evaluering på forløbskoordination gennemføres en evaluering på tværs af klyngerne i Region Midtjylland. Et af formålene i såvel den nationale som den regionale evaluering er at sætte spot på i hvilken grad projekterne understøtter de intentioner, som ligger bag indsatsen og i den henseende også om nogle projekter udmærker sig ved at have en særlig god effekt som kan danne udgangspunkt for spredning.

På den baggrund gennemføres i samarbejde med DEFACTUM en evaluering af de enkelte klyngeprojekter. De forskelligartede projekter udfordrer dog intentionen om at sammenligne projekterne på tværs. Dels udmærker klyngerne sig ved at have vidt forskellige organisatoriske og geografiske udgangspunkter. Dels er det med projektspecifik evaluering vanskeligt at tage højde for de dele af projekterne, som måske allerede er implementeret i et andet setup i andre klynger. Risikoen kan her være, at man i forlængelse af evalueringen antager, at andre klynger kan plukke de lavt hængende frugter, som de allerede spiste sidste år.

Som afslutning på projekterne og som led i evalueringen er derfor afholdt en temadag på tværs af klyngerne.

Generelle betragtninger på tværs af klyngeprojekterne.....	2
Klyngeprojekterne – opsamling på workshopsessionerne.....	3
Vest-klyngen: Prøvehandling med opfølgende hjemmebesøg.....	4
Midt-klyngen: Det gode forløb for den ældre medicinske patient – et fælles ansvar.....	4
Aarhus-Klyngen: Fælles akutteamet i Aarhus.....	5
Randers-Klyngen: Tværsektorielt patientforløb for borgere med hoftefraktur.....	6
Proceserfaringer fra dagen.....	7
Anbefalinger til Sundhedsstyregruppen.....	8
Billedmateriale – anbefalinger til Sundhedsstyregruppen.....	10

Generelle betragtninger på tværs af klyngeprojekterne

I det følgende fremgår elementer, som på temadagen blev fremhævet som elementer, der understøtter fremdrift og gode forløb:

Strategisk niveau:

- Tværsektorielle ledelsesbeslutninger, som sikrer ledelsesmæssig forankring og opbakning
- Gode relationer på tværs af sektorer
 - Kan f.eks. understøttes med fælles ledertræfdage – networking!

Relationer og kultur

- Relationel koordinering mellem sektorerne
 - på tværs af ledelseslag
 - på tværs af fag- og sektorgrænser.
 - i det udførende led
 - i øjenhøjde – også med patienten. For det, der er væsentligt for sektorerne er ikke altid det væsentlige for patienten.
- Organisatorisk parathed
 - Deltagernes "det vil vi gerne" er et vigtigt grundlag for succes.
 - Relationer på alle niveauer skal bakke op om samarbejdet. Alle led skal kunne se værdien af indsatsen
- Tillidsbaseret tilgang (FX nøgler til hinandens depoter, have hjælpemidler fra hinanden stående).
- Et eksisterende godt samarbejde, der kan bygges videre på.

Gensidigt kendskab og enighed om hvad der skal til, for at løse opgaven med udgangspunkt i borgerens situation

- At de praktiserende læger føler at det giver mening og bakker op - de kommer, hvis de vurderer, at det er vigtigt.
- Fællesfaglig beskrivelse af forløbet
 - FX Tværsektoriel arbejdsgruppe, der beskriver forløbet fra start til slut og på tværs af sektorer. Det skaber nogle relationer på tværs og kendskab til hinanden. Det bliver lettere at kommunikere på andre områder også.
- Kompetenceudvikling
 - Den rette viden og kompetencer bidrager til at sikre de rigtige indlæggelser med udgangspunkt i den konkrete situation.
- Audits (hvordan var forløbet, kan opgaven løses bedre?)
 - FX Aarhus forud for samarbejde på det lungemedicinske område. Indlæggelse eller behandling i hjemmet – og af hvem? Fælles gennemgang af forløbet, hvor parterne hører hinandens udfordringer og vinkler og deraf kan lave en fælles løsning.
- Akutafdelingerne som nøglemedspillere. Flytte grænsen fra begge sider.
- Informationsmøder

Organisation

- Strukturel underbygning af løsningerne
 - FX en udskrivningskoordinator fra kommunen, som kommer og koordinerer forløbet.
 - FX at drøfte planen for patienten sammen, og allerede fra dag 1 ved indlæggelse, så det ikke først er ved udskrivelsen, at kommunen tages med i planlægningen
 - FX fælles morgenkonference
- Løsning af strukturelle udfordringer – fx adgang til hinandens hjælpemidler
- Samling af behandlingsansvar
 - FX geriatrik team har det samlede behandlingsansvar, også selv om en del af behandlingen foregår i hjemmet
- Samme tilbud 24/7 kan bidrage til at forenkling.
- Opstilling af tydelig baseline og krav fra starten. Hvornår er vi i mål?
 - Fagligt
 - Økonomisk
 - Politisk
 - I forhold til borgeren

Klyngeprojekterne – opsamling på workshopsessionerne

Der blev afholdt workshopsessioner for hver af de fire klynge-projekter, som var repræsenteret på dagen. Fokus på sessionerne var dels at udbrede kendskabet til de enkelte projekter og dels at afdække potentiale og overførbare på tværs af de øvrige klynger. Nedenstående opsamling er ikke en gengivelse af projekternes organisation og interventioner, men en kort opsummering på de drøftelser, som var på de enkelte workshops.

Vedlagt som bilag er projekternes egen-evalueringer og service blueprints, der blev udfyldt på de enkelte workshops, og tilsammen giver et indblik projektfokus, resultater og borgerforløbet i de enkelte projekter.

Vest-klyngen: Prøvehandlinger med opfølgende hjemmebesøg

Der var en bred drøftelse af opfølgende hjemmebesøg og hvorvidt det vil være bedre at kombinere konceptet med f.eks. udskrivningsbesøg af kommunale sygeplejersker, som har været afprøvet i flere af klyngerne, herunder i Midt-klyngens projekt. Vest-klyngen arbejder også med udskrivningsbesøg, men ikke som en del af det aktuelle projekt. Der var blandt temadagens deltagere en udbredt skepsis i forhold til, hvorvidt opfølgende hjemmebesøg i det oprindelige koncept med screening på hospitalet og efterfølgende besøg af praktiserende læge sammen med kommunal sygeplejerske er den rette vej at gå, bl.a. med baggrund i den meget lave gennemførelsesprocent, som er påvist over hele landet.

I forhold til de konkrete prøvehandlinger, som har været afprøvet i Vest-klyngen, var der tilslutning til, at den systematiske tilgang til både at koordinere besøgene og samarbejde med de praktiserende læger, er den rette vej at gå, for at øge gennemførelsesprocenten og at denne læring er vigtig at tage med i videreudviklingen af konceptet omkring de opfølgende hjemmebesøg.

Projektet set i sammenhæng med kommende initiativer for ældre medicinske patienter

På baggrund af temadagens præsentationer og drøftelser vurderes det, at erfaringerne fra de to prøvehandlinger kan bringes ind i arbejdet med indsatsområde 6 i den nye handlingsplan for den ældre medicinske patient. Indsatsen "en indsats der hænger mere sammen" indeholder blandt andet:

- Videreudvikling af de opfølgende hjemmebesøg
- Et nyt fælles projekt på tværs af de fem klynger ved navn "det rette tilbud til borgerne fra første kontakt" som igangsættes med støtte fra satspuljen for de svageste ældre

Midt-klyngen: Det gode forløb for den ældre medicinske patient – et fælles ansvar

Flere af klyngerne gav udtryk for, at de allerede arbejder med eller har planer om lignende koncepter, der indeholder flere af projektets elementer. Der var generel tilslutning til, at store dele af projektet er overførbart på tværs af klyngerne. I den henseende blev der særligt henvist til overførbare af:

- Screening
- Tidlig opfølgning.

Der var stor interesse for afprøvningen af at screene til opfølgende hjemmebesøg i kommunen, hvilket formodes at give en mere målrettet inddragelse af de praktiserende læger. I den henseende er det vigtigt at have de praktiserende læger med. Kommunen kan fungere som en form for gatekeeper funktion overfor de praktiserende læger, men det kræver at lægerne anerkender kommunens vurdering og kører ud, og dette rettidigt, når det vurderes relevant. Samtidig blev der givet udtryk for, at en flytning af screening fra

hospital til kommune skal ske ud fra en faglig vurdering og ikke være en del af en opgaveflytning, som alene gennemføres ud fra økonomiske hensyn.

Midt-klyngen nævnte selv muligheden for at lave en opdeling, så opfølgning af ukendte borgere sker ved akutteam, mens hjemmesygeplejen følger op på de kendte borgere.

Det blev påpeget, at forløbet måske kan gøres mere strømlignet, f.eks. ved at indarbejde konceptet i udskrivningsrapporterne, så der ikke skal rettes to henvendelser fra hospitalet til kommunen. Dette kræver dog en ændring af MedComstandarderne, som ikke er mulig på den korte bane.

Brugen af MedCom standarder til koordination af tværsektorielle forløb var oprindeligt tænkt ind i Midt-klyngens projekt. Med idriftsættelsen af MedComs nye version 1.0.3. af hjemmepleje-sygehusstandarder (Region Midtjylland og alle kommunerne vil både kunne sende og modtage i den nye standard inden årets udgang) vil der være nye muligheder for at anvende elektronisk kommunikation på tværs af sektorer til at understøtte komplekse forløb.

Som en del af det rette tilbud kan det være relevant at se på, om de muligheder, som den nyeste version tilbyder, vil kunne gøre forløbene bedre fordi der tilvejebringes de rette informationer til de sundhedsprofessionelle som varetager forløbet. Se mere på <http://lk.dk/1v61du>

Projektet set i sammenhæng med kommende initiativer for ældre medicinske patienter

På baggrund af temadagens præsentationer og drøftelser vurderes det, at erfaringerne fra projektet kan bringes ind i arbejdet med indsatsområde 6 i den nye handlingsplan for den ældre medicinske patient "en indsats der hænger mere sammen", som bl.a. indeholder:

- Videreudvikling af de opfølgende hjemmebesøg
- Et nyt fælles projekt på tværs af de fem klynger ved navn "*det rette tilbud til borgerne fra første kontakt*" som igangsættes med støtte fra satspuljen for de svageste ældre

Derudover kan erfaringerne bringes med ind i kommunernes implementering af

- indsatsområde 2 "*styrkede kommunale akutfunktioner*"

i samspil med hospitalernes implementering af

- indsatsområde 5 "*flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis*"

Aarhus-Klyngen: Fælles akutteamet i Aarhus

Der var en gennemgang af forløbet og forholdet mellem akutteamet og hospitalets geriatriske team. Relationer og tillid på såvel ledelses- som medarbejderniveau var et gennemgående tema i forhold til succes. Et konkret eksempel på denne tillid kommer til udtryk i, at man har hjælpemidler fra hinanden stående og har nøgler til hinandens depoter. I forlængelse heraf blev der også lagt vægt på behovet for at have opbakning og en fælles kultur

om indsatsen. Det vil sige, at man sørger for at henvise til ordningen, at man dyrker samarbejdet med de praktiserende læger, at man gør det let at støtte ordningen og at man er åben for vejledning når kolleger fra andre sektorer ringer. For eksempel er der lagt vægt på, at det er det samme tilbud døgnet rundt, så man ikke skal forholde sig til noget andet i vagttid og i det hele taget forsøger at handle så ubureaukratisk som muligt i de konkrete situationer. Det gælder for eksempel også i forhold til dataudfordringer og udfordring med lægernes forskellige it-løsninger, hvor man må forsøge at fokusere på, hvad der kan lade sig gøre og hvor man kan bruge alternative løsninger.

Akutteamet i Aarhus bygger på flere års udvikling af samarbejdet mellem kommune og hospital i forhold til målgruppen. Hjemmebehandling som kultur er et længere træk og det, der er blevet en fælles samarbejdskultur på ét område, skal fortsat dyrkes på andre områder.

Der blev stillet spørgsmålstegn ved muligheden for at udbrede ordningen til områder, hvor man ikke har geriatrisk afdeling og bemanning til at sammensætte et akutteam på tværs af kommune(r) og hospital. Der har ikke været tvivl om, at Aarhusklyngen har haft fordel af indgangen til specialet, men at også kompetenceudvikling blandt de kommunale sygeplejersker har været vægtet højt og at det kræver særlige kompetencer blandt alle involverede, når hospitalets behandlingsansvar starter før indlæggelse (fx IV-behandling i hjemmet). Der blev peget på, at ordningen kan sammentænkes med telemedicin og uddannelse af geriatriske sygeplejersker, som kan være i kontakt med geriatren og sikre den rette geriatriske rådgivning og vurdering.

Projektet set i sammenhæng med kommende initiativer for ældre medicinske patienter

Speciallægen / geriatrisk team har i udgangspunktet hele behandlingsansvaret. Dette tages der nu initiativ til at overføre til lungemedicinsk afdeling, men med fokus på en lang omstillingsproces og løbende audits, hvor det drøftes, hvad der skete i behandlingen og kunne akutteamet have gjort det samme?

På baggrund af temadagens præsentationer og drøftelser vurderes det, at erfaringerne fra projektet kan bringes ind i kommuners implementering af indsats område 2 i den nye DÆMP-handlingsplan, hvor Aarhus Kommune er repræsenteret i den nationale arbejdsgruppe, som skal komme med det faglige oplæg:

- indsatsområde 2 "styrkede kommunale akutfunktioner"

i samspil med hospitalernes implementering af

- indsatsområde 5 "flere udgående sygehusfunktioner og øget rådgivning til kommuner og almen praksis"

Randers-Klyngen: Tværsektorielt patientforløb for borgere med hof-tenær fraktur

Randersklyngen tog udgangspunkt i processen for indsatsen. Det har været væsentligt at sikre en fælles ramme og forståelse af indsatsen og at sikre opbakning på alle niveauer. Derfor har det været af stor betydning, at sikre

fælles ledelsesbeslutning og, at alle sektorer var repræsenteret i en fælles arbejdsgruppe, som kunne beskrive hele patientforløbet.

Det fælles billede af borgerforløbet kan anvendes andre steder. Og det skaber nogle relationer på tværs og kendskab til hinanden. Det bliver lettere at kommunikere på andre områder også.

Nogle af de nedslag, der har været i indsatsen har været

- Udskrivningskoordinatorer fra alle tilknyttede kommuner, som har koordineret forløbet
- Kompetenceudvikling af kommunale sygeplejersker, så de har været klædt på til at få en borger hjem på et tidligere tidspunkt.
- Praktiske løsninger – at stille akutdepoter med hjælpemidler til rådighed

Der blev stillet spørgsmål ved gevinsten og de målbare effekter. Samtidig er praksis i dag forskellige på forskellige hospitaler og det, der er et nyt tiltag ét sted kan have eksisteret længe på et andet. Fra kommunal side er det svært at vurdere om borgerne får mere eller mindre hjælp efter et kortere indlæggelsesforløb. Fremadrettet er der behov for en baseline. Herudover blev det drøftet om der ville være forskel på en medicinsk afdeling og en ortopædisk-urgisk?

Generelt var der dog enighed om, at vigtige elementer, som kan videreføres og overføres til andre områder er:

- Anvendelsen af metoden – at tage retningslinjerne og bearbejde dem trin for trin og i fællesskab, så man får kendskab til opgaven fra de forskellige vinkler.
- At drøfte planen for patienten sammen, og allerede fra dag 1, så det ikke først er ved udskrivelsen, at kommunen tages ind i planlægningen.
- Forståelse for hinandens situation.

Projektet set i sammenhæng med kommende initiativer for ældre medicinske patienter

Indsatsen fortsætter i drift.

På baggrund af temadagens præsentationer og drøftelser vurderes det, at erfaringerne kan bringes ind i arbejdet med indsatsområde 6 i den nye handlingsplan for den ældre medicinske patient "*en indsats der hænger mere sammen*". Her særligt:

- Det nye fælles projekt på tværs af de fem klynger "*Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt*" som igangsættes med støtte fra satspuljen for de svageste ældre medicinske patienter.

Proceserfaringer fra dagen

Opsamlingen fra temadagen vil indgå som et appendix til den samlede evaluering af forløbskoordinationsprojektet i Region Midtjylland.

Temadagen var et første forsøg med at samle en bredere kreds til tværgående sparing på klyngespecifikke projekter. I det nye satspuljeprojekt, *"det rette tilbud til borgerne fra første kontakt"*, planlægges det, at lignende arrangementer gennem hele projektperioden får en vigtig rolle for projekternes implementering og mulighed for forankring. Den læring, der særligt bringes med fra dagen i planlægningen af de kommende arrangementer er:

- Vigtigt med god information om konceptet forud for arrangementet til såvel deltagere som oplægsholdere
- Vigtigt med stram styring i forhold til at holde fokus på de konkrete fokuspunkter i projekterne
- Vigtigt at oplæg og proces sikrer plads til inddragelse af deltagere på de enkelte workshops

Anbefalinger til Sundhedsstyregruppen

Temadagens formål var:

- At afdække udbredelsespotentialer for de enkelte klyngeprojekter: Hvad kan klyngerne lære af hinanden og hvad giver god mening at udbrede?
- At sprede erfaring og viden fra projekterne på tværs af klyngerne

Konklusionen fra temadagen var,

- at projekterne alle har givet mening dér, hvor de er blevet gennemført.
- at de øvrige klynger kunne se formålet med indsatserne
- at der skal der tages højde for, hvor langt man de enkelte steder er inden for de pågældende indsatser og hvordan indsatsen kan tilpasses lokale forhold. Tværsektorielt patientforløb for patienter med hoftenær fraktur kan således give gode effekter ét sted, men færre effekter et andet sted, hvor man i forvejen har en særlig indsats. Udgående geriatrisk team kan give god mening ét sted, men skal et andet sted eventuelt kombineres med telemedicinske løsninger og tilpasses forhold med færre speciallæger eller længere afstande.
- at det vil give god mening at få mulighed for sparring og erfaringsudvikling mellem klyngerne tidligere i en projektperiode.

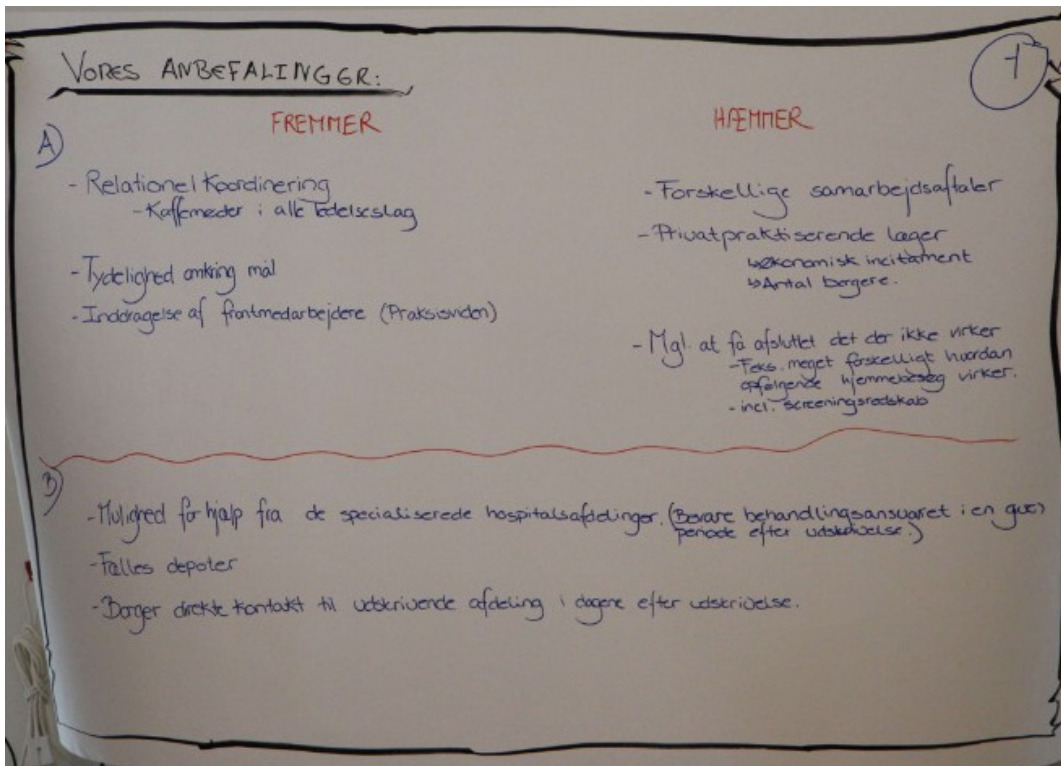
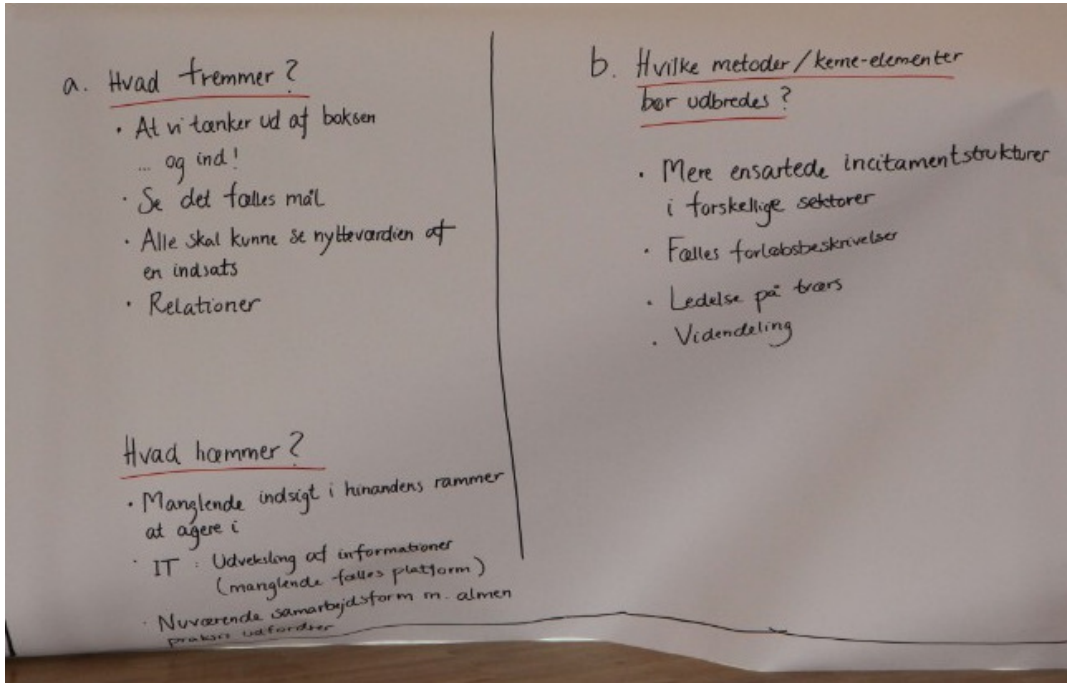
Fra projekterne anbefales følgende konkrete udbredelsespotentialer:

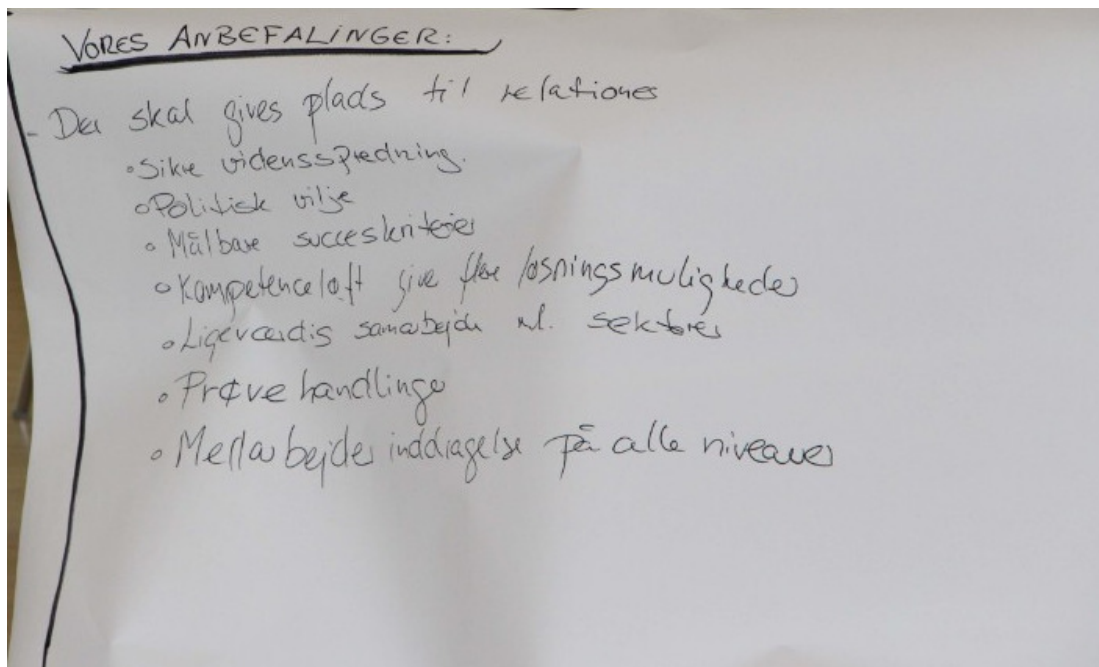
- Systematisk tilgang til koordinering af opfølgende hjemmebesøg og samarbejde med praktiserende læger. F.eks. en koordinator i kommunen, som kan planlægge de opfølgende hjemmebesøg
- Screening til opfølgende hjemmebesøg af kommunale sygeplejersker efter udskrivelse, som kan give mere målrettet inddragelse af de praktiserende læger.
- Adgang til hinandens hjælpemiddeldepoter / have hjælpemidler fra hinanden stående.
- Samme tilbud hele døgnet så praktiserende læger / vagtlæger ikke skal forholde sig til forskellige tilbud.
- Kompetenceudvikling målrettet indsatsen – fx IV-behandling i eget hjem
- Drøftelse af planen for patienten sammen (på tværs af sektorer) og allerede fra første dag.

På baggrund af temadagens drøftelser anbefaler forløbskoordinationsprojektet, at der i kommende fælles projekter og indsatser sættes fokus på følgende fem generelle områder:

- 1) At de tværsektorielle ledelsesbeslutninger følges op med tydelig forankring og opbakning.
- 2) At såvel ledelse som medarbejdere indgår i løbende sparing og relationsdannelse på tværs af sektorerne – allerede tidligt i forløbet
- 3) At der er opmærksomhed på de kulturelle rammer for projektet: Hvordan det italesættes, organisationens "parathed" og anvisning af muligheder
- 4) At projektet / indsatsen startes med et godt forarbejde i forhold til ansvar, målsætning, beskrivelse af indsatsen i alle led og ikke mindst, hvad der sker i "hængslet" mellem sektorerne.
- 5) At projektet / indsatsen faciliteres ordentligt, fx ved at afdække om de rette kompetencer er til stede, om der er behov for en tværgående funktion, om der er strukturelle barrierer, der kan nedbrydes og lette indsatsen.

Billedmateriale – anbefalinger til Sundhedsstyregruppen





Billeder fra dagen findes her: <http://lk.dk/et9ywo>