

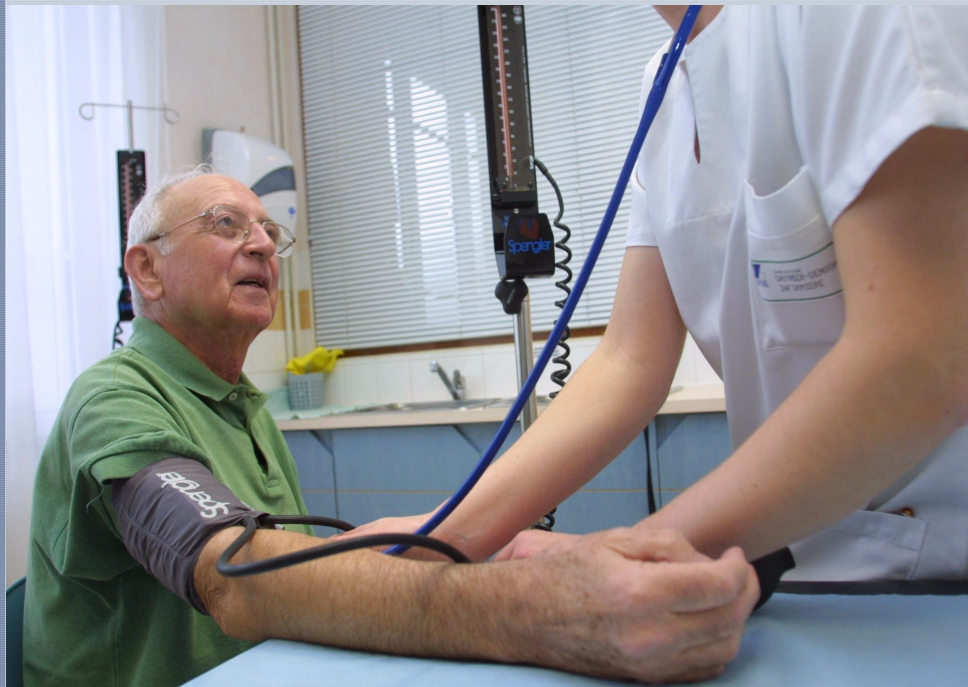
Region Hovedstaden

## HØRINGSUDKAST

### Plan for Den ældre medicinske patient

29. oktober 2008

REGION



# INDHOLD

<b>Indledning</b>	<b>3</b>
<b>1. Visioner</b>	<b>5</b>
<b>2. Patienten i fokus</b>	<b>7</b>
<b>3. Samarbejde om et koordineret og integreret sundhedsvæsen</b>	<b>14</b>
<b>4. Et sundhedsvæsen på forkant – og som følger op</b>	<b>16</b>
<b>5. En effektiv hospitalsindsats</b>	<b>24</b>
<b>6. Demens</b>	<b>33</b>
<b>7. Medicin</b>	<b>36</b>
<b>8. Fysiske rammer</b>	<b>40</b>
<b>9. Psykiatri</b>	<b>42</b>
<b>10. Elektronisk kommunikation</b>	<b>45</b>
<b>11. Udmøntning af tværsektorielt samarbejde – organisering og metoder</b>	<b>50</b>

# BILAG

<b>Bilag 1</b>	De politiske hensigtserklæringer
<b>Bilag 2</b>	Forbedring af forholdene i de medicinske afdelinger
<b>Bilag 3</b>	Styregruppen vedr. Den ældre medicinske patient

## Indledning

I forlængelse af udarbejdelsen af hospitals- og psykiatriplanerne har Regionsrådet ønsket at sætte særligt fokus på det medicinske område ved at få udarbejdet en "Plan for den ældre medicinske patient", der sætter særligt fokus på denne særligt sårbare gruppe af borgere i deres møde med sundhedsvæsenet. Det er ønsket, at behandlingskvaliteten skal være i top og specielt for denne gruppe af borgere varetages så tæt på borgerne som muligt.

Det er af særlig betydning, at antallet af ældre over 65 år er støt stigende fra ca. 200.000 i 2000 til forventeligt ca. 400.000 i 2040. Morgendagens ældre vil formentlig være mindre nedslidte og mere selvhjulpne end tidligere. Selv om langt de fleste ældre således klarer sig selv uden væsentligt behov for sundhedsydelse langt op i årene, vil de fleste få brug for hjælp i de sidste leveår. Et stigende antal af patienterne lider også af kroniske sygdomme. Disse patienter har særlige behov og har brug for, at både den praktiserende læge, kommunen og hospitalet/psykiatrien indgår i et tæt samarbejde for at skabe sammenhængende patientforløb.

Planens fokus, de ældre medicinske patienter, er som regel kendetegnet ved følgende karakteristika:

- Ældre > 65 år
- Flere samtidige sygdomme
- Nedsat funktionsevne
- Behov for hjælp i hjemmet
- Svage sociale netværk

Planen for Den ældre medicinske patient har især fokus på forholdene for denne mindre men behandlingskrævende gruppe ældre. Dog vil de forbedringer, som er sigtet med denne plan, komme alle andre patientgrupper til gavn.

I løbet af det vinteren 2007/08 har der været gennemført en række borgermøder i hele regionen under temaet "Ældre og Sundhed". På møderne har der været en bred repræsentation af ældreråd og ældre i regionen, og der har været mulighed for at bidrage med synspunkter og ønsker til planen for den ældre medicinske patient ud fra et brugersynspunkt. Parallelt med borgermøderne har tre politiske underudvalg under Regionsrådet drøftet forskellige problemstillinger vedrørende behandlingsforløbet for ældre, og en arbejdsgruppe i regi af RegionH MED udvalget har, på baggrund af input fra de medicinske afdelinger, udarbejdet forslag til forbedringer på de medicinske afdelinger. Forslagene fra borgermøderne, de politiske underudvalg og arbejdsgruppen vedr. forbedringer på de medicinske afdelinger er indgået i arbejdet med udarbejdelsen af "Plan for Den ældre medicinske patient".

På det administrative plan har en styregruppe bistået regionen med udarbejdelsen af planen. Styregruppen har bestået af repræsentanter for kommunerne, de alment praktiserende læger, de relevante sundhedsfaglige specialer og hospitalerne.

Udmøntningen af "Planen for den ældre medicinske patient" har en tæt sammenhæng med regionens arbejde med kronisk syge. Behandlingen af kronisk

syge patienter er kendetegnet ved en løbende og tæt kontakt til sundhedsvæsenet på tværs af sektorerne. Fordelingen af opgaverne i patientforløbet mellem de forskellige behandlings instanser baseres på en opdeling af patienterne i grupper efter behandlingsbehov. Formålet med denne opdeling er at indgå klare aftaler mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger om, hvem der har ansvaret for hvilke patienter, og hvad indholdet i den sundhedsfaglige indsats er for hver af de 3 patientgrupper. (stratificeringsmodellen).

Planen for den ældre medicinske patient indeholder dels forslag, som umiddelbart kan gennemføres primært på regionens hospitaler og i psykiatrien, dels forslag som kræver yderligere detaljering, før de kan gennemføres. Desuden vil der være behov for at gennemregne de økonomiske konsekvenser af en række af forslagene, samt tage stilling til finansiering før forslagene kan gennemføres. Endelig vil gennemførelsen af en række forslag bero på, at der indgås konkrete aftaler med henholdsvis kommuner og praktiserende læger om rammer og vilkår for at gennemføre forslagene.

Nogle forslag vil således kunne iværksættes allerede på kort sigt, mens det for andres vedkommende vil være hensigtsmæssigt at indarbejde dem i den næste generation af sundhedsaftaler.

Region Hovedstaden anerkender, at gennemførelsen af planen og opnåelsen af resultater og forbedringer på området kun kan foregå i et samarbejde mellem kommunerne, de praktiserende læger, hospitalerne og Regionen. Region Hovedstaden ønsker med denne plan at beskrive en række forudsætninger for Regionens deltagelse i dette samarbejde.

# 1. Visioner 2009-2013

## **Region Hovedstaden – trivsel og sundhed for alle**

Vi udvikler et førende sundhedsvæsen med høj kvalitet og lige adgang til den nyeste og mest effektive behandling. Et sammenhængende sundhedsvæsen, der motiverer borgere og medarbejdere til at sikre den bedst opnåelige livskvalitet gennem hele livet. Vi skal være blandt de førende storbyregioner i Europa indenfor forskning og udvikling. Vi har fokus på lighed i sundhed – tryghed og trivsel for alle.

*Region Hovedstadens sundhedsvision*

**Visionerne for Region Hovedstadens indsats over for den ældre patient, i perioden 2009 – 2013, er:**

- **Den enkeltes situation og forudsætninger**

Borgeren skal opleve, at behandlingen tilrettelægges med udgangspunkt i den enkeltes situation og forudsætninger. Der kan være forskel på ældres behov og på deres oplevelse af, hvornår de har brug for hjælp og behandling. Derfor skal der altid tages udgangspunkt i den enkeltes situation og lyttes til den enkeltes behov.

- **Tryghed**

Borgerne skal føle sig trygge i deres kontakt med sundhedsvæsenet.

- **Sammenhæng og kontinuitet**

Borgeren skal opleve, at der er sammenhæng og kontinuitet i hele behandlingsforløbet. Borgeren skal derfor opleve, at viden om det konkrete behandlingsforløb er udvekslet på tværs af sektorgrænser, således at der handles på det samme oplyste grundlag.

- **Forebyggelse og tidlig indsats**

Forebyggelse og tidlig indsats skal være en naturlig del af det gode behandlingsforløb. Indsatsen over for de ældre skal være kendetegnet ved, at den relevante hjælp tilbydes borgeren, så snart der kan konstateres et behov/funktionsændring. Den forebyggende indsats skal ses som en del af det samlede gode forløb omfattende tidlig opsporing, undersøgelse, behandling, pleje, genoptræning, rehabilitering og palliation.

- **Fælles forståelse af vilkår og opgaver**

Region Hovedstaden vil arbejde for, at samarbejdet i sundhedsvæsenet skal baseres på en fælles forståelse af vilkår og opgaver i alle sundhedsvæsenets dele og på alle medarbejderniveauer.

- **Anvendelse af nyeste viden**

Regionens sundhedsvæsen skal levere den nyeste og mest effektive behandling til sine borgere. Ny viden og erfaringer skal formidles og anvendes systematisk i alle dele af sundhedsvæsenet. Både den viden som produceres i regionen men også andre steder, herunder internationalt.
  
- **Effektiv kommunikation**

Kommunikationen mellem parterne skal fungere smidigt og effektivt, således at den enkelte behandler kan være fuldt oplyst om patientens forløb og situation.

## 2. Patienten i fokus

Der er meget stor forskel på ældres behov og også på deres oplevelse af, hvornår de har brug for hjælp og behandling. Alle har krav på at blive mødt med respekt og værdighed. De allerfleste ønsker at klare sig selv, så længe de overhovedet kan. Det kræver imidlertid udvikling af en lang række funktioner som understøtter overgangene mellem hospital og hjem. Således er information, kommunikation og videndeling på tværs af sektorer helt afgørende for et optimalt samlet forløb.

Ældre er hyppigere brugere af hospitalernes mange behandlingstilbud end andre.

Ældreplanen skal derfor beskrive medinddragelse af både patienter, pårørende og ældreråd.

Mange patienter, ikke mindst patienterne med kronisk sygdom, kan have glæde af patientuddannelses tilbud, så evner til egenomsorg og egen kontrol udvikles.

*Fra De politiske hensigtsserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### **Fakta om patienter over 65 år indlagt på en medicinsk eller geriatrisk afdeling i Region Hovedstaden**

- 85 % af de ældre medicinske patienter oplevede i høj grad eller i nogen grad, at både lægerne og plejepersonalet lyttede til deres beskrivelse af egen sygdom
- 89 % oplevede, at hospitalsafdelingen var godt eller virkelig godt informeret om deres situation ved indlæggelsen
- 83 % var trygge eller meget trygge ved at skulle hjem fra hospitalet
- 74 % følte sig passende inddraget i de beslutninger, der skulle træffes om deres behandling og pleje
- 77 % havde en afsluttende samtale med en læge eller en fra plejepersonalet, inden udskrivelse fra hospitalet

*Fra den Tværregionale Undersøgelse af Patientoplevelser 2007*

Region Hovedstaden lægger stor vægt på at sikre en god kommunikation og information. Som regionen har formuleret det i Hospitalsplanen, er information og kommunikation en væsentlig og integreret del af sundhedsvæsenets opgaver. Velfungerende information og kommunikation er en forudsætning for, at hospitalerne i Region Hovedstaden kan løse deres opgaver på kvalificeret og effektiv vis. En god kommunikation bliver endnu

vigtigere, når de andre sektorer indgår i samarbejdet.

Regionens dialog med borgerne viser, at det især er to faktorer, der betyder noget for deres oplevelse af tryghed: 1) at personalet lytter og forstår deres situation, og 2) at andre end patienten selv sørger for at relevante informationer om borgeren følger med borgeren til og fra hospitalet i forbindelse med en indlæggelse - især betyder det noget, at egen praktiserende læge inddrages.

Det er Region Hovedstadens mål med ældreplanen, at regionens borgere oplever kontakten med regionens hospitaler og sundhedsvæsenet generelt som både trygt og sammenhængende. Ikke mindst betyder det noget for regionen, at borgeren i mødet med sundhedsvæsenet får motivation og hjælp til selv at arbejde for at bevare eller få en høj livskvalitet efter udskrivningen fra hospitalet. Det er således af afgørende betydning, at den ældre mobiliseres under indlæggelsen. Det er et formål at sætte yderligere fokus på de initiativer, der skaber tryghed og oplevelsen af sammenhæng i patientforløbet for især ældre patienter og brugere i Region Hovedstaden

Region Hovedstaden er allerede godt i gang. I juni 2008 vedtog regionens politikere en Bruger-, patient- og pårørendepolitik, der netop sætter fokus på at skabe trivsel og tryghed hos borgeren via samarbejde mellem sundhedsvæsenet og regionens borgere ved en række fokusområder, hvoraf de 3 ud af 4 fokusområder direkte sætter patienten i fokus:

- Patienter skal holdes informeret om og inddrages i eget sygdomsforløb
- (Ældre) patienter er forskellige og har forskellige behov, hvorfor det er hensigtsmæssigt at tage udgangspunkt i den enkeltes situation og forudsætninger
- Patienterne (og pårørende) har indsigt i/viden om eget patientforløb, og denne indsigt skal inddrages i hospitalernes løbende udvikling og forbedring



## Mål

### Borgeren skal opleve kontakten med sundhedsvæsenet som trygt og sammenhængende ved at

- Borgeren bliver aktivt inddraget og orienteret om sit eget indlæggelsesforløb
- Sundhedsvæsenet skal inddrage borgerens (og de pårørendes) ressourcer i patientforløbet. Inddragelsen skal altid tage udgangspunkt i den ældres ressourcer, ønsker og situation
- Anvendelsen af borgernes erfaringer med sundhedsvæsenet skal struktureres

## Indsatser

### Kommunikation mellem patienten og sundhedsvæsenet

God kommunikation og information er afgørende for et godt patientforløb. At patient, evt. pårørende og sundhedspersonale har en god kommunikation og forstår hinanden har stor indflydelse på patientens oplevelse, forberedelse, behandling, pleje og efterforløb. Det er dog samlet set af størst betydning, at patienten oplever sig forstået, for at kommunikationen er vellykket.

Det er vigtigt, at information, såvel som kommunikation tager udgangspunkt i den enkeltes situation og forudsætninger. Den skriftlige information skal være klar og entydig set fra et patient-/brugerperspektiv.

Det er det sundhedsfaglige personales ansvar, at såvel den skriftlige information som den mundtlige kommunikation ikke kun er givet, men også er forstået efter hensigten. Borgere med anden etnisk baggrund end dansk vil have et særligt kommunikations- og informationsbehov.

Under borgermøderne i foråret 2008 fremsatte borgerne ønske om, at egen læge er mere synlig som koordinator af videndeling under og efter udskrivning – både vedrørende modtagelse af information fra hospitalet og som koordinator af opfølgningen med kommunen.

#### Anbefalinger:

- Inden ambulans behandling eller planlagt indlæggelse: Hospitalet fremsender skriftlig information om, hvad der skal ske. Der skal være mulighed for at ringe til en navngiven person på den afdeling, patienten skal indlægges på.
- Under indlæggelsen på hospitalet: Patienten skal medinddrages, og det sundhedsfaglige personale skal sætte tid af til systematisk tilrettelagte samtaler i form af henholdsvis en behandlingsplanlægnings samtale og en

opfølgende udskrivelsessamtale. Formålet er at give den information og de råd, der er nødvendige for, at patienten aktivt kan tage beslutninger og tage medansvar for aktuel og fremtidig sundhedsfaglig indsats.

- Den praktiserende læge er patientens naturlige kontaktperson vedrørende information om det samlede behandlingsforløb. Der skal skabes forudsætninger for, at den praktiserende læge kan fungere som tovholder for derigennem at sikre, at patientens helbred løbende vurderes, og at behandlingen justeres i forhold til sygdommens udvikling, samt at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne.
- Generelt skal samtaler med patienten ske i gensidig respekt og fokusere på patientens ressourcer og dennes situation med et særligt fokus på, om samtalen har givet patienten tilstrækkelig information og det nødvendige grundlag for at træffe beslutninger om egen behandling og fremadrettede sundhedsrelaterede forhold. Indholdet af samtaler med patienten skal fremgå af epikrisen.
- Region Hovedstaden ønsker at inddrage patienternes ressourcer, viden og erfaringer i såvel den daglige behandling, som i det fremadrettede kvalitetsudviklingsarbejde:
  - På hospitalerne skal der etableres brugerråd, som drøfter opfølgning på forslag fra patienter og pårørende.
  - Et redskab til at afdække relevante indsatsområder er den tilbagevendende Lands- og regionale undersøgelse af patienters oplevelser (LUP). Undersøgelsen skal hver gang følges op af handlingsplaner på både regionalt og hospitalsniveau.

### **Udskrivelsessamtalen skal inkludere patientens "udskrivelsesparathed" – samtale om tryghed ved udskrivelse til eget hjem**

Alle patienter skal i forbindelse med udskrivelsen fra hospitalet have en samtale med en sundhedsfaglig person (sygeplejerske og/eller læge), hvor patienten orienteres om status og det videre forløb. Udskrivelsessamtalen skal ligeledes fokusere på om patienten føler sig tryk ved udskrivelse til eget hjem. Samtalen skal fokusere på afdækning af forhold, der kan bidrage til, at patientens oplevelse af utryghed mindskes.

Regionen vil arbejde målrettet for, at "Tryghed efter udskrivelse til eget hjem" også bliver en fast del af "Følge hjem-samtalen", der sker i samarbejde mellem hospital og kommune – læs om Følge

hjem-samtalen i kapitel 4, Et sundhedsvæsen på forkant.

**Anbefalinger:**

- I udskrivelsessamtalen på hospitalet skal temaet ”tryghed i forbindelse med udskrivelse til eget hjem” tages op, og der skal tages initiativ til at modvirke utryghed. Udskrivelsessamtalens konklusioner skal indeholdes i epikrisen.

## **Patientuddannelser**

Den ældre medicinske patient skal styrkes i evnen til at leve med en langvarig sygdom. Derfor skal principperne om egenomsorg i strategien for kronisk sygdom udbredes til også at omfatte den ældre medicinske patient. Det betyder, at den enkeltes mulighed for at leve med og håndtere sin sygdom skal understøttes af sundhedsvæsenet gennem systematiske patientuddannelses- og rehabiliteringstilbud, samt telemedicinske ordninger.

Det er ønskeligt, at patientuddannelser også tilbydes til pårørende, såfremt patienten finder det ønskværdigt eller ikke selv er i stand til at deltage aktivt.

Der skelnes mellem generel og sygdomsspecifik patientuddannelse. Kommunerne har ansvaret for den generelle patientuddannelse.

Udviklingen af tilbuddene i de sygdomsspecifikke patientuddannelser er beskrevet i Region Hovedstadens Strategi for kronisk sygdom. De sygdomsspecifikke uddannelser skal indgå i den stratificering af patienttilbuddene, som indgår i udviklingen af forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.

### **Anbefalinger:**

- Patientuddannelser skal tilbydes de pårørende, hvis patienten finder det ønskeligt og hensigtsmæssigt.
- Patientuddannelserne skal være et naturligt tilbud til at støtte patientens egenomsorg og skal tilbydes alle patienter, der har ressourcer til selv at deltage aktivt.

## Patienten i fokus - Oversigt over anbefalinger

Anbefalinger	Handling
<p><u>Inden ambulant behandling eller planlagt indlæggelse:</u>            Hospitalet fremsender skriftlig information om, hvad der skal ske. Der skal være mulighed for at ringe til en navngiven person på den afdeling, patienten skal indlægges på.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering.*</li> </ul>
<p><u>Under indlæggelsen på hospitalet:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Patienten skal medinddrages, og det sundhedsfaglige personale skal sætte tid af til systematisk tilrettelagte samtaler i form af henholdsvis en behandlingsplanlægningssamtale og en opfølgende udskrivelsessamtale. I de komplekse forløb skal patientforløbskoordinatoren inddrages i samtalerne (se kapitel 5, En effektiv hospitalsindsats). Formålet er at give den information og de råd, der er nødvendige for, at patienten aktivt kan tage beslutninger og tage medansvar for aktuel og fremtidig sundhedsfaglig indsats.</li> <li>▪ Generelt skal samtaler med patienten ske i gensidig respekt og fokusere på patientens ressourcer og dennes situation med et særligt fokus på, om samtalen har givet patienten tilstrækkelig information og det nødvendige grundlag for at træffe beslutninger om egen behandling og fremadrettede sundhedsrelaterede forhold. Indholdet af samtaler med patienten skal fremgå af epikrisen.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der nedsættes en regional arbejdsgruppe, som skal beskrive principper for systematisk afholdelse af patientsamtaler. Principperne i samtalen skal, foruden sygdomsrelaterede faktorer, afklare:               <ol style="list-style-type: none"> <li>a. Patientens ressourcer og situation</li> <li>b. Patientens oplevelse af tryghed i forbindelse med udskrivelse med henblik på opfølgning</li> <li>c. Tilbud om relevant patientuddannelse til patienten med evt. inddragelse af de pårørende</li> </ol> </li> </ul>

<p>Den praktiserende læge er patientens naturlige kontaktperson vedrørende information om det samlede behandlingsforløb. Der skal skabes forudsætninger for, at den praktiserende læge kan fungere som tovholder for derigennem at sikre, at patientens helbred løbende vurderes, og at behandlingen justeres i forhold til sygdommens udvikling, samt at behandlingen er koordineret på tværs af sektorerne</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Implementeres umiddelbart. Tovholderfunktionen er beskrevet i Sundhedsstyrelsens rapport ”Forløbsprogrammer for kronisk sygdom – generisk model”, og i Region Hovedstadens forløbsprogrammer for kroniske sygdomme.</li> </ul>
<p>Region Hovedstaden ønsker at inddrage patienternes ressourcer, viden og erfaringer i såvel den daglige behandling, som i det fremadrettede kvalitetsudviklingsarbejde:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ På hospitalerne skal der etableres brugerråd, som drøfter opfølgning på forslag fra patienter og pårørende.</li> <li>▪ Et redskab til at afdække relevante indsatsområder er den tilbagevendende Lands- og regionale undersøgelse af patienters oplevelser (LUP). Undersøgelsen skal hver gang følges op af handlingsplaner på både regionalt og hospitalsniveau.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der nedsættes en regional arbejdsgruppe, der skal udarbejde kommissorium til brugerråd på hospitalerne samt forslag til processer og initiativer til inddragelse af patienters og pårørendes erfaringer og udviklingsforslag.</li> <li>▪ Der nedsættes brugerråd på hospitalerne med inddragelse af aktive patienter, eksempelvis borgere der er aktive i patientforeninger.</li> </ul> <p>Dialogaftalerne mellem regionen og hospitalerne skal indeholde afrapportering af de indsatsområder fra LUP'en, som det regionale kvalitetsråd udvælger. Afrapporteringen skal ske i slutningen af hver LUP-periode.</p>
<p>I udskrivelsessamtalen på hospitalet skal temaet ”tryghed i forbindelse med udskrivelse til eget hjem” tages op og der skal tages initiativ til at modvirke evt. utryghed. Udskrivelsessamtalens konklusioner skal indeholdes i epikrisen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Se handlingsplan vedrørende ”Under indlæggelsen på hospitalet” (ovenfor).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Patientuddannelser skal tilbydes de pårørende, hvis patienten finder det ønskeligt og hensigtsmæssigt.</li><li>▪ Patientuddannelserne skal være et naturligt tilbud til at støtte patientens egenomsorg og skal tilbydes alle patienter, der har ressourcer til selv at deltage aktivt.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Implementeres i forbindelse med udviklingen af patientuddannelser og forløbsprogrammer i Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse.</li></ul>
---	--

\*Hospitalernes direktioner beskriver ordningens indhold og organisering samt indgår de nødvendige aftaler i samordningsudvalget.

### **3. Samarbejde om et koordineret og integreret sundhedsvæsen**

I forhold til patienter, som over et længere behandlingsforløb har brug for kontakter til sundhedsvæsenet, er det afgørende, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet fungerer gnidningsfrit og koordineret.

Snitfladerne mellem sektorerne er imidlertid ikke konstante. Hospitalerne i dag er præget af den medicinske og teknologiske udvikling samt en høj grad af specialisering, hvilket bl.a. medfører en løbende omlægning fra stationær til ambulans behandling, sammedagskirurgi, kortere indlæggelser og accelererede patientforløb. Denne udvikling har meget store konsekvenser både for den kommunale sektor og for almen praksis, og dermed for den rolle kommunerne og den praktiserende læge spiller i det samlede sundhedsvæsen.

Der er en risiko for, at der kan opstå gråzoner mellem sektorerne, hvis der ikke er en samstemmende opfattelse af hvilke opgaver, der løses af de forskellige parter i sundhedsvæsenet og hvordan der skal samarbejdes herom. Det er derfor nødvendigt, at der findes rammer og strukturer, som løbende kan udvikle og effektivisere samarbejdsformerne i sundhedsvæsenet.

Sundhedsaftalerne lægger en sådan ramme for samarbejdet, først og fremmest mellem regionen og kommunerne. Sundhedsaftalerne bygger på det grundlæggende princip, at arbejdsdeling, samarbejdsformer, fælles udviklingsarbejde, m.v. aftales mellem parterne. Inden for rammerne af de nuværende sundhedsaftaler er der allerede igangsat fælles udviklingsarbejder, som handler om udskrivningsforløb for svage, ældre patienter, om indlæggelsesforløb og for kommunikationen mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger. Der er gode erfaringer med kommunalt ansatte udskrivningskoordinatorer, som har vist sig at være en effektiv hjælp ved den ældre patients flytning over sektorgrænser. Det er vigtigt med et godt samarbejde region og kommuner imellem, således at færdigbehandlede patienter kan komme hurtigt og trygt hjem.

Et væsentligt led i at omsætte indholdet i sundhedsaftalerne er de samordningsudvalg, som er nedsat i hvert hospitalsoptageområde. Samordningsudvalgene består af repræsentanter for hospitalet samt kommunerne og de praktiserende læger i optageområdet. Deres opgave er at forestå den lokale udmøntning af sundhedsaftalen, løbende følge op på aftalen, som beskrevet for de enkelte indsatsområder og løse evt. konflikter. Sundhedsaftalerne formaliserer en samarbejdsstruktur, som kommunerne og regionen er enige om er nødvendig for at sikre, at sundhedsaftalerne bliver et godt og dynamisk værktøj, der kan sikre klarhed over opgaver og ansvar,



samarbejdsrelationer samt løbende monitorering som grundlag for koordinering af en sammenhængende indsats på tværs af sektorer. Aftalerne om indlæggelser og udskrivelse følges således primært i samordningsudvalgene.

Det er vigtigt, at de organisatoriske rammer for samarbejdet løbende revideres og tilpasses til de ændringer, der sker i de udførende led, bl.a. i takt med at hospitals- og psykiatriplanerne realiseres. Sammensætningen af samordningsudvalgene bør således løbende justeres, således at de afspejler hospitalsbetjeningen af kommunerne.

Specielt i relation til almen praksis gælder, at den overvejende del af det almindelige samarbejde om patienter foregår inden for rammerne af den gældende overenskomst. I forbindelse med forsøgsordninger, eller iværksættelse af særlige målrettede indsatser, kan der være behov for, at der indgås særlige aftaler med de praktiserende læger herom.

Region Hovedstaden anerkender, at gennemførelsen af ældreplanen og opnåelsen af resultater og forbedringer på området kun kan foregå i et samarbejde mellem kommunerne, de praktiserende læger, hospitalerne og Regionen. Region Hovedstaden vil med denne plan beskrive en række ønsker, som Regionen har til udviklingen på området samt forudsætningerne for Regionens deltagelse i dette samarbejde.

Iværksættelse af en lang række af de forslag der er indeholdt i planen forudsætter således, at der indgås de nødvendige aftaler mellem Region Hovedstaden og henholdsvis kommunerne og de praktiserende læger. Nogle forslag vil kunne iværksættes allerede på kort sigt, mens det for andres vedkommende vil være hensigtsmæssigt at indarbejde dem i den næste generation af sundhedsaftaler.

## 4. Et sundhedsvæsen på forkant

Erfaringerne viser at alt for mange ældre kommer i klemme i overgangene mellem sundhedssystemets opgavevaretagere. Som nævnt har den praktiserende læge en særlig rolle, men også andre sundhedsydere (f.eks. speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter) kommuner og hospitaler skal spille sammen. Hvis samspillet ikke fungerer, kan det betyde, at der forekommer indlæggelser og genindlæggelser, som kunne være undgået. Der er derfor behov for en særlig indsats for at imødegå dette.

Udskrivning fra hospitalsophold kan blive en kompliceret sag, hvor et tæt samarbejde mellem fagpersoner i flere systemer med videnuveksling er væsentlige forudsætninger for et vellykket sammenhængende forløb. Der er gode erfaringer med udskrivningskoordinatorer, som er etableret mange steder.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta om ældre på medicinske afdelinger

- Indlæggelser af 65+-årige udgør 53 % af afdelingernes indlæggelser
- 61 % af indlæggelserne vedrører patienter, der i løbet af et år har én indlæggelse, 21 % vedrører patienter med to indlæggelser, resten (18 %) vedrører patienter med tre eller flere indlæggelser
- 66 % af afdelingernes sengedage går til 65+-årige
- 18 % af alle akutte indlæggelser af 65+-årige er akutte genindlæggelser<sup>1</sup>

*Kilde: eSundhed, Sundhedsstyrelsen*

<sup>1</sup> En genindlæggelse er defineret som en akut indlæggelse inden for 30 dage efter udskrivelse.

Sammenhængende patientforløb skal skabes ved en udvidelse af aktørernes ansvarsfelt. Hvis kvaliteten af indsatsen til de ældre medicinske patienter skal højnes, må ansvaret ikke begynde og stoppe ved egen hoveddør eller hospitalsport.

Region Hovedstadens mål er, at så mange indlæggelser som muligt forebygges, uden at der gås på kompromis med kvaliteten og omfanget af den nødvendige udredning og diagnosticering af de ældre medicinske patienter. Det betyder, at borgeren tilbydes den rette hjælp inden en indlæggelse finder sted, således at en eventuel indlæggelse udskydes, erstattes af ambulante behandling eller helt undgås.

Det samlede sundhedsvæsen har et ansvar for aktivt at handle og støtte borgeren før dennes tilstand udvikler sig, så der bliver behov for hospitalsindlæggelse. Det er på den anden side vigtigt, at den ældre patient ved behov kan indlægges hurtigt, men gerne planlagt, således at de akutte indlæggelser begrænses mest muligt. Ligeledes er det et ansvar for det samlede sundhedsvæsen aktivt at sikre gode, sammenhængende udskrivningsforløb for de ældre patienter.

Omfanget af akutte indlæggelser og genindlæggelser skal reduceres ved et øget samarbejde mellem sektorerne. Det betyder, at samarbejdet mellem sektorerne om en tidlig indsats skal intensiveres, således at behov, der ikke kræver indlæggelse, kan dækkes af primærsektor. Regionen skal medvirke til denne udvikling gennem iværksættelse af regionsdækkende samarbejdsordninger med kommunerne samt aftaler med de praktiserende læger.

### **Mål**

- Ældre patienter, der har behov for et intensivt eller tværfagligt behandlingsforløb skal indlægges og behandles på hospitalet. Ældre patienter uden behov for hospitalets specialiserede tilbud bør tilstræbes behandlet i primærsektoren.
- Forebyggelse og tidlig opsporing skal, når det er muligt, reducere antallet af indlæggelser.

## **Indsatser**

### **Fælles kompetenceudvikling**

En vigtig forudsætning for, at de forskellige dele af sundhedsvæsenet kan fungere gnidningsfrit og koordineret, er at der udvikles en bedre gensidig forståelse af hinandens opgaver og vilkår på tværs af fag- og sektorgrænser. Der er således behov for kompetenceudvikling, der kan tilføre medarbejderne i sektorerne ny viden og redskaber til at håndtere de forventninger og udfordringer, som samarbejdet fordrer, og som skal komme borgeren til gavn.

En sådan fælles skolebænk vil også bidrage til videndeling mellem sektorerne.

### **Anbefaling:**

- Der udvikles differentierede tværfaglige og tværsektorielle kursustilbud målrettet specifikke temaer og bestemte målgrupper med henblik på helhedstænkning og -forståelse på tværs af faggrupper og sektorer.

### **Tidlig opsporing**

Forebyggelse af ikke planlagte (gen)indlæggelser forudsætter ofte, at der tidligt i et forløb er opmærksomhed på et begyndende faldende funktionsniveau hos borgeren, eller på symptomer på begyndende sygdom. Det er derfor vigtigt, at medarbejdere, der er i direkte kontakt med borgeren, får de fornødne kompetencer til at identificere faresignaler, der varslers en akutsituation, og som vil kunne forebygges med en hurtig indsats.

Det bør være en del af den ovennævnte fælles kompetenceudvikling, at der tilbydes kurser, som giver kvalifikationer for en sådan opsporende indsats.

#### **Anbefalinger:**

- På baggrund af sundhedsprofilerne etableres, i samarbejde med kommunerne, grundlag for forebyggende og opfølgende tiltag rettet mod den ældre del af befolkningen.
- Med baggrund i Regionens sundhedsprofiler tages der initiativ til en dialog med relevante patientforeninger og -organisationer om at opspore og informere borgerne om livsstilssygdomme og forebyggende tiltag.
- Der bør sættes særligt fokus på kompetencer vedrørende forebyggelse i Social- og sundhedsuddannelserne både indenfor grunduddannelserne og efter-/videreuddannelse.
- Regionen sikrer i et samarbejde mellem hospitalerne/psykiatrien og de praktiserende læger, at der sker en optimal udnyttelse af de diagnostiske udredningsmuligheder i begge sektorer, således at diagnoser så hurtigt og effektivt som muligt kan stilles, også på den ældre patient.

## **Udgående hospitalsfunktioner**

### **Udgående akutfunktion**

For at sikre, at den ældre borger kun indlægges på hospital, når det er nødvendigt, kan primær sundhedssektor i form af praktiserende læge og hjemmesygeplejen i visse situationer vurdere, at en ældre medicinsk patient med fordel kan behandles i hjemmet i samarbejde med en udgående akut hospitalsfunktion frem for en akut hospitalsindlæggelse.

#### **Anbefalinger:**

- Der etableres en udgående akutfunktion ved alle regionens hospitaler.

### **Diagnosespecifikke teams**

Der findes i dag en række diagnosespecifikke udgående ordninger, f.eks. palliativ team, sårteam, udgående KOL-sygeplejerske m.v.

Der er stor variation mellem de enkelte hospitaler i tilrettelæggelsen af arbejdet i de diagnosespecifikke teams. Ud over de allerede etablerede diagnosespecifikke udgående teams, vil der formentlig være andre sygdomsområder, hvor der med fordel kan etableres udgående teams. Fælles rammer og indhold for disse ordninger beskrives af de pågældende sundhedsfaglige råd, og implementeres derefter i hele Regionen.

#### **Anbefalinger:**

- Der iværksættes diagnosespecifikke udgående ordninger vedrørende palliativ behandling, sårbehandling, KOL m.v.

### **Geriatrisk team**

Formålet med geriatriske teams er at identificere og visitere geriatriske patienter på andre specialafdelinger og i primær sektoren med henblik på videre undersøgelse og behandling enten i geriatrisk ambulant regi eller under indlæggelse på stationært geriatrisk sengeafsnit. Desuden yder geriatriske teams konsulentfunktion, såfremt der ikke er behov for videre udredning og behandling i geriatrisk regi.

Målgruppen af patienter for det geriatriske teams virke er især skrøbelige og svage patienter med flere sygdomme, funktionstab og sociale problemstillinger.

#### **Anbefalinger:**

- Der etableres geriatriske teams på alle hospitaler med en geriatrisk funktion.
- Det geriatriske team skal kunne rekvireres af afdelinger på hospitalet, af praktiserende læge og af hjemmeplejen efter

aftale med praktiserende læge. Teamet varetager blandt andet udredning og visitation i patientens hjem.

## **Opfølgning efter udskrivelse**

De ældre medicinske patienter har meget forskellige behov i forbindelse med selve udskrivelsen og tiden herefter. Det er vigtigt, at opfølgningen tilpasses disse forskellige behov.

Mange patienter klarer sig selv uden yderligere opfølgning fra sundhedsvæsenets side ud over den, som borgeren selv efterspørger. Som en tryghedsskabende indsats kan der følges op på indlæggelsen ved at ringe hjem til alle udskrevne patienter, jf. anbefalingen om ringe hjem-ordningen.

En mindre gruppe patienter har behov for, at der hurtigt sikres en tryk forbindelse til praktiserende læge og hjemmepleje for at sikre den optimale opfølgning i efterforløbet, jf. anbefalingen om følge op-ordning.

Endelig har en lille gruppe meget svage patienter brug for en betydelig støtte for at sikre en tryk og sikker overgang fra hospitalet til hjemmet, jf. anbefalingen om en følge hjem-ordning..

For alle grupper er det afgørende, at der ved udskrivelsen gives god information om status og opfølgning samt oplysninger om, hvordan man skal forholde sig, hvis der opstår problemer.

## **Følge hjem**

Følge hjem-funktionen er afprøvet flere steder med et godt resultat. Følge hjem-funktionen, bestående af 1-2 personer fra hospitalsafdelingen, følger den ældre medicinske patienter hjem efter indlæggelse.

I hjemmet gennemgås medicin, fysiske funktioner, hjælpemidler m.v. med patienten. Såfremt der er behov for at iværksætte sociale ydelser, bør kommunen være til stede. I dagene umiddelbart efter udskrivelsen er der mulighed for at lave opfølgende besøg i forhold til hospitalsbehandlingen. Tilrettelæggelse af følge hjem-ordningen bør ske i et tæt samarbejde med kommunen for at sikre koordinering af oplysninger og aftaler.

Den generelle udformning af følge hjem-ordningen bør indarbejdes i 2. generation af sundhedsaftalerne.

## **Anbefaling:**

- På alle hospitaler etableres, i samarbejde med kommunerne, følge hjem-ordninger til de svageste ældre.

## **Ring hjem**

På mange elektive kirurgiske afsnit foretages der rutinemæssigt telefonopkald til patienten efter udskrivelsen. Disse ordninger fungerer til stor tilfredshed for både patienter og personale.

Det foreslås, at der på samme måde etableres ringe hjem-ordninger på de medicinske afdelinger. I forbindelse med alle udskrivelser af ældre fra de medicinske afdelinger skal der inden for en uge foretages et opfølgende telefonopkald fra afdelingen til den udskrevne borger.

**Anbefaling:**

- Der iværksættes pilotforsøg vedrørende ringe hjem-ordninger på et antal afdelinger med henblik på evaluering af erfaringer og ressourceforbrug ved ordningen. Evalueringen danner grundlag for beslutning om evt. udbredelse til alle medicinske afdelinger.

**Følge op**

Følge op-ordningen tilbyder besøg i patientens hjem ca. 1 uge efter udskrivelse ved praktiserende læge og hjemmesygeplejerske. Ved de opfølgende besøg foretages en bred vurdering af patientens situation med fokus på medicingennemgang, medicinskabseftersyn, opfølgning på indlæggelsen ud fra anbefalinger i epikrisen samt behov for hjælpemidler og sociale ydelser fra kommunen.

I Region Hovedstadens budget for 2009 er der afsat midler, som muliggør at starte opbygning af følge op-ordninger. Den generelle udformning af følge op-ordningen bør indarbejdes i 2. generation af sundhedsaftalerne.

**Anbefaling:**

- Region Hovedstaden ønsker i et samarbejde med kommuner og praktiserende læger at etablere følge op-ordninger, som tilbydes de patienter, som ved udskrivelsen, visiteres hertil i forbindelse med udskrivelsessamtalen.

## Et sundhedsvæsen på forkant - Oversigt over anbefalinger

Anbefaling	Handling
Der udvikles differentierede tværfaglige og tværsektorielle kursustilbud målrettet specifikke temaer og bestemte målgrupper med henblik på helhedstænkning og helhedsforståelse på tværs af faggrupper og sektorer.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse fra hospitaler, kommuner og praktiserende læger, som på grundlag af hidtidige erfaringer med kurser på tværs af sektorer fremkommer med forslag til fremtidigt udbud af kurser dækkende hele regionen.</li> </ul>
På baggrund af sundhedsprofilerne etableres, i samarbejde med kommunerne, grundlag for forebyggende og opfølgende tiltag rettet mod den ældre del af befolkningen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ I Udviklingsforum for patientrettet forebyggelse analyseres sundhedsprofilerne som grundlag for at prioritere forebyggende indsatser, herunder over for den ældre del af befolkningen.</li> </ul>
Med baggrund i Regionens sundhedsprofiler tages der initiativ til en dialog med relevante patientforeninger og -organisationer om at opspore og informere borgerne om livsstilssygdomme og forebyggende tiltag.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ På baggrund af ovennævnte analyser tages der kontakt til de relevante patientforeninger og -organisationer.</li> </ul>
Der bør sættes særligt fokus på kompetencer vedrørende forebyggelse i Social- og sundhedsuddannelserne både indenfor grunduddannelserne og efter-/videreuddannelse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Region Hovedstaden går i dialog med de relevante uddannelsesinstitutioner herom.</li> </ul>
Der etableres en udgående akutfunktion på alle hospitaler med akut modtageafdelinger.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering.*</li> </ul>
Der iværksættes diagnosespecifikke udgående ordninger vedrørende palliativ behandling, sårbehandling, KOL m.v.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ De pågældende sundhedsfaglige råd beskriver indholdet af disse ordninger, hvorefter de udbredes til hele regionen.</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der etableres geriatriske teams på alle hospitaler med en geriatrisk funktion.</li> <li>▪ Det geriatriske team skal kunne rekvireres af afdelinger på hospitalet, af praktiserende læge og af hjemmeplejen efter aftale med praktiserende læge. Teamet varetager blandt andet udredning og visitation i patientens hjem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering.*</li> </ul>
<p>På alle hospitaler etableres, i samarbejde med kommunerne, følge hjem-ordninger til de svageste ældre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Den ovennævnte arbejdsgruppe udarbejder en beskrivelse af funktionen, herunder visitationskriterier. Herefter lokal implementering.* Den generelle udformning af ordningen, samt det konkrete samarbejde med kommunen, skal indarbejdes i de kommende 2. generations sundhedsaftaler.</li> </ul>
<p>Der iværksættes pilotforsøg vedrørende ringe hjem-ordninger på et antal afdelinger med henblik på evaluering af erfaringer og ressourceforbrug ved ordningen. Evalueringen danner grundlag for beslutning om evt. udbredelse til alle medicinske afdelinger.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering.* Der foretages en opsamlende evaluering af pilotforsøgene. Herefter tages der stilling til evt. generel indførelse af ringe hjem-ordninger.</li> </ul>

<p>Region Hovedstaden ønsker i et samarbejde med kommuner og praktiserende læger at etablere følge op-ordninger, som tilbydes de patienter, som ved udskrivelsen, visiteres hertil i forbindelse med udskrivelsessamtalen.</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>▪ Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse af hospitaler, kommuner og praktiserende læger, som udarbejder en beskrivelse af funktionen, herunder visitationskriterier. Regionen indgår aftale med de praktiserende læger om disses deltagelse i ordningen. Herefter lokal implementering.* Den generelle udformning af ordningen, samt det konkrete samarbejde med kommunen skal indarbejdes i de kommende 2. generations sundhedsaftaler.</li></ul>
--	---

\*Hospitalernes direktioner beskriver ordningens indhold og organisering samt indgår de nødvendige aftaler i samordningsudvalget.

## 5. En effektiv hospitalsindsats

Alle patienter skal behandles efter deres behov. I Region Hovedstaden gøres der ikke forskel på patienterne. Derfor skal den ældre patient behandles af de afdelinger, der er bedst egnede til at behandle patienten.

Kun et mindre antal har behov for at komme på geriatriske afdelinger, selvom mange ældre lider af en eller flere kroniske sygdomme som f. eks. diabetes, gigt, hjertesygdomme eller demens. Disse tilstande kræver særlig opmærksomhed i forbindelse med det samlede behandlingsforløb. I forbindelse med kroniske sygdomme har den praktiserende læge en særlig opgave, både som behandler og som koordinator. Som beskrevet i hospitals- og psykiatriplanerne skal kvaliteten sikres gennem samling af specialfunktioner samtidig med at nærhedsprincippet støttes, når det er muligt. Geriatrik ekspertise omkring de meget svage ældre sikres på alle hospitaler, så alle afdelingers forståelse for den ældre patients særlige problemer øges. Ældreplanen skal indeholde beskrivelse af en sådan faglig forankring, også således at det geriatriske speciale fortsat kan udvikles.

Hospitalernes stærke specialisering øger behovet for tværfaglige vurderinger for en række patienter. Det er således vigtigt at se patientens samlede situation og ikke kun at fokusere på en enkelt sygdom. Kendskab til og viden om patientens samlede situation skal derfor være bærende i arbejdet omkring patienten. .... Patientens behandlingsplan skal fremstå gennemskelig for patienten, og der skal foreligge et klart og forståeligt informationsmateriale. Hvor det er hensigtsmæssigt involveres de pårørende, efter aftale med den ældre patient.

Ligeledes skal patienterne være vidende og informeret om, hvem der er deres kontaktperson. I dennes fravær skal det klart fremgå, hvem der har ansvaret for patienten, og hvem patienten kan henvende sig til. Der skal foreligge en tydelig og koordineret arbejdsdeling mellem nærhospitals- og områdehospitals funktioner for patienterne, som har behov for begge dele.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta

- 57 % af de 65+-årige og 66 % af de 85+-årige er i løbet af et år i kontakt med sygehusvæsenet. 37 % af de under-65-årige er til sammenligning årligt i kontakt med sygehusvæsenet
- 65+-årige udgør 15 % af befolkningen, men står for 34 % af indlæggelserne (= 115.000), 51 % af sengedagene (= 796.000) og 29 % af de ambulante besøg (= 762.000)
- 85+-årige udgør 2 % af befolkningen, men står for 7 % af indlæggelserne (= 24.000), 13 % af sengedagene (= 203.000) og 3 % af de ambulante besøg (= 89.000)

*Kilde: eSundhed, Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik*

Indsatsen på hospitalsområdet omfatter en række elementer, der alle skal spille sammen med henblik på at give patienterne det bedst mulige behandlingsforløb.

Hospitalsplanen opdeler Region Hovedstaden i 4 planlægningsområder. For at imødekomme behovet for nærhed er der etableret et eller to nærhospitaller i hvert planlægningsområde. Nærhospitalet skal sikre den nødvendige nærhed i behandlingen på det medicinske område. I hvert planlægningsområde er der desuden etableret et områdehospital, der, udover at varetage nærhospitalsfunktionen for borgere i eget nærområde, også varetager kirurgiske specialer i hospitalets planlægningsområde.

Den akutte funktion bliver styrket. Hospitalsplanen beskriver en ny opbygning af akutfunktionerne, hvor der skal etableres én fælles akutmodtagelse på hovedfunktionsniveau i hvert af de fire planlægningsområder placeret på de fire områdehospitaller. På nærhospitalet vil der være døgnåbne skadestuer integreret i den medicinske modtagefunktion

Det geriatriske speciale har en særlig rolle i forbindelse med den ældre medicinske patient, da målgruppen for specialet er ældre patienter med flere samtidige sygdomme og med et funktionstab, der har ført til eller vil føre til behandling ved hospitalsindlæggelse/-ambulatorium. Behovet for det geriatriske speciale er i vækst, da gruppen over 65 år er den befolkningsgruppe med den største procentvise tilvækst inden for de næste 10 år.

Der skal til enhver tid ydes den bedst tænkelige pleje og omsorg, når ældre patienter er indlagt på regionens sygehuse. Det vil medvirke til, at de ældre får et trygt forløb, også i de situationer hvor et forløb må omfatte flere forskellige afdelinger, sygehuse og instanser. Kontaktpersoner skal spille en særlig rolle i forløbene.

Den ambulante behandling forventes at få en øget vægt i hospitalernes behandlingsindsats ved systematisk at anvende de stadigt øgede muligheder for at foretage behandling uden indlæggelse, samtidig med at der tilbydes behandling af høj kvalitet.

Der er generelt et stort pres på de medicinske afdelinger. Dette pres svinger hen over året. Det er vigtigt, at man er opmærksom på disse udsving og så vidt muligt planlægger efter dem, således at de værste konsekvenser af spidsbelastningssituationer kan undgås. Arbejdstilrettelæggelsen skal sikre at patienter på alle tidspunkter af året behandles med samme kvalitet.

## Mål

- Alle patienter skal behandles efter deres behov. Derfor skal den ældre patient behandles af de afdelinger, der er bedst egnede til at behandle patienten.
- Patienten har krav på kvalitet i behandlingen, herunder krav på sammenhæng og omsorg.
- Patientforløb skal tilrettelægges, så de er sammenhængende og med fokus på tryghed for patienten.
- Alle patienter skal modtages i hospitalets akutmodtagelse, hvor der er mulighed for diagnostik og behandling med akut lægelig bistand fra flere specialer.
- Patienter bør som udgangspunkt kun indlægges, hvor der ikke er et relevant ambulansetilbud af den rette kvalitet.
- Behandlingsplan udarbejdet af speciallæge skal foreligge inden 24 timer efter indlæggelsen.
- Kontaktpersoner skal hjælpe patienter gennem behandlingsforløb, hvor der er behov for det.

### Relationer område-/nærhospital

Nærhed er vigtig, ikke mindst for den ældre medicinske patient der ofte vil være mindre mobil og have et skrøbeligere netværk end yngre patienter. Det forventes, at minimum 95 % af de medicinske patienter vil kunne indlægges direkte på nærhospital. Således vil også de ældre medicinske patienter i langt hovedparten af tilfældene kunne indlægges på deres ”eget” – og ofte velkendte – nærhospital med deraf følgende tryghed.

Oftentimes vil en akut indlæggelse for en ældre medicinsk patient skyldes opblussen i en kronisk sygdom – og samme patient vil ofte have flere samtidige kroniske sygdomme, for eksempel samtidig hjertekarsygdom og diabetes. Nærhospitalernes udbud af medicinske specialer vil være medvirkende til at sikre kontinuitet i patientforløbet, hvis der under samme indlæggelse og på samme matrikel skal tages hånd om flere samtidige problemer. En af kerneydelserne også på nærhospitalerne vil netop blive håndteringen af patienter med kroniske sygdomme, hvoraf hovedparten er ældre. Hospitalerne vil således opbygge stor ekspertise på dette område og vil kunne etablere stabile samarbejdsrelationer med kommunerne og de praktiserende læger i området.

Et eksempel kan være en patient med svær grad af KOL (rygerlunger). Denne patient kan tænkes ofte at have behov for – typisk kortvarige - indlæggelser, når symptomerne er allerværst. Her er nærhed, og tryghed gennem kendskabet til hospitalet, vigtigt for patienten. Samtidig er det vigtigt at patientens egen læge og kommune orienteres om indlæggelserne, så de har mulighed for at følge op, for eksempel med hensyn til – yderligere - hjemmesygepleje.

Der vil i sagens natur være ældre patienter, hvis forløb må finde sted delt mellem nær- og områdehospitaler med mindre patienten bor i optageområde for et områdehospital. Det er afgørende for såvel den faglige som den patientoplevede kvalitet, at forløbet af såvel patient som personale opleves som sammenhængende.

Der skal være en tæt relation mellem nærhospital og områdehospital med henblik på sikring af kvalitet, sammenhængende patientforløb m.v. En del af opgaverne i relation hertil – for eksempel udarbejdelsen af fælles kliniske retningslinjer – er forankret i de enkelte specialers sundhedsfaglige råd.

#### **Anbefalinger:**

- I nogle planlægningsområder er der allerede erfaringer med faglige mødefora på tværs af hospitalerne. En videreudvikling af sådanne fora bør sikres, blandt andet for at koordinere opgaver og roller, med henblik på at skabe ensartet høj kvalitet og effektiv ressourceudnyttelse.

#### **Akutmodtagelser**

Der vil om nogle år være én større fælles akutmodtagelse på hvert af de fire områdehospitaler samt på regionens traumecenter på Rigshospitalet. På alle nærhospitalerne vil der være døgnåben akutmodtagelse, hvor skadestuen og den akutte medicinske modtagelse er integreret organisatorisk. Bornholms Hospital indtager en særstatus på grund af de særlige geografiske forhold og vil uændret have sin akutmodtagelse.

Hovedparten af alle medicinske tilstande vil fortsat kunne modtages og behandles på nærhospitalerne. Der er dog akutte medicinske tilstande, der kun kan modtages på hospitaler med intensivt afsnit, og andre skal til hospital med invasiv kardiologisk funktion.

Patienter med formodet kirurgisk lidelse vil fremover blive kørt til de fælles akutmodtagelser på områdehospitalerne, idet den akutte kirurgi flyttes dertil. Alle selvhenvendere kan fortsat modtages på nærhospitalernes skadestuer. Hovedparten af disse (>85 %) kan også behandles der.

Der vil ske ændringer i den fysiske indretning af akutmodtagelserne. De kommende akutmodtagelser på områdehospitalerne vil blive baseret på ensartede principper for udformning af de fysiske rammer såvel udendørs, som indendørs.

Alle akutmodtagelsens patienter skal flyttes kortest muligt til forskellige behandlingsspor, og der skal i de bygningsmæssige ændringer tages højde herfor. De nuværende grænser mellem de forskellige funktioner nedbrydes, og de forskellige involverede personalegrupper (læger, sygeplejersker, bioanalytikere og sekretærer) arbejder sammen som et team.

Principperne for de nye akutmodtagelser på områdehospitalerne og nærhospitalerne rummer en ny opbygning af akutsystemerne med:

- Høj kvalitet døgnet rundt,
- Let adgang for borgerne,
- Enstrenget beredskab,
- Rigtig og kompetent hjælp til selvhenvendere på alle hospitaler,
- Forsøg med nye samarbejdsformer med de praktiserende læger,
- Gode uddannelseslokaliteter for alle faggrupper.

Akutmodtagelserne forventes desuden at etablere udgående akutfunktioner, som det er beskrevet i kapitel 4.

## **Geriatrici**

Geriatricien har en særlig rolle i forbindelse med den ældre medicinske patient. I behandlingen af den svage ældre patient er det vigtigt, at der er adgang til geriatricisk ekspertise. Der skal derfor fremover være geriatriciske funktioner ved alle hospitaler med medicinsk funktion (bortset fra Rigshospitalet). På alle hospitaler vil specialet blive varetaget som led i de interne medicinske funktioner. Den fremtidige struktur medfører, at der etableres egentlige geriatriciske funktioner i planlægningsområde Nord.

Hvorvidt der på det enkelte hospital er grundlag for selvstændige geriatriciske funktioner, eller om man samler den geriatriciske ekspertise inden for rammen af en stærk intern medicinsk funktion, vil bero på patientvolumen og hensynet til en hensigtsmæssig ressourceanvendelse, samt til mulighederne for at rekruttere det nødvendige personale, især geriatere.

Gennem differentierede, geriatriciske funktioner, kan man sikre den fortsatte faglige udvikling af specialet på et højt fagligt niveau, herunder tilgodese behovet for uddannelse og forskning.

Desuden er geriatricien et speciale, der i høj grad fordrer samarbejde med andre specialer. Der skal derfor være fokus på at organisere et velfungerende samarbejde med disse afdelinger. En nærmere fastlæggelse af den faglige forankring på de enkelte hospitaler, skal ske i et samarbejde mellem regionen og hospitalerne – som udgangspunkt inden for de enkelte planlægningsområder.

De geriatriciske patienter vil ofte have brug for ydelser både i praksissektoren og hos kommunerne, for eksempel til genoptræning. Derfor er det også her vigtigt, at der fokuseres på samarbejdet mellem praktiserende læger, hospitaler og kommuner.

## **Kontaktpersonordning/-team**

Som følge af sundhedsloven skal patienter, hvis behandlingsforløb strækker sig over mere end et døgn, senest pr 1. januar 2009 tilbydes en eller flere kontaktpersoner. Kontaktpersoner skal spille en særlig rolle i forløbene, idet kontaktpersonen gennem jævnlig kontakt med patient og eventuelle pårørende vil kunne rådgive og vejlede om det forventede forløb, ligesom kontaktpersonen skal være med til at sikre de nødvendige aftaler i forhold til eksterne parter, når patienter skal overflyttes eller udskrives. Sundhedsloven åbner for muligheden om at udmønte kontaktpersonordningen i faste kontaktteams. Der skal altid i et sådant team være en for patienten kendt hovedansvarlig. Kontaktteam-ordningen anvendes i forbindelse med længerevarende og komplekse patientforløb.

Det skal være kontaktpersonens eller -teamets opgave at afdække de problemområder, som patienten oplever og har som følge af sin generelle sundhedstilstand og diagnoser. Kontaktpersonen skal samtidigt i samarbejde med patienten tilrettelægge behandling og pleje samt bidrage til, at patienten oplever kontinuitet og sammenhæng, ligesom al væsentlig information om patientforløbet skal varetages af kontaktpersonerne eller -teamet.

I forbindelse med overflytning/udskrivning vil det være den afgivende kontaktpersons/-teams opgave at sikre, at en navngiven kontaktperson i

modtagende regi har overtaget ansvaret for patienten. Kontaktpersonen/-teamet skal til brug for overdragelsen udarbejde beskrivelse af patientforløbet og kommende opfølgingsområder. Det skal hele tiden være synligt for patienter og pårørende, hvem der har ansvar for hvad gennem forløbet. Kontaktpersonernes/-teamets rolle vil naturligt blive mere aktiv, jo svagere og skrøbeligere patienten er.

#### **Anbefalinger:**

- Der skal foretages en evaluering af erfaringer med kontaktpersonordningen med henblik på at sikre udviklingen af en tidsvarende ordning i forbindelse med Sundhedslovens åbning for kontakteam.

#### **Ambulant behandling**

Ambulant behandling vil ofte indgå som en del af et samlet patientforløb. Ambulant behandling kan foregå i hospitalsregi eller hos den praktiserende læge eller speciallæge. Hvis behandlingen sker i hospitalsregi, skal der sikres en sammenhæng til den øvrige behandling, der foregår hos den praktiserende læge og hos speciallæger. Udviklingen af den ambulante funktion skal også ses i sammenhæng med forløbsprogrammerne for kronisk sygdom.

Ambulant behandling vil ofte medføre et større behov for en opfølgende indsats i kommunerne, for eksempel i form af mere hjemmepleje og hjemmesygepleje. Øget ambulant behandling gør det nødvendigt med løbende dialog om planlægning, opgavedeling og samarbejde mellem regioner på den ene side og praksissektor og kommuner på den anden”.

#### **Anbefalinger:**

De ambulante behandlingstilbud bør styrkes, hvor det er behandlingsmæssigt velfunderet – herunder at den praktiserende læge får mulighed for at henvise til subakutte ambulatorietider.

#### **Organisering af arbejdet**

I det tværfaglige samarbejde både på hospitalet og på tværs af sektor-grænserne er det væsentligt, at de enkelte faggrupper får et bedre kendskab til hinandens kernekompetencer, og at de opbygger kompetencer til at udvikle det tværfaglige samarbejde. Tværfaglige og tværsektorielle uddannelsesforløb kan medvirke til at skabe nødvendig viden på tværs af faggrupper og samtidigt give indsigt i hinandens kernekompetencer. Dette vil kunne styrke og effektivisere det sammenhængende patientforløb.

#### **Anbefalinger:**

- Der sikres fortsat – og styrket – en løbende fordeling af opgaver mellem faggrupper, der bedst muligt anvender medarbejdernes kernekompetencer og giver mulighed for udvikling.

Der skal arbejdes målrettet med arbejdstidsaftaler og anvendelse af overenskomsternes muligheder for arbejdstilrettelæggelse, således at de



tilstedeværende personaleresurser i størst muligt omfang modsvarer patienternes behov for pleje og behandling.

**Anbefalinger:**

- Arbejdstilrettelæggelsen tager udgangspunkt i patienttyngden over året.
- Der arbejdes struktureret med at benytte overenskomsternes muligheder omkring arbejdstid, seniorordninger, vikaranvendelse og lønformer.
- Der er en hensigtsmæssig fordeling af merarbejdsbyrden mellem samtlige hospitaler og relevante afdelinger, når der er spidsbelastninger.
- Uddannelse og kompetenceudvikling lægges primært, når patientpresset på afdelingerne erfaringsmæssigt er mindst.
- Der arbejdes offensivt med at fastholde og rekruttere til faste stillinger så anvendelse af eksterne vikarer minimeres.
- Arbejdet tilrettelægges således, at også medarbejdere med nedsat funktionsevne kan inddrages i løsningen af opgaverne, og dermed fastholdes på arbejdspladsen.

## En effektiv hospitalsindsats - Oversigt over anbefalinger

Anbefalinger	Handling
I nogle planlægningsområder er der allerede erfaringer med faglige mødefora på tværs af hospitalerne. En videre udvikling af sådanne fora bør sikres, blandt andet for at koordinere opgaver og roller, med henblik på at skabe ensartet høj kvalitet og en effektiv ressourceudnyttelse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering i hvert planlægningsområde på initiativ af områdehospitalet.</li> </ul>
Der skal foretages en evaluering af erfaringer med kontaktpersonordningen med henblik på at sikre udviklingen af en tidsvarende ordning i forbindelse med Sundhedslovens åbning for kontakteam.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der nedsættes en regional arbejdsgruppe med deltagelse af hospitaler, kommuner og praktiserende læger, som evaluerer den eksisterende kontaktpersonordning.</li> </ul>
De ambulante behandlingstilbud bør styrkes, hvor det er behandlingsmæssigt velfunderet – herunder at den praktiserende læge får mulighed for at henvise til subakutte ambulatorietider.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Den regionale arbejdsgruppe udarbejder et forslag til, hvordan den ambulante behandling kan styrkes – dette bør ske i koordinering med udviklingen beskrevet i forløbsprogrammerne for kronisk sygdom. Herefter lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>
Der sikres fortsat – og styrket – en løbende fordeling af opgaver mellem faggrupper, der bedst muligt anvender medarbejdernes kernekompetencer og giver mulighed for udvikling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>
Der er en hensigtsmæssig fordeling af merarbejdsbyrden mellem samtlige hospitaler og relevante afdelinger, når der er spidsbelastninger.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital ved fordeling af merarbejdsbyrden mellem afdelinger* Fordeling mellem hospitaler skal aftales i planlægningsområderne.</li> </ul>
Arbejdstilrettelæggelsen tager udgangspunkt i patienttyngden over året.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>

<p>Der arbejdes struktureret med at benytte overenskomsternes muligheder omkring arbejdstid, seniorordninger, vikaranvendelse og lønformer.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>
<p>Uddannelse og kompetenceudvikling lægges primært, når patientpresset på afdelingerne erfaringsmæssigt er mindst.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>
<p>Der arbejdes offensivt med at fastholde og rekruttere til faste stillinger så anvendelse af eksterne vikarer minimeres.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>
<p>Arbejdet tilrettelægges således, at også medarbejdere med nedsat funktionsevne kan inddrages i løsningen af opgaverne, og dermed fastholdes på arbejdspladsen.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering på hvert hospital.*</li> </ul>

\*Hospitalernes direktioner beskriver ordningens indhold og organisering samt indgår de nødvendige aftaler i samordningsudvalget.

## 6. Demens

For patienter med demens skal planen beskrive udviklingen af en ny fælles samarbejdsmodel for samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne. På hospitalerne etableres tværfaglige demensteams.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta om demens i Region Hovedstaden

- Der vurderes at være ca. 15.000 personer med demens i Region Hovedstaden. I 2015 vil der være ca. 16.000. Væksten i antallet af demente borgere er ikke lige så kraftig som væksten i ældrebefolkningen, idet der primært sker en tilvækst i den yngre del af målgruppen (+65 år), hvor demensforekomsten ikke er så stor.

*Kilde: Specialerapport: Beskrivelse af demensområdet i Region Hovedstaden, udarbejdet af arbejdsgruppen på tværs af specialerne geriatri, neurologi og psykiatri, februar 2006*

Demensområdet er kendetegnet ved et stigende antal patienter. Samtidig er demens en sygdom, hvor tidlig diagnose er vigtig, for at patienten kan modtage tidlig og tilstrækkelige behandlingstilbud.

Demente udgør en særlig sårbar patientgruppe, der kræver en klar organisering af det tværfaglige og tværsektorielle samarbejde. En stor del af indsatsen foregår ambulant. Når demente i øvrigt er indlagt, er der behov for, at der kan trækkes på relevant faglig ekspertise.

Indsatsen over for demente er karakteriseret ved meget langvarige forløb som involverer hospital, praktiserende læge og kommune. Indsatsen omfatter både opsporing og udredning, behandling, pleje og opfølgning, samt en indsats over for de pårørende til demente.

De involverede parter er:

- **De praktiserende læger.** Konstaterer og udreder demenslidelser samt henviser eventuelt til udredning på sygehus eller ved en særlig demensenhed.
- **Neurologiske og geriatrike afdelinger på sygehusene.** Deltager i udredning, behandling, pleje og omsorg.
- **Psykiatriske centre og ældrepsykiatriske funktioner.** De fleste psykiatriske centre i Region Hovedstaden har samarbejdsaftaler med de somatiske afdelinger om demensudredning.
- **Den kommunale indsats.** Udfører pleje, omsorg og praktisk bistand for demente. Endvidere har flere kommuner etableret særlige plejeboliger for demente, ansat demenskonsulenter eller demenskoordinatorer som har ansvar for faglighed og videndeling vedr. demens i kommunen

## Mål

- At der indgås aftaler mellem hospitalerne, almen praksis og alle kommunerne om implementering af den kommende samarbejdsmodel for demens.
- At hvert planlægningsområde etablerer et tværfagligt, udgående demensteam.
- At flere demente borgere modtager en koordineret indsats uden for hospitalsregi, der samtidig sikrer hurtig og relevant behandling.

## Indsatser

### Samarbejdsmodel for demens

Der bliver i regi af den administrative styregruppe for sundhedsaftalerne arbejdet med et oplæg til en fælles samordningsmodel for regionen, hvor udredningspraksis kommer til at indgå.

Arbejdet foregår i tre faser.

Fase 1) Der er i 2008 nedsat en evalueringsgruppe, der har gennemgået og systematiseret erfaringerne med de ”gamle” modeller. I efteråret 2008 vil evalueringsrapporten blive behandlet i det sundhedsfaglige råd for demens. Og efterfølgende i den administrative styregruppe for sundhedsaftaler.

Fase 2) På baggrund af evalueringsgruppens arbejde nedsættes i 2008 en udviklingsgruppe, der skal udarbejde forslag til en ny fælles samarbejdsmodel/forløbsprogram for demens for regionen. Udviklingsgruppens forslag forventes behandlet i Den administrative styregruppe primo/medio 2009.

Fase 3) Der iværksættes primo/medio 2009 en implementering af den ny fælles samarbejdsmodel for demens. Arbejde forventes afsluttet ultimo 2009.

### Demensteams

For at sikre en høj og ensartet kvalitet i behandlingstilbuddet til borgere med demens indgår det i hospitalsplanen, at der i hvert planlægningsområde i Region Hovedstaden skal etableres et demensteam. Det enkelte team er organiseret med udgangspunkt i specialerne neurologi, geriatri og psykiatri, og er en ambulansfunktion, der modtager ambulante patienter med demenssymptomer til udredning, behandling, rådgivning og opfølgning.

Etableringen af disse demensteams sker i et samarbejde med det sundhedsfaglige råd for demens samt hospitalerne. Etableringen forventes påbegyndt i 2009.

## Demens - Oversigt over anbefalinger

Anbefaling	Handling
Der etableres dementeams i hvert planlægningsområde i Region Hovedstaden.	▪ Etableringen af dementeams pågår og sker i et samarbejde med det sundhedsfaglige råd for demens samt hospitalerne.

## 7. Medicin

Kendskab til og viden om patientens samlede situation skal være bærende i arbejdet omkring patienten. Der skal foretages en systematisk opfølgning omkring patientens medicinforbrug og sammensætning med henblik på at undgå uhensigtsmæssig medicinering, herunder især psykofarmaka.

*Fra De politiske hensigtsserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta om medicin

- Mere end 90 % af de ældre over 75 år anvender en eller flere former for medicin inden for et år
- Ældre over 75 år har indløst recept på gennemsnitligt 6-8 lægemidler inden for et år

*Kilde: Lægemiddelstyrelsen*

Mange ældre har flere samtidige kroniske sygdomme, der kræver behandling med flere lægemidler (polyfarmaci). Samtidigt har ældre en større risiko for at få bivirkninger af medicin, da kroppens evne til at omsætte medicinen, og følsomheden for visse typer af medicin ændres med alderen. Og jo flere lægemidler der anvendes, jo større er risikoen for lægemiddelrelaterede problemer som bivirkninger, uhensigtsmæssige lægemiddelkombinationer og dårlig efterlevelse af behandlingen (compliance).

Der er ofte flere læger involveret i behandlingen af den ældre borger fx borgerens egen praktiserende læge, speciallæger og hospitalslæger. Desuden tager borgeren ofte håndkøbsmedicin, naturlægemidler eller kosttilskud, som ordinerende læge ikke har kendskab til. Det kan derfor være svært for ordinerende læge, borgeren selv og eventuelle hjælpere, fx hjemmesygeplejen, at bevare overblikket over hvilken medicinsk behandling, borgeren skal have, for hvilke sygdomme. Utilstrækkelig indsigt i borgerens medicinering kan give risiko for utilsigtede hændelser, og specielt ved hospitalsindlæggelser har der været fokus på, at manglende indsigt og fejl i overførsel af informationer kan medføre uhensigtsmæssig behandling.

Det er derfor et mål med ældreplanen, at der sættes yderligere fokus på opfølgning på den ældre borgers medicinforbrug, at den medicinske behandling optimeres, og at lægemiddelrelaterede helbredsproblemer undgås.

## Mål

- Patienter med polyfarmaci får en gang om året en systematisk gennemgang af deres medicinforbrug hos egen læge
- Forbruget af psykofarmaka nedbringes. Ligeledes skal anvendelsen af psykofarmaka revideres en gang årligt.
- Lægernes viden om rationel medicinanvendelse og opmærksomhed på egen rolle øges gennem fokuseret informationsindsats

## Indsatser

### Årlig medicingennemgang af egen praktiserende læge

Den praktiserende læge er oftest den centrale person – tovholderen - i forhold til borgerens behandling, og det vil være naturligt at placere medicingennemgangen for egne patienter der. Medicingennemgangen skal sikre, at borgeren får en tilstrækkelig behandling i forhold til sygdomsbilledet, men også at der ikke gives medicin uden indikation eller med begrænset gavn i forhold til bivirkninger, at medicinen har den tilsigtede effekt, at dosis er korrekt, at der er taget stilling til varigheden af behandlingen mm. Det er endvidere vigtigt at sikre, at borgeren tager medicinen som aftalt, når en optimal behandling er ordineret.

Der er i de praktiserende lægers overenskomst mulighed for at foretage medicingennemgang i borgerens hjem ved ydelsen for opsøgende hjemmebesøg, men der findes ikke en egentlig ydelse for systematisk medicingennemgang i konsultationen. I den gældende overenskomst er der indlagt en begrænsning på, hvor mange hjemmebesøg, der årligt må gennemføres.

### Anbefalinger:

- Regionen vil arbejde for, at der indgås aftaler om, at den praktiserende læge, som den centrale person i forhold til borgerens behandling, årligt foretager en systematisk gennemgang af borgerens medicin(forbrug). Gennemgangen kan foregå i borgerens hjem eller i konsultationen. Der bør være mulighed for at trække på bistand fra fx farmaceuter og kliniske farmakologer.

### Medicinsk gennemgang og koordinering i overgange mellem afdelinger og sektorer for patienter med polyfarmaci

I projektet Operation Life kan de deltagende hospitalsafdelinger foretage en medicinafstemning, der omfatter en struktureret procedure, hvor borgerens medicinliste sammenlignes med lægens ordinationer i forbindelse med indlæggelser, udskrivelser og overflytninger. Formålet med denne procedure er at sikre, at medicinoplysninger videregives korrekt, og at der derved kan forebygges medicineringsfejl ved overgange i et patientforløb.

I forhold til patienter, der får dosisdispenseret medicin, skal hospitalet sikre,



at den dosisdispenserede medicin stoppes under indlæggelsen og genoptages med eventuelle ændringer efter udskrivelsen.

#### **Anbefalinger:**

- Der indføres obligatorisk medicinafstemning og revurdering, samt stillingtagen til borgerens samlede medicin på hospitalerne og i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, overflytning mellem afdelinger og ved udskrivning – herunder at dosisdispenseret medicin stoppes under indlæggelse og genoptages ved udskrivelse. En mulighed er at gøre Operation Lifes medicinafstemning obligatorisk på hospitalerne.
- Der skal sikres hurtig, korrekt og entydig information om borgerens medicinering til praktiserende læge, hjemmesygeplejen, patient og eventuelle pårørende ved udskrivelse fra hospital. Informationen skal indeholde oplysning om, hvorfor medicinen er blevet ændret.

#### **Forbruget af psykofarmaka**

Sovemedicin og beroligende medicin, bør have speciel opmærksomhed, da disse midler har mange bivirkninger og virkningen typisk aftager med tiden. Det er endvidere vist, at anvendelsen af antipsykotisk medicin til ældre ikke altid er gavnlige i forhold til ulemperne ved behandlingen. Særligt bør forbruget af unødvendig vanedannende medicin hos ældre demente borgere reduceres.

Regionen har iværksat en indsats på dette område. Der er bl.a. udarbejdet en patientfolder og plakat til lægens venteværelse om udtræning af vanedannende sovemedicin og beroligende medicin, der kan understøtte den praktiserende læge i forhold til at nedbringe forbruget. En af regionens medicinkonsulenter med erfaring i at udtræppe patienter af vanedannende medicin, tilbyder undervisning til grupper af læger, der sammen ønsker en indsats i lokalområdet. I efteråret 2008 har regionen endvidere holdt temamøder for regionens læger om seponering af antipsykotika og benzodiazepiner.

#### **Anbefalinger:**

- Forbruget af psykofarmaka, herunder sovemedicin, beroligende medicin og antipsykotisk medicin skal fortsat forsøges nedbragt og korrekt brug sikres.

En væsentlig forudsætning for en effektiv opfølgning på den enkelte patients medicinanvendelse og koordination af medicinordinationen mellem sektorer er anvendelse af et fælles elektronisk medicinkort. Se kapitel 10 om elektronisk kommunikation.

## Medicin - Oversigt over anbefalinger

Anbefaling	Handling
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regionen vil arbejde for, at der indgås aftaler om, at den praktiserende læge, som den centrale person i forhold til borgerens behandling, årligt foretager en systematisk gennemgang af borgerens medicin(forbrug). Gennemgangen kan foregå i borgerens hjem eller i konsultationen. Der bør være mulighed for at trække på bistand fra fx farmaceuter og kliniske farmakologer.</li> <li>▪ Forbruget af psykofarmaka, herunder sovemedicin, beroligende medicin og antipsykotisk medicin skal fortsat forsøges nedbragt og korrekt brug sikres.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Afklaring af om medicingennemgangen skal foregå i borgerens hjem eller i konsultationen - Der er i lægernes overenskomst mulighed for at foretage medicingennemgang i borgerens hjem ved ydelsen for opsøgende hjemmebesøg, men der findes ikke en egentlig ydelse for systematisk medicingennemgang i konsultationen. I den gældende overenskomst er der indlagt en begrænsning på, hvor mange hjemmebesøg, der årligt må gennemføres.</li> <li>▪ Der etableres en rådgivningsfunktion af fx farmaceuter og kliniske farmakologer</li> </ul>
<p>Der indføres obligatorisk medicinafstemning og revurdering, samt stillingtagen til borgerens samlede medicin på hospitalerne og i psykiatrien i forbindelse med indlæggelse, overflytning mellem afdelinger og ved udskrivning – herunder at dosisdispenseret medicin stoppes under indlæggelse og genoptages ved udskrivelse. En mulighed er at gøre Operation Lifes medicinafstemning obligatorisk på hospitalerne.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der foretages en opsamling og evaluering af erfaringer fra Operation Life, som danner grundlag for lokal implementering.*</li> </ul>
<p>Der skal sikres hurtig, korrekt og entydig information om borgerens medicinering til praktiserende læge, hjemmesygeplejen, patient og eventuelle pårørende ved udskrivelse fra hospital. Samtidigt skal der stå, hvorfor medicinen er blevet ændret.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Lokal implementering.*</li> <li>▪ Kravet til epikrisen udvides til også at omfatte årsag til medicinændring</li> </ul>

## 8. Fysiske rammer

Hospitalet og psykiatrien skal indrettes efter patienternes behov. Der er store udsving i løbet af et år på ældres brug af hospitalet. Dette mærkes især på de medicinske afdelinger. Sengetal bør kunne tilrettelægges efter de aktuelle behov. Der skal ikke være patienter på gangene. Den ældre patient (somatiske såvel som psykiatriske patienter), der ligger længe på hospitalet, har brug for enestue, ordentlige dagligstueforhold, samtalerum, muligheder for træning og opmuntring f.eks. ved besøg, TV, adgang til haveanlæg, cafeteriaer og lignende. I forbindelse med hospitals- og psykiatriplanens gennemførelse skal vurderinger af disse forhold indgå. For at den ældre patient får så lille en ændring i sin dagligdag som muligt, skal brug af ambulante forløb, udgående teams og daghospitalsophold fremmes.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta om fysiske rammer

- Omkring 5 % af patienterne på medicinske afdelinger fandt, at informationen blev givet på et upassende tidspunkt, under upassende fysiske rammer eller på en respektløs måde.
- 80 % af sengekapaciteten er enestuer inden for psykiatrien<sup>2</sup>
- 16 % af sengekapaciteten er enestuer inden for somatikken<sup>3</sup>
- I 2007 var der 75 sengepladser på patienthoteller<sup>4</sup>

*Kilde: Ugeskrift for læger nr. 167/19 (9.maj 2005), s2060-2063*

<sup>2, 3, 4</sup>Kilde: Checklisten til regeringens ekspertpanel

Hospitalsplanen lægger op til flere ændringer, der nødvendiggør større ombygninger og tilpasninger af de bygningsmæssige kapaciteter på regionens hospitaler. Samtidigt skal fremtidens hospitaler i højere grad danne hensigtsmæssige rammer for en tidssvarende patientbehandling. Blandt andet bør de fysiske rammer understøtte hensynet til, at kommunikation mellem patienter og sundhedspersonalet kan foregå under trygge og private rammer.

### Mål

- Etablering af akutmodtagelser på områdehospitalerne
- At patientsamtaler foregår under private rammer, som tilgodeser behovet for fortrolighed, intimitet og privatsfære.

Udfordringen bliver i første omgang at dimensionere den fysiske kapacitet til akutmodtagelserne, de stationære sengeafdelinger, den øgede ambulante aktivitet og patienthotelsengene. Regionen ønsker ikke, at patienterne fremover oplever at blive henvist til en seng på gangen. Samtidigt er det regionens holdning, at den ambulante kapacitet, herunder til de medicinske dagfunktioner, ikke må være en begrænsende faktor for opgaveflytninger.

## **Indsatser**

### **Akutmodtagelser på alle regionens hospitaler**

Alle akutmodtagelsens patienter skal flyttes kortest muligt til forskellige behandlingsspor, og der skal i de bygningsmæssige ændringer tages højde herfor. De nuværende grænser mellem de forskellige funktioner nedbrydes og de forskellige involverede personalegrupper arbejder sammen i teams. De kommende akutmodtagelser på områdehospitalerne vil blive baseret på ensartede principper for udformning af de fysiske rammer.

### **Trygge rammer og privatsfære**

Ved såvel nybyggeri som renovering af eksisterende bygninger arbejder regionen ud fra en målsætning om, at der på sigt udelukkende skal være ét-sengsstuer såvel i somatikken som i psykiatrien. Målsætningen om omlægning til ét-sengsstuer vil blive efterlevet i den udstrækning de økonomiske og bygningsmæssige rammer giver mulighed herfor.

Enestuer vil muliggøre, at patienten ikke skal fortælle personlige ting om sig selv og sit liv, mens de øvrige patienter på stuen (eller forbipasserende på gangen) overhører samtalen med personalet. Personalet vil ikke være nødsaget til at informere en patient om f.eks. en cancerdiagnose på en tresengsstue. På enestuer undgår patienten den meget traumatiserende oplevelse, det er at overvære og overhøre et kritisk behandlingsforløb, som indimellem har en dødelig udgang.

### **Gode arbejdsrammer for sundhedspersonalet**

Lokalerne skal dimensioneres, således at der er plads til teknologien og ikke mindst det personale, som tager del i aktiviteterne. De fysiske rammer skal være fleksible og tage højde for, at diagnostik og behandling blive mere og mere avanceret samtidigt med, at stadigt flere professionelle involveres inden for en afgrænset tidsramme.

Fokus for disse tiltag er blandt andet at øge patientsikkerheden ved at forebygge utilsigtede hændelser. Når patienten står ud af sengen om natten for at gå på toilettet, kan han tænde lyset på sin enestue, uden at skulle tænke på, om han vækker andre patienter. Støjen fra apparatur og mennesker skal ned på et acceptabelt

niveau, så risikoen for misforståelser, forglemmelser og kommunikationsbrist reduceres. Afdelingerne skal indrettes, så de signalerer imødekommenhed, samtidigt med at personalet har arbejdsro og er beskyttet mod unødvendige afbrydelser.

## 9. Psykiatri

Planerne for hospitalerne og psykiatrien i Region Hovedstaden er blevet til i ønsket om at skabe den højeste kvalitet og samtidig at tage særligt hensyn til svage patienter.

Alle patienter skal behandles efter deres behov.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

### Fakta om psykiatri

- 65+-årige udgør 15 % af befolkningen og en tilsvarende andel af psykiatriske indlæggelser, en lidt lavere andel af sengedagene og 7 % af de psykiatriske ambulante besøg

*Kilde: eSundhed, Sundhedsstyrelsen og Danmarks Statistik*

Ældrepsykiatrien adskiller sig fra den almene psykiatri ved, at den ældrepsykiatriske målgruppe omfatter ældre mennesker med særlige symptomer ved psykisk lidelse kombineret med aldersforandringer og somatisk sygdom. Antallet af ældre over 65 år er stigende samtidig med, at levealderen er øget. Når antallet af ældre øges, er der således flere personer, som vil være i risikogruppen for at udvikle psykisk sygdom herunder demens.

### Mål

- Der skal være et ensartet serviceniveau til ældrepsykiatriske patienter
- Målgruppen for den ældrepsykiatriske indsats skal fastlægges

## Indsatser

### Princippet om nærhed

Nærhed og kontinuitet er højt prioriteret og er specielt i ældrepsykiatrien en meget vigtig del af behandlingen. Dels er ældre særligt følsomme overfor miljøskift. Dels er det vigtigt, at der er overskuelige afstande mellem patientens hjem og ambulatoriet, da ældre er mindre mobile. Det skønnes også vigtigt, at det udgående ældrepsykiatriske team er fortrolig med de lokale kommunale

samarbejdspartnere.

Organiseringen af ældrepsykiatrien må derfor tilrettelægges ud fra disse forhold. Men organiseringen skal samtidig tilgodese principper om specialisering og højst mulig kvalitet i behandlingen.

Organiseringen skal tage udgangspunkt i en balanceret model, som kan tilgodese den mest hensigtsmæssige tilrettelæggelse af indsatsen.

**Anbefalinger:**

- Den ældrepsykiatriske indsats skal tilrettelægges efter en balance mellem nærhed og specialisering.

**Ensartet serviceniveau**

Tilbuddene til ældre med psykisk sygdom er i dag forskellige indenfor Region Hovedstaden. Nogle steder i regionen er der sengeafsnit og ambulante tilbud målrettet til ældre. Andre steder i regionen er der psykiatriske tilbud som ikke specifikt er målrettet ældrepsykiatriske patienter. Det betyder, at den ældre afhængig af bopæl, vil modtage et forskelligt artet tilbud.

**Anbefalinger:**

- Den ældrepsykiatriske indsats skal tilrettelægges, så den bliver ens i hele regionen.

**Den ældrepsykiatriske målgruppe**

Den ældrepsykiatriske målgruppe fastlægges ud fra alder og sygdomsdiagnose. Imidlertid er målgruppen ikke ens i regionen. Der er således forskellige aldersgrænser og diagnoser for, hvornår man bliver behandlet i ældrepsykiatrien. En ældre som er 70 år, og får en moderat depression skal ikke nødvendigvis behandles i ældrepsykiatrien. Modsat skal en ældre på 62 år, som får en meget alvorlig demens behandles i ældrepsykiatrien. Der skal således være særlige komplicerede forhold før den ældre hører til i ældrepsykiatrien, og det er forhold som både omfatter diagnose og alder.

**Anbefalinger:**

- Region Hovedstaden skal afgrænse målgruppen.

**Samarbejde med somatiske hospitaler**

Da mange af de ældre psykiatriske patienter ofte har flere sygdomme, som kan have sammenhæng med den psykiske lidelse, er det af stor betydning at have et nært samarbejde med somatiske afdelinger og let adgang til vurdering af sygdommene.

**Anbefalinger:**

- Der etableres faste aftaler mellem psykiatriske og somatiske hospitaler inden for hvert planlægningsområde med henblik på samarbejde omkring udredning og behandling.



## Psykiatri - Oversigt over anbefalinger

Anbefalinger	Handling
Den ældrepsykiatriske indsats skal tilrettelægges efter en balance mellem nærhed og specialisering.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder handlingsplan.</li> </ul>
Den ældrepsykiatriske indsats skal tilrettelægges, så den bliver ens i hele regionen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder handlingsplan.</li> </ul>
Region Hovedstaden skal afgrænse.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Region Hovedstadens Psykiatri udarbejder handlingsplan.</li> </ul>
Der etableres faste aftaler mellem psykiatriske og somatiske hospitaler inden for hvert planlægningsområde med henblik på samarbejde omkring udredning og behandling.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Region Hovedstadens Psykiatri tager initiativ til at etablere disse aftaler.</li> </ul>

## 10. Elektronisk kommunikation

Den teknologiske udvikling gør det muligt at kommunikere mere, hurtigere og sikkert elektronisk mellem sundhedsvæsnets parter. Denne kommunikation skal implementeres og videreudvikles til gavn for borgeren ved at alle implicerede har kendskab til indsatsen i andre områder. Betydningen af denne kommunikation for henvisninger, indlæggelser og udskrivinger er fastlagt i sundhedsaftalen og skal beskrives i ældreplanen. Ligeledes skal telemedicinens muligheder beskrives og analyseres for at udnytte teknologien både i hjemmet, på afdelingerne og i samarbejdet med kommune og praktiserende læger..

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden.*

Det er afgørende for et effektivt og smidigt samarbejde mellem de forskellige aktører i sundhedsvæsenet, at kommunikationen om alle forhold vedrørende borgernes kontakter og forløb foregår på det rette tidspunkt og med det rette indhold. Det er desuden vigtigt for borgeren, at denne kan føle sig sikker på, at de informationer, som allerede er afgivet i en kontakt, bliver brugt i det videre forløb. Det indebærer også, at borgeren ikke skal afgive de samme oplysninger ved flere kontakter i et forløb.

Den sikreste vej til at opnå en kommunikation, der lever op til disse krav, er at den foregår elektronisk.

Der er allerede opnået store fremskridt vedrørende den elektroniske kommunikation, men der er stadig et stykke vej til, at form og indhold i kommunikationen fungerer efter fælles standarder, og der er ligeledes et stykke vej indtil alle de involverede parter er i stand til at deltage i de eksisterende kommunikationsformer.

I sundhedsaftalerne mellem Region Hovedstaden og kommunerne er implementering og udvikling af den elektroniske kommunikation et højt prioriteret indsatsområde. Kommunikationen mellem parterne - hospital, kommuner og almen praksis - sker ved hjælp af de såkaldte MedCom-standarder.

### Mål

- Kommunikation mellem hospital, kommune og almen praksis skal hurtigst muligt og i videst muligt omfang være elektronisk.
- Kommunikation foregår ved anvendelsen af MedCom-standarder.
- Ved implementering af MedCom-standarder prioriteres store anvendelsesområder først.

I  
m

### Implementering af eksisterende MedCom-standarder

I 2008 er arbejdet påbegyndt med at sikre, at grundlaget er til stede for at alle 3 parter kan kommunikere elektronisk med hinanden. I 2009 og 2010 vil de kendte

MedCom-standarder blive implementeret.

De områder, hvor den elektroniske kommunikation er udviklet og under implementering er

- *Elektronisk henvisning.* Henvisning fra en praktiserende læge eller en speciallæge af en patient til indlæggelse eller ambulante behandling på et hospital, sker elektronisk.
- *Bookingsvar.* Der kan gives besked fra hospital til egen eller henvisende læge om indkaldelse til undersøgelse/behandling eller optagelse på venteliste
- *Indlæggelsesadvis.* Der er tale om kommunikationsmeddelelse fra hospital til kommune i forbindelse med hospitalsindlæggelse af patienter, der modtager sundhedsydelse fra kommunen, typisk hjemmepleje/hjemmehjælp.
- *Indlæggelsesvar.* Der genereres automatisk et svar fra kommunen til hospitalet om relevante kontaktoplysninger i kommunen.
- *Indlæggelsesrapport.* Rapporten sendes fra kommunen, når en hjemmeplejeklient eller plejehjemsbeboer indlægges på hospital, indeholdende oplysninger om hjemmepleje- eller plejehjemsydelser, hjælpemidler, medicin, funktionsvurdering, resumé af helbredstilstand, årsag til indlæggelse og stamdata.
- *Udskrivningsadvis.* Sendes fra hospitalet til kommunen med oplysning om borgerens status ved udskrivelsen.
- *Udskrivelsesrapport.* Rapporten sendes fra hospital til kommune som konklusion på indlæggelsesforløbet, efter at patienten er udskrevet, indeholdende oplysninger om stamdata, indlæggelses- og udskrivelsesdato, indlæggelsesårsag, indlæggelsesforløb, ydelser, diagnoser, funktionsvurdering, hjælpemidler, medicin og fremtidsplan.
- *Korrespondancemeddelelse.* Der er tale om en ”klinisk e-mail”, som sendes når der løbende under en indlæggelse er behov for at kommunikere informationer af ad hoc karakter.
- *Epikrise.* Når en patient udskrives fra hospitalet, sender alle hospitalsafdelinger en epikrise til patientens praktiserende læge. I epikrisen informerer hospitalet om indlæggelsesforløbet, prognose samt behandlingsplan, medicinstatus, oplysninger om hvad, der er sagt til patienten og forslag til evt. efterbehandling hos den praktiserende læge.
- *Ambulante notater.* Det ambulante notat kan anvendes i forbindelse med et ambulante forløb til at orientere den praktiserende læge om patientrelevant information – supplerer informationen i epikrisen eller fungerer som ”ambulant epikrise” mellem ambulatoriebesøgene.
- *Genoptræningsplan.* Ved lægeligt ordineret genoptræning efter indlæggelse fremsendes en elektronisk genoptræningsplan til kommunen samt til egen læge. Den elektroniske genoptræningsplan indeholder bl.a. oplysninger om indlæggelsesperiode, henvisningsdiagnose for genoptræningsforløb, funktionsevne målinger, indsats under indlæggelse, aktuel funktionsevne på udskrivningstidspunktet og genoptræningsbehov ved udskrivelse.

## **Udvikling af nye MedCom-standarder**

På følgende områder er udvikling af nye MedCom-standarder sat i gang, og implementering vil blive iværksat, efterhånden som standarderne bliver udviklet.

### **Varsling af færdigbehandling**

Der er i sundhedsaftalerne aftalt en række varslingsregler i forbindelse med udskrivning af borgere. Reglerne om hospitalernes varsling af færdigbehandling til kommunerne gælder for patienter med behov for kommunale ydelser efter færdigbehandling og udskrivelse.

Formålet med varsling er at sikre, at den færdigbehandlede patient kan udskrives umiddelbart efter lægelig behandling er afsluttet. Selvom varslingsreglerne primært er lavet for at tilgodese patienternes behov, tjener de også til at minimere kommunernes udgifter i forbindelse med betaling for færdigbehandlede.

### **Melding af færdigbehandling (udskrivningsparathed)**

Sundhedsloven har indført faste regler om kommunernes betaling for færdigbehandlede patienter, der efter den lægelige færdigmelding ikke kan udskrives på grund af manglende kommunal pleje og omsorgsindsats.

## **Øvrige elektroniske kommunikationsbehov**

### **Elektronisk tilgængelighed til tilbud og fælles standarder**

Det er vigtigt i rådgivningen af den enkelte patient, at behandleren har mulighed for at få overblik over de kommunale og øvrige behandlings- og forebyggelsestilbud, som patienten vil kunne have gavn af, og som behandleren kan henvise til. Planerne om at etablere en Forebyggelsesportal, hvor borgere og sundhedspersoner (særligt almen praksis) har adgang til information om eksisterende tilbud, bør derfor realiseres snarest muligt. MedCom og KL er i pilotfasen for at udarbejde en henvisningsstandard til forebyggelsestilbud

Endvidere er der behov for at kunne publicere fælles retningslinier og aftaler om arbejdsdeling og forløbsprogrammer på elektroniske platforme, der er tilgængelige for både hospitaler, kommuner og almen praksis.

### **Anbefaling:**

- Der etableres en Forebyggelsesportal for Region Hovedstaden
- Der etableres en elektronisk platform, hvor fælles standarder, forløbsprogrammer m.v. for kommuner, almen praksis og hospitaler kan gøres umiddelbart tilgængelige for parterne

### **Fælles elektronisk medicinkort**

Der arbejdes nationalt på at udvikle og implementere et Fælles elektronisk MedicinKort (FMK), der vil give den behandlende læge, hjemmesygepleje og patienter mulighed for at hente opdaterede oplysninger om borgerens aktuelle medicin(forbrug) fra et fælles system. Det kræver, at systemet indarbejdes i

journalssystemerne hos de forskellige sundhedsfaglige aktører (praktiserende læger, hospitaler, hjemmesygepleje og apoteker), således at ændringer i medicinen automatisk opdateres på det fælles medicinkort, og der sikres let adgang til oplysningerne. Det vil give den behandlende læge en bedre mulighed for at få et korrekt billede af borgerens aktuelle behandling i forhold til de nuværende systemer. Implementeringen af systemet kræver, at praktiserende læge i en opstartsfase inddaterer oplysninger om borgerens aktuelle behandling. Det er vigtigt at have for øje, at det Fælles MedicinKort kan dække behovet for afstemning på tværs af sektorer, men kan ikke dække revurdering af medicin.

**Anbefaling:**

- Region Hovedstaden skal understøtte indførelse, implementering og brugen af det Fælles MedicinKort
- Hospitalernes EPM-systemer skal indrettes, så de kan hente og opdatere oplysninger til det fælles medicinkort,
- Region Hovedstaden skal understøtte implementering i praksissektoren så alle lægepraksis anvender systemet.

## Elektronisk kommunikation - Oversigt over anbefalinger

Anbefaling	Handling
Der skal etableres en Forebyggelsesportal for Region Hovedstaden.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der nedsættes en arbejdsgruppe med deltagelse fra Region Hovedstaden, kommunerne og de praktiserende læger, som skal udarbejde krav til indhold til portalen.</li> </ul>
Der skal etableres en elektronisk platform, hvor fælles standarder, forløbsprogrammer m.v. for kommuner, almen praksis og hospitaler kan gøres umiddelbart tilgængelige for parterne.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Der udarbejdes en samlet strategi for IT understøttelsen af forløbsprogrammer i Region Hovedstaden.</li> </ul>
Region Hovedstaden skal understøtte indførelse, implementering og brugen af det Fælles MedicinKort.	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regionen skal, så snart det nationale arbejde med udvikling af MED-COM-standarden er på plads, arbejde for en tværsektoriel implementeringsplan for det Fælles MedicinKort.</li> </ul>
<p>Hospitalernes EPM-systemer skal indrettes, så de kan hente og opdatere oplysninger til det fælles medicinkort.</p> <p>Region Hovedstaden skal understøtte implementering i praksissektoren så alle lægepraksis anvender systemet.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Regional/lokal implementering af EPM-systemerne på hospitalerne</li> <li>▪ Regionen skal ved datakonsulenterne arbejde for, at alle lægepraksis får implementeret og anvender EPM-systemet.</li> </ul>

## 11. Udmøntning af tværsektorielt samarbejde – organisering og metoder

Regionsrådets samarbejde med ældrerådernes repræsentanter skal udbygges og fortsættes, således at rådernes erfaringer også fremover inddrages både i idé- og udviklingsfaser og i evalueringer af udviklingen for den ældre patient. Den ældre patients og evt. pårørendes oplevelser på afdelingerne skal inddrages direkte i erfaringsindsamlingen på afdelingerne. Praksis for hvordan dette kan opnås skal beskrives.

*Fra De politiske hensigtserklæringer om ældreplan for Region Hovedstaden*

Et væsentligt sigte med denne plan er at forbedre rammerne for et sammenhængende sundhedsvæsen i Region Hovedstaden mellem hospitaler, kommuner og praktiserende læger, som fungerer gnidningsfrit og koordineret.

Gennemførelse af ældreplanens forslag specifikt - men også af det tværsektorielle samarbejde generelt – foregår i mange forskellige regier og på forskellige organisatoriske niveauer.

### **Det politiske niveau**

Regionsrådet har gennemført en række lokale dialogmøder med brugere af sundhedsvæsenet, hovedsageligt repræsenteret af de lokale ældreråd i kommunerne. Desuden har der været direkte dialog med forretningsudvalget for det regionale ældreråd, som har været meget aktiv i processen. En lang række af forslagene i ældreplanen udspringer af synspunkter, som er fremkommet i denne dialogproces.

Region Hovedstaden ønsker at bygge videre på de meget positive erfaringer med at involvere ældrerådene i processen om ældreplanen.

Der vil derfor fremover blive afholdt periodiske drøftelser med forretningsudvalget for det regionale ældreråd om udviklingen på ældreområdet og opfølgning på ældreplanen.

Ligeledes vil de lokale ældreråd blive involveret i den lokale udmøntning af bruger- patient- og pårørende politikken, f. eks. ved deltagelse i dialogfora og brugerråd, hvor sådanne nedsættes.

### **Det administrative niveau**

Samordningsudvalgene i tilknytning til hvert hospital og psykiatrien er centrale samarbejdsorganer i forbindelse med samarbejdet på tværs af sektorer. Det er i samordningsudvalgene, at de konkrete aftaler om udmøntning af

sundhedsaftalerne træffes, og hvor der også følges op på aftalernes gennemførelse.

Samordningsudvalgene vil også være naturlige omdrejningspunkter for den konkrete udmøntning af en række af initiativerne i ældreplanen, og ligeledes for systematisk at følge op på udviklingen for de ældre patienter i optageområdet.

Da det for den ældre patient er vigtigt at det konkrete lokale samarbejde fungerer smidigt, er det hensigtsmæssigt, at samordningsudvalgenes sammensætning tilpasses ændringerne i optageområder.

Der vil løbende være forandringer i såvel hospitalernes som kommunernes kapacitet i forhold til de ældre patienter. Det vil være en central opgave for samordningsudvalget løbende at udveksle informationer om udviklingen i kapaciteten og at drøfte og koordinere initiativer i situationer med begrænset kapacitet.

### **Inddragelse af patienternes erfaringer**

Det er imidlertid i det løbende samarbejde om de konkrete patienter at intentionerne om den sammenhængende indsats over for den enkelte patient skal stå sin prøve.

Landsdækkende og regionale undersøgelser af patientoplevelser viser, at det ofte er i overgangene mellem primær og sekundær sektor, at patienterne oplever kvalitetsbrist.

Region Hovedstaden ønsker at inddrage patienternes ressourcer, viden og erfaringer i såvel den daglige behandling, som i det fremadrettede kvalitetsudviklingsarbejde.

Dialogmetoden er et eksempel på et fremadrettet og samlet koncept, der er udviklet til at forbedre det tværsektorielle samarbejdet og patientens overgang mellem sektorerne. Metoden er udviklet af Region Hovedstadens Enhed for Brugerundersøgelser og kombinerer kvantitative og kvalitative metoder som spørgeskemaundersøgelser, brugerpaneler og dialogmøder.

Metoden består af seks faser.





På grundlag af drøftelsen i brugerpanelet og resultaterne af spørgeskemaet udarbejdes en case, der beskriver det samlede forløb for en fiktiv patient. Casen danner udgangspunkt for dialogmøder mellem repræsentanter fra primær og sekundær sektor, fx praksislæger, hospitalspersonale og hjemmesygeplejersker. Ud fra denne case opstiller deltagerne mulige årsager til nøgleproblemerne samt fremkommer med løsningsforslag, der sidenhen skal prioriteres og udmunde i konkrete handleplaner.

## BILAG 1

### Politiske hensigtserklæringer vedrørende plan for den ældre patient

Planerne for hospitalerne og psykiatrien i Region Hovedstaden er blevet til i ønsket om at skabe den højeste kvalitet og samtidig at tage særligt hensyn til svage patienter. Her er det af særlig betydning, at antallet af ældre (> 65 år) er støt stigende fra ca. 200.000 i 2000 til forventeligt ca. 400.000 i 2040. Morgendagens ældre vil formentlig være mindre nedslidte og mere selvhjulpne end tidligere. Selv om langt de fleste ældre således klarer sig selv uden væsentligt behov for sundhedsydelser langt op i årene, vil de fleste få brug for hjælp i de sidste leveår. En større og større del af patienterne lider også af kroniske sygdomme. Disse patienter har særlige behov og har brug for, at både den praktiserende læge, kommune og hospital indgår i samme forløb.

Derfor har politikerne i Region Hovedstaden ønsket at sætte fokus på den ældre patient. Gennem det sidste år er der holdt møder med ældreråd og ældre rundt om i regionen. Tre politiske underudvalg har drøftet forskellige problemstillinger vedrørende behandlingsforløbet for ældre. Forslagene fra møderne og de politiske underudvalg skal indgå i arbejdet med udarbejdelsen af en ældreplan.

Alle partierne i regionsrådet er på denne baggrund blevet enige om at bede forvaltningen om at udarbejde et forslag til en ældreplan, der bygger på følgende politiske hensigtserklæringer:

#### **1) Ældre patienter må ikke diskrimineres eller nedprioriteres**

Alle patienter skal behandles efter deres behov. I Region Hovedstaden gøres der ikke forskel på patienterne. Derfor skal den ældre patient behandles af de afdelinger, der er bedst egnede til at behandle

patienten.

Kun et mindre antal har behov for at komme på geriatriske afdelinger, selvom mange ældre lider af en eller flere kroniske sygdomme som f.eks. diabetes, gigt, hjertesygdomme eller demens. Disse tilstande kræver særlig opmærksomhed i forbindelse med det samlede behandlingsforløb. I forbindelse med kroniske sygdomme har den praktiserende læge en særlig opgave, både som behandler og som koordinator. Som beskrevet i hospitals- og psykiatriplanerne skal kvaliteten sikres gennem samling af specialfunktioner samtidig med at nærhedsprincippet støttes når det er muligt. Geriatrisk ekspertise omkring de meget svage ældre sikres på alle hospitaler, så alle afdelingers forståelse for den ældre patients særlige problemer øges. Ældreplanen skal indeholde beskrivelse af en sådan faglig forankring, også således, at det geriatriske speciale fortsat kan udvikles.

Hospitalernes stærke specialisering øger behovet for tværfaglige vurderinger for en række patienter. Det er således vigtigt at se patientens samlede situation og ikke kun at fokusere på en enkelt sygdom. Kendskab til og viden om patientens samlede situation skal derfor være bærende i arbejdet omkring patienten. Der skal foretages en systematisk opfølgning omkring patientens medicinforbrug og sammensætning med henblik på at undgå u hensigtsmæssig medicinering, herunder især psykofarmaka.

Patientens behandlingsplan skal fremstå gennemskuelig for patienten, og der skal foreligge et klart og forståeligt informationsmateriale. Hvor det er hensigtsmæssigt involveres de pårørende, efter aftale med den ældre patient.

Ligeledes skal patienterne være vidende og informeret om hvem der er deres kontaktperson. I dennes fravær skal det klart fremgå, hvem der har ansvaret for patienten, og hvem patienten kan henvende sig til. Der skal foreligge en tydelig og koordineret arbejdsdeling mellem nærhospitals- og områdehospitals funktioner, for patienter som har behov for begge dele.

For patienter med demens skal planen beskrive udviklingen af en ny fælles samarbejdsmodel for samarbejdet mellem almen praksis, kommunerne og hospitalerne. På hospitalerne etableres tværfaglige demensteams.

## **2) Patienter har generelt god indsigt i egen situation og i systemet. Deres erfaringer skal bruges.**

Ældre er hyppigere brugere af hospitalernes mange behandlingstilbud end andre.

Den ældre patients og evt. pårørendes oplevelser på afdelingerne skal

inddrages direkte i erfaringsindsamlingen på afdelingerne. Praksis for hvordan dette kan opnås skal beskrives.

Regionsrådets samarbejde med ældrerådernes repræsentanter skal udbygges og fortsættes, således at rådernes erfaringer også fremover inddrages både i idé- og udviklingsfaser og i evalueringer af udviklingen for den ældre patient. Ældreplanen skal derfor beskrive medinddragelse af både patienter, pårørende og ældreråd.

Mange patienter, ikke mindst patienterne med kronisk sygdom, kan have glæde af patientuddannelses tilbud, så evner til egenomsorg og egenkontrol udvikles.

I samarbejde med kommunerne, der har ansvaret for den borgerrettede forebyggelse, bør disse tilbud udvikles ud fra de muligheder, den enkelte kommune byder på.

Det kan dreje sig om f.eks. motionshold, kosthold, forebyggelse af fald, men også den teknologiske udviklings muligheder skal udnyttes. Ældreplanen skal beskrive mulighederne herfor.

### **3) Hospitalerne og psykiatrien skal indrettes efter patienternes behov**

For at skabe trygge og fagligt optimale rammer for den ældre patient, skal der gøres en ekstra indsats sammen med de medicinske afdelinger. Et vigtigt element til at skabe tryghed er bl.a. fast personale. Det er derfor vigtigt på de medicinske afdelinger at sætte fokus på arbejdstilrettelæggelse og på et godt arbejdsmiljø, så det er let at rekruttere og fastholde personale.

Der er store udsving i løbet af et år på ældres brug af hospitalerne. Dette mærkes især på de medicinske afdelinger. Både sengeantal og personaleforbrug bør kunne tilrettelægges efter de aktuelle behov. Der skal ikke være patienter på gangene.

Den ældre patient (somatisk såvel som psykiatriske patienter), der ligger længe på hospitalet, har brug for enestue, ordentlige dagligstueforhold, samtalerum, muligheder for træning og for opmuntring f.eks. ved besøg, TV, adgang til haveanlæg, cafeteriaer og lign. I forbindelse med hospitals- og psykiatriplanens gennemførelse skal vurderinger af disse forhold indgå.

For at den ældre patient får så lille en ændring i sin dagligdag som muligt, skal brug af ambulante forløb, udgående teams og daghospitalsophold fremmes. Ophold på og brug af patienthoteller analyseres i et politisk underudvalg og indgår ligeledes i mulige tiltag for den ældre patient.

#### **4) Ernærings rigtig og tilstrækkelig mad er særlig vigtig hos den ældre patient**

Indlæggelser er ofte præget af svækkelse af almentilstanden hos den ældre. Forkert eller for ringe kost, manglende motion og bevægelse eller mangelfuld væskeindtagelse kan være baggrunden for indlæggelse og genindlæggelser. Der er behov for, at afdelingerne aktivt arbejder med disse forhold. Således at den ældre får kræfter til at komme sig og ikke mister fysiske færdigheder. Ved udskrivning er lødige kost og genoptræning ofte forudsætningen for at den ældre får hurtig og fuld glæde af behandlingen. Et særligt udvalgsarbejde bør udrede, hvorledes dette gribes an på regionens hospitaler, og om der er behov for særlige tiltag på dette område, jf. i øvrigt regionens kost- og ernæringspolitik.

#### **5) Ny teknologi kan også forbedre den ældres situation**

Den teknologiske udvikling gør det muligt at hæve hastighed og sikkerhed i dataoverførsler. Betydningen af dette for henvisninger, indlæggelser og udskrivinger skal beskrives i ældreplanen. Ligeledes bør der arbejdes videre med telemedicinens muligheder i et udvalgsarbejde, der skal beskrive og analysere mulighederne for at udnytte teknologien både i hjemmet, på afdelingerne og i samarbejdet med kommune og praktiserende læger.

#### **6) Ingen patienter må komme i klemme mellem systemerne**

Erfaringerne viser at alt for mange ældre kommer i klemme i overgangene mellem sundhedssystemets opgavevaretagere. Som nævnt har den praktiserende læge en særlig rolle, men også andre sundhedsydere (f.eks. speciallæger, tandlæger, fysioterapeuter) kommuner og hospitaler skal spille sammen. Hvis samspillet ikke fungerer, kan det betyde, at der forekommer indlæggelser og genindlæggelser som kunne være undgået. Der er derfor behov for en særlig indsats for at imødegå dette.

Ældre har imidlertid meget forskellige forudsætninger for, at forstå og bidrage til de situationer der opstår. Samtidig fejler mange ældre mere end en ting, og blot en mindre forværring i én kronisk sygdom eller i de sociale forhold, kan flytte den ældre fra at være forholdsvis selvhjulpnen til at have behov for megen hjælp, endog få behov for at skifte bolig.

Udskrivning fra hospitalsophold kan blive en kompliceret sag, hvor et tæt samarbejde mellem fagpersoner i flere systemer med videnudveksling er væsentlige forudsætninger for et vellykket sammenhængende forløb. Der er gode erfaringer med

udskrivningskoordinatorer som er etableret mange steder.

Den ældre patient må samtidig ikke være i tvivl om ansvarsplaceringen for behandlingen.

Det er derfor ønskeligt:

- at en lang række af de kendte positive samarbejdsmodeller beskrives i ældreplanen, således at de kan drøftes i forbindelse med indgåelse af sundhedsaftaler med kommunerne
- at ældreplanen indeholder et idékatalog over forslag til udvikling af nye tiltag i sundhedsaftalerne
- at de nuværende forsøg, der er startet via Sundhedskoordinationsudvalget, beskrives nærmere
- at der i samarbejde med en eller flere kommuner og evt. via et forskningsinstitut laves et konkret arbejde, der afdækker og beskriver, hvilke problemer der bolig-mæssigt ligger bag den forsinkede hjemsendelsesmulighed fra hospitalerne, og at der i den sammenhæng beskrives mulige lokale løsninger, og overvejelser vedr. evt. ændringer i lovgivningen
- at der udvikles fælles uddannelsesstilbud mellem fagpersonalet på hospitalet, i praksissektoren og de tilknyttede kommuner for at give bedre indblik i hinandens arbejde og for at opnå fælles faglig udvikling. Dette samt forslag til besøg og ophold hos hinanden skal indgå i ældreplanen
- at ældreplanen beskriver hensigtsmæssigt samarbejde omkring plejehjem og dagtilbud samt hvilke kompetencer, der kan tilbydes plejehjemspersonalet, så indlæggelser kan forebygges. Hvorved så mange opgaver som muligt løses på plejehjemmet i samarbejde med den praktiserende læge, kommunen og hospitalet

## **7) Den ældre patient har krav på kvalitet i behandlingen, herunder sammenhæng og omsorg.**

Der er meget stor forskel på ældres behov og også på deres oplevelse af, hvornår de har brug for hjælp og behandling. Alle har krav på at blive mødt med respekt og værdighed. De fleste ønsker at klare sig selv, så længe de overhovedet kan.

Det kræver imidlertid udvikling af en lang række funktioner som understøtter overgangene mellem hjem og hospital. Således er information, kommunikation og videndeling på tværs af sektorer helt afgørende for et optimalt samlet forløb.

Det kan bl.a. opnås ved udgående akutsygeplejersker, udgående palliative teams, udgående sårbehandling og en offensiv indsats for at

sikre, at de mest hensigtsmæssige opdaterede hjælpemidler er til rådighed. F.eks. trykaflastnings-madrasser så sårddannelser forebygges, kørestole og gåredskaber. Der bør indledes et samarbejde med kommunerne om at tilvejebringe én offentlig tilgængelig database med oplysninger og vurderinger af eksisterende hjælpemidler.

Det er ikke let at komme hjem fra hospitalet efter svær sygdom eller efter at have været væk hjemmefra i lang tid. Derfor beskrives de forskellige ordninger og hvordan de kan sættes i værk.

- "Følge hjem ordninger", hvor hospitalet aktivt følger patienten hjem og sikrer modtagelse af den praktiserende læge og/eller hjemmeplejen
- "Følge op ordninger" hvor den praktiserende læge og hjemmesygeplejersken laver fælles opfølgende besøg i patientens hjem. Det vurderes, hvem der særligt kan have gavn af sådanne ordninger

Partierne ser frem til udmøntningen af disse hensigter i Ældreplanen, kommende udvalgsarbejder og projektforslag.

-----  
SOCIALDEMOKRATIET

-----  
DET RADIKALE VENSTRE

-----  
DET KONSERVATIVE FOLKEPARTI

-----  
SOCIALISTISK FOLKEPARTI

-----  
DANSK FOLKEPARTI

-----  
VENSTRE

-----  
NY ALLIANCE

-----  
ENHEDSLISTEN



## BILAG 2

### Forbedring af forholdene i de medicinske afdelinger

#### Forbedring af forholdene i de medicinske afdelinger

Efter en drøftelse i medudvalget af de belastende forhold i regionens medicinske afdelinger sendte Regionsdirektør Helle Ulrichsen brev af 31. januar 2008 til regionens hospitaler og bad om forslag til, hvordan man i Region Hovedstaden kan forbedre forholdene på de medicinske afdelinger for patienter og personale.

Der er modtaget svar fra alle hospitaler samt regionens psykiatri.

Det blev på koncerndirektørmødet den 9. april 2008 besluttet at nedsætte en arbejdsgruppe i regi af RegionH-MED udvalget. Kommissoriet for arbejdsgruppen har været at behandle de indkomne svar fra hospitalsdirektionerne og fremkomme med en indstilling til RegionH MED udvalget om, hvilke af forslagene som anbefales gennemført og om muligt med forslag til prioritering m.v.

Arbejdsgruppen har afholdt to møder. Gruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

Arbejdsgruppens tilbagemelding vil efter behandlingen i RegionH MED-udvalget indgå som input til planen for den ældre medicinske patient.

Arbejdsgruppen har drøftet de udfordringer, som gør sig gældende på det medicinske område og peger på følgende 10 felter, som der bør være fokus på:

- Organisering af arbejdet
- Tilrettelæggelse af personalets arbejde
- Tilrettelæggelse af patientforløb
- Samarbejde med kommunerne og almen praksis
- Resurser til de medicinske afdelinger

- Bedre fysiske rammer
- Forskning og udvikling
- Uddannelse og introduktion
- Image
- Personalegoder

Generelt er det dog arbejdsgruppens opfattelse, at der fortsat mangler dokumentation for hvilke tiltag inden for ovenstående indsatsområder, der har den mest positive effekt på forholdene på de enkelte medicinske afdelinger. Det er derfor vigtigt, at der løbende sikres erfaringsopsamling og evaluering af tiltag, så evidensgrundlaget for prioritering og ressourceanvendelse styrkes, samt at prioriteringerne løbende justeres i takt med at der hentes ny viden om, hvad der virker, og hvad der ikke virker.

### **Baggrund**

I Region Hovedstaden har der siden efteråret 2007 været politisk fokus på ”Den ældre medicinske patient”. Der er gennemført ældrepolitisk konference i oktober 2007, dialogmøder i planlægningsområderne med ældreråd, kommuner mfl. i januar og februar 2008 og opsamlingskonference 1. april. Desuden har de politiske underudvalg - som en del af planen for den ældre medicinske patient - behandlet og afrapporteret deres arbejde med planen, og der er i Regionsrådet vedtaget politiske hensigtserklæringer vedrørende plan for den ældre medicinske patient. Under koncerndirektionen er der nedsat en styregruppe, der løbende arbejder med planen. Det forventes, at planen for den ældre medicinske patient efter godt et års fokuseret arbejde ligger klar i starten af 2009.

Det klare politiske fokus på forholdene for de ældre medicinske patienter vil uden tvivl også få positiv betydning for medarbejdere i de medicinske afdelinger, men det er nødvendigt også målrettet at sætte fokus på personalets arbejdsforhold. Gode arbejdsforhold er også med til at skabe forbedringer i patientbehandling og pleje. De to forhold er gensidigt afhængige.

De medicinske afdelinger er ofte præget af overbelægning, hvilket giver såvel fysiske, psykiske som faglige belastninger. Det er vanskeligt at fastholde høj kvalitet og faglighed i et overbelastet miljø. De accelererede patientforløb stiller store krav til personalet bl.a. med hensyn til effektiv kommunikation både med patienter, pårørende og ikke mindst på tværs af sektorerne.

Personalesituationen på de medicinske afdelinger er først og fremmest præget af stor personalegennemstrømning, hvilket gør at personalesammensætningen aldersmæssigt er præget af unge og nyuddannede medarbejdere, som ikke alle har de tilstrækkelige kompetencer. Initiativer der fokuserer på fastholdelse og rekruttering af personalet er helt nødvendige. Samtidig er udvikling af det faglige miljø vigtigt, så der fremadrettet bliver eftertragtet at være ansat i en medicinsk afdeling.

De medicinske patientforløb, ikke mindst når det gælder den store gruppe af ældre patienter, er komplicerede, og de følger ofte et andet mønster, end det, som gælder for andre patientgrupper. Patienterne har ofte en eller flere kroniske sygdomme, mange genindlæggelser, skift mellem afdelinger, behov for genoptræning og skift mellem sektorer. Disse patientforløb er resursekrævende og kræver samarbejde og kommunikation på tværs af fag og sektorer. Det bør derfor overvejes om arbejdet med (ældre) medicinske patienter fremover skal måles på andre parametre end øvrige patientforløb.

### **1. Organisering af arbejdet**

Bedre organisering af arbejdet skal styrke kvaliteten i behandlingen både direkte og ved at gøre området mere attraktivt for personalet, således at fastholdelse og rekruttering styrkes.

Som det fremgår af ”Initiativprogram for rekruttering og fastholdelse” fra september 2007, kan ændring af opgavefordelingen mellem faggrupper lette det pres, der er på visse faggrupper.

Der sker løbende ændringer i personalets arbejdsfordeling, ikke mindst i de senere år, er der sket meget på dette område. Der anvendes flere diætister og andre med kostfaglig baggrund, serviceassistenter ansættes til at udføre en række opgaver, som ikke kræver en plejemæssig uddannelse, fysio- og ergoterapeuter deltager i vagtarbejde, hvor det er fagligt relevant, farmaceuter og farmakonomer bruges som resurse i relation til lægemiddelområdet, sygeplejersker overtager i stigende grad arbejde, som tidligere blev udført af læger, social- og sundhedsassistenter kompetencer bruges stadig bedre, kontoruddannede udfører administrative opgaver osv. Denne udvikling vil fortsætte.

På trods af eller mere præcist på grund af ovenstående ændringer i arbejdsfordelingen er det i særlig grad nødvendigt at bevare fokus på og udvikle de enkelte medarbejdergruppers kernekompetencer. Der skal i den forbindelse arbejdes med, hvordan de fagspecifikke specialistfunktioner kan fungere hensigtsmæssigt i sammenhæng med den daglige vagtbemanding

I det tværfaglige samarbejde både i hospitalet og på tværs af sektorgrænserne er det væsentligt, at de enkelte faggrupper får et bedre kendskab til hinandens kernekompetencer, således at disse kan udnyttes bedst muligt. Tværfaglige og tværsektorielle uddannelsesforløb kan medvirke til at skabe viden på tværs af faggrupper og samtidigt give indsigt i hinandens kernekompetencer. Dette vil kunne styrke det sammenhængende patientforløb.

Det anbefales:

At der fortsat – og styrket – sikres en løbende fordeling af opgaver mellem faggrupper, der bedst muligt anvender medarbejdernes kernekompetencer og giver mulighed for udvikling

## **2. Tilrettelæggelse af personalets arbejde**

Der er generelt et stort pres på de medicinske afdelinger. Dette pres svinger hen over året. Det er vigtigt, at man er opmærksom på disse udsving og så vidt muligt planlægger efter dem, således at de værste konsekvenser af spidsbelastningssituationer kan undgås. Arbejdstilrettelæggelsen skal sikre at patienter på alle tidspunkter af året behandles med samme kvalitet. Desuden bør arbejdet på afdelingerne planlægges således, at eksempelvis uddannelse og kompetenceudvikling primært lægges, når patientpresset på afdelingerne erfaringsmæssigt er mindst.

Der skal arbejdes målrettet med arbejdstidsaftaler og anvendelse af overenskomsternes muligheder for arbejdstilrettelæggelse, således at de tilstedeværende personaleresurser i størst muligt omfang modsvarer patienternes behov for pleje og behandling.

Det anbefales:

At arbejdstilrettelæggelsen tager udgangspunkt i patienttyngden over året.

At der arbejdes struktureret med at benytte overenskomsternes muligheder omkring arbejdstid, seniorordninger, vikaranvendelse og lønformer.

At der er en hensigtsmæssig fordeling af merarbejdsbyrden mellem samtlige hospitaler og relevante afdelinger, når der er spidsbelastninger.

At uddannelse og kompetenceudvikling primært lægges, når patientpresset på afdelingerne erfaringsmæssigt er mindst

At der arbejdes offensivt med at fastholde og rekruttere til faste stillinger så anvendelse af eksterne vikarer minimeres

At arbejdet tilrettelægges således, at også medarbejdere med nedsat funktionsevne kan inddrages i løsningen af opgaverne, og dermed fastholdes på arbejdspladsen.

## **3. Tilrettelæggelse af patientforløb**

Alle patienter, der har brug for indlæggelse, skal selvfølgelig indlægges, men indlæggelse er langt fra altid det bedste svar på de problemer, som den enkelte patient har. En række initiativer kan øge kvaliteten for patienterne og mindske presset på de medicinske afdelinger. For at sikre patienterne et optimalt tilbud, skal visitationen forbedres. For at patientforløbene bliver optimale skal alle dele af patientforløbet beskrives, optimeres og kvalificeres helt fra indlæggelse til udskrivning og gerne på tværs af sektorer.

Alternativer, der kan medvirke til at højne kvaliteten i behandlingen og mindske presset på de medicinske afdelinger, er fx: Åbne ambulatorier, subakutte tider i ambulatorier, walk-in til røntgen, udgående funktioner, følge hjemordninger hvor personale fra hospitalet og hjemmeplejen deltager, opfølgende hjemmebesøg, hvor praktiserende læge og hjemmeplejen deltager og telefonisk kontakt efter udskrivning til relevante patienter.

I alle dele af hospitalsvæsnet er der fokus på accelererede forløb. Korte og veltilrettelagte forløb har en række fordele også for den ældre medicinske patient. Patienten skal tilbringe kortere tid på hospitalet, og kan dermed hurtigere komme tilbage til hverdagen, hvad enten der er tale om eget hjem, plejehjem eller andet. Samtidig genererer veltilrettelagte patientforløb en højere produktion og dermed flere drg-point, hvilket kan anvendes til at øge kvaliteten i andre dele af forløbet.

Korte veltilrettelagte forløb kræver tid til at yde god kvalitet i hele forløbet. Der er bl.a. kortere tid til kommunikation med patienter og pårørende. Denne problemstilling er central i forhold til at skabe patientforløb med fokus på tryghed, omsorg og kvalitet i plejen, behandlingen og rehabiliteringen

For at skabe incitament til at gennemføre forsøg og arbejdsgangsanalyser bør det før igangsættelse af konkrete initiativer aftales, hvad konsekvensen af konklusionerne skal være. Mange personalegrupper har oplevet, at en effektivisering af arbejdsgange blot har ført til mindskelse af ressourcerne til området, og dermed ikke til en øget kvalitet. Dette medfører, at personalet mister lysten til at arbejde med at optimere arbejdsgange. Såfremt analyser eller forsøg viser, at der er behov for tilførsel af resurser, må der være villighed til at drøfte dette.

Moderne teknologi bør udvikles og bruges til gavn for både patienten og hospitalsvæsnet. Telemedicin er et område i rivende udvikling. Forsøg med Tele-Kol har vist, at patientens livskvalitet, tryghed og mulighed for at blive i eget hjem øges, samtidig med at der spares sengepladser. Denne form for ”indlæggelse i hjemmet” kan vise sig at kunne anvendes især hos patienter med kroniske medicinske sygdomme.

#### Det anbefales:

At der arbejdes med, hvordan den økonomiske incitamentsstruktur kan fremme en omlægning fra indlæggelser til andre og kvalitativt bedre tilbud

At der arbejdes målrettet med forbedring af visitationen, for at sikre at alle patienter får det optimale tilbud

At anvendelsen af udgående akutsygepleje og forskellige former for tværfaglige udgående funktioner udbredes

At der i samarbejde med de praktiserende læger og kommunerne arbejdes målrettet med at finde alternativer til indlæggelse

At følge hjemordninger og opfølgende hjemmebesøg hos relevante patientgrupper udbygges

At telemedicinske muligheder anvendes hos relevante patienter, og at der gennemføres forsøg med anvendelse af telemedicin mhp. at afdække hvor telemedicinske løsninger kan anvendes.

Mange af ovennævnte anbefalinger er gennemført eller afprøvet som forsøg med gode resultater, men den økonomiske incitamentsstruktur fremmer ikke altid omlægning fra indlæggelser til andre og kvalitativt bedre tilbud.

#### **4. Samarbejde med kommunerne og almen praksis**

Sammenhængende forløb er en af de store udfordringer i arbejdet med ældre kronisk syge medicinske patienter. Specielt når patienterne/borgerne modtager ydelser fra såvel hospitaler, almen praksis som kommuner, kan der opstå problemer med sammenhængen. Det er ofte i snitfladerne mellem afdelinger og sektorer at problemerne opstår.

Et af problemerne er, at der ligger færdigbehandlede patienter på hospitalerne, fordi der er mangel på eller begrænsede kommunale tilbud.

Andre forhold i samarbejdet øger risikoen for at patienterne genindlægges på grund af væskemangel, dårlig ernæring og andre forhold, som kan forebygges. Samarbejdet mellem sektorerne har fået langt bedre betingelser gennem oprettelse af samordningsudvalg med deltagelse af repræsentanter fra hospital, kommune og almen praksis. I denne sammenhæng bør drøftes, hvordan viden kan deles mellem sektorerne.

Den kommunale medfinansiering af sundhedsydelserne har endvidere skabt basis for et styrket samarbejde omkring indsatser for at undgå forebyggelige indlæggelser, og dermed reducere belastningen af de medicinske afdelinger (jf. også tiltagene beskrevet i afsnit 3).

Det anbefales:

At det gode samarbejde mellem sektorerne fortsat udbygges gennem fælles opgavevaretagelse til gavn for patienterne

At det sikres en så hurtig og effektiv spredning af gode erfaringer mellem hospitalerne som muligt

At der fortsat samarbejdes med kommunerne med henblik på at skaffe mere kapacitet, så patienter kan udskrives med det samme, når de er færdigbehandlede

At hospitalerne samtidigt i samarbejde med kommunerne og praksissektoren udvikler og iværksætter nye tiltag, med henblik på, at begrænse omfanget af forebyggelige indlæggelser

At der sikres en organiseret vidensdeling mellem sektorerne

## 5. Ressourcer til de medicinske afdelinger

Det medicinske område behøver politisk fokus, så de nødvendige ændringer kan gennemføres. Det er derfor glædeligt, at politikerne i Region Hovedstaden netop har sat ”Den ældre medicinske patient” på dagsordenen over et helt år, og at der arbejdes med en plan for området.

For at sikre kvaliteten af de medicinske afdelingers ydelser er det nødvendigt at personaleomsætningen nedbringes. Ved stort personaleflow tabes betydelige kompetencer, idet en del af personaleresurserne skal afsættes til introduktion og oplæring. Afgang af erfarent personale kan endvidere nedsætte kvalitetsniveauet af behandling og pleje. Kompetencetabet kan også opleves som sænkning af det faglige niveau, hvorved prestigen og udfordringen i arbejdet forringes. Der bør foretages en analyse af sammenhængen mellem anvendelse af lønsumsstyring og sammensætningen af personalets faglige og aldersmæssige profil. Det bør endvidere overvejes, om en sikring af kvaliteten og udviklingen af de medicinske afdelinger kan fremmes ved at arbejde med en ”overnormering” i en periode.

Der er på de medicinske afdelinger tilbagevendende problemer med overbelægning og overbelægning er uacceptabel, da den forringer kvaliteten for patienterne og påvirker personalets arbejdsvilkår negativt.

Mange af forslagene i dette notat handler om en bedre udnyttelse af de tilstedeværende resurser, ikke om øgede resurser. Hvis det skal lykkes at skabe en positiv spiral, er det nødvendigt at prioritere flere resurser til gennemførelse af anbefalingerne i dette notat. Ikke mindst bør der sættes på, at der i de medicinske afdelinger afsættes resurser til introduktion og oplæring af nyansatte.

### Det anbefales

At det sikres, at der er tilstrækkeligt med ledelsesmæssige resurser til at få omlægninger og strukturændringer til at fungere i praksis.

At der prioriteres resurser generelt til det medicinske område

## 6. Bedre fysiske rammer

Som følge af beslutningen om hospitalsplan og psykiatriplan skal der renoveres og bygges nyt, så hospitalerne kan leve op til de øgede krav om effektivitet, kvalitet og hensigtsmæssig resurseudnyttelse. De fysiske rammer skal sikre, at arbejdsgangene på afdelingerne kan optimeres samtidig med at arbejdsmiljøet for medarbejderne er sundt og sikkert.

Der bør blandt andet etableres 1-2 sengsstuer, bedre bad og toiletforhold, bedre depotfaciliteter, moderne apparatur og moderne senge og sengeborde. Sengestuerne bør være så store, at der i et sengsrum kan ligge to patienter og i to-sengsrum kan ligge tre patienter. Med en sådan indretning kan det undgås, at patienter ligger på gangene i de perioder, hvor der indlægges flest patienter.

Det anbefales:

At der ved ny- og ombygning etableres flere stuer, der kan åbnes i spidsbelastningssituationer eller 1 og 2-sengsstuer af en størrelse, så der dels er plads til pårørende, dels er plads til flere senge ved øget patientpres.

At der målrettet arbejdes på at sikre, at personalets arbejdsmiljøforhold indarbejdes fra første fase af ny- og ombygninger

At der investeres i moderne senge og hjælpemidler, der kan sikre effektive arbejdsgange og sikre personalets arbejdsmiljø

At der i udviklingen af de medicinske afdelinger arbejdes målrettet med inddragelse af sikkerhedsorganisationen

### **7. Forskning og udvikling**

Det er helt afgørende at kunne tiltrække personale til de medicinske afdelinger. Alt peger på, at personalet gerne vil være, hvor der gives mulighed for faglig udvikling. Det er derfor væsentligt at have fokus på forskningsaktiviteter inden for de medicinske specialer. Der skal være lægefaglig forskning som inddrager de øvrige faggrupper, men der må også skabes plads til forskning og udvikling initieret af andre personalegrupper.

Det anbefales

At der målrettet skabes gode forhold for forskning- og udvikling i de medicinske afdelinger.

### **8. Uddannelse og introduktion**

I de medicinske afdelinger er en forholdsvis stor andel af de ansatte nyuddannede. Disse ansatte har behov for lang introduktion samt individuelle og målrettede oplæringsprogrammer. Også nyansatte erfarne medarbejdere har brug for god introduktion. Samtidig skal de erfarne medarbejdere fastholdes. Det kan ske ved tilbud om specialespecifikke efteruddannelser, udviklings- og uddannelsesstillinger til nyuddannede og erfarne medarbejdere, faglig vejledning og coaching samt faglige udfordringer der passer til den enkeltes erfaring, viden og uddannelse.

Der er sket en tiltagende specialisering inden for det medicinske felt, som rummer en risiko for faldende interesse blandt lægerne for de dele af faget, der ligger uden for eget speciale. Der er behov for, at der rettes et større ledelsesmæssigt fokus mod de generelle kompetencer inden for den interne medicin.

For sygeplejerskernes vedkommende gør det modsatte sig gældende. Der er behov for en kompetencegivende og anerkendt specialuddannelse for sygeplejersker i akut medicin og for uddannelsesstillinger inden for intern medicin, men også formel uddannelse inden for lungemedicin, kardiologi, medicinsk gastroenterologi, endokrinologi mv. vil medvirke til at fastholde



sygeplejersker i det medicinske område.

Mange er under uddannelse i det medicinske område, det gælder ikke mindst medicinstuderende, læger under videreuddannelse, professionsbachelorstuderende inden for mange fag fx sygeplejestuderende, ergo- og fysioterapeutstuderende, bioanalytikerstuderende samt social og sundhedsassistentelever. Disse studerende og elever skal sikres en klinisk uddannelse, der gør dem i stand til at løfte opgaverne i fremtidens sundhedsvæsen. Der må derfor være medarbejdere i det medicinske område, der har uddannelse af de uddannelsessøgende som særlig opgave, og der må afsættes resurser til dette vigtige arbejde.

Det anbefales:

At regionen arbejder for at de generelle kompetencer får større vægt i lægernes videreuddannelse

At regionen arbejder for etablering af en af Sundhedsstyrelsen godkendt specialuddannelse i sygepleje til akutmedicinske patienter

At alle sygeplejersker inden for det medicinske område tilbydes specialespecifik efteruddannelse, gerne i samarbejde med professionshøjskolerne, således at disse forløb tæller i forhold til uddannelse på diplomniveau

At der tilbydes kompetenceudvikling for social- og sundhedsassistenter – medicinsk fordybelse for sosuassistenter

At der skabes gode uddannelsesforhold for de mange elever og studerende i området, ved at der afsættes resurser til, at kompetente medarbejdere kan varetage opgaven.

At der gives mulighed for karriereplanlægning og etableres karrieremuligheder inden for det medicinske område

At regionen i samarbejde med kommunerne etablerer et tværfagligt og tværsektorielt uddannelses tilbud med vægt på pleje og behandling af patienter med kroniske sygdomme

At der afsættes flere resurser til medarbejdere, der har uddannelse af de uddannelsessøgende som særlig opgave

## 9. Image

For at kunne rekruttere og fastholde personale er det afgørende, at der arbejdes med image i det medicinske område. Udgangspunktet for en forbedring af områdets image må nødvendigvis være reelle kvalitetsforbedringer. Her er gennemførelsen af dette notats forslag afgørende. Ved at skabe en højere kvalitet og bedre forløb for patienterne samt bedre arbejdsvilkår og en styrket faglighed blandt personalet, forventes områdets image forbedret betydeligt. Dette bør suppleres med en informations- og kommunikationsindsats over for patienter, pårørende og borgere.

Det anbefales:

At der medtænkes en informations- og kommunikationsindsats, der dels

synliggør de gode eksempler der er i dag, dels synliggør de nye initiativer der tages for at skabe bedre forhold i de medicinske afdelinger

### **10. Personalegoder**

Fra hospitalerne foreslås en række personalegoder, der kan medvirke til at gøre området attraktivt. Som eksempler foreslås sundhedscheck, massage, frugtordninger, rabat til lokale idrætsforeninger, vuggestuepladser, p-pladser og billige boliger. En del af disse forslag er allerede gennemført på nogle afdelinger. De fleste har et indhold, der egner sig bedst til drøftelse på hospitalerne i virksomheds medudvalg og lokale medudvalg

Det anbefales:

At forslagene om personalegoder drøftes i virksomhedernes medudvalg.

Arbejdsgruppen har haft følgende sammensætning:

Anna Guttesen, Frederiksberg Hospital (formand)

Torben Ø Pedersen, Helsingør Hospital

Knud Skagen, Herlev Hospital

Peter Mandrup Jensen, Koncern Økonomi

Jørgen Schwendsen, Koncern HR

Vibeke Westh, næstformand til RegionH- MED, DSR

Poul Møller, FOA

Lars Hutters, YL, Frederiksberg Hospital

Maj-Britt Mathisen, Arbejdsmiljørepræsentant

Line Schiellerup, Danske Fysioterapeuter, Hvidovre Hospital.

## BILAG 3

### Styregruppen vedr. Den ældre medicinske patient

#### Styregruppens sammensætning:

##### Formandskab

- Koncerndirektør Svend Hartling, formand

##### Hospitalernes repræsentanter

- Sygeplejedirektør Anna Guttesen, Frederiksberg Hospital
- Lægelig direktør Arne Cyron (udgik af styregruppen pga. jobskifte ved udgangen af august 2008)
- Ledende overlæge Kirsten Damgaard, Glostrup Hospital (udpeget af Sundhedsfaglige Råd vedr. geriatri)
- Oversygeplejerske Birgitte Rav Degenkov, Medicinsk Afd. F, Gentofte Hospital (udpeget af Sundhedsfaglige Råd vedr. endokrinologi)
- Ledende overlæge Peter Lange, Hvidovre Hospital (udpeget af Sundhedsfaglige Råd vedr. lungesygdomme)

##### Kommunerepræsentanter

- Ældrechef Karen Logo Kofoed, Høje Taastrup kommune
- Socialdirektør Søren Bønløkke, Gentofte kommune
- Direktør Anne Mette Fugleholm, Københavns kommune

##### Repræsentanter for de praktiserende læger

- Praktiserende læge Lars Rytter
- Praktiserende læge Merethe Sværke
- Praktiserende læge Claus Perrild

##### Forvaltningens repræsentanter

- Leder af Enhed for Hospitalsplanlægning Christian Worm
- Datachef Per Stenberg Christensen
- Udviklings- og Kvalitetschef Inge Kristensen
- Chefkonsulent Ib Haurum