

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



Titel:

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Udgiver:

Region Syddanmark

Damhaven 12

7100 Vejle

J.nr. 19/5990

Indhold

1. Introduktion	4
2. Målgruppe.....	7
3. Opsporing	8
3.1 Daglig gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser.....	8
3.2 Screening.....	10
4. Indsatser	11
4.1 Den dialogbaserede indlæggelse	11
4.2 Indsats i front	14
4.3 Den trygge udskrivelse	16
5. Tids- og implementeringsplan	18
6. Monitorering.....	19
7. Ressourcer og forudsætninger	19
8. Organisering	19
9. Overlevering til Det Administrative Kontaktforum.....	20
10. Baggrund for arbejdet.....	20

1. Introduktion

Når en patient indlægges gentagne gange, kan det være en stor indgriben i livet for denne og de pårørende. Ofte vil indlæggelserne være ledsaget af hyppig kontakt med almen praksis samt eventuelle forløb i kommunen.

Der er tale om en bred og kompleks patientgruppe, og gentagne indlæggelser som problemstilling kan ikke isoleres til en enkel diagnose eller aldersgruppe.

Ét eksempel kan være en multisyg patient, der tidligere har haft en hjerneblødning, og som grundet spise- og synkeproblemer har sonde. Derudover har patienten mobiliseringsvanskeligheder og inkontinens, og indlægges derfor hyppigt med lungebetændelse samt urinsvejsinfektioner. Et andet eksempel kan være en KOL-patient, der har vanskeligt ved at mestre sin inhalationsmedicin. Patienten indlægges hyppigt med midlertidige forværringer af sin kroniske lungesygdom og lungebetændelser. Et tredje og sidste eksempel kan være en ældre og sårbar patient, der lider af demens og er kognitivt svækket. Patienten glemmer at spise og drikke, og har gentagne gange været indlagt med dehydrering, urinvejsinfektion og eventuelt fald. Eksemplerne er mange, og kan desuden være yderligere kompliceret af sociale forhold og misbrugsproblemer.

Størstedelen af de patienter, der indlægges gentagne gange, har brug for akut sygehusbehandling og indlæggelse.

Men der er også en gruppe af patienter, der indlægges unødigt, og hvor en systematisk og koordineret indsats på sygehusene kan forebygge de unødvendige indlæggelser. Formålet med pakkeforløbet er formuleret i boks 1 nedenfor.

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser dækker såvel somatik som psykiatri. Pakkeforløbet er i første omgang beskrevet med afsæt i somatiske patientforløb, og en tilsvarende beskrivelse for de psykiatriske forløb er igangsat.

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser er en proaktiv indsats henvendt til patienter med mindst tre akutte kontakter (indlæggelser og akutambulante kontakter) indenfor et halvt år (182 dage) med henblik på, at der tages særligt hånd om de behov, der findes hos målgruppen. Tiltagene i pakkeforløbet er formuleret under tre indsatser:

- den **dialogbaserede indlæggelse**, hvor der skal være en dialog om, hvorvidt der er andre og bedre alternativer til en indlæggelse
- en styrket **indsats i front**, hvor der sættes målrettet ind initialt i indlæggelsesforløbet via målrettet opsporing og screening samt tidlig multidisciplinær teamkonference (MDT)
- en **tryk udskrivelse**, hvor patienten sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb

Boks 1 – Formål med pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Formålet med pakkeforløbet er:

- At blive i stand til systematisk at identificere de patienter, der har særlige behov – og samlet at løfte kvaliteten i disse patientforløb
- At understøtte, at det er de nødvendige indlæggelser, der finder sted – og således reducere antallet af indlæggelser

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Eftersom akutte patienter som hovedregel har første kontakt i FAM, vil den dialogbaserede indlæggelse primært være forankret i FAM. Det bemærkes, at dialogbaseret indlæggelse ikke kun er møntet på den særlige målgruppe for gentagne indlæggelser, men er henvendt til samtlige akutte patienter.

Indsats i front og den trygge udskrivelse dækker over en vifte af tiltag, der skal løftes på FAM såvel som på de medicinske afdelinger. Indsats i front og den trygge udskrivelse er målrettet den særlige målgruppe, som udgøres af medicinske patienter med mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år.

De tiltag, som er formuleret under de respektive indsatser, anvendes allerede i varierende omfang på sygehusene i dag. Det vil således være forskelligt fra sygehus til sygehus, hvilke tiltag, som allerede er til stede på det respektive sygehus. Med pakkeforløbet er det hensigten at sikre et ensartet tilbud på tværs af sygehusene.

Følgende tiltag er dog overvejende nye for sygehusene i den variant, som de er beskrevet i pakkeforløbet:

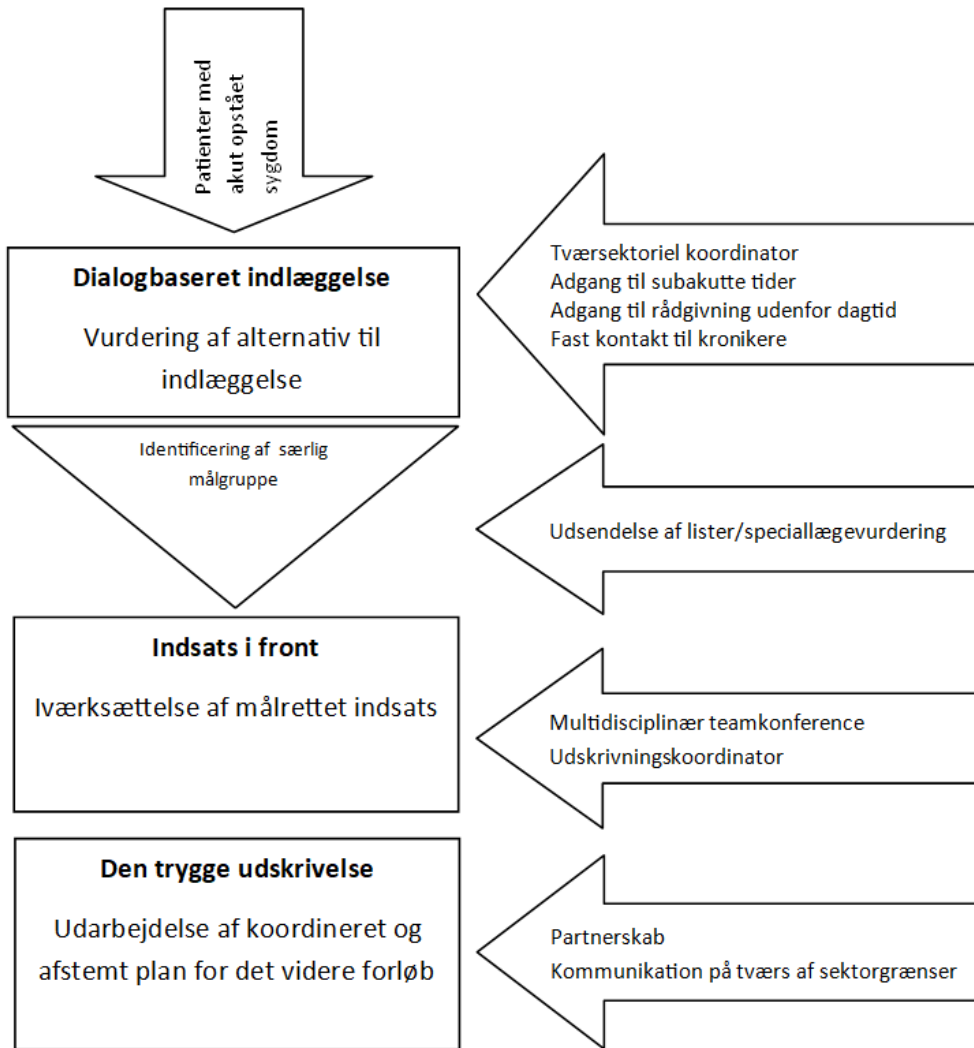
- Den tværsektorielle koordinator
- Gennemgang af lister for patienter med gentagne indlæggelser
- MDT-konferencen
- Deltagelse fra udskrivningskoordinator under forløbet og ved udskrivelse

På følgende side ses figur 1, der viser pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser i helt overordnede træk.

Samarbejde med kommuner og praksis

Pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser beskriver primært indsatser, som involverer sygehusene. Dette med henblik på at sikre, at sygehusene har det bedst mulige tilbud til målgruppen. Imidlertid kan indsatsen på sygehusene ikke stå alene og fordrer et tæt og velfungerende samarbejde med kommuner og praksis. Der er derfor arbejdet på at sikre en konneks til arbejdet med Sundhedsaftalen 2019-23, hvor *Tværsektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* er formuleret som en konkret indsats i hele Sundhedsaftaleperioden under Følgegruppen for Behandling og pleje (se også afsnit 9 - Overlevering til Det Administrative Kontaktforum).

Figur 1 - Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser



2. Målgruppe

Pakkeforløbet er målrettet medicinske patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år (182 dage) på den samme sygehusenhed¹. Se boks 2 for definition af gentagne indlæggelser².

Med henblik på at vurdere volumen i målgruppen for gentagne indlæggelser er der indledningsvist i arbejdet udarbejdet et datagrundlag. Data dækker en toårig periode (2017-2018), og viser antallet af patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år.

Data er opgjort på baggrund af E-sundhedsdata og viser Sygehus-DRG-forløb. Hvert CPR-nr. figurerer kun én gang, og kan dække over flere akutte kontakter i samme forløb.

Data er afgrænset på samme vis som de nationale kriterier for akutte somatiske genindlæggelser, og er således frasorteret udvalgte aktionsdiagnoser³.

Der er kun trukket data for borgere fra Region Syddanmark behandlet i Region Syddanmark, og patientens alder, diagnose og afdeling er fra første kontakt i første sygehusforløb.

Tabel 1 og 2 på følgende side viser antallet af patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år på de medicinske afdelinger i 2017-2018. Data er fordelt på alder og sygehus.

I data ses overordnet en overvægt af akutambulante patienter, hvorfor den største volumen per dag ses på de fælles akutmodtagelser. Der er dog også et mindre antal patienter, der indlægges på stamafdelingerne.

Derudover bemærkes det, at gentagne indlæggelser ikke er begrænset til en enkelt aldersgruppe, men at der ses en større volumen af ældre patienter på 75 år og derover.

Boks 2 - Definition af gentagne indlæggelser

- Gentagne indlæggelser dækker over medicinske patienter, der har haft mindst tre akutte kontakter indenfor et halvt år (182) dage
- Akutte kontakter dækker over akutambulante kontakter og akutte indlæggelser
- De akutte kontakter skal være på samme sygehusenhed

Tabel 1 - Indlagte patienter på medicinske afdelinger, 2017-2018

Sygehus	18 - 64	65 - 69	70 - 74	75+	Hovedtotal	Pr. dag
Odense Universitetshospital	652	209	276	596	1.733	2,4
Sygehus Lillebælt	245	86	154	401	886	1,2
Sydvestjysk Sygehus	179	64	86	299	628	0,9
Sygehus Sønderjylland	241	95	150	384	870	1,2
Hovedtal	1317	454	666	1680	4117	5,6
Pr. dag	1,8	0,6	0,9	2,3	5,6	

Tabel 2 - Akutambulante patienter på medicinske afdelinger, 2017-2018

Sygehus	18 - 64	65 - 69	70 - 74	75+	Hovedtotal	Pr. dag
Odense Universitetshospital	1.793	373	524	1.712	4.402	6
Sygehus Lillebælt	531	130	181	664	1.506	2,1
Sydvestjysk Sygehus	1.579	388	525	1.556	4.048	5,5
Sygehus Sønderjylland	1.598	219	310	1.071	3.198	4,4
Hovedtal	5.501	1.110	1.540	5.003	13.154	18,0
Pr. dag	7,5	1,5	2,1	6,9	18,0	

3. Opsporing

Omdrejningspunktet for at iværksætte konkrete tiltag for målgruppen er at blive i stand til at identificere patienterne. I pakkeforløbet lægges der derfor op til en dataunderstøttelse, hvor der dagligt udsendes lister til de kliniske afdelinger. Herudover vil opsporingen involvere, at listerne gennemgås ved speciallæge med henblik på en konkret vurdering af den videre indsats.

3.1 Daglig gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser

For at blive i stand til at identificere patienter, som indenfor det sidste halve år har haft mindst tre akutte kontakter, er det nødvendigt med dataunderstøttelse af opgaven.

Ved hjælp af en algoritme er det muligt at genere lister til de kliniske afdelinger, som viser, hvor mange patienter i målgruppen, der er, eller netop har været, på afdelingen⁴.

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

Der er i september 2019 afviklet et fire ugers pilotprojekt, hvor Akutafdelingen på Kolding Sygehus og Geriatrisk Afdeling på Odense Universitetshospital har modtaget lister over patienterne i målgruppen. Se data for pilotperioden i boks 3 nedenfor.

Den daglige gennemgang af patienter med gentagne indlæggelser tager afsæt i lister, der indeholder:

- en linje for hver af de kontakter, patienten har haft indenfor det sidste halve år
- patientens CPR.nr. og navn
- aktionsdiagnose

- afdeling forløb
- afdeling kontakt
- startdato kontakt
- slutdato kontakt

Data bliver trukket via COSMIC og udsendes inden kl. 11.00 på hverdage. I pilotperioden er listerne trukket manuelt, men udtrækket skal fremadrettet automatiseres på en server. Data dækker over patienter, som blev indlagt inden kl. 18.00 den foregående dag. Med COSMIC-online vil det forventeligt på sigt blive muligt at få data med mindre forsinkelse⁵.

Boks 3 - Data for pilotperioden

Geriatrisk Afdeling ved Odense Universitetshospital har i perioden den 16. september 2019 til den 2. oktober 2019 haft 17 patienter på listen over gentagne indlæggelser fordelt med et dagligt antal på 0-3 patienter.

Akutafdelingen ved Kolding Sygehus har i perioden den 17. september 2019 til den 2. oktober 2019 haft i alt 114 patienter på listen over gentagne akutte kontakter på tværs af specialer fordelt med et dagligt antal på 7-14 patienter. Hvis der kun ses på de medicinske patienter på Akutafdelingen, har der i samme periode været i alt 54 medicinske patienter på listen over gentagne akutte kontakter fordelt med et dagligt antal på 3-9 patienter.

På baggrund af gennemgangen af listerne er der identificeret tre overordnede kategorier indenfor målgruppen:

1. Patienter, som er ældre og multisyge
2. Patienter med sociale forhold som medvirkende årsag til genindlæggelse
3. Patienter med misbrugsproblemer eller dobbeltdiagnose

3.2 Screening

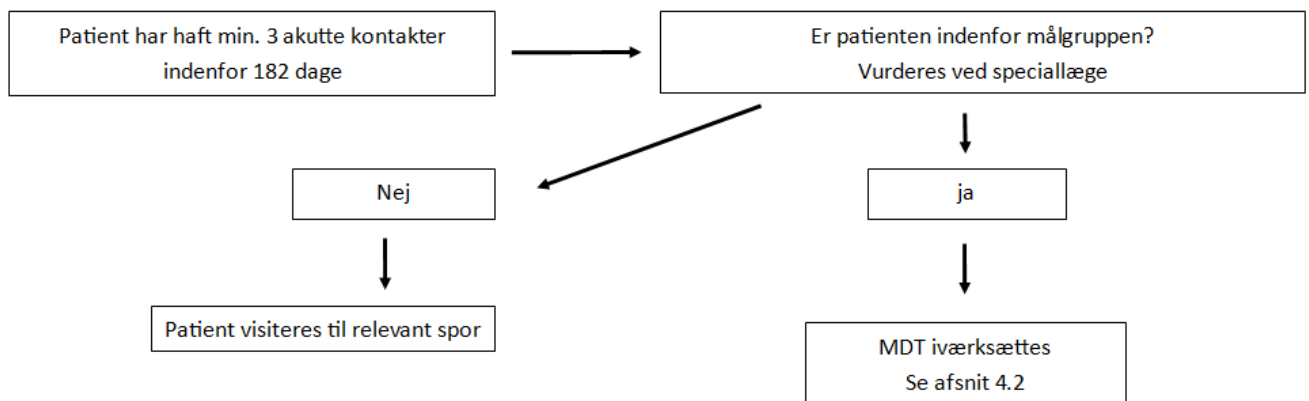
Eftersom der er tale om en bred og kompleks patientgruppe, er det nødvendigt, at speciallægen foretager en overordnet screening af de patientforløb, som fremgår af dagens liste over patienter med gentagne indlæggelser.

Det er speciallægen, der vurderer, hvorvidt der skal iværksættes tiltag i relation til den pågældende patient. I nogle tilfælde vil det være speciallægens vurdering, at der ikke aktuelt skal iværksættes yderligere tiltag.

Såfremt en patient vurderes i målgruppen for pakkeforløb for gentagne indlæggelser, iværksættes en multidisciplinær teamkonference (MDT) med deltagelse af relevante fagpersoner. Dette beskrives yderligere i afsnit 4.2.

Se figur 2 nedenfor, der illustrerer den indledende screening af patienter i målgruppen.

Figur 2 - Indledende screening af patienter i målgruppen



4. Indsatser

Nedenfor beskrives de konkrete indsatser, som pakkeforløbet dækker over. Indsatserne relaterer sig til henholdsvis indlæggelsen, selve behandlingsforløbet på sygehuset og udskrivelser. Nogle indsatser går dog på tværs af hele patientforløbet.

4.1 Den dialogbaserede indlæggelse

Indsatserne, som relaterer sig til selve indlæggelsessituationen, afviger fra de øvrige indsatser i pakkeforløbet, da de henvender sig til alle patienter, som bliver henvist til akut behandling på sygehuset.

Eftersom de fleste akutte patienter går igennem FAM, vil indsatserne i forhold til dialogbaseret indlæggelse være forankret på FAM.

Der lægges op til, at der i forbindelse med alle akutte kontakter på sygehuset skal være en dialog om alternativer til en akutambulant kontakt eller indlæggelse på sygehuset.

Her skal det afklares, om patientens forløb i stedet kan klares med en subakut tid i et relevant ambulatorium, i en kommunal akutplads

med opbakning fra egen læge eller i hjemmet ved den kommunale akutsygepleje og pårørende.

Fra sygehusets side er **den tværsektorielle koordinator** en central figur i den dialogbaserede indlæggelse med sit overblik over de kommunale tilbud og tilbud i almen praksis.

Den tværsektorielle koordinator har særligt til opgave at varetage dialogen omkring indlæggelsen sammen med visitationsfunktionen på FAM. Se boks 4 for en uddybende beskrivelse af den tværsektorielle koordinators rolle.

Et lignende tiltag ses i Sundhedsvisitationen i Midtklyngen i Region Midtjylland. Sundhedsvisitationen er bemandet af rutinerede sygeplejersker med et indgående kendskab til de tilhørende kommuner og sygehusets akutfunktion. Formålet med Sundhedsvisitationen er at kunne tilbyde kommunale tilbud til vagtlægen i vagttid samt henvise til akut indlæggelse og subakutte ambulatorietider.

Boks 4 - Den tværsektorielle koordinator

- Refererer til FAM
- Varetager dialogen omkring indlæggelse med visitationsfunktionen på FAM
- Har indgående kendskab til SAM:BO aftalerne samt til kommunernes tilbud præ og post indlæggelse, samt relevante forebyggende kommunale muligheder
- Reducerer unødvendige indlæggelser gennem oplysning til praksislæger og vagtlæger om de alternative tilbud til indlæggelse, som findes i kommunerne i sygehusets optageområde
- Etablerer og udbygger det gode samarbejde mellem FAM, praktiserende læger, akutteams og relevante områder i den kommunale sektor
- Samarbejder med udskrivningskoordinatoren (se også afsnit 4.2) om opdatering af overblik over tilbud i kommune og praksis
- Identificerer populationer, hvor der kan udvikles et bedre forløb og forebygge unødvendig indlæggelse

Den dialogbaserede indlæggelse indeholder, udover den tværsektorielle koordinator, fire forskellige tiltag, som beskrives nedenfor:

1. Overblik over tilbud i kommuner og almen praksis

Sygehuset har ansvaret for at udarbejde og vedligeholde lister over tilbud i kommuner og almen praksis, som i en indlæggelsessituation vil kunne hjælpe faggrupper i begge sektorer

med at finde det bedste tilbud i forhold til opfølgning efter akut sygdom og/eller forebyggelse af nyopstået behov for endnu en kontakt. Se overblik over, hvad der skal indgå i listerne i boks 5 og 6 nedenfor.

Formålet med at oplyse om lokalaftalerne er at understøtte, at de er kendte og anvendes i relevante patientforløb med henblik på at sikre, at det er de rette patienter, der indlægges.

Den tværsektorielle koordinator sørger for den løbende opdatering af listerne, så listerne er tidssvarende.

Boks 5 – Overblik over kommunale tilbud

- Åbningstid i visitation og akutteam samt telefonnumre
- Akutpladser
- IV-behandling
- Midlertidige-pladser og genoptræningspladser
- Hjælpemidler
- Relevante oplysninger om kliniske værktøjer:
 - Observation og vurdering af borgeren ved behov, herunder måling af vitale parametre (ABCDE-princippet)
 - Sikker mundtlig kommunikation med læge om observationsfund for eksempel ved IS-BAR-metoden
 - Helhedsvurdering af forhold omkring patienten, herunder andre kommunale indsatser
- Akutfunktions tilbud i forhold til bedside-analyser
- Overblik over adgang til lægeordineret behandling i kommunen
- Øvrige tilbud

Boks 6 – Overblik over tilbud i almen praksis

- Indgåede lokalaftaler:
 - Forebyggelse af akutte indlæggelser eller uhensigtsmæssige genindlæggelser (Ikrafttræden 01-03-19)
 - Rammeaftale om anvendelse af telemedicin i almenpraksis (ikrafttræden 15-03-18)
 - Særlig socialmedicinsk indsats for sårbare borgere og familier (ikrafttræden 01-03-19)
 - Indsats for patienter med uheldelig livstruende sygdom og forventet kort levetid (ikrafttræden 01-03-19)
 - Honorering af de praktiserende læger eller praksissygeplejerske for deltagelse i udskrivningskonferencer på sygehusene (ikrafttræden 01-04-11)
 - Opfølgning og koordination efter indlæggelse (ikrafttræden 01-03-19)

2. Rådgivning fra specialister i FAM udenfor dagtid til akutteam og vagtlæge

Der er i dag mulighed for, at akutteams og almen praksis kan indhente faglige råd ved specialister på sygehusene i dagtid. Der lægges op til, at denne mulighed i højere grad skal anvendes i forbindelse med vurdering af, om patienten skal indlægges.

Via rådgivningsfunktionen skal der yderligere være mulighed for, at akutteams og vagtlæger kan indhente faglige råd udenfor dagtid ved kontakt til specialister i FAM. Her skal der være særlig opmærksomhed på, at lægevagten ikke har adgang til patientens journal, og at patienten derfor eventuelt indlægges "for en sikkerheds skyld".

3. Adgang til subakutte tider

Der skal være kendskab til og tilbud om subakutte tider i specialambulatorier på tværs af alle fem sygehusenheder. Tilbuddet om subakutte tider anvendes allerede i et vist omfang på sygehusene. Der skal være direkte adgang til at booke subakutte tider.

4. Kronikere skal have fast kontakt

Kronikere skal efter en konkret vurdering have en fast kontakt på den specialafdeling, hvor patienten er tilknyttet. Den faste kontakt kan

eventuelt også formidles til egen læge og udgøre egen læges mulighed for at få rådgivning om patientens sygehusforløb.

Den faste kontakt kan eventuelt enten være i form af et telefonnummer til afdelingen eller et telefonnummer til den patientansvarlige læge.

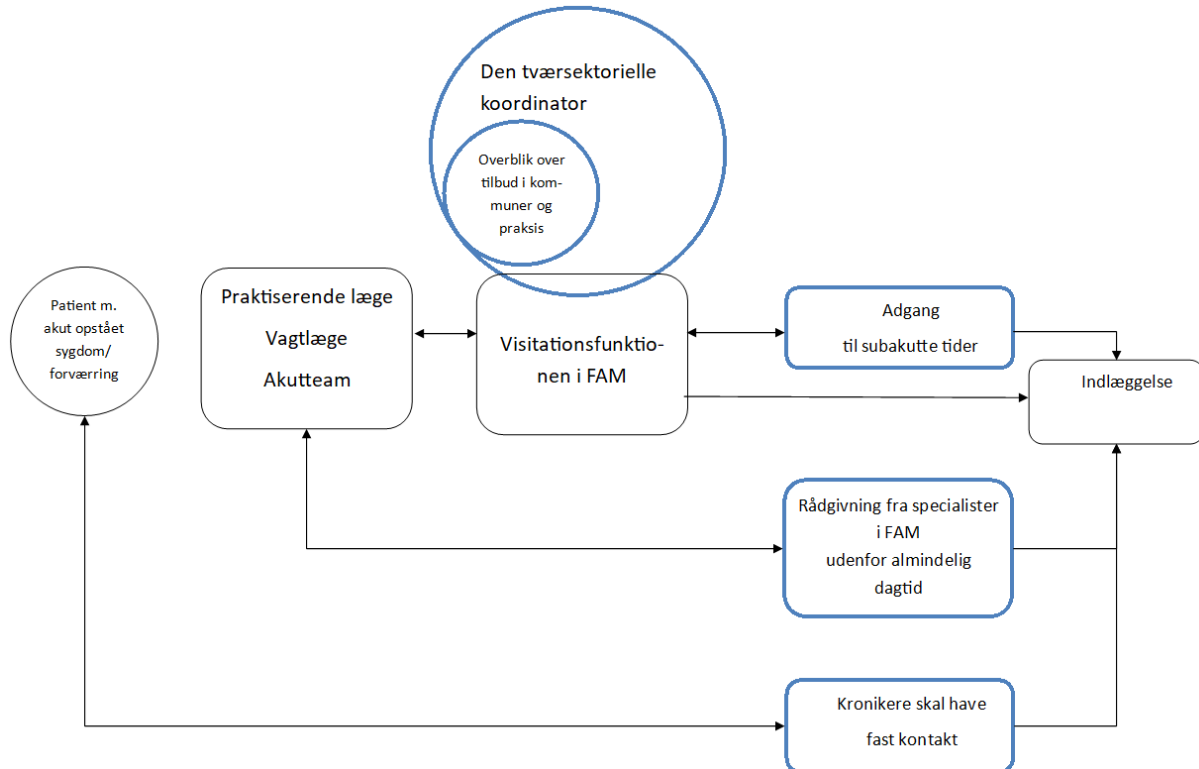
En fast kontakt kan være en god løsning for patienter med stor sygdomsindsigt, og hvor en direkte kontakt til "kendte specialister" vil øge tryghed og muligvis også egenomsorgsevnen hos patienten. Via den faste kontakt kan patienten få hjælp til at vurdere behovet for yderligere henvendelse til sygehuset.

En fast kontakt kan blandt andet være relevant i forhold til følgende patientgrupper: Kronisk lunge- og hjertesygge patienter, patienter med kroniske tarmsygdomme, diabetespatienter, multisyge ældre patienter, alkoholikere (både yngre og ældre) og patienter med dobbeltdiagnoser (somatisk/psykisk).

Der skal fra sygehusets side sikres en kontakt til primærsektor for etablering af tilstrækkelig opfølgende hjælp og sygepleje (for eksempel i forhold til multisyge ældre patienter).

På følgende side ses figur 3, der illustrerer den dialogbaserede indlæggelse. De tiltag, der er formuleret i nærværende afsnit, er markeret med blå.

Figur 3 – Dialogbaseret indlæggelse



4.2 Indsats i front

Indsats i front er en målrettet indsats, som iværksættes, når speciallægen, på baggrund af de daglige lister, har vurderet, at patienten falder indenfor målgruppen. Indsats i front dækker derfor både over tiltag i FAM og i de medicinske afdelinger og er målrettet de medicinske patienter.

Første indsats er en **multidisciplinær teamkonference (MDT)**, der iværksættes indledende i patientforløbet.

Til konferencen deltager relevante speciallæger (på tværs af somatik og psykiatri) og sygeplejersker, terapeut og eventuel diætist med henblik på at gennemgå patientens sygdom/sygdomme og forløb.

Patient og pårørende kan deltage på konferencen – den pårørende kan eventuelt deltage via video. Se boks 7 nedenfor for overordnede overvejelser vedrørende anvendelse af MDT.

Boks 7 - Multidisciplinær teamkonference

- Afholdes tidligt i indlæggelsesforløbet
- Med deltagelse af relevante tværfaglige aktører
- Patient og pårørende kan deltage
- Indeholder som minimum en gennemgang af alder, kort anamnese, komorbiditet, kliniske og parakliniske fund, funktionsevne og sociale forhold

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

I MDT-konferencen kan der med fordel være deltagelse fra en **udskrivningskoordinator** med henblik på:

- At sikre den mest hensigtsmæssige inddragelse af patient og pårørende
- At understøtte at overgange mellem afdelinger og hospitaler er koordineret
- At andre specialer involveres efter behov

Se boks 8 nedenfor for en uddybende beskrivelse af udskrivningskoordinatorens rolle.

MDT-konferencen bør som minimum indeholde:

- Alder
- Ultrakort anamnese
- Komorbiditet
- Kliniske og parakliniske fund
- Funktionsevne
- Sociale forhold

Ved MDT-konferencen bør det sikres, at nationale retningslinjer for diagnostik, udredning, behandling, supplerende behandling og fastlæggelse af opfølgingsprogram følges. Efter hver patientgennemgang dikteres MDT'ens anbefaling i patientjournalen.

Udover de MDT-konferencer, der målrettes den enkelte patient, kan sygehusene efter behov afholde ugentlige eller månedlige interne konferencer, hvor der drøftes komplekse cases med henblik på erfaringsudveksling og kompetenceudvikling.

På baggrund af MDT'en iværksættes følgende tre tiltag:

1. Gennemgang og forventningsafstemning med patient og pårørende

Gennemgang skal være i dialog med patient og pårørende, og det er vigtigt, at der skal sikres forventningsafstemning omkring det videre forløb. Patient og pårørende har eventuelt allerede deltaget i MDT-konferencen.

2. Koordinering

Der skal ske en koordinering med relevante aktører, som ikke har deltaget på MDT-konferencen. Dette indebærer henvisning til øvrig udredning eller til forebyggende tiltag som eksempelvis fald-screening.

3. Forberedelse af udskrivelse

Forberedelsen af udskrivelsen fordrer, at:

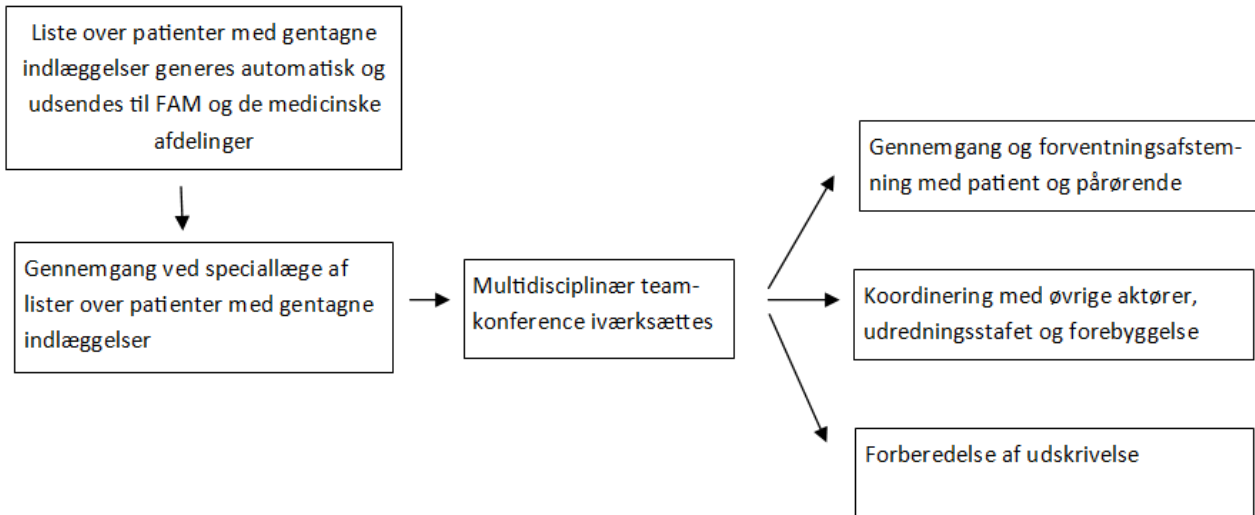
- Udskrivningskoordinator bidrager med overblik over tilbud i kommune og almen praksis
- Læge kontakter eventuelt praktiserende læge
- Terapeut kontakter eventuelt kommunal terapeut
- Diætist kontakter eventuelt kommunal diætist
- Udskrivningskoordinator koordinerer det videre forløb og kontakter øvrige relevante aktører

På følgende side ses figur 4, som illustrerer indsats i front.

Boks 8 - Udskrivningskoordinator

- Deltager i MDT'en og følger op MDT'ens konklusioner
- Koordinerer det videre forløb
- Deltager i udskrivelsessamtaler
- Er orienteret om tilbud i kommuner og praksis
- Har ansvaret for kommunikation via SAM:BO

Figur 4 – Indsats i front



4.3 Den trygge udskrivelse

Den trygge udskrivelse dækker over en række tiltag, som skal bidrage til, at patienten sendes hjem med en koordineret og afstemt plan for det videre forløb.

Målet med tiltagene er:

- At patienten og de pårørende er informeret om den videre plan og er klar over, hvem de kan henvende sig til ved eventuelle spørgsmål
- At patientens og de pårørendes ønsker er afstemt med fagparternes viden
- At de faglige parter, patienten og pårørende har fælles information om patientens ønsker i forhold til det fremtidige forløb
- At informationer om behandling, pleje og omsorg videregives, og at alle involverede fagpersoner, inklusiv egen læge, har samme informationsniveau om patientens aktuelle situation og den videre plan
- At eventuelle detaljer og uklarheder vil blive afklaret ved udskrivelsen

Den trygge udskrivelse indebærer i forlængelse heraf, at patient og pårørende inddrages i beslutninger omkring udskrivelsen og det videre forløb (partnerskab), og at der er fokus på kommunikation på tværs af sektorgrænser samt konkrete tilbud fra sygehusets side ved udskrivelsen. Tiltag omkring udskrivelse beskrives nedenfor:

1. Partnerskab

Partnerskab dækker over, at patient og pårørende skal inddrages i beslutninger omkring udskrivelse og det videre forløb i en samtale inden udskrivelsen. Patienter og pårørende skal være informeret om fremgangsmåden og om, hvad der er muligt i forhold til det videre forløb. Der laves en nedskreven patientaftale i almindeligt lægmandssprog, som patient og pårørende kan forholde sig til. Alle informationer skal videregives så præcist som muligt til alle øvrige involverede.

Det er vigtigt, at der er klarhed over patientens ønsker for eksempel omkring den sidste tid. Ønsker patienten forebyggende eller livsforlængende behandling? Det har betydning for, hvad der skal ske, hvis patienten bliver syg. I forhold til livsforlængende behandling skal der

Pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser

være særlig opmærksomhed på, at der ved udskrivelse skal laves nye aftaler med egen læge.

Der bør være fokus på at tilrettelægge udskrivelsessamtaler, således relevante parter (herunder pårørende) har mulighed for at deltage. Pårørende kan eventuelt deltage via video.

2. Kommunikation på tværs af sektorgrænser forud for udskrivelsen

Kommunikation på tværs af sektorgrænser dækker over den kommunikation, som er nødvendig for at sikre, at patientforløbet er sammenhængende og koordineret optimalt:

Udskrivningskoordinatorens opgaver:

- deltager i MDT'en og følger op på baggrund heraf
- koordinerer det videre forløb og kontakter øvrige relevante aktører
- har kendskab til kommunale tilbud i hjemkommunen og øvrige relevante tværsektorielle indsatser

- har ansvaret for kommunikation via SAM:BO, dette i tæt samarbejde med det plejepersonale, der er omkring patienten

Læge kontakter eventuel praktiserende læge.

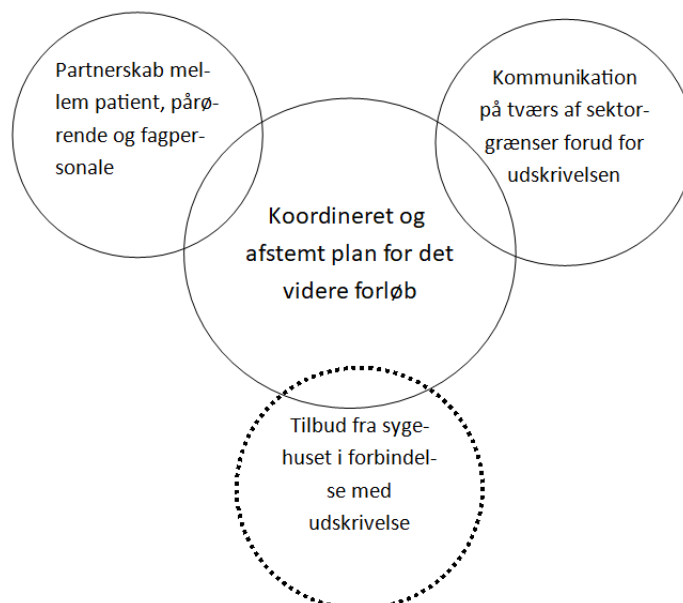
3. Tilbud fra sygehuset i forbindelse med udskrivelse

Herudover kan sygehuset efter konkret vurdering stille en række tilbud til rådighed for det videre forløb:

- Følge-hjem ordning, hvor en regional sygeplejerske følger patienten med hjem og mødes med den kommunale sygeplejerske
- Ringe-hjem ordning, hvor en regional sygeplejerske ringer til hjemmet eller den kommunale sygeplejerske efter udskrivelse
- Videosamtale med patient og pårørende i hjemmet

Nedenfor ses figur 5, der illustrerer den trygge udskrivelse.

Figur 5 – Den trygge udskrivelse



5. Tids- og implementeringsplan

Nedenfor ses tidsplan for godkendelsen af pakkeforløbet for patienter med gentagne indlæggelser.

- Planlægningsmøde: 27. november 2019
- Sundhedsudvalget: 10. december 2019
- Psykiatri- og socialudvalget: 7. januar 2020
- Udvalget for det nære sundhedsvæsen: 13. januar 2020
- Forretningsudvalget: 15. januar 2020
- Regionsrådet: 27. januar 2020

Der lægges desuden op til, at der skal orienteres om sagen i henholdsvis Det Administrative Kontaktforum, i Sundhedskoordinationsudvalget og i relevante fora for de praktiserende læger, da der i arbejdet er en snitflade til det videre arbejde med *Tværasektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* i regi af Følgegruppen for Behandling og pleje jf. det Administrative tillæg til Sundhedsaftalen 2019-2023.

Herudover ønskes der en dialog med henholdsvis kommune og praksis om de ændrede arbejdsgange og nye tilbud på sygehusene. Det er vigtigt, at primærsektor kender til sygehusenes tiltag, og at der etableres nogle smidige kommunikationsveje.

Figur 6 – Implementeringsplan

IMPLEMENTERINGSPLAN	2020												2021
	Feb	Marts	Apr	Maj	Jun	Jul	Aug	Sep	Okt	Nov	Dec	Jan	
Forberedelse af pilot													
Pilot afvikles													
Erfaringsopsamling													
Tilretning af pakkeforløb													
Fuld implementering på medicinske afdelinger													

Implementering af pakkeforløb

Der lægges op til, at pakkeforløbet implementeres i to tempi. Først afprøves pakkeforløbet. På baggrund af afprøvningen og den efterfølgende erfaringsopsamling og tilretning implementeres pakkeforløbet endeligt. Det foreslås, at afprøvningen finder sted i 2020, og at endelig implementering sker primo 2021. Nedenfor i figur 6 ses tidsplan for implementering og evaluering af pakkeforløbet.

Med henblik på at sikre, at alle sygehuse opnår erfaringer med de tre indsatser i pakkeforløbet (dialogbaseret indlæggelse, indsats i front og den trygge udskrivelse) er der lagt op til, at sygehusene afprøver:

- Dialogbaseret indlæggelse på den fælles akutmodtagelse
- Indsats i front og den trygge udskrivelse på mindst én medicinsk afdeling/afsnit

Sygehusene indgår med følgende afdelinger i forhold til pilotafprøvningen:

- Odense Universitetshospital: FAM og Geriatrisk Afdeling, OUH
- Sygehus Lillebælt: FAM og Medicinske Sygdomme, Kolding
- Sygehus Sønderjylland: FAM og Medicinske Sygdomme, Sønderborg
- Sydvestjysk Sygehus: FAM og Kardiologisk Afsnit, Esbjerg

Psykiatrisygehuset udarbejder en særskilt procesplan for afprøvning og implementering.

6. Monitorering

Nedenfor beskrives overvejelserne vedrørende monitorering i relation til pakkeforløb for gentagne indlæggelser.

Der lægges op til monitorering af:

- Data på patienter på lister, som genereres ud fra algoritmen beskrevet i afsnit 3.1
- Data på patienter, som efter gennemgang af lister inkluderes i målgruppen jf. afsnit 3.2
- Eventuelt sammenlignende analyse
- Undersøgelse af patienttilfredshed

Det skal nærmere kvalificeres, hvilke variable det er relevant at monitorere på. Derudover skal der være fortsat opmærksomhed på, hvad der kan konkluderes på baggrund af data, da målet i sig selv ikke udelukkende er en reduktion i antallet af kontakter.

Der er fra national side fastlagt en monitorering af nærhedsfinansieringen, hvor der monitoreres på relevante indikatorer i forhold til fire af de fem principper på regionsniveau. Der vil ligeledes i Region Syddanmark blive monitoreret på udvalgte indikatorer vedrørende nærhedsfinansieringen på sygehus- og afdelingsniveau.

7. Ressourcer og forudsætninger

Det vurderes, at en fuld implementering af pakkeforløbet på henholdsvis FAM og de medicinske afdelinger vil kræve:

- At opgaverne, som er beskrevet i forhold til den tværsektorielle koordinator samles til en funktion, og arbejdsgange tilrettelægges, så der tages højde for etableringen af den nye funktion
- At der sættes tid af til, at speciallæger kan gennemgå de daglige lister over patienter med gentagne indlæggelser
- At der sættes tid af til, at relevante fagpersoner kan mødes til multidisciplinære teamkonferencer
- At opgaverne, som er beskrevet i forhold til udskrivningskoordinatoren samles til en funktion, og arbejdsgange tilrettelægges, så der tages højde for etableringen af den nye funktion
- At der afsættes tid til implementering af øvrige tiltag
- At der i en indkøringsperiode afsættes projektlederressourcer til projektet

8. Organisering

Der lægges op til, at Koncernledelsesforum løbende orienteres om status på implementering af pakkeforløbet på sygehusene i 2020.

9. Overlevering til Det Administrative Kontaktforum

Der har i arbejdet med pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser været fokus på at sikre en konneks til Sundhedsaftalen 2019-23, hvor *Tværasektorielle pakkeforløb for borgere med gentagne indlæggelser* er formuleret som en konkret indsats i hele Sundhedsaftaleperioden under Følgegruppen for Behandling og pleje.

Der lægges op til, at der sker en overlevering af arbejdet til Det Administrative Kontaktforum, når pakkeforløbet er politisk behandlet i Region Syddanmark.

Arbejdsgruppen vedrørende pakkeforløb for patienter med gentagne indlæggelser har, som led i arbejdet, peget på forslag til udvikling af det tværasektorielle samarbejde. Se boks 9 på følgende side for en beskrivelse af disse forslag. Det bemærkes, at det i sidste ende vil være borgerens samlede situation og problemstilling, som afgør, hvilke tilbud henholdsvis sygehus og kommuner vurderer relevante i den konkrete situation.

10. Baggrund for arbejdet

Initiativet indgår i budgetforliget for 2019. Af-sættet for arbejdet er principperne for nærhedsfinansieringen, og arbejdet med pakkeforløb for gentagne indlæggelser skal ses i sammenhæng med de øvrige initiativer, som er igangsat med henblik på at sikre en lokal oversættelse af principperne for nærhedsfinansieringen.

Boks 9 - Forslag til udvikling af det tværsektorielle samarbejde

Tværsektoriel multidisciplinær teamkonference (MDT)

I særligt komplekse tilfælde kan det være en fordel, hvis relevante aktører fra sygehus/kommune/almen praksis kan deltage i en MDT for at lave den bedste plan for patienten.

Fælles møder mellem speciallæger og plejehjemslæger

Odense Universitetshospital (OUH) har gode erfaringer med fælles møder med de praktiserende læger. Det kan overvejes at etablere mødeforum mellem geriatriske læger og plejehjemslæger med henblik på vidensdeling om patienten.

Udskrivelse

Der er gode erfaringer med konkrete aftaler i forbindelse med udskrivelser. Der kan eventuelt arbejdes videre med:

- Fremskudt visitation, hvor kommunale visitatorer møder op på sygehuset, når en patient indlægges med henblik på at tilrettelægge en god udskrivelse
- Telefonisk kontakt til myndighedsfunktionen i kommunerne eller den kommunale sygepleje uden for deres åbningstid
- Forslag om udbredelse af videokonferencer mellem sygehus og kommune ved eksempelvis udskrivelses-samtaler. Formålet er blandt andet at sikre en systematisk overlevering til kommunen i forhold til patientens videre behandling

Forebyggelse af gentagne indlæggelser

Der er ønske om, at der sættes yderligere fokus på kommunale tilbud, som kan være et alternativ til en indlæggelse. Det kan for eksempel være:

- Midlertidige pladser/aflastningspladser
- Der kan eventuelt arbejdes videre med tilstedeværelse i eget hjem, som det ses i nogle kommune
- Støtte- og aflastning i hjemmet til pårørende, der varetager pasning og pleje af den syge/svage borger
- Akutsygeplejen

Telefonstøtte til patienter

Tilbud om telefonstøtte til patienter med flere kroniske sygdomme eller andre komplekse behandlings- eller plejebest. Der kan eventuelt indhentes erfaring fra Aktiv Patientstøtte, som aktuelt er under evaluering.

Kompetenceudvikling

Fælles kompetenceudvikling af regionale og kommunale sygeplejersker med henblik på forebyggelse af unødvendige indlæggelser.

Fælles data

Adgang til fælles data på tværs af sygehus, kommune og almen praksis.

Data alert i almen praksis/kommune

Der er ønske om, at også kommuner og almen praksis får besked, hvis der er en overvægt af gentagne akutte kontakter fra den pågældende kommune/almen praksis.

Gennemgang af samarbejdsaftaler

Indsats i forhold til at skabe bedre overblik over eksisterende samarbejdsaftaler, der er relevante i forhold til arbejdet med gentagne indlæggelser.

¹ Det bemærkes, at dialogbaseret indlæggelse, udover at være henvendt til den særlige målgruppe for gentagne indlæggelser, er henvendt til alle akutte patienter.

² Der vil blive udarbejdet en særskilt definition for de psykiatriske patientforløb. Det bemærkes, at opgørelsen ikke indeholder data for Psykiatrisygehuset.

³ Data er frasorteret aktivitet vedrørende hospice, hjernedøde, telemedicinsk behandling, samt telefon og e-mail konsultationer og ikke-takstbærende aktivitet. Derudover ses der bort fra kræft-forløb, fødsler, den radiologiske aktivitet som praksissektoren får foretaget på de offentlige sygehuse, Stenoaktivitet og raske ledsagere. Ude-/hjemmebesøg er frasorteret, hvis én af eller begge procedurekoderne, AAF6 og AAF7, er tilknyttet én eller flere af DRG-kontakterne, der indgår i DRG-sygehusforløbet.

⁴ Arbejdet er bl.a. inspireret af arbejdet med Aktiv Patientstøtte, hvor målgruppen ligeledes identificeret via en algoritme.

⁵ Der skal arbejdes videre med set-up omkring udsendelse af listerne, listernes layout samt oplæring i anvendelse af listerne.

Tværsæktorielt samarbejde
Damhaven 12, 7100 Vejle
Tlf. 2496 5528

ivaers@rsvd.dk