



STYRKET INDSATS
FOR DEN ÆLDRE MEDICINSKE PATIENT
- fagligt oplæg til en national handlingsplan

2011

Styrket indsats for den ældre medicinske patient – fagligt oplæg til en national handlingsplan

© Sundhedsstyrelsen, 2011.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Ældre medicinske patienter, anbefalinger, kronisk sygdom

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.2

Versionsdato: 30.05.2011

ISBN: 978-87-7104-202-3

Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen 2011

Forord

Der er behov for at styrke indsatsen for den ældre medicinske patient. Målet er således at sikre sammenhæng i de sundhedsfaglige indsatser, øge patientinddragelsen, understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet og reducere antallet af (gen)indlæggelser. Mange af de ældre medicinske patienter har kontakt til både almen praksis, det kommunale sundhedsvæsen og regionernes sygehuse. En forudsætning for et godt og sammenhængende forløb er derfor, at samarbejdet på tværs af sektorerne fungerer optimalt.

Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handleplan for den ældre medicinske patient skal medvirke til at belyse konkrete indsatsområder, og oplægget indeholder en række anbefalinger, der i væsentlig grad kan bidrage til at imødekomme de udfordringer, den ældre medicinske patient møder i sundhedsvæsenet. Realisering af anbefalingerne forudsætter bred opbakning og aktiv medvirken, herunder også en ressourcemæssig prioritering, fra beslutningstagere, de faglige miljøer, patient- og interesseorganisationer m.fl.

Oplægget er udarbejdet i perioden fra august 2010 til maj 2011 og er blevet til i et samarbejde med repræsentanter fra kommuner, regioner, ministerier, faglige og videnskabelige selskaber, organisationer, forskningsinstitutioner, repræsentanter for patienter og interesseorganisationer på ældreområdet.

Det faglige oplæg vil nu kunne indgå i en politisk proces omkring en styrket indsats for den ældre medicinske patient. Det er Sundhedsstyrelsens håb, at en nationale handlingsplan bliver konkretiseret med mål og tidsplan for implementering af de udpegede anbefalinger.

Sundhedsstyrelsen, maj 2011

Else Smith
Adm. Direktør

Indholdsfortegnelse

Sammenfatning af mål og anbefalinger	6
Værktøjer til tidlig opsporing og beslutningsstøtte	6
Iværksættelse af forebyggende indsatser og tidlig opsporing	8
Uddannelse og kompetencer	8
Det rette tilbud på det rette sted	9
Sammenhæng i patientforløbet	10
Medicin	11
Forskning og videndeling	11
1 Indledning	13
1.1 Baggrund	13
1.2 Læsevejledning	15
2 Den ældre medicinske patient	17
3 Forebyggelse og tidlig opsporing hos de ældre medicinske patienter	20
3.1 Målrettede indsatser	20
3.2 Nedsat fysisk aktivitet/inaktivitet	21
3.3 Faldtendens	22
3.4 Dårlig ernæringstilstand – underernæring	23
3.5 Ensomhed - isolation	25
3.6 Sygdomstegn – begyndende ny sygdom eller forværring af kronisk sygdom	26
3.7 Iværksættelse af forebyggende indsatser	27
3.8 Behov for sundhedsfaglig viden, kommunikation og ansvarsplacering for at skabe sammenhæng	28
4 Når der skal handles på sygdom	31
4.1 Almen praksis som gatekeeper	31
4.2 Diagnostik i almen praksis og adgang til rådgivning	32
4.3 Subakut/akut kommunalt plejetilbud	33
5 Når patienten skal på sygehus	36
5.1 Subakutte/akutte ambulante tilbud på sygehus inkl. udgående tilbud fra sygehus	36
5.2 Indlæggelse på sygehus	38
6 Udskrivning og opfølgning	42
6.1 Udskrivning og forebyggelse af genindlæggelse	42
7 Medicin	47
7.1 Medicineringsprocessen	47

7.2	Polyfarmaci	49
7.3	Dosisdispensering	50
7.4	Det Fælles Medicinkort	51
7.5	Patientsikkerhed	53
8	Informationsteknologi og telemedicin	54
8.1	IT kommunikation	54
8.2	Telemedicin	55
9	Forskning og videndeling	57
9.1	Forskning	57
9.2	Videndeling, spredning og implementering	59
10	Generel forebyggelse og sundhedsfremme	61
10.1	Undgå at ældre borgere bliver medicinske patienter	61
11	Referencer	65
12	Oversigt over arbejdsgruppemedlemmer	72
	Arbejdsgruppe 1: "Forebyggelse og sundhedsfremme"	72
	Arbejdsgruppe 2: "Tidlig opsporing af sygdom og diagnostik/udredning"	73
	Arbejdsgruppe 3: "Det rette tilbud ved behov for iværksættelse af behandling og pleje samt for den efterfølgende indsats"	74
	Arbejdsgruppe 4: "Sammenhæng på tværs af patientforløbet med fokus på kommunikation"	75
	Sekretariat	76
13	Kommissorium for Styregruppen for Den ældre medicinske patient	77

Sammenfatning af mål og anbefalinger

Det faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient er udarbejdet på baggrund af et bredt ønske – såvel administrativt og politisk som hos brugerne og det fagprofessionelle personale - for at sikre kvalitet og sammenhæng i forløbet for de ældre medicinske patienter.

Målet for det faglige oplæg har været at belyse området og komme med anbefalinger, der kan:

- skabe sammenhæng i patientforløbet på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse
 - reducere antallet af (gen)indlæggelser for de ældre medicinske patienter
 - understøtte øget patientinddragelse
- samt at
- afdække best practice og ved hjælp af videndeling og implementering, understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet

I arbejdet med oplægget har der været fokus på udfordringer, der er særlig relevante i forhold til den ældre medicinske patient, og som kan bidrage til at nå ovenstående mål og samtidig sikre kvalitet for den ældre medicinske patient. Dette fokus afspejles i oplæggets anbefalinger, som er sammenfattet i dette kapitel. Det faglige oplæg indeholder også eksempler på viden på området, som kan være nyttig i udbredelsen af indsatser for den ældre medicinske patient. Hensigten med det faglige oplæg er at opnå, at kvaliteten i patientforløbet bedres samtidig med, at der skabes sammenhæng og det samlede sundhedsvæsens ressourcer udnyttes bedst muligt.

En række udfordringer, der er generelle for alle patientforløb i det danske sundhedsvæsen, har været drøftet, men oplæggets anbefalinger vil kun i meget begrænset omfang være rettet mod sådanne generelle udfordringer.

I oplægget er der ikke foretaget en prioritering mellem de enkelte anbefalinger. Nogle af anbefalingerne vurderes at kunne igangsættes umiddelbart. Nogle anbefalinger vil kunne implementeres på relativ kort tid, mens tidsperspektivet for andre anbefalinger, der inkluderer et afklarings- eller udviklingsarbejde, vil være længere.

Anbefalingerne er nummeret fortløbende i kapitlerne, hvor anbefalingen er beskrevet.

Værktøjer til tidlig opsporing og beslutningsstøtte

Overordnet er det svært at afgrænse gruppen af ældre medicinske patienter – blandt andet fordi gruppen af ældre medicinske patienter ikke kan afgrænses ved alene diagnose eller behandling, men også på grund af forskellig registreringspraksis i de forskellige sektorer. Det vurderes, at der er brug for et værktøj, der kan bidrage til, at regioner og kommuner, kan få et overblik over, hvor mange ældre medicinske patienter, der er i målgruppen, således at planlægning understøtter den ældre medicinske patients behov.

Anbefaling om planlægningsværktøjer til kommuner og regioner

Der bør i regi af Sundhedsstyrelsen og i samarbejde med relevante parter udvikles værktøjer, der kan understøtte regioners og kommuners planlægning af målrettede indsatser overfor forskellige grupper af ældre medicinske patienter (side 19).

Arbejdet med det faglige oplæg har tydeliggjort, at det er vigtigt at kunne identificere de patienter, som har behov for særlig opmærksomhed og indsatser. Der er således anbefalinger, der udspringer af behovet for validerede og let anvendelige værktøjer, så indsatsen kan målrettes. Det gælder i relation til forebyggelse herunder tidlig opsporing og i relation til indlæggelse på sygehus samt opfølgning efter udskrivelse.

Anbefalinger om værktøjer til identifikation af nedsat funktionsniveau, underernæring og sygdomstegn

I regi af Sundhedsstyrelsen vurderes i samarbejde med relevante parter, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis til:

- *systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau (side 22)*
- *systematisk identifikation af ernæringstilstanden (underernæring)(side 25)*
- *systematisk identifikation/tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.) (side 27)*

hos den ældre medicinske patient.

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

I forbindelse med akut sygdom skal almen praksis/lægevagten kunne vurdere, om en indlæggelse på sygehus er det rette tilbud til at løse den ældre medicinske patients aktuelle problem. Det vil derfor være en fordel, hvis den individuelle sundhedsfaglige vurdering kan understøttes af et beslutningsværktøj til, hvilke patienter der bør indlægges.

Anbefaling om et værktøj, der kan understøtte en sundhedsfaglig vurdering om indlæggelse

I regi af Sundhedsstyrelsen foretages i samarbejde med relevante parter en udvælgelse af validerede værktøjer, der kan understøtte en beslutning i almen praksis om:

- *hvilke patienter, der har behov for indlæggelse på sygehus*

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning (side 32).

I forbindelse med en udskrivelse fra sygehus, er det vigtigt at skabe sammenhæng i patientforløbet ved overgang fra sygehus til almen praksis og kommune, så igangsat behandling og pleje fortsættes. Visse patienter vil have behov for, at der ydes en ekstra indsats med opfølgning efter udskrivelse for, at der skabes

sammenhæng. Nedenstående anbefaling er målrettet et beslutningsværktøj, der kan understøtte vurderingen af, hvilke patienter, der bør tilbydes den ekstra opfølgende indsats.

Anbefaling om et værktøj, der kan støtte en sundhedsfaglig vurdering om behovet for opfølgning efter udskrivelse

I regi af Sundhedsstyrelsen foretages i samarbejde med relevante parter en udvælgelse af validerede systematiske værktøjer, der kan understøtte de fagprofessionelles beslutning i:

- *hvilke patienter, der efter udskrivelse har behov for opfølgning*

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning (side 45).

Iværksættelse af forebyggende indsatser og tidlig opsporing

Det er ikke alene vigtigt med værktøj til at identificere tilstande hos den ældre medicinske patient. Det er også vigtigt, at der efterfølgende igangsættes relevant handling.

Anbefaling om handling efter systematisk identifikation af tilstande

Der bør i regi af sundhedsaftaler udformes samarbejdsaftaler for almen praksis og kommuner, der konkret placerer ansvar for implementering af systematisk identifikation samt igangsættelse af relevant handling og opfølgning i forhold til:

- *nedsat fysisk funktionsniveau*
- *ernæringstilstanden (underernæring)*
- *systematisk identifikation/tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.)(side 27)*

Anbefaling om implementering af faldforebyggelse

Alle kommuner skal implementere initiativer, der systematisk forebygger fald blandt ældre medicinske patienter (side 23).

Uddannelse og kompetencer

I forbindelse med det ældre medicinske patientforløb involveres mange forskellige fagprofessionelle. I forløbet er det vigtigt, at de fagprofessionelle er med til at skabe sammenhæng men også, at de reagerer proaktivt. Frontmedarbejderne i kommunen, som ofte har den største kontaktflade til den ældre medicinske patient, skal også være klædt på til at kunne yde en sådan proaktiv indsats.

Anbefaling om uddannelse og kompetencer

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en drøftelse med Undervisningsministeriet om fokus på den ældre medicinske patient i såvel de sundhedsfaglige grunduddannelser (social- og sundhedsuddannelsen og professionsbacheloruddannelsen i sygepleje) som i de sundhedsfaglige efter- og videreuddannelser (side 30).

Det rette tilbud på det rette sted

Når akut sygdom eller forværring af kronisk sygdom er opstået, skal den ældre medicinske patient på baggrund af en lægelig vurdering visiteres til det rette tilbud på det rette sted.

Det er en forventning, at flere af de ældre medicinske patienter kan udredes og/eller behandles i almen praksis, hvis almen praksis har adgang til hurtig rådgivning eller konference med speciallægerne på sygehus.

Anbefaling om rådgivning til almen praksis fra sygehus

Der bør indgås samarbejdsaftaler, som sikrer praktiserende læge/lægevagt nem tilgængelig faglig rådgivning hele døgnet fra speciallæger på sygehus (side 33).

For de patienter, hvor en indlæggelse ikke nødvendigvis løser patientens aktuelle problem, og som kan være unødigt belastende, er der anbefalinger, der sigter mod at understøtter lettere adgang til et bredere spektrum af subakutte/akutte tilbud i kommunalt regi.

Anbefaling om subakutte/akutte kommunale opgaver

I regi af Sundhedsstyrelsen og styregruppen for den ældre medicinske patient skal der foretages en afklaring af, hvilke subakutte/akutte opgaver, der bør løses i kommunalt regi - herunder hvilke kompetencer personalet bør have.

Efterfølgende bør der i kommunalt regi udarbejdes en vejledning for implementering, og i regi af sundhedsaftaler udarbejdes samarbejdsaftaler, der understøtter let adgang til vurdering og rådgivning fra almen praksis ved behov (side 35).

Anbefaling om oversigter over subakutte/ akutte kommunale tilbud

Kommunerne skal sikre let tilgængelige og overskuelige elektroniske oversigter (fx på sundhed.dk) over de lokale subakutte/akutte kommunale tilbud (side 35).

Nogle patienter vurderes ikke at have brug for en indlæggelse på sygehus, men alene brug for sygehusets muligheder for udredning og/eller behandling i et ambulante tilbud med bred tværfaglighed.

Anbefaling om subakutte/akutte ambulante tilbud

Regionerne bør sikre, at subakutte/akutte ambulante tilbud med bred tværfaglighed er en mulighed for ældre medicinske patienter med subakut/akut behov indenfor 1-2 døgn, samt at der er klar ansvar - og rollefordeling mellem alle involverede parter (side 38).

For de patienter, hvor en indlæggelse vurderes at være det rigtige tilbud, er det vigtigt, at patienten ikke mister fysiske færdigheder under en indlæggelse. Den danske kvalitetsmodel understøtter identifikation af patientens fysiske funktionsniveau ved indlæggelse, og afhængig af behovsvurdering udarbejdes en genoptræningsplan ved udskrivelse. En anbefaling sigter mod, at understøtte relevante træningstilbud under indlæggelse.

Anbefaling om træning under indlæggelse

Alle regioner bør tilbyde deltagelse i træningstilbud under indlæggelse, som er tilpasset funktionsevnen hos den ældre medicinske patient, der vurderes at have et behov (side 41).

Sammenhæng i patientforløbet

Ved overgange mellem afdelinger, sygehuse og mellem sektorer er der særlig stor risiko for, at information går tabt og patientforløbet ikke opleves sammenhængende.

I nedenstående anbefaling er der fokus på øget patient- og pårørendeinddragelse blandt andet for at fremme patient- og pårørende tilfredshed og om muligt opnå en positiv virkning på et behandlingsudfald og sammenhæng i patientforløbet. Samtidig er det vigtigt, at den enkelte ældre medicinske patients valg respekteres.

Anbefaling om patient- og pårørendeinddragelse

Der er behov for øget patientinddragelse i relation til den ældre medicinske patient. I det omfang patienten ønsker det, skal der ske inddragelse af pårørende. Inddragelse på individuelt og organisatorisk niveau vil fremme en større sammenhæng i hele forløbet for patienten og kvaliteten af forløbet. De fagprofessionelle skal derfor løbende sikre, at alle relevante dele af det enkelte forløb systematisk er afstemt med patientens og eventuelt pårørendes forventninger.

Herudover bør patienter og pårørende være repræsenteret i relevante fora, hvor udvikling og evaluering af det regionale og kommunale sundhedsvæsen drøftes for at sikre deres kontinuerlige involvering i en forbedring af kvaliteten (side 19).

Nedenstående anbefalinger skal være med til at sikre, at information ikke går tabt, at der er sammenhæng i patientforløbet mellem forskellige afdelinger og hen over sektorgrænser (kommune, almen praksis og sygehuse), at indlæggelser ikke unødigt forlænges, samt at (gen)indlæggelser ikke forårsages af utilstrækkeligt koordinerede udskrivelser.

Anbefaling om sammenhæng på og mellem sygehuse

Regionerne udarbejder og implementerer klare regler for kommunikation, ansvar og rollefordeling i forbindelse med flytning af den ældre medicinske patient internt på sygehuset samt mellem sygehuse med henblik på at sikre kvalitet og sammenhæng, samt sikre at information ikke går tabt (side 41).

Anbefaling om opfølgning efter udskrivelse

Der bør i regi af sundhedsaftaler udarbejdes samarbejdsaftaler, der sikrer, at der for relevante ældre medicinske patienter (se tidligere anbefaling for værktøj til opfølgning side 8), er mulighed for opfølgning kort tid efter udskrivelse fra sygehus med henblik på at sikre sammenhæng samt reducere genindlæggelser (side 46).

Anbefaling om afklaring af individuelle forløbsplaner

I regi af Sundhedsstyrelsen igangsættes et afklaringsarbejde med henblik på, om individuelle forløbsplaner er et brugbart redskab i Danmark (side 46).

Medicin

Problemstillinger i forhold til medicin, herunder polyfarmaci og risici for fejlmedicinering er meget centralt i forhold til den ældre medicinske patient. Dette afspejles i to anbefalinger, der sigter mod at understøtte samarbejdet og minimere risikoen for medicineringsfejl og bivirkninger og dermed forebygge indlæggelser, der er lægemiddelrelaterede.

Anbefaling medicinafstemning og -gennemgang

I regi af sundhedsaftaler skal det i samarbejdsaftaler beskrives, hvordan der hos udvalgte ældre medicinske patienter sikres en systematisk medicinafstemning ved indlæggelse og efter udskrivelse eller ambulatoriebesøg. Lignende samarbejdsaftale skal beskrives mellem almen praksis og sygehusene.

Alle ældre medicinske patienter, der er i behandling med 6 lægemidler eller flere, skal have foretaget medicingennemgang i almen praksis en gang årligt (side 50).

Anbefaling om supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort

Regionerne bør iværksætte en udbygning af de elektroniske medicineringssystemer og Fælles Medicinkort med beslutningsstøtte samt et centralt allergiregister med henblik på at øge patientsikkerheden (side 52).

Forskning og videndeling

Ved udarbejdelsen af det faglige oplæg er der sigtet mod, at anbefalingerne så vidt muligt bygger på evidens og dernæst på evaluerede erfaringer og best practice i forhold til den ældre medicinske patient. Det har vist sig, at der er sparsom evidens på området - især for organisatoriske løsninger. Der er dog iværksat mange lokale initiativer med henblik på at forbedre kvaliteten af patientforløbene. Der er derfor behov for strategisk og systematisk forskning på området, som kan understøtte udviklingen med at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbene for den ældre medicinske patient. Der er ligeledes behov for videndeling, som kan understøtte implementering og ensartet kvalitet på tværs af landet. En række af de tidligere nævnte anbefalinger sigter også mod videndeling og implementering på tværs af landet.

Anbefaling om evaluering af fremtidige initiativer

Kommuner og regioner skal sikre opfølgende evaluering af de initiativer, der igangsættes på baggrund af det faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. De elementer, der blandt andet bør være fokus på, er kvalitet og organisering. (side 58).

Anbefaling om fokus på nye forskningsområder

Styregruppen for den ældre medicinske patient udpeger forskningsområder, der kan bidrage til at skabe evidens og sikre best practice – særligt i forhold til effekt og organisering af indsatser målrettet den ældre medicinske patient (side 58).

Anbefaling om forskningsfora

Kommuner og regioner bør i fællesskab med inddragelse af relevante faglige aktører danne tværsektorielle og tværfaglige fora med henblik på at igangsætte

forskning målrettet den ældre medicinske patient – herunder forskning påpeget af styregruppen (side 58).

Anbefaling om videnspredning og -deling

Kommuner og regioner bør sikre en fælles landsdækkende vidensprednings- og videndelingsportal, hvor blandt andet eksisterende faglige retningslinier, evidens og best practice målrettet den ældre medicinske patient gøres nemt tilgængelig (side 60).

1 Indledning

1.1 Baggrund

I Sundhedspakke 2009 har regeringen præsenteret en række initiativer, der skal styrke indsatsen for de ældre medicinske patienter. Efterfølgende blev der i finansloven for 2010 aftalt, at der under Sundhedsstyrelsen skulle nedsættes en styregruppe med centrale myndigheder, videnskabelige og sundhedsfaglige selskaber, regioner og kommuner, samt patient- og interesseorganisationer. Styregruppens formål er blandt andet at rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af et fagligt oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, der har fokus på at belyse, hvordan der kan foretages reduktioner i antallet af (gen)indlæggelser for de ældre medicinske patienter, skabes sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af kommuner og regioner, forslag til initiativer der kan understøtte øget patientinddragelse, afdække best practice og ved hjælp af videndeling og implementering understøtte ensartet kvalitet på tværs af landet.

Anbefalingerne i det faglige oplæg har fokus på udfordringer, der er særligt relevante for den ældre medicinske patient, og som kan bidrage til at opfylde ovennævnte punkter. Det faglige oplæg har ikke til opgave at sikre, at samme løsning på en specifik udfordring bredes ensartet ud over landet, men oplægget skal sikre samme kvalitet i løsningen af den samme udfordring på tværs af landet.

Indenrigs- og Sundhedsministeriet har i oktober 2009 udgivet en analyse af de ældre medicinske patienters forløb (1) på tværs af regioner og kommuner. Analysen viser blandt andet stor variation på landsplan i forekomsten af korte indlæggelser og genindlæggelser, hvilket indikerer et potentiale for at reducere omfanget af uhensigtsmæssige indlæggelser. Med uhensigtsmæssige indlæggelser menes de indlæggelser, som ikke løser patientens aktuelle problem, er unødvendigt belastende for patienten og samtidig ressourcekrævende. Der er ligeledes stor variation på tværs af sygehuse med hensyn til indlæggelsestid og antal af langvarige indlæggelser for ældre medicinske patienter.

Der er igennem de sidste ti år sket mange forandringer i det danske sundhedsvæsen – såvel kommunalt som regionalt.

På de danske sygehuse er såvel sengekapaciteten som indlæggelsestiden reduceret og samtidig har der været en vækst i de ambulante aktiviteter. Der forventes en yderligere reduktion i sengekapaciteten på sygehusene over de næste år.

Antal normerede senge i de medicinske afd. er faldet fra 8895 til 7692 fra 2002 til 2008. Samlet er de tilsvarende tal for alle normerede senge i alle specialer reduceret fra 22.225 til 18.303 fra 2002 til 2008.

Indlæggelsestiden for de ældre er fra 2001 til 2008 faldet fra 9,7 til 7,4 dage

Fra 2002 til 2008 er antallet af ambulante besøg for de ældre øget med 26 % (1).

I den nye sygehusstruktur og med den nye specialeplanlægning for de lægefaglige specialer samles den specialiserede behandling og den akutte behandling i løbet af de kommende år på færre sygehuse. Sidstnævnte betyder at patienterne mødes af

en bredere vifte af forskellige specialer i de fælles akutmodtagelser, hvilket kan betyde, at patienten hurtigere udredes og hurtigere udskrives.

Ovennævnte stiller nye krav til det nære sundhedsvæsen. Nogle af de tidligere sygehusopgaver bliver allerede nu varetaget i tæt samarbejde mellem almen praksis og kommunerne. Der er således sket et skift i, hvem der varetager hvilke opgaver. Der er gennem de seneste år gjort mange gode erfaringer i det kommunale sundhedsvæsen med, hvordan man lokalt kan løse opgaverne. Kommunerne er som regionerne meget forskellige - både i forhold til befolkningssammensætning og areal - hvilket kan have en betydning for, hvordan det er muligt at organisere det nære sundhedsvæsen for at kunne tilbyde samme høje faglige kvalitet i hele landet.

Den ældre medicinske patient har ofte behov for tilbud på tværs af sektorer og lægefaglige specialer (indenfor såvel medicin, kirurgi som psykiatri). Der er derfor behov for at se på, hvilke initiativer der kan bidrage til at sikre bedre sammenhæng i patientforløbene. Det er særlig påkrævet, fordi tilbud og organisering ofte tager udgangspunkt i sektorer, institutioner og faggrænser med risiko for, at patienten "tabes" mellem sektorer eller specialer, at information går tabt, og der ikke gives det rette tilbud. Forløbsprogrammer for kronisk sygdom og sundhedsaftaler er nogle af de tiltag, der de senere år er taget i brug for at skabe sammenhæng på tværs af sektorer.

Den ældre medicinske patient er ofte karakteriseret ved flere forskellige sygdomme, hvilket betyder, at der skal sikres sammenhæng til de anbefalinger og krav, der allerede ligger på det pågældende område fx Kræftplan III og National handlingsplan for demensindsatsen samt forløbsprogrammer for kronisk sygdom.

Det faglige oplæg har taget udgangspunkt i gældende lovgivning på området, dvs. sundhedsloven og serviceloven. Såfremt der allerede foreligger anbefalinger, krav eller fx standarder i Den danske kvalitetsmodel på nogle af områderne i patientforløbet og disse fx ikke er fuldt implementeret, har Sundhedsstyrelsen valgt ikke at gentage disse anbefalinger i det faglige oplæg.

Mange af de udfordringer, som vedrører den ældre medicinske patient, er velkendte og de involverede parter har gennem en årrække peget på tiltag, der skønnes påkrævet.

Der har i forbindelse med arbejdet været nedsat arbejdsgrupper med repræsentanter fra kommuner, regioner, ministerier, faglige og videnskabelige selskaber, organisationer, forskningsinstitutter og repræsentanter for patienter og interesseorganisationer på ældreområdet. Arbejdsgrupperne har ydet et stort bidrag med at identificere væsentlige udfordringer samt peget på forskellige løsninger.

Det har været Sundhedsstyrelsens ambition, at anbefalingerne så vidt muligt bør baseres på evidens eller som minimum evaluerede erfaringer. Set i lyset af de mange planlægningsmæssige aspekter, der indgår i den ældre patients forløb i sundhedsvæsenet, har det ikke været muligt at foretaget en systematisk litteratursøgning og vurdering med hensyn til evidens for udfordringer og løsninger indenfor området.

Arbejdsgrupperne har bidraget med sundhedsfaglige erfaringer og viden om evidens på området. Det har vist sig, at der kun er sparsom dansk evidens omkring organisatoriske udfordringer og løsninger, men til gengæld er der mange praktiske erfaringer. For den internationale litteratur gælder, at det i mange tilfælde kan være

svært at bruge evidensen på grund af blandt andet organisatoriske og geografiske forskelle mellem landene.

Sundhedsstyrelsen har herudover inddraget den viden, som gennem en årrække er blevet lagt frem på forskellige konferencer.

Således baserer nogle af anbefalingerne sig på evidens, mens andre anbefalinger alene baserer sig på sund fornuft og sundhedsfaglige erfaringer. I oplægget er der ikke foretaget en prioritering mellem de enkelte anbefalinger. Det faglige oplæg indeholder også eksempler på viden på området, som kan være nyttige i udbredelsen af indsatser for den ældre medicinske patient.

Det har ikke været muligt at dokumentere aktivitet for det samlede patientforløb for den ældre medicinske patient dels på grund af forskellig registreringspraksis på sygehuse, i almen praksis og kommuner og dels fordi systemerne ikke umiddelbart interagerer.

Oplægget er udarbejdet i perioden fra august 2010 til marts 2011 og er i april 2011 sendt i høring hos alle relevante interessenter. Efter høringen indgår det faglige oplæg i en politisk proces, hvor handlingsplanen forventes konkretiseret med mål og tidsplan for implementering. Styregruppen for den ældre medicinske patient forventes forsat at rådgive Sundhedsstyrelsen i det videre arbejde, herunder at understøtte og følge implementeringen og resultaterne af den forventede nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Oplægget og dets anbefalinger retter sig mod politikere, administratorer, ledere samt de faglige miljøer og fagprofessionelle, som alle bør være med til at sikre, at anbefalingerne omsættes til praksis og dermed sikre og forbedre den styrkede samlede indsats for den ældre medicinske patient. Herudover retter oplægget sig mod ældre medicinske patienter og deres pårørende.

1.2 Læsevejledning

I dette indledende **kapitel 1** beskrives baggrunden, processen og kommissorium for udarbejdelsen af det faglige oplæg til en national handleplan.

Kapitel 2 indeholder en nærmere afgrænsning af målgruppen ”den ældre medicinske patient”. Kapitlet opřidser en række af de forskellige karakteristika, der i varierende grad kan forekomme hos ældre medicinske patienter, med følgende differentieret behov for en sundhedsfaglig indsats.

Kapitel 3 indeholder en beskrivelse af tilstande, hvor der er potentiale for forebyggelse og tidlig opsporing med henblik på at undgå forværring af den ældre medicinske patients tilstand og undgå uønsket indlæggelse. Kapitlet har fokus på følgende områder: Nedsat fysisk aktivitet, faldtendens, dårlig ernæringsstilstand, ensomhed og isolation samt systematisk observation af sygdomstegn.

Kapitel 4 fokuserer på almen praksis og kommunernes værktøjer og muligheder i forhold til at sikre patienten det rette sundhedsfaglige tilbud og undgå uønsket indlæggelse. Kapitlet skitserer almen praksis’ rolle som gatekeeper i forhold til henvisning til sygehus, behovet for hurtig adgang til

rådgivning imellem relevante fagprofessionelle, samt erfaringer med kommunale akutte plejetilbud som alternativ til en sygehusindlæggelse.

Kapitel 5 beskriver hvordan sygehusene i samarbejde med det kommunale sundhedsvæsen og almen praksis kan reducere forekomsten af u hensigtsmæssige indlæggelser samt, at der bør være fokus på sammenhæng i patientforløbet. Kapitellet fokuserer ligeledes på vigtigheden af, at den tid patienterne er indlagt på sygehus ikke bliver unødvendig lang.

Kapitel 6 fokuserer på udskrivning efter sygehusophold samt opfølgning efter udskrivelse. Kapitellet beskriver blandt andet forskellige tiltag, der kan sikre gode udskrivningsforløb og sikre sammenhæng på tværs af sektorer samt reducere antallet af genindlæggelser.

Kapitel 7 omhandler udfordringer i forhold til medicin. Kapitellet har fokus på medicineringsprocessen, polyfarmaci – herunder medicinafstemning og medicingennemgang, dosisdispensering, Det Fælles Medicinkort og patientsikkerhed.

Kapitel 8 fokuserer på god IT kommunikation og herunder landsdækkende fælles elektroniske kommunikationsstandarder. Endvidere beskrives potentialet i øget anvendelsen af telemedicin.

Kapitel 9 omhandler behovet for forskning og videndeling på tværs af sektorer.

Kapitel 10 fokuserer på generel forebyggelse og sundhedsfremme, der kan mindske risikoen for, at de ældre kommer til at tilhøre gruppen af ældre medicinske patienter.

2 Den ældre medicinske patient

For at kunne målrette den forstærkede indsats til den ældre medicinske patient er der behov for en nærmere afgrænsning af målgruppen ”den ældre medicinske patient”.

”Den ældre medicinske patient” er karakteriseret ved høj alder og typisk flere af nedenstående faktorer

- svær sygdom,
- flere samtidige sygdomme (komorbiditet),
- nedsat funktionsniveau fysisk og/eller cerebralt,
- begrænset egenomsorgskapacitet,
- multimedicingering (polyfarmaci) og
- behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse (2)

Det forventes, at det med denne karakteristik vil blive muligt at kunne differentiere de ældre medicinske patienter fra de ældre borgere, som har et højt funktionsniveau, velbehandlet kronisk sygdom, god egenomsorgskapacitet og et stort socialt netværk.

Mulighederne for yderligere karakterisering af den ældre medicinske patient og præcisering af problemstillinger eller behov gennem anvendelse af eksisterende registerdata er undersøgt. Eksisterende registerdata kan sige noget om den ældre medicinske patients forbrug af sundheds- og serviceydelser indenfor den enkelte sektor (sygehuse, almen praksis, kommuner) og medicinforbrug via lægemiddelregistret, men data kan ikke meningsfuldt samkøres på tværs af sektorer blandt andet på grund af forskellig registreringspraksis (3).

Med stigende alder er der imidlertid registrerede data, der hver for sig bekræfter, at sygeligheden tiltager eller, at der er et generelt nedsat funktionsniveau, som giver øget behov for sundheds- og/eller serviceydelser.

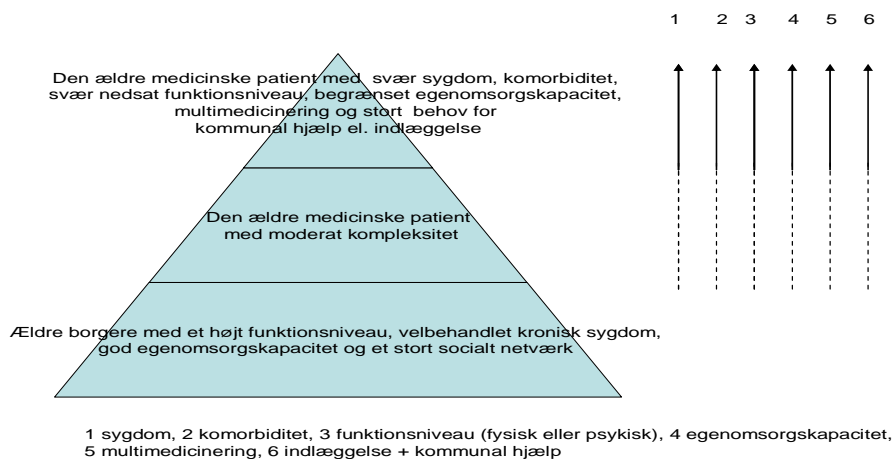
På sygehusene udgør de medicinske patienter ca. 40 % af sygehusenes somatiske patienter (4,5). Patienter ≥ 65 år udgør ca. halvdelen af de medicinske patienter. Sygeligheden er størst blandt ældre ≥ 85 år.

Antallet af kontakter til almen praksis og hjemmeplejen stiger med alderen. En patient henvist fra almen praksis til sygehus vil i de følgende år gennemsnitligt have 10-12 kontakter til almen praksis

Mange af de ældre medicinske patienter har udover kontakten til almen praksis også kontakt til både det kommunale sundhedsvæsen og regionernes sygehuse. En del af disse ældre patienter har kroniske sygdomme og er dermed også målgruppe for de forløbsprogrammer, som regioner og kommuner er i fuld gang med at udvikle og implementere. Men gruppen af ældre medicinske patienter er på mange måder også en differentieret gruppe. De kan således ikke stratificeres alene ud fra diagnose, sværhedsgrad og komplikationer af den kroniske sygdom. For at få et

billede af de ressourcer fra kommune, region og almen praksis, der er nødvendige, for at patienten får de rette behandlings- og plejetilbud, skal de øvrige faktorer, der karakteriserer den ældre medicinske patient, derfor inddrages.

Jo flere faktorer, der er i spil hos den enkelte patient og jo sværere den enkelte faktor er påvirket, jo større er sandsynligheden for, at der kræves en differentieret, tværfaglig, flerstrengt og sammenhængende indsats fra hele sundhedsvæsenet. Dette er illustreret i nedenstående figur, hvor pilene illustrerer de forskellige faktorer: sygdom, komorbiditet, fysisk og psykisk funktionsniveau, egenomsorgskapacitet, multimedicinering og indlæggelse og kommunal hjælp. Jo større påvirkning af den enkelte faktor, jo højere bevæger man sig op af pilen. Hvis alle faktorerne er påvirket i svær grad vil patienten med stor sandsynlighed befinde sig i den øverste tredjedel af trekanten. Men det er samtidig vigtigt at bemærke, at alle faktorer ikke nødvendigvis har samme vægtning.



Patienter og pårørende har forskellige viden, ressourcer og værdier, som bør inddrages og tilgodeses for at sikre et optimalt forløb for den enkelte patient.

Desuden møder patienter og pårørende sundhedsvæsenet med forskellige forventninger og behov. Det har vist sig, at en øget patientinddragelse kan fremme tilfredsheden og have en positiv virkning på et behandlingsudfald. Samtidig er det vigtigt, at den enkelte patients og pårørendes valg respekteres.

Medicinske og geriatriske patienter og deres pårørende, oplever at blive mindre inddraget i eget forløb end andre patienter (6).

Der bør også fokuseres på, at pårørende til den ældre medicinske patient kan have særskilte behov for information og støtte fra de involverede fagprofessionelle, jævnfør initiativer som i fx Kræftplan III.

En del ældre medicinske patienter har nedsat kognitiv funktion og kan derved have svært ved at overskue deres egen situation og tage stilling til forskellige indsatser fx behandling og pleje. At have en demenssygdom tillige med andre diagnoser kan

stille patienten i en særlig sårbar situation. Dette kan medføre problemer i relationen mellem de fagprofessionelle og patienten på grund af manglende forståelse for den tilbudte indsats. Det vil være vigtigt i forbindelse med demens at have fokus på, om inddragelse af pårørende sker tilstrækkeligt. Tilsvarende er det vigtigt, at de fagprofessionelle er opmærksomme på, om der er kognitive problemer, der kræver en særlig indsats for at sikre patienttilfredshed, kvalitet og sammenhæng i patientforløbet.

Andre ældre medicinske patienter er særligt sårbare, og de kan være svære at opfange i sundhedssystemet. Det kan være ældre, som er socialt dårligt stillede, men det kan også være tidligere ressourcestærke ældre, som nødtigt vil erkende deres skrøbelighed overfor behandlersystemet. Nogle afslår derfor kommunens tilbud om hjælp – fx forebyggende hjemmebesøg. Det samme kan også ses i gruppen af ældre med misbrugsproblemer, psykisk sygdom eller lettere demens.

Det er derfor en udfordring at få identificeret de særligt sårbare patienter, så der kan tilrettelægges en målrettet indsats i forhold til denne gruppe og samtidig respektere, at selvom patienter og deres pårørende i stigende grad forventes at spille en aktiv rolle, er der patienter, som hverken formår eller ønsker at deltage i beslutningsprocesserne omkring forebyggelse, behandling og pleje.

Samlet set betyder det, at der ikke vil være én løsning, der er den rigtige for alle, men der vil være behov for forskellige og fleksible løsningsmodeller, der også kan tilpasses ældre medicinske patienter med særlige behov. Der vil i de efterfølgende kapitler blive set på værktøjer, som kan være et supplement i en beslutning om at give den rette patient det rette tilbud.

Det vurderes, at der er brug for værktøjer, der kan bidrage til, at regioner og kommuner kan planlægge deres målrettede indsatser overfor forskellige grupper af ældre medicinske patienter, således at planlægning kan understøtte den ældre medicinske patients behov.

Anbefaling 1: Planlægningsværktøjer til kommuner og regioner

Der bør i regi af Sundhedsstyrelsen og i samarbejde med relevante parter udvikles værktøjer, der kan understøtte regioners og kommuners planlægning af målrettede indsatser overfor forskellige grupper af ældre medicinske patienter.

Anbefaling 2: Patient- og pårørendeinddragelse

Der er behov for øget patientinddragelse i relation til den ældre medicinske patient. I det omfang patienten ønsker det, skal der ske inddragelse af pårørende. Inddragelse på individuelt og organisatorisk niveau vil fremme en større sammenhæng i hele forløbet for patienten og kvaliteten af forløbet. De fagprofessionelle skal derfor løbende sikre, at alle relevante dele af det enkelte forløb systematisk er afstemt med patientens og eventuelt pårørendes forventninger.

Herudover bør patienter og pårørende være repræsenteret i relevante fora, hvor udvikling og evaluering af det regionale og kommunale sundhedsvæsen drøftes for at sikre deres kontinuerlige involvering i en forbedring af kvaliteten.

3 Forebyggelse og tidlig opsporing hos de ældre medicinske patienter

I dette kapitel er der fokus på tilstande, som det er væsentligt at kunne forebygge eller opspore tidligt hos den ældre medicinske patient, idet indsatser overfor disse tilstande vil kunne være med til at sikre patientens livskvalitet og forebygge indlæggelser.

Generel forebyggelse og sundhedsfremme til alle ældre – herunder sundhedsfremme til de ældre medicinske patienter er behandlet i kapitel 10.

3.1 Målrettede indsatser

De ældre medicinske patienter er, som tidligere nævnt, typisk karakteriseret ved svær sygdom og/eller nedsat funktionsniveau og/eller begrænset egenomsorgskapacitet og/eller polyfarmaci med mere.

Flere tilstande kan påvirke såvel patientens livskvalitet som sygelighed og er derfor væsentlige mål for forebyggelse, ligesom forebyggelse af disse tilstande forventes at kunne reducere uhensigtsmæssige indlæggelser. Det gælder blandt andet:

- Nedsat fysisk aktivitet – fysisk inaktivitet
- Faldtendens - forårsaget af fx medicinpåvirkning, svimmelhed og/eller nedsat muskelfunktion
- Påvirket ernæringstilstand – underernæring
- Ensomhed - isolation
- Sygdomstegn – forårsaget af begyndende ny sygdom eller forværring af kronisk sygdom

Disse tilstande kan udvikles over en kortere eller længerevarende periode, og den forebyggende indsats og den tidlige opsporing bør derfor overvejende foregå via observationer ved regelmæssige kontakter. Disse observationer ligger dermed mest naturligt der, hvor den ældre medicinske patient har den største kontakt til fagprofessionelle. Dette vil for langt de fleste ældre medicinske patienter være i almen praksis samt i kommunerne, hvor der imidlertid ikke er tradition for, at de kommunale frontmedarbejdere systematisk foretager tidlig opsporing af de nævnte tilstande. Samtidig er det vigtigt, at der for relevante fagprofessionelle er nem og enkel adgang til at henvise de ældre medicinske patienter til de forebyggende og sundhedsfremmende tilbud. Indsatser mod visse af ovenstående tilstande, kan indgå i såvel de kommunale som regionale rehabiliteringsprogrammer.

I de tilfælde hvor patienten indlægges, bør den forebyggende indsats fortsætte under indlæggelse og være integreret i behandlingen ligesom disse indsatser også bør fortsætte efter udskrivning.

I forbindelse med et igangværende arbejde i Sundhedsstyrelsen med udarbejdelse af kliniske retningslinjer for demens, forventes det, at tidlig opsporing af demens vil indgå.

3.2 Nedsat fysisk aktivitet/inaktivitet

Den ældre medicinske patients fysiske funktionsniveau har stor betydning for, hvor meget hjælp, der er behov for i hverdagen, og for hvordan den ældre medicinske patient kommer igennem et sygdomsforløb og hvilke støtteforanstaltninger, der efterfølgende er behov for. Således er det vist, at jo højere et funktionsniveau patienten har i ugerne før en indlæggelse, jo bedre er funktionsniveauet ved opfølgning. Der er flere studier, der viser, at funktionsniveauet inden sygdom er en prædikator for, hvordan den ældre vil klare sig efterfølgende (7).

Kortvarig fysisk inaktivitet, som ofte opstår i forbindelse med akut sygdom, kan have betydning for det fremtidige fysiske funktionsniveau hos den ældre medicinske patient. Således kan blot en enkelt dags sengeleje på grund af sygdom have negativ betydning for funktionsevnen, selv hos de ældre der vurderes at have lav risiko for tab af funktionsevne (9).

Activity in Daily Living (ADL) niveauet ved indlæggelse er prædiktivt for udgifterne forbundet med sygehusindlæggelsen, dødelighed under indlæggelse, behov for plejebolig og 12 mdr. overlevelse (8).

For at de fagprofessionelle kan foretage tidlig opsporing af nedsat eller faldende fysisk funktionsniveau, kræver det, at den fagprofessionelle objektivt kan observere og beskrive funktionsniveauet og en eventuelt ændring i dette niveau med validerede, systematiske, let anvendelige ”værktøjer”.

Ved sengeleje falder konditionen 1-2 % daglig (10) og muskelstyrken 3-4 % dagligt (11) i den første uge.

Følgende er eksempler på værktøjer, der kan benyttes til beskrivelse af det fysiske funktionsniveau:

Rejse-sætte-sig-testen eller *stole-testen* (12) er letanvendeligt værktøj, som med fordel kan benyttes i såvel kommunerne, almen praksis som på sygehuse.

Et andet værktøj er *Cumulated Ambulation Score (CAS)* (13), en objektiv test, der på en enkel måde vurderer patientens basale mobilitet (forflytning fra liggende til stående stilling, siddende til stående stilling samt gangfunktion). CAS kan benyttes til at monitorer mobilitet fra dag til dag. Hos indlagte patienter kan CAS benyttes med henblik på at lave en strategi for et tværfagligt behandlingsforløb under indlæggelse og ved udskrivelse til en vurdering af, om patienten skal udskrives til eget hjem eller fx en rehabiliteringsafdeling.

Endelig kan Avlunds mobilitets-trætheds skala bruges til at vurdere funktionsevnen ud fra en række spørgsmål til den ældre om mobilitet og træthed. Værktøjet anvendes af de praktiserende læger, men kan også bruges af de fagprofessionelle i hjemmeplejen (14).

Når der ved systematisk opsporing konstateres nedsat fysisk funktionsniveau hos den ældre medicinske patient, bør det sikres, at patienten tilbydes træning tilpasset funktionsevne og behov. Dette gælder uanset, hvor i sundhedsvæsenet patienten

befinder sig. Der er flere anbefalinger, der bygger på solid evidens for, hvordan og hvor meget der bør trænes dagligt (15). Det gælder således om, at sundhedsvæsenet sørger for, at disse anbefalinger implementeres i hverdagen.

Samtidig skal de frontmedarbejdere, der har kontakt til de ældre medicinske patienter være med til at undgå, at den ældre bliver inaktiv. I almen praksis og i kommunalt regi ligger der en opgave med at inddrage og vejlede ældre medicinske patienter til selv at tage aktiv del i egen sundhed og til at bevare et godt fysisk funktionsniveau. De ældre medicinske patienter skal som hovedprincip ikke have passiv hjælp, men skal trænes til selv at kunne klare praktiske opgaver i den udstrækning, det er muligt. En undersøgelse "Længst muligt i eget liv" viser et eksempel på, hvordan rehabilitering kan integreres i hverdagen med borgeren som aktiv medspiller (16).

I følge Sundhedsloven skal patienterne have tilbud om genoptræning, såfremt der efter udskrivning fra sygehus er et lægefagligt begrundet behov for genoptræning (17). Træning under en indlæggelse og efter udskrivning vil blive beskrevet i kapitel 5.

I Serviceloven er der fastsat regler for den vedligeholdelsestræning og genoptræning, som kommunen skal tilbyde efter en konkret individuel vurdering af behov (18).

Anbefaling 3: Værktøj til identifikation af nedsat funktionsniveau

I regi af Sundhedsstyrelsen vurderes i samarbejde med relevante parter, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis til:

- systematisk identifikation af nedsat fysisk funktionsniveau hos den ældre medicinske patient.

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

3.3 Faldtendens

Faldrelaterede skader er en af de væsentligste årsager til tab af fysisk funktionsevne, akutte henvendelser, indlæggelse på sygehus samt indflytning i plejebolig blandt borgere over 65 år. Der er identificeret mere end 400 forskellige risikofaktorer for fald. Faldulykker er en hyppig ulykkestype blandt ældre og medfører store menneskelige og samfundsøkonomiske omkostninger (20).

1/3 af ældre over 65 år og halvdelen af ældre over 80 år falder mindst en gang om året. Efter første fald, er der 2-3 gange øget risiko for gentagne fald inden for det kommende år (19).

Ældres frygt for at falde fører til indskrænkninger i aktivitet. Frygten for at falde kan være associeret med nedsat gangfunktion, depressive symptomer, nedsat

funktionsevne herunder nedsat hørelse og nedsat syn, faldhistorie og multimorbiditet (21).

En af de medvirkende faktorer til faldulykker blandt ældre medicinske patienter er et faldende fysisk aktivitetsniveau. Nedsat muskelstyrke og balanceevne indgår som elementer i de multifaktorielle årsager til faldulykker. Nedsat muskelstyrke kan

10-20 % af alle fald resulterer i alvorlige skader, hvoraf ca. 5 % er knoglebrud, heraf er 1 % hoftebrud. Faldulykker blandt ældre er årsag til ca. 1000 dødsfald årligt (22)

også hænge sammen med underernæring, som er en af de andre tilstande der kan påvirke den ældre medicinske patients livskvalitet og sygelighed. Andre hyppigt medvirkende årsager er svimmelhed og medicinbivirkninger.

De fagprofessionelle kan foretage forebyggelse og tidlig opsporing af risiko for faldtendens ved fx at benytte de samme værktøjer som beskrevet under afsnit 3.2 om nedsat fysisk aktivitet.

I forbindelse med et fald er det vigtigt at huske, at der kan være flere årsager til faldet. Ældre medicinske patienter bør derfor henvises til en lægelig vurdering eller udredning, når der beskrives/observeres fald eller når screening af den ældre medicinske patient afslører risiko for fald. Der bør således såvel i forbindelse med skadestuekontakt som ved indlæggelse, opstartes udredning af årsager til fald (18).

I øvrigt er der dokumentation for, at en systematisk multifaktoriel faldforebyggelse, hvor fysisk træning er central, kan reducere forekomsten af faldulykker og faldrelaterede skader (23).

Omkring forebyggelse af fald foreligger der national rådgivning til sundhedsvæsenet, som bør implementeres (20). Flere kommuner har desuden erfaring med implementering af faldforebyggelse i hverdagen, men faldforebyggelse er ikke nødvendigvis et tilbud i alle kommuner.

Anbefaling 4: Implementering af faldforebyggelse

Alle kommuner skal implementere initiativer, der systematisk forebygger fald blandt ældre medicinske patienter.

3.4 Dårlig ernæringstilstand – underernæring

Forekomsten af dårlig ernæringstilstand blandt ældre er højst blandt de sårbare ældre medicinske patienter og mindst blandt de raske ældre.

Det vurderes, at det ideelle Body Mass Index (BMI) for ældre i pleje bør være: 24 -29 (24).

Ældre medicinske patienter er i særlig risiko for at blive underernæret, hvorved risikoen for komplikationer i form af fx

En undersøgelse på 4000 ældre viser at: 20% har BMI <18,5 og 60% har BMI <24

infektioner på grund af nedsat immunforsvar øges (25). Utilsigtet vægttab er altid et advarselstegn.

Uanset hvor i sundhedsvæsenet den ældre medicinske patient befinder sig, skal en dårlig ernæringstilstand eller et begyndende uhensigtsmæssigt vægttab opdages hurtigst muligt. For at de fagprofessionelle kan foretage tidlig opsporing af utilsigtet reduktion i ernæringstilstand eller underernæring kræver det, at den fagprofessionelle objektivt kan observere og beskrive ernæringstilstand med validerede, systematiske, let anvendelige værktøjer.

Der er udviklet flere værktøjer, der kan benyttes til vurdering af den ældres aktuelle ernæringstilstand – enten værktøjer som den ældre selv kan benytte efter instruktion af sundhedspersonale (26) eller værktøjer som de fagprofessionelle kan benytte (27,28).

Ældre på plejecentre og i hjemmeplejen bør vejes regelmæssigt, fx en gang månedligt, så man kan gribe ind på et tidligt tidspunkt over for vægttab og underernæring. Ved aktuel sygdom bør de ældre medicinske patienter vejes hyppigere, for eksempel en gang ugentligt. I den danske kvalitetsmodel (DDKM) er der for

I flere studier er det vist, at en ernæringsindsats i form af energirige drikketilskud, klinisk diætist med mere målrettet ældre medicinske patienter kan reducere forekomsten af komplikationer, indlæggelsestid, og udgifter til sygehusopholdet samt øge overlevelsen (29,30)

kommunerne udviklet standarder vedrørende ernæringscreening og indsats. Kvalitetsstandarder (DDKM) for ernæringscreening og indsats bør implementeres i kommunerne.

Hvis der ved opsporing påvises underernæring, bør den ældre henvises til almen praksis – også for at sikre at der ikke er en bagved liggende sygdom, som bør udredes.

For ældre i hjemmeplejen er det vist, at der er færre, der falder, når de tilbydes en ernæringsindsats i form af klinisk diætist og energirige drikketilskud (31).

Da en del ældre har en lille appetit, der yderligere kan forringes ved sygdom, kræves der for ældre medicinske patienter en særlig opmærksomhed i forhold til deres ernæringsmæssige behov. En ekspertgruppe nedsat af Fødevarestyrelsen har i 2009 udarbejdet og opdateret anbefalingerne for den danske institutionskost (32). Kommunerne bør sikre, at den ældre tilbydes en ernæringsrigtig kost, der er tilpasset behovet hos den ældre medicinske patient og følger ovennævnte anbefalinger for dansk institutionskost.

Omstændighederne omkring måltidet har betydning for kostindtaget og dermed for ernæringstilstanden hos de ældre medicinske patienter. Det er der fokus på i rapporter udgivet af Danmarks Fødevareforskning (34) og Servicestyrelsen. I Servicestyrelsens projekt ”Godt liv – Godt liv” ser man også nærmere på evidensen for, at en mad-/måltidspolitik reelt kan være med til at sikre ældres ernæringsbehov/forbedre ernæringstilstanden (35).

Mindre institutionsprægede og mere hjemlige måltider har en positive effekt på ældre beboeres ernæringstilstand og funktionsevne (33).

Der er i den forbindelse udarbejdet en guide til, hvordan man kan udarbejde og implementere en mad- og måltidspolitik.

Anbefaling 5: Værktøj til identifikation af ernæringstilstanden (underernæring)

I regi af Sundhedsstyrelsen vurderes i samarbejde med relevante parter, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis til:

- systematisk identifikation af ernæringstilstanden (underernæring)

hos den ældre medicinske patient.

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

3.5 Ensomhed - isolation

Ældre med svage sociale relationer og ensomhed er en befolkningsgruppe med relativ stor sygdomsbelastning og få ressourcer – og gruppen udgør dermed en særlig udfordring for både almen praksis og kommuner.

Ensomme Gamles Værn oplyser på deres hjemmeside, at 65.000 ældre føler sig helt eller periodevist ensomme.

Ældre kvinder uden kontakt til deres børn har en tre gange højere dødelighed end en tilsvarende gruppe med regelmæssig kontakt. Nedsat kognitiv funktion (fx nedsat hørelse og syn) eller fx depression kan medføre ensomhed og isolation. (37)

Opmærksomhed og målrettet handling på den ældre medicinske patient, som har et svagt socialt netværk med isolation, kan dels medføre øget livskvalitet hos den enkelte patient, men forventes også at kunne reducere forbruget i sundhedsvæsenet.

Nogle af de ældre medicinske patienter har ikke kontakt til deres familie. Det er derfor vigtigt, at der i kommunerne er fokus på at skabe et socialt netværk for den ældre medicinske patient. En mulighed kan være inddragelse af besøgsvenner. Det bør overvejes, om frivillige kan inddrages mere i det kommunale arbejde med de ældre medicinske patienter, som er socialt isolerede.

På plejecentre må det i vurdering af aktiviteter til beboerne naturligt indgå, hvordan aktiviteter kan være med til at styrke sociale relationer – herunder også til samfundet uden for plejecentret.

Grupper med svage sociale relationer er relateret til 1000 til 1500 dødsfald årligt. Hertil kommer 10.000 hospitalsindlæggelser og ca. 200.000 konsultationer i almen praksis (36).

6 % af alle ældre over 65 år træffer sjældent eller aldrig deres familie.

4,6 % af de 65-74 årige og 9,7 % af alle ældre over 75 år er uønskede alene.

Kommuner bør medtage, at det er nødvendigt at have fokus på ensomhed i deres kontakt til den ældre medicinske patient og i deres pårørendepolitik.

3.6 Sygdomstegn – begyndende ny sygdom eller forværring af kronisk sygdom

For de mange ældre medicinske patienter, som har en kronisk sygdom, er det vigtigt at være opmærksomme på, om de er ved at udvikle komorbiditet og/eller langsom forværring af deres kroniske sygdom med henblik på, om det er muligt at stoppe en sådan udvikling.

En langsom forværring af en kronisk sygdom – fx hos en patient med kronisk obstruktiv lungesygdom med langsom forværret lungefunktion – er vigtig at opspore tidligt og med en tidlig indsats hindre yderligere forværring af almentilstanden, reducere antal (gen)indlæggelser og bedre livskvaliteten for patienten.

Tidlig opsporing af en tilstand eller sygdom, herunder forværring af en kronisk sygdom er i dag placeret som et væsentligt ansvarsområde hos almen praksis. Her ses opsporing af enkeltindivider med sygdom (case-finding), som en måde til tidlig opsporing af de enkelte patienter. Dette betinger, at almen praksis er vidende og opdateret om risikofaktorer og handler herpå. Ca. 90 % af alle danskere er i kontakt med almen praksis i løbet af et år, så derfor burde der være en god basis for tidlig opsporing af risikofaktorer/sygdomstegn.

Udviklingen af nogle tilstande, som er årsag til (gen)indlæggelse vil kunne forebygges tidligere – fx ved rigelig væskeindtagelse for at undgå forstoppelse og væskeunderskud. Ved tidlig opsporing og behandling af disse tilstande i kommuner og almen praksis vil nogle indlæggelser af den ældre medicinske patient kunne undgås.

Genindlæggelsesfrekvensen opgjort efter diagnose ved primær indlæggelse er for dehydrering, forstoppelse og blærebetændelse henholdsvis 24, 22 og 21 % (38).

Ved tidlig opsporing hos den ældre medicinske patient af en tilstand/sygdom handler det i høj grad om løbende observation af forandringer i den vanlige tilstand i hverdagen, og at der er behov for en høj grad af kvantitet, kontinuitet og systematik i hverdagsobservationerne (39).

For at foretage disse hverdagsobservationer og registrere ændringer i forhold til tidligere observationer skal der udvikles og benyttes et systematisk og evalueret værktøj.

Ændring i den ældres fysiske og psykiske funktionsniveau, ernæringstilstand, faldtendens og isolation kan desuden erkendes i forbindelse med det forebyggende hjemmebesøg, ved besøg i almen praksis og på sygehus (8). I alle sammenhænge vil det være oplagt at teste den ældre medicinske patients fysiske funktionsniveau, ernæringstilstand, faldtendens samt være opmærksom på tegn på en begyndende demenssygdom.

Ved tidlig opsporing af nogle tilstande (fx forstoppelse eller lettere dehydrering) vil indsatsen til den ældre medicinske patient kunne ydes af hjemmeplejen – fx at få

den ældre medicinske patient til at drikke tilstrækkeligt. Andre tilstande – fx hyppige vandladninger - kræver at patienten henvises til almen praksis med henblik på vurdering af behov for behandling af fx en blærebetændelse.

Anbefaling 6: Værktøjer til identifikation af sygdomstegn

I regi af Sundhedsstyrelsen vurderes i samarbejde med relevante parter, hvilke validerede systematiske værktøjer, der bør anvendes i kommuner og almen praksis til:

- systematisk identifikation/tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.)

hos den ældre medicinske patient.

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

3.7 Iværksættelse af forebyggende indsatser

Efter vurdering og beslutning om, hvilke værktøjer der bør benyttes til systematisk identifikation i forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing hos den ældre medicinske patient, bør der i regioner og kommuner udarbejdes samarbejdsaftaler i regi af sundhedsaftaler om konkret ansvarsplacering, handling og opfølgning i almen praksis og kommuner.

Der skal i denne sammenhæng bemærkes, at almen praksis er en vigtig aktør i sundhedsaftalerne, men de er ikke en selvstændig aftalepart. Der skal således sikres lokale aftaler med almen praksis, der er individuelt forpligtende for de praktiserende læger i området.

Anbefaling 7: Handling efter systematisk identifikation af tilstande

Der skal i regi af sundhedsaftaler udformes samarbejdsaftaler for almen praksis og kommuner, der konkret placerer ansvar for implementering af systematisk identifikation samt igangsættelse af relevant handling og opfølgning i forhold til:

- nedsat fysisk funktionsniveau
- ernæringstilstanden (underernæring)
- systematisk identifikation/tidlig opsporing af sygdomstegn (fx forstoppelse, væskemangel, begyndende ny sygdom, forværring af kronisk sygdom mv.)

3.8 Behov for sundhedsfaglig viden, kommunikation og ansvarsplacering for at skabe sammenhæng

Kommune

Hovedparten af de fagprofessionelle i kommunerne har en uddannelse af minimum et års varighed. Mange af disse fagprofessionelle og de øvrige medarbejdere (frontmedarbejdere) har regelmæssig kontakt til mange af de ældre medicinske patienter. Der ligger således hos disse medarbejdere et stort potentiale i forhold til forebyggelse og tidlig opsporing af risici og sygdom hos den ældre medicinske patient - herunder at være opmærksom på og reagere over for simple ændringer i almen tilstanden. Der er allerede fokus på de muligheder, der ligger i forhold til de ældre medicinske patienter, som har et rengøringstilbud i kommunalt regi, og hos de ældre medicinske patienter, der har hjemmepleje. Men der er fortsat en udfordring i at få udfoldet mulighederne hos de fagprofessionelle i kommunerne for fx basale observationer af de ældre medicinske patienter.

For at tidlig opsporing af en tilstand skal have effekt på fx reduktion i antal (gen)indlæggelser kræver det blandt andet, at en ændring i den ældre medicinske patients velbefindende observeres systematisk og hyppigt samt, at der handles tidligst muligt på ændringer. Dette kræver en basal viden og erfaring. Såfremt de kommunale fagprofessionelle skal være proaktive og varetage opgaver indenfor tidlig opsporing, vil der mange steder være behov for kompetenceudvikling.

I den kommunale ældrepleje er: 86 % social- og sundhedshjælpere og assistenter, 11 % sygeplejersker 3 % terapeuter

Ud over at de fagprofessionelle selv skal have viden, skal de også have sundhedspædagogiske værktøjer, så de kan inddrage og vejlede de ældre medicinske patienter i at tage aktiv del i egen sundhed. Sundhedspædagogik vil med fordel også kunne benyttes hos de patienter, som ikke umiddelbart ønsker en indsats. Det er derfor en vigtig kommunal ledelsesmæssig opgave at sikre en kontinuerlig og systematisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling og at fremme udvikling af en sundhedsfaglig praksiskultur, der understøtter en proaktiv indsats overfor de ældre medicinske patienter.

Men systematisk opsamling af observationer er ikke tilstrækkeligt – for at understøtte iværksættelse af den nødvendige indsats bør der også foreligge klare vejledninger/aftaler for, hvornår og hvordan der bør handles, samt hvem der bør kommunikeres med om de indsamlede observationer.

Der kan være behov for, at kommunikation om de opsamlede observationer kan foregå elektronisk. Der ligger således en udviklingsopgave dels med udvikling og implementering af fælles standarder dels at sikre at alle relevante fagprofessionelle kan anvende de eksisterende kommunikationsformer.

Almen praksis

Tidlig opsporing af forværring af en kronisk sygdom samt tidlig opsporing af tegn på begyndende ny sygdom hører også til opgaverne i almen praksis.

Implementering af forløbsprogrammer for kronisk sygdom, med deraf følgende opgaver for almen praksis vil i nogle tilfælde involvere en øget anvendelse af praksispersonale. Almen praksis bør derfor blandt andet rustes til at øge brugen af praksispersonale, at samarbejde med udgående sygehusteam og til at forbedre samarbejdet med kommunens fagprofessionelle (40). Derudover efterspørges større fokusering på almen praksis varetagelse af tovholderfunktion, herunder, at almen praksis har fokus på, om den sårbare patient får den støtte, der kan være nødvendig.

Tidlig opsporing af tilstande/sygdomme hos særligt udsatte ældre, fx patienter med multimorbiditet, bør være i fokus i uddannelse og efteruddannelse af personalet i almen praksis.

Patient- og pårørendeinddragelse

Pårørende spiller en helt afgørende rolle for det gode ældreliv. De nære og langvarige relationer, som ligger i den ældres familie og netværk, er uundværlig for patienten og kan være såvel en støtte for de fagprofessionelle som en ressource. Hos nogle ældre medicinske patienter vil det være muligt at inddrage patienten og/eller den pårørende i hverdagsobservationer, og i hvornår der skal tages kontakt til fx almen praksis - således at en akut forværring også kan opdages i tide. De pårørende kan også ofte være med til at sikre sammenhæng i patientforløbet, men altid med respekt for patienten og de pårørendes ønsker og formåen. Der bør være fokus på, at pårørende til den ældre medicinske patient kan have særskilte behov for information og støtte fra de involverede fagprofessionelle.

De fleste studier om patient-/pårørendeinddragelse stammer fra USA og England, og kun få studier er gennemført i Danmark. Generelt er effekten af pårørendeinddragelse sparsomt belyst (42,43). Kvalitativ forskning omkring patient- og pårørende inddragelse bør prioriteres fremover.

Tidsforbruget af hjælp fra pårørende er meget varierende, men en undersøgelse viser, at knap halvdelen hjælper i 5 timer eller mere om ugen, heraf hjælper 10 % i 20 timer eller mere (41).

En overordnet pårørendepolitik i kommunerne kan fastlægge de overordnede rammer for, hvordan fagprofessionelle bør inddrage, informere og samarbejde med pårørende. Generelt om pårørendepolitik gælder, at den ikke automatisk er det samme som en god pårørendepraksis. Men nedskrevne strategier kan være en god start på udviklingen af mere systematiske relationer og dialog med pårørende. Der findes enkelte eksempler på pårørendepolitikker på sundhedsområdet, det gælder især i forhold til psykiatri, handicap og demens.

På tværs af fag og sektorer

I forbindelse med forebyggelse og tidlig opsporing af tilstande hos de ældre medicinske patienter involveres mange forskellige fagprofessionelle. Uddannelserne er udpræget monofaglige og forbereder derfor ikke i særlig høj grad fagprofessionelle til at arbejde i tværgående og tværfaglige teams. Et velfungerende samarbejde er afgørende for kvaliteten af den samlede indsats. Samtidig er det vigtigt, at der tillige er en klar ansvars- og rollefordeling i kommunen, almen praksis og på sygehus for at vigtig information bringes videre og den nødvendige handling iværksættes.

Det er en vigtig ledelsesopgave at sikre kontinuerlig og systematisk sundhedsfaglig kompetenceudvikling, der målrettet understøtter tværgående og tværfagligt samarbejde.

Anbefaling 8: Uddannelse og kompetencer

Sundhedsstyrelsen tager initiativ til en drøftelse med Undervisningsministeriet om fokus på den ældre medicinske patient i såvel de sundhedsfaglige grunduddannelser (social- og sundhedsuddannelsen og professionsbacheloruddannelsen i sygepleje) som i de sundhedsfaglige efter- og videreuddannelser.

4 Når der skal handles på sygdom

Almen praksis/lægevagten vil ofte være første kontakt, hvor der foretages en vurdering af, hvor i sundhedsvæsenet den nødvendige diagnostik, behandling og pleje bør foregå. Dette kapitel sætter fokus på muligheder for, at værktøjer og rådgivning til den praktiserende læge dels kan bidrage til at sikre patienten den rette behandling det rette sted, og dels bidrage til at patienter undgår en uhensigtsmæssig indlæggelse.

Når diagnostik og behandling varetages af almen praksis, har visse af de ældre medicinske patienter et supplerende subakut/akut plejebestov. I nogle tilfælde kan der være behov for, at der skal varetages andre eller flere observationer og behandlinger, end der sædvanligvis varetages af hjemmeplejen. Kapitlet fokuserer derfor også på subakutte/akutte kommunale døgntilbud, som kan imødekomme disse behov, og som dermed kan være med til at forebygge indlæggelse af ældre medicinske patienter, som i øvrigt ikke har behov for indlæggelse på sygehus.

4.1 Almen praksis som gatekeeper

Almen praksis har ofte et stort kendskab til de ældre medicinske patienter og har derfor et godt grundlag for at medvirke til at sikre, at patienten ved en subakut eller akut sygdom bliver visiteret til det rette behandlings- og plejetilbud på det rette niveau.

Almen praksis, herunder også lægevagten, er gatekeeper og skal kunne vurdere om patientens behov for akut diagnostik, behandling og pleje – sidstnævnte eventuelt i samarbejde med de kommunale fagprofessionelle - kan foregå i regi af almen praksis (44) og eventuelt pleje i samarbejde med kommunen - eller om en indlæggelse er det rette tilbud. Det er således i regi af almen praksis, herunder lægevagten, at den ældre medicinske patient visiteres til en indlæggelse. Derudover bringes nogle patienter direkte til den fælles akutmodtagelse via 112.

Korrekt visitation, for at sikre det rette tilbud til den ældre medicinske patient, kræver erfaring og viden. Foruden en vurdering af den aktuelle sygdom/tilstand kræver det, at hele patientens situation (andre sygdomme samt hverdagsliv) inddrages. I forbindelse med visitation er det vigtigt at skelne mellem et akut behov for behandling og pleje eller et behov for terminal pleje hos ældre medicinske patienter med en eller flere svære kronisk sygdomme. Almen praksis/lægevagten skal have kendskab til de mulige alternativer til indlæggelse på sygehus.

En undersøgelse viste, at 17-20 % af indlæggelserne henvist fra primærsektor kunne ud fra en lægefaglig vurdering være løst i et subakut daghospital (45) -

1/3 af patienterne havde i ugen op til den aktuelle indlæggelse, været i kontakt med praktiserende læge.

Nogle indlæggelser løser ikke patientens aktuelle problem, er unødvendigt belastende for patienten og samtidig unødigt ressourcekrævende. Disse indlæggelser benævnes som uhensigtsmæssige indlæggelser (46). En del ældre

medicinske patienter bor på plejecentre. Manglen på kompetencer hos de fagprofessionelle og viden/kendskab til den enkelte patient kan medføre uhensigtsmæssige indlæggelser.

Ved en vurdering af om en indlæggelse på sygehus er den bedste løsning, kan det være en fordel, hvis almen praksis/lægevagten kan få hjælp af et beslutningsværktøj. Et eksempel på et værktøj, der sammen med en individuel sundhedsfaglig vurdering, har været benyttet til at beslutte, hvilke patienter der har behov for enten en indlæggelse eller et tilbud i regi af kommunen og almen praksis, er Appropriateness evaluation protocol (AEP) (47).

Anbefaling 9: Værktøj, der kan understøtte en sundhedsfaglig vurdering om indlæggelse

I regi af Sundhedsstyrelsen foretages i samarbejde med relevante parter en udvælgelse af validerede værktøjer, der kan understøtte en beslutning i almen praksis om:

- hvilke patienter, der har behov for indlæggelse på sygehus

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

4.2 Diagnostik i almen praksis og adgang til rådgivning

En statusrapport for arbejdet med sundhedsaftalerne viser, at det er vanskeligt at skabe og vedligeholde et fælles overblik over, hvem der kan kontaktes på sygehuse og i kommunerne, når der er behov for informationer eller koordinering omkring en konkret patient. I statusrapporten peges der blandt andet på, at kontaktpersonoversigter og elektronisk kommunikation kan sikre en effektiv kommunikation (48).

Der er en forventning om, at flere patienter kan udredes og/eller behandles i almen praksis/ lægevagten, hvis den praktiserende læge/lægevagten har adgang til hurtig rådgivning eller konference med speciallægerne på sygehus.

Der bør udarbejdes og implementeres lokale retningslinjer for nem tilgængelighed døgnet rundt imellem relevante fagprofessionelle på tværs af sektorgrænser.

Øget udredning og behandling af nogle patienter i almen praksis

kræver imidlertid, at almen praksis kan henvise til et bredere sortiment af diagnostiske undersøgelser, end det på nuværende tidspunkt er muligt. Ligesom det forudsætter hurtige undersøgelsesvar for, at det reelt kan fungere som alternativ til en sygehuskontakt eller en indlæggelse. Der bør samtidig udarbejdes indikationskriterier for henvisning til et bredere sortiment af undersøgelser. I forbindelse med kræftplan III indføres der mulighed for direkte henvisning fra

Studier omhandlende andre patientgrupper viser, fx at direkte adgang til elektiv CT-scanning fra almen praksis giver en nettobesparelse (49) og stiller en hurtigere diagnose.

almen praksis til diagnostiske undersøgelser. Viden om fordele og ulemper fra diagnostisk pakkeforløb for patienter med uspecifikke symptomer på alvorlig sygdom, (der kan være kræft) bør således inddrages i vurderingen af, om almen praksis bør have mulighed for henvisning til et bredere sortiment af diagnostiske undersøgelser.

Anbefaling 10: Rådgivning til almen praksis fra sygehus

Der bør indgås samarbejdsaftaler, som sikrer praktiserende læge/lægevagt nem tilgængelig faglig rådgivning hele døgnet fra speciallæger på sygehus.

4.3 Subakut/akut kommunalt plejetilbud

Når den praktiserende læge vurderer, at diagnostik og behandling kan varetages i almen praksis eller det kan foregå i et subakut/akut ambulant tilbud på sygehus, skal der samtidig tages stilling til patientens behov for pleje.

Der er forventning om, at nogle af de meget korte indlæggelser på ≤ 1 dag kunne undgås, hvis der i kommunerne eksisterer subakutte og akutte kommunale tilbud til de ældre medicinske patienter, der i tillæg til fx ambulant udredning/behandling eller behandling i almen praksis har behov for observation og pleje, som ikke kræver sygehusets muligheder. Det er en forudsætning, at der fortsat bør være ensartet kvalitet i løsningen af det samme subakutte/akutte problem hos de ældre medicinske patienter uanset hvilken sektor, sygehus eller kommune, der har opgaven.

Der er gennem årene sket et skift i hvilke typer opgaver, der forventes varetaget i de enkelte sektorer. Således er opgaver flyttet til det kommunale sundhedsvæsen ved aktive beslutninger om opgaveoverdragelse (fx genoptræning), men det sker også ved opgaveglidning. Der er tilbagevendende relevante diskussioner om, hvor grænsen går for, hvilke typer behandlings- og plejeopgaver, der kan/bør løses i kommunalt regi. For fremover at sikre sammenhæng og kvalitet for den ældre medicinske patient bør der ikke være tvivl om, hvilken sektor der varetager de enkelte opgaver.

Der er en række erfaringer i forskellige kommuner med afprøvning af kommunale akutte plejetilbud som alternativ til en indlæggelse - enten som en midlertidig kommunal døgnplads eller som øget sygepleje i patientens hjem. I begge tilfælde har de kommunale fagprofessionelle hyppigt flere kompetencer end i standard plejetilbuddet fra kommunen. Kvalitetsmæssigt og fra patientside er tilbuddene ofte blevet evalueret til at være gode alternativer til en indlæggelse for udvalgte grupper af patienter.

Antal af korte indlæggelser på sygehuse varierer fra 20–40 % (1).

Der er taget højde for køn og alder på tværs af kommunerne.

Antallet af korte indlæggelser er reduceret i de kommuner, som har alternative tilbud til indlæggelse.

En undersøgelse konkluderer, at der ikke var nogen reduktion i det samlede antal af indlæggelser på sygehus for specifikt udvalgte diagnoser ved et udgående kommunalt akutteam som støtte i patientens hjem. Der var dog i kommunen en reduktion i antal akutophold på de kommunale akutte døgnpladser. Men omkostningerne ved det udgående kommunale tilbud blev ikke opvejet af færre omkostninger på henholdsvis de akutte døgnpladser i kommunen og ved kommunal medfinansiering af akutte indlæggelser på sygehus for udvalgte medicinske sygdomme. Der var en overvejende tilfredshed med kvaliteten af tilbuddet fra patienterne – der er dog ikke en endelig konklusion på grund af et lille datagrundlag. Den manglende forventede reduktion i antal sygehusindlæggelser kunne muligvis forklares ved, at tilbuddet med det udgående kommunale akutteam blev evalueret allerede et år efter implementering, og at det måske var for tidligt at forvente en effekt (50).

Erfaringer har vist, at det overfor de indlæggende læger – såvel almen praksis, lægevagt som lægerne på sygehuset – er vigtigt at fastholde deres opmærksomhed på eksistensen af det kommunale tilbud som alternativ til en sygehusindlæggelse (51).

Erfaring har desuden vist, at kommunale akutte plejetilbud i form af en midlertidig kommunal døgnplads ikke er en hensigtsmæssig løsning i befolkningsmæssige små kommuner, idet patient- og personalegrundlaget ikke er tilstrækkeligt til at opretholde funktionen. Afstandene for almen praksis kan også blive uhensigtsmæssigt lange (52). En mulighed kunne i stedet være behandling og pleje i patientens hjem.

Samtidig er det vigtigt at bemærke, at de fagprofessionelle i de kommunale subakutte/akutte døgnpladser ofte har andre og flere kompetencer end på fx kommunens aflastningspladser, som blandt andet bliver benyttet til rehabilitering. Indlæggelsesårsagerne på de akutte døgnpladser er fx væskemangel, faldtendens, sociale årsager og infektioner.

De fagprofessionelle på de subakutte/akutte døgnpladser skal have uddannelse og kompetencer, så de kan varetage kliniske opgaver som fx medicinering og sårpleje samt data-indsamling i forbindelse med observation og behandling. Men de skal også kunne varetage koordinerende og logistiske opgaver i forbindelse med ambulante udredninger, kontakt til almen praksis og eventuelt udgående teams fra sygehus. Information, vejledning og samarbejde med patient og pårørende er desuden vigtigt og bør være en del af de fagprofessionelles kompetencer.

Der er behov for, at almen praksis/lægevagten nemt kan få oversigt over, hvilke tilbud der er i den kommune, hvor patienten er bosiddende. Desuden er det vigtigt med nem tilgængelighed mellem almen praksis/lægevagten og kommunens fagprofessionelle – dette gælder, såvel når hjemmeplejen har behov for rådgivning og/eller vurdering, som når almen praksis/lægevagten har behov for oplysninger eller anden hjælp fra kommunen. Centrale patientoplysninger skal være nemt tilgængelige og opdaterede for lægevagten – herunder også en opdateret medicinstatus. I overenskomsten for almen praksis er det aftalt, at lægevagten skal kunne se oplysninger i journaler i almen praksis.

Hvis patienten modtager pleje på en kommunal subakut/akut døgnplads skal der samarbejdes med almen praksis, og det kræver klare aftaler mellem almen praksis

og kommunen for, hvordan der sikres nem og let tilgængelig rådgivning og vurdering fra almen praksis, når behovet opstår.

Anbefaling 11: Subakutte/akutte kommunale opgaver

I regi af Sundhedsstyrelsen og styregruppen for den ældre medicinske patient skal der foretages en afklaring af, hvilke subakutte/akutte opgaver, der bør løses i kommunalt regi - herunder hvilke kompetencer personalet bør have.

Efterfølgende bør der i kommunalt regi udarbejdes en vejledning for implementering, og i regi af sundhedsaftaler udarbejdes samarbejdsaftaler, der understøtter let adgang til vurdering og rådgivning fra almen praksis ved behov.

Anbefaling 12: Oversigter over subakutte/akutte kommunale tilbud

Kommunerne skal sikre let tilgængelige og overskuelige elektroniske oversigter (fx på sundhed.dk) over de lokale subakutte/akutte kommunale tilbud

5 Når patienten skal på sygehus

Der har gennem flere år været fokus på omlægning af indlæggelser til ambulante aktiviteter i sygehusvæsenet. Blandt de ældre medicinske patienter er antallet af ambulante behandlinger vokset, men det stigende antal ældre medicinske patienter har også medført, at antallet af indlæggelser i samme periode har været stigende (1). Ca. fire ud af fem medicinske patienter indlægges akut (4).

Det er velkendt, at en stor del af de ældre medicinske patienter, der indlægges akut, bliver udskrevet dagen efter, og generelt har udviklingen bevæget sig mod hurtigere udredning og behandling i forbindelse med indlæggelse. Således er der akutmodtagelser, som udskriver omkring 50 % af de indlagte patienter direkte til hjemmet.

En indlæggelse kan for nogle af disse patienter være udtryk for, at de kortvarigt har brug for sygehusets muligheder for behandling, fx en patient med kraftig opblussen i en kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL). Men en akut indlæggelse kan for andre patienter primært være begrundet i, at det giver hurtigere adgang til specielle undersøgelser og behandling eller de undgår belastende transporter.

Det er et krav til sundhedsaftaler, at regioner og kommuner skal beskrive, hvordan de vil medvirke til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.

I dette kapitel vil der være fokus på implementering, og på hvordan sygehusene i samarbejde med almen praksis og det kommunale sundhedsvæsen kan være med til at reducere u hensigtsmæssige indlæggelser for de patienter, som i stedet kan tilbydes udredning og behandling i et subakut/akut ambulante tilbud. For den gruppe, hvor en indlæggelse er det rette, vil der være fokus på at sikre kvalitet og sammenhæng i patientforløbet og på at undgå unødvendige lange indlæggelser.

5.1 Subakutte/akutte ambulante tilbud på sygehus inkl. udgående tilbud fra sygehus

I de tilfælde, hvor patienten ikke kan udredes eller behandles i almen praksis, og den ældre medicinske patient ikke behøver sygehuset specialiserede pleje, vil en løsning for nogle ældre medicinske patienter være en subakut/akut tid i et ambulatorium eller et udgående tilbud fra sygehus.

Der er beskrevet erfaringer med elektive og subakutte tilbud til diagnosticering og start af behandling i et ambulatorium. (53)(54) For elektive ældre medicinske patienter henvist til geriatrisk afdeling er ambulatoriebesøg et acceptabelt - og sammenholdt med et hjemmebesøg - et ressourcemæssigt godt alternativt.

Indenfor visse specifikke sygdomme, som fx kronisk obstruktiv lungesygdom, er der stor erfaring med udgående sygeplejerske fra sygehus til regulering af patientens iltbehandling i hjemmet, som alternativ til at patienten møder i et ambulatorium. Der er desuden erfaring med udgående teams fra geriatriske afdelinger til ældre medicinske patienter. I nogle tilfælde af ”sygehusbehandling” i patientens hjem kan telemedicin desuden være et supplement (se kap. 8).

De komplekse og tværfaglige problemstillinger, som ses hos mange ældre medicinske patienter med uspecifikke symptomer og komorbiditet, falder ofte ikke entydigt indenfor et specifikt speciale. Det er derfor nødvendigt at være særlig opmærksom på håndtering af de udfordringer, som følger af den lægelige specialisering. Derfor bør der sikres fokus på tværfaglighed i udredning og behandling, så der tages udgangspunkt i den ældre medicinske patients aktuelle problemer, så patienten får de tilbud, som er nødvendige for at sikre sammenhæng og faglig kvalitet.

Almen praksis er ikke kun gatekeeper i forbindelse med den ældre medicinske patients akutte behandlingstilbud, men som det er anbefalet i rapporten ”Kronisk sygdom 2005” (55), er almen praksis også tovholder for den sundhedsfaglige indsats gennem hele patientforløbet. Funktionen som tovholder for den ældre medicinske patients samlede forløb indebærer et ansvar for:

- at sikre koordinering af den samlede sundhedsfaglige indsats,
- at vurdere patientens helbred løbende,
- at følge systematisk op, herunder sikre en proaktiv indsats samt,
- at bidrage til fastholdelse af behandlingsmål

En forudsætning for at kunne varetage tovholderfunktionen er, at almen praksis undervejs informeres fra sygehuset om behandling og proaktiv plan, når patienten undersøges og behandles i et subakut/akut ambulatorium eller modtager behandling i hjemmet fra sygehuset. Desuden bør kommunen fra sygehuset være informeret såfremt kommunen i forløbet skal klare forskellige behandlings- og/eller plej opgaver. Der må ikke være tvivl om ansvars- og rollefordeling mellem sygehus, almen praksis og kommune.

Der er i befolkningen en udbredt opfattelse af, at når man bliver behandlet på sygehus, så har almen praksis ikke længere noget ansvar. Det er derfor vigtigt, at almen praksis rolle og ansvar, som tovholder bliver italesat og synlig for den enkelte patient.

Såfremt patientens ambulante behandling/”udgående sygehusbehandling i hjemmet” kræver særlige kompetencer fra kommunens fagprofessionelle skal det fra sygehuset sikres, at den ordinerede behandling/pleje i hjemmet, på plejecentret eller i den akutte døgnplads er en mulighed. Det kan fx være en konkret klinisk opgave som pleje/pasning af dræn.

Ambulant udredning af en given problemstilling kan for mange ældre medicinske patienter strække sig over en længere periode med flere konsultationer i ambulatoriet. Det kan være psykisk og fysisk krævende for den enkelte patient. Hertil kan lægges konsultationer betinget af patientens komorbiditet. Der bør derfor, ved etablering af subakutte og akutte ambulante tilbud i sygehusregi, sikres tværfaglighed med en bred medicinsk tilgang og en effektiv organisering af det samlede tilbud, som patienten modtager. Samtidig bør svar på undersøgelser foreligge hurtigt. Der er i flere regioner oprettet ”diagnostiske centre” som en løsning, men disse er ikke evalueret.

Ved valg af ambulant behandling bør man - især for ældre medicinske patienter - også overveje ulemperne ved den øgede transport. Et stigende antal patienter behandles ambulant, og som følge af samling på færre sygehuse bliver transporten for patienterne længere. Dermed bliver transport en stadig større udfordring for

stadig flere patienter. Ældre medicinske patienter har ofte brug for hjælp til transport mellem hjem og behandlingssted, og mange patienter oplever lange ventetider, hvilket kan medføre unødigt stress, fysiske anstrengelser og uro for patienterne. Den lange transport og ventetiden kan også medføre, at nogle patienter udebliver fra behandling, kontrol og træning, hvilket er u hensigtsmæssigt ud fra såvel en behandlingsmæssig som en ressourcemæssig betragtning. Der bør derfor sikres fleksibilitet og koordinering af kørsel, så det ikke er med til at hindre patienten i fremmøde.

Anbefaling 13: Subakutte/akutte ambulante tilbud

Regionerne bør sikre, at subakutte/akutte ambulante tilbud med bred tværfaglighed er en mulighed for ældre medicinske patienter med subakut/akut behov indenfor 1-2 døgn, samt at der er klar ansvar - og rollefordeling mellem alle involverede parter.

5.2 Indlæggelse på sygehus

Når en indlæggelse på sygehus vurderes at være det rigtige tilbud, er det vigtigt at udredning og behandling er hensigtsmæssigt organiseret, så der ikke er spildtid og patienten kan udskrives til hjemmet eller et andet tilbud, når der ikke længere er behov for sygehusets muligheder for udredning, behandling og pleje. Samtidig er der indlagte patienter, som har behov for at blive flyttet til andre specialer/afdelinger eller sygehuse. Der vil således i det følgende også være fokus på at skabe sammenhæng, så information ikke går tabt.

En undersøgelse har vist, at ved ca. 1/3 af patienterne på en medicinsk afdeling blev en indlæggelsesdag vurderet som ineffektiv (56).

Der er store variationer i den gennemsnitlige indlæggelsestid (5-10 dage) på de medicinske afdelinger for de ældre medicinske patienter (1). Den ældre medicinske patient oplever ofte at være indlagt længere end nødvendigt og i nogle tilfælde kan indlæggelsestiden være unødvendig lang som følge af en ikke optimal tilrettelæggelse af forløbet. Dette kan blandt andet skyldes:

- At der mangler relevante patientoplysninger fra kommune og almen praksis i forbindelse med indlæggelse
- At undersøgelser i forbindelse med udredning af sygdom ikke tilrettelægges hensigtsmæssigt herunder fx ventetid på undersøgelser og forskellig arbejdstid i kliniske og parakliniske specialer
- Flytning mellem afdelinger kan dels medføre, at oplysninger mistes, eller medføre udvikling af konfusion hos den ældre medicinske patient
- At ældre medicinske patienter ikke hjemtages i umiddelbar forlængelse af, at de er færdigbehandlet på sygehuset
- Manglende afdækning af patientens andre problemområder, der kan have betydning i forløbet

Uanset årsagen til de ineffektive sengedage er det ikke hensigtsmæssigt for den ældre medicinske patient at være indlagt på sygehus længere end nødvendigt. En lang sygehusindlæggelse kan øge behovet for efterfølgende genoptræning og rehabilitering, og øge risikoen for utilsigtede hændelser på sygehuset (57).

Hos de ældre medicinske patienter, som bliver indlagt, er det vigtigt at undgå nedsat fysisk aktivitet under en indlæggelse. Således er det vist, at mange patienter har et lavere funktionsniveau ved udskrivelse end ved indlæggelse (58)(59) og at færdigheder, der er tabt ved en indlæggelse først genvindes op til fire måneder efter udskrivelse (54). Det er ligeledes vist, at fysisk inaktivitet under indlæggelse øger risikoen for funktionsevnetab i basale aktiviteter (spise, toiletbesøg, bad, tage tøj på, toilette), plejehjemsanbringelse og for tidlig død (60). Derfor bør patienterne mobiliseres hurtigt.

Der bør desuden være fokus på at undgå inaktivitet hos specielt ældre patienter med kognitiv dysfunktion, idet de har større risiko for nedgang i funktionsniveau og tab af færdigheder i forbindelse med indlæggelse end kognitivt velfungerende. En metaanalyse viser, at multidisciplinære tilbud, der inkluderer træning, som starter tidligt efter indlæggelse, medfører en lille reduktion i indlæggelsestid og udskrivning til plejecenter hos ældre medicinske patienter i såvel akutte som ikke-akutte afdelinger (61).

Ifølge kvalitetsstandarder i Den danske kvalitetetsmodel (DDKM) for sygehuse, skal patientens funktionsniveau være beskrevet indenfor 48 timer efter en indlæggelse. Desuden skal den hjælp patienten har brug for under en indlæggelse beskrives, og det skal være dokumenteret ved udarbejdelse af en genoptræningsplan ved udskrivelse. DDKM har ikke standarder, der vedrører behov for træning under indlæggelse. Under en indlæggelse bør der fokuseres på patientens aktive deltagelse, idet patienten som hovedprincip ikke bør have passiv hjælp. Fokus på træning under indlæggelse bør indgå i regionernes planlægning med henblik på at sikre, at der er et træningstilbud til de ældre medicinske patienter, som har behov.

Eksempler på værktøjer til vurdering af fysisk funktionsniveau henvises til side 21.

Underernæring i sig selv øger risikoen for nedsat egenomsorgskapacitet og infektioner. I DDKM for sygehuse er der udviklet kvalitetsstandarder for ernæringsscreening og -indsats for indlagte patienter.

Den brede medicinske tilgang, tværfaglighed og erfaring, som den ældre medicinske patient har behov for skyldes ofte, at de ældre medicinske patienter har flere sygdomme eller tilstande (underernæring, inaktivitet med videre) og får mange forskellige medicinske præparater.

Gennem de seneste år er der iværksat forskellige tiltag for at fremme kvaliteten af sundhedstilbud for de patienter med problemstillinger, som kræver tværfaglighed. Fx findes anbefalinger for de fælles akutmodtagelser på sygehusene (44), hvor der er lagt vægt på, at akut syge patienter bliver mødt af en bred vifte af specialiserede lægelige og sundhedsfaglige kompetencer. Det akutte beredskab på sygehuset bliver således bedre rustet til tidligt at yde en målrettet indsats og håndtere akutte patienter med flere sygdomme på samme tid herunder også udredning og behandling af akut indlagte ældre medicinske patienter.

For at understøtte anbefalingerne og de rette kompetencer i den fælles akutmodtagelse er der i Organisationen af lægevidenskabelige selskaber udarbejdet en beskrivelse af et fagområde i "Akut Medicin"(62), ligesom flere regioner også har rettet fokus på de kompetencer, der bør være hos de fagprofessionelle i de fælles akutmodtagelser. Dette kan også få betydning for den ældre medicinske patient, hvoraf en stor del af patienterne er indlagt akut.

Der har i mange år været tradition for, at de medicinske afdelingers mindst erfarne læger i visse perioder af døgnet er alene om at modtage og behandle akutte patienter. I de fælles akutmodtagelser, hvor en del af de ældre medicinske patienter vil blive modtaget, er det anbefalet at der er tilstedeværelsesvagt af speciallæge i flere specialer – herunder intern medicin. Det er en ledelsesmæssig opgave at sikre, at de rigtige kompetencer er til stede ved diagnostik, behandling og pleje af patienterne - herunder sikre at fx uddannelsessøgende læger ikke stilles overfor patienter, hvor de ikke har de nødvendige kompetencer til at løse opgaven tilfredsstillende.

En opgørelse fra 2009 (63) viser, at på mere end halvdelen af landets medicinske afdelinger er læger med i gennemsnit 2 til 3 måneders erfaring, alene om at modtage patienterne ved indlæggelsen.

Under indlæggelse på sygehus kan det blandt andet på grund af komorbiditet være nødvendigt, at den ældre medicinske patient ses af flere specialer. Dette kan medføre, at patienten flyttes fra en afdeling til en anden og mange informationer risikerer at gå tabt ligesom kvaliteten i behandlingen kan reduceres, hvis der ikke er klare aftaler for kommunikation samt ansvar- og rollefordeling mellem afdelingerne og sygehusene. Det bør således sikres at klare regler for kommunikation, ansvar og rollefordeling internt på sygehuset udarbejdes, implementeres og benyttes i det daglige arbejde.

Manglende kommunikation, ansvar- og rollefordeling kan medføre at den ældre medicinske patient oplever, at der pludselig ikke er nogen, der følger op på hidtidige indsatser og aftaler.

En generel øget bevidsthed og forståelse for betydningen af at lytte til den ældres sygdomsforestilling og en bedre inddragelse af patienterne og pårørende vil kunne nedsætte ressourceforbrug. Ligesom afdelingens organisering kan nedsætte risikoen for tab af informationer i behandlingsforløbet - herunder også ved overgange mellem afdelinger og mellem sektorer.

Utilstrækkelig afdækning af patientens sundhedsproblemer - læger og sygeplejersker lyttede ikke i tilstrækkelig grad til den ældres sygdomsforestilling (til hverdagslivsperspektivet) (64) – kan medføre u hensigtsmæssigt ressourceforbrug og manglende problemløsning for den ældre medicinske patient.

Det er vist, at dialog med patienten er en måde at øge patientens inddragelse (se anbefaling 2 om patient- og pårørendeinddragelse). Ældre patienters inddragelse i egenbehandling øges ved at anvende ansigt til ansigt coaching i samtalen med patienten - eventuelt suppleret med skriftligt informationsmateriale. Det påpeges dog også, at når man søger at motivere patienten til aktiv deltagelse, skal det balanceres med respekt for patientens selvbestemmelse (65).

Konsultationsstuegangen er beskrevet som en anden metode til inddragelse af patient og pårørende (65).

Når den ældre medicinske patients behov for fortsat indlæggelse skal vurderes, herunder stillingtagen til valg af behandlingsansvarligt speciale, bør der udvises særlig omhu i forhold til patientens og eventuelt pårørendes vurdering af situationen sammenholdt med eventuelt oplysninger fra hjemmeplejen.

Uklare mål og forventninger fra patienten til ydelser på såvel sygehus som i kommunen kan bidrage til at forplumre kommunikationen mellem fagprofessionelle og patienter/pårørende. På denne baggrund har flere sygehuse arbejdet med målsamtaler. Der er her mulighed for at lytte til patientens behov og integrere dette i planlægningen af indsatsen. Samtidig skal det tydeligt fremgå, at patienten har givet informeret samtykke til undersøgelser og behandling besluttet i forbindelse med samtalen (66). Patientinddragelse herunder klare aftaler mellem patient og de fagprofessionelle samt klar kommunikation er vigtig for at skabe tryk og sammenhæng i forbindelse med et indlæggelsesforløb.

Anbefaling 14: Træning under indlæggelse

Alle regioner bør tilbyde deltagelse i træningstilbud under indlæggelse, som er tilpasset funktionsevnen hos den ældre medicinske patient, der vurderes at have et behov.

Anbefaling 15: Sammenhæng på og mellem sygehuse

Regionerne udarbejder og implementerer klare regler for kommunikation, ansvar og rollefordeling i forbindelse med flytning af den ældre medicinske patient internt på sygehuset samt mellem sygehuse med henblik på at sikre kvalitet og sammenhæng, samt sikre at information ikke går tabt.

6 Udskrivning og opfølgning

I dette kapitel er der fokus på, hvilke indsatser der skal til, for at en udskrivning bliver optimal for patienten samt at udskrivningen sker på det rette tidspunkt, så en indlæggelse ikke unødigt forlænges. Der er fokus på indsatser, der kan være med til at skabe sammenhæng, ligesom nogle af disse indsatser også vil kunne forebygge u hensigtsmæssige (gen)indlæggelser.

6.1 Udskrivning og forebyggelse af genindlæggelse

Når den ældre medicinske patient ikke længere har behov for en indlæggelse, bør patienten udskrives til hjemmet, en kommunal genoptræningsplads eller et subakut eller akut kommunalt pleje- og eller behandlingstilbud.

Ved de meget korte indlæggelser kan det kræve, at kommunen i løbet af meget kort tid skal kunne iværksætte pleje samt eventuelt deltage i behandling af en ældre medicinsk patient. Ligesom almen praksis skal være fuldt orienteret om medicin og proaktiv plan. Men det er også nødvendigt med nem tilgængelighed og koordinering imellem de fagprofessionelle på tværs af sektorer.

I et forsøg på at nedbringe antallet af dage, hvor patienter, der er færdigbehandlede, fortsat er indlagt på sygehus, har flere kommuner ansat såkaldte koordinerende visitatorer eller udskrivningskoordinatorer.

De fungerer som bindeled mellem kommune og sygehus og er med til at skabe

sammenhængende patientforløb. Koordinatorerne vurderer i god tid, før patienterne er færdigbehandlede, hvilke behov for pleje, hjælp og eventuelle boligændringer patienterne har brug for ved udskrivningen. Derved kan udskrivelsen iværksættes umiddelbart efter, at patienterne er færdigbehandlede. Erfaringerne med ansættelse af kommunale koordinerende visitatorer/udskrivningskoordinatorer synes generelt at være gode, men der er behov for en mere systematisk erfaringsopsamling.

Kommunen skal informeres om eventuelt behov for genoptræning efter en udskrivelse. I den tværfaglige planlægning af det videre behandlingsforløb og udskrivelse bør det vurderes om en eventuelt træning kan foregå i eget hjem, i et kommunalt ambulansetilbud eller eventuelt i en kommunal døgnplads med genoptræning.

Sygehusets genoptræningsplan skal indeholde de nødvendige oplysninger således, at der ikke skal benyttes unødigt tid på at indhente oplysninger fra sygehuset efter udskrivelse af patienten. Patienten skal opleve sammenhæng.

Færdigbehandlede patienter optager samlet set 2,5 % af den samlede sengekapacitet på medicinske afdelinger (1). Antallet af sengedage brugt på færdigbehandlede patienter er steget fra 2007 til 2008 med 38 % (67).

De færdigbehandlede medicinske patienter over 65 år er gennemsnitlig indlagt syv dage efter, at deres behandling er afsluttet.

Der foreligger krav til genoptræningsplanens form og indhold, som skal være opfyldt (17). Genoptræningsplanen skal udarbejdes sammen med patienten og skal udleveres til patient og pårørende.

Ofte mangler der oplysninger i genoptræningsplanerne (68). Det medfører øget tidsforbrug for kommunen, der skal indhente yderligere oplysninger fra sygehuset, og kan forøge ventetiden på opstart af genoptræning yderligere

Praksis viser, at der er ventetider på træning. 64 % af patienterne med en genoptræningsplan har mere end en uges reel ventetid på genoptræning efter sundhedsloven, og 80 % af kommunerne har mere end en uges reel ventetid på genoptræning efter serviceloven (68). De unødvendige lange pauser før start af kommunal genoptræning af patienten kan fastholde eller forværre et fysisk funktionstab, hvilket igen kan medføre reduceret egenomsorgskapacitet og behov for øget hjemmepleje. Der bør således sikres, at genoptræning for den ældre medicinske patient sker umiddelbart i forlængelse af en udskrivelse for at sikre optimal effekt.

For nogle ældre medicinske patienter har forløbet i forbindelse med en udskrivning ikke været optimalt og det kan være medvirkende årsag til genindlæggelser. Genindlæggelser indenfor 30 dage efter udskrivning kan være udtryk for uhensigtsmæssigheder under indlæggelsen eller i forbindelse med udskrivningen – herunder, at patienten ikke var klar til udskrivning, manglende koordination mellem sygehuse i forhold til almen praksis og kommune, medicinering/pleje i kommunen med videre. Det er dog vigtigt, at understrege, at en ny indlæggelse kan repræsentere en fuldstændig relevant indlæggelse.

Genindlæggelser er defineret som en akut indlæggelse, som finder sted i tidsrummet mellem 4 timer og 30 dage efter udskrivelse fra sygehus.

Genindlæggeshyppigheden for de ældre medicinske patienter varierer på tværs af diagnoser. Således er hyppigheden af genindlæggelser størst for de ældre medicinske patienter for flg. seks medicinske diagnoser: Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL), væskemangel,

Genindlæggelser udgør 20 % af samtlige indlæggelser (38).

Der er stor variation 12–25 % i genindlæggelses-frekvensen for flg. 6 udvalgte diagnoser på tværs af kommunerne: blærebetændelse, gigt, hjertesvigt, KOL, lungebetændelse og hjerneblødning/blodprop (24).

forstoppelse, lungebetændelse, blærebetændelse og akut mave-/tarminfektion. (1) Det er imidlertid vigtigt at bemærke, at den ældre medicinske patient ofte har flere samtidige kroniske sygdomme og ofte har svær sygdom, hvilket gør, at ovenstående genindlæggelsesdiagnoser ikke nødvendigvis står alene, som årsag til et pleje- eller behandlingsbehov.

Nogle genindlæggelser og problemer efter udskrivelse kan måske undgås eller reduceres ved et bedre samarbejde på tværs af sektorer og almen praksis i forbindelse med udskrivning af den enkelte ældre medicinske patient.

Der er lokalt iværksat forskellige opfølgingsinitiativer for at sikre gode udskrivningsforløb og sammenhæng samt reducere antallet af genindlæggelser. Fx er opfølgende hjemmebesøg (69), udgående geriatriske teams (70), følge-hjem og ringe-hjem ordninger nogle af de initiativer, der er blevet igangsat for at sikre kvaliteten i forbindelse med udskrivning af de ældre medicinske patienter. Ikke alle initiativerne er evalueret.

Interventioner, som er iværksat med henblik på at reducere indlæggelsestiden på sygehus samt reducere antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter, har vist følgende:

Der er ikke for den ældre medicinske patient konstateret en sammenhæng mellem den gennemsnitlige indlæggelsestid på sygehus og den gennemsnitlige genindlæggelsesfrekvens (1).

- Tværfaglig intervention havde en positiv effekt hos ældre i plejebolig og forøgede overlevelsen inden for de første tre måneder efter indlæggelse samt reducerede akut genindlæggelse inden for samme periode(70)
- En struktureret individuel udskrivningsplan for den enkelte medicinske patient kan formentlig give en mindre reduktion i indlæggelsestid og færre genindlæggelser. Der foreligger dog ikke et klart resultat for om udskrivningsplaner påvirker mortalitet, sundhedstilstand og økonomi (71). I DDKM foreligger der en standard for indholdet i en epikrise
- Patienter med hjerteinsufficiens, der tilbydes hurtig opfølgning efter udskrivelse, har en mindre risiko for genindlæggelse (72)
- Opfølgende hjemmebesøg fra almen praksis og hjemmepleje viser, at genindlæggelser i halvåret efter udskrivelsen er signifikant lavere blandt interventionspatienterne i forhold til kontrolpatienterne (40 % i interventionsgruppen mod 52 % i kontrolgruppen), og der går længere tid efter udskrivelsen til den næste indlæggelse. Der er en stærk tendens til, at det samlede antal indlæggelsesdage reduceres i kraft af opfølgningen (69)

Skiftet fra sygehus til hjem kan være et skift i de fagprofessionelles fokus fra sygdom og behandling til hverdagsliv. Uden støtte fra de fagprofessionelle i kommunen kan det være vanskeligt for den ældre medicinske patient at fortsætte den igangsatte behandling i hjemmet. Det er derfor afgørende, at de fagprofessionelle på plejecentre og i hjemmepleje har kompetencer til at videreføre behandling og pleje, som er iværksat under en indlæggelse (jf. tidligere afsnit 4.3 om subakut/akut kommunalt tilbud).

En udvalgt gruppe af ældre medicinske patienter med fx mange kontakter i sundhedsvæsenet, polyfarmaci og/eller dårlige sociale netværk vil have behov for, at der ydes en ekstra indsats med opfølgning kort tid efter udskrivelse fra sygehus med henblik på at sikre sammenhæng og en systematisk medicinafstemning. Opfølgningen kan fx være begrundet i, at der er behov for særligt fokus på grund af betydeligt funktionstab, nye plejetiltag og/eller observationsbehov.

Et værktøj til tværsektoriel planlægning og koordinering kan være individuelle forløbsplaner, som man i Norge har positive erfaringer med. Den individuelle forløbsplan skal sikre, at patienten får et sammenhængende og koordineret forløb, tilpasset den enkeltes behov og mål. Via forløbsplanen sikres en klar ansvars- og rollefordeling, således at der altid er en aktør, som har hovedansvaret for at koordinere og følge op på indsatsen til

Individuelle forløbsplaner til patienter med behov for langvarige og koordinerede indsatser har i Norge været lovfæstet fra 2001(73). En undersøgelse blandt medarbejdere i kommuner og i sundhedsvæsenet har vist, at 87 % finder, at arbejdet med individuelle forløbsplaner øger samarbejdet mellem de forskellige aktører(74).

patienten. Udarbejdelse af den individuelle forløbsplan sker i dialog mellem de fagprofessionelle, patienten og eventuelt pårørende.

Brugen af forløbsplaner er ikke evalueret i Danmark i forbindelse med patientforløbet ved de ældre medicinske patienter. Det bør derfor inden eventuel ibrugtagning afklares om forløbsplaner er et brugbart værktøj. I en af regionerne er der i forbindelse med udskrivelse fra sygehus, erfaring med udarbejdelse af en forløbsplan, hvor der er særlig fokus på tværsektorielle overgange i forløbet. Evaluering fra dette arbejde foreligger endnu ikke.

Internationalt er der positive erfaringer med, at ældre patienters forløb koordineres og følges af en bestemt person.

Et studie fra USA fremhæver potentialet i programmer målrettet pleje i overgangen mellem sygehus og hjem: En omfattende, tværfaglig og individuelt tilpasset intervention, der ledes af en klinisk ekspertsygeplejerske med kontakt til andet personale og patient, sikrer sammenhæng i forløbet, reducerer genindlæggelser og udskyder tidspunkt for genindlæggelse og død (75).

Anvendelse af forløbskoordination i forbindelse med patienter med kronisk sygdom er under udvikling i Danmark. Aktuelt afprøves og anvendes det ud fra forskellige modeller og med meget forskelligt indhold i funktionen.

Forskellige ældre medicinske patienter har forskellige behov for tilbud. Generelt kan det være vigtigt at have et værktøj, der kan understøtte udvælgelsen af, hvilket tilbud den enkelte patient og/eller de enkelte grupper af ældre medicinske patienter vil have mest gavn af. I flere studier og i kommunale tilbud har man viden og erfaring med kriterier, der kan anvendes til udvælgelse af patienter til et specifikt tilbud. Et værktøj vil ofte kunne støtte den fagprofessionelles vurdering. Men det er vigtigt at huske, at alder i sig selv ikke er et anvendeligt kriterium.

I en undersøgelse om opfølgende hjemmebesøg efter indlæggelse (69), er der peget på kriterier for, hvem der skal modtage besøg. Det er anbefalet, at kriterierne suppleres med en personlig vurdering fra de fagprofessionelle på sygehuset. Kriterierne var mange genindlæggelser, kronisk og alvorligt syge og patienter med stort funktionstab eller ændring i helbredsstatus i forhold til før indlæggelsen.

Med henblik på at evaluere om de kommunale indsatser, som benyttes til at forebygge en indlæggelse, har den ønskede effekt, kan den enkelte kommune og/eller plejecenter benytte et værktøj til selvevaluering af om forebyggelse af indlæggelse og genindlæggelse svarer til niveauet for andre kommuner/plejecentre (76).

Anbefaling 16: Værktøj, der kan støtte en sundhedsfaglig vurdering om behovet for opfølgning efter udskrivelse

I regi af Sundhedsstyrelsen foretages i samarbejde med relevante parter en udvælgelse af validerede systematiske værktøjer, der kan understøtte de fagprofessionelles beslutning i:

- hvilke patienter, der efter udskrivelse har behov for opfølgning

Der udarbejdes efterfølgende nationale retningslinjer for implementering og opfølgning.

Anbefaling 17: Opfølgning efter udskrivelse

Der bør i regi af sundhedsaftaler udarbejdes samarbejdsaftaler, der sikrer, at der for relevante ældre medicinske patienter (se anbefaling 16), er mulighed for opfølgning kort tid efter udskrivelse fra sygehus med henblik på at sikre sammenhæng samt reducere genindlæggelser.

Anbefaling 18: Afklaring af individuelle forløbsplaner

I regi af Sundhedsstyrelsen igangsættes et afklaringsarbejde med henblik på om individuelle forløbsplaner er et brugbart værktøj i Danmark.

7 Medicin

7.1 Medicineringsprocessen

Ældre mennesker anvender gennemsnitlig mere medicin end yngre, fordi der med alderen kommer flere sygdomme, der kræver vedvarende behandling. På forespørgsel oplyser knap 72 % af danskerne mellem 65 og 84 år, at de regelmæssigt eller til stadighed anvender receptpligtig medicin eller håndkøbsmedicin (77).

En optimal medicinanvendelse til alle patienter kan formuleres som:

- Den rigtige patient får den rigtige medicin, i den rigtige dosis, via den rigtige administrationsvej, på det rigtige tidspunkt og med den rigtige information.

De sundhedsprofessionelle har i forbindelse med medicinordinationer pligt til journalføring, men da der ikke nødvendigvis er umiddelbar mulighed for journalindsigt på tværs af sektorerne vil den primære kilde til information, om patientens medicinering ofte komme fra patienten. Da en del ældre medicinske patienter er multimedicerede (polyfarmaci) og ikke selv kan administrerer deres medicin, kan det betyde, at den fagprofessionelle kan få forkerte eller mangelfulde oplysninger og det kan give fejl i forbindelse med medicinering – i visse tilfælde også med meget alvorlige konsekvenser for patienterne.

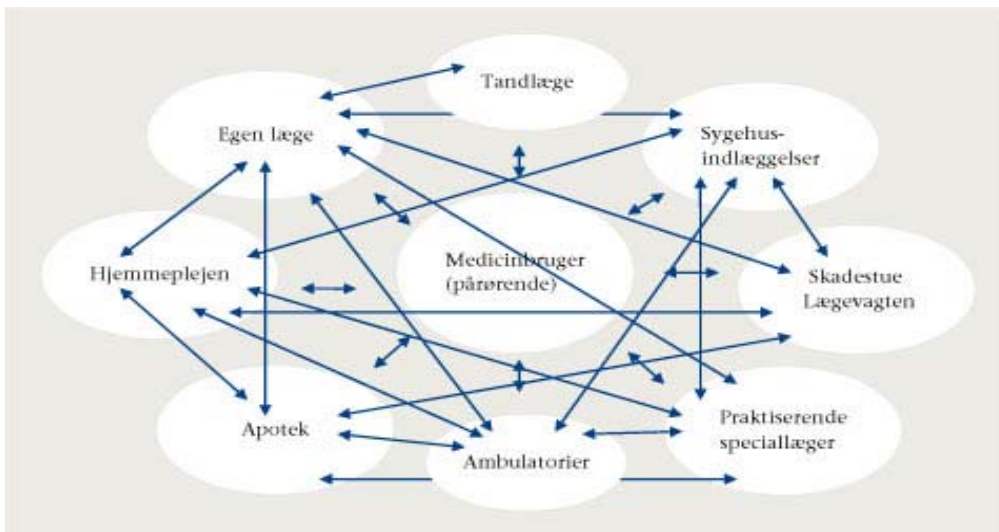
Der mangler et samlet og validt overblik over den enkelte patients aktuelle og samlede medicinforbrug. Patienter kan i perioder af deres behandlingsforløb have kontakt til både almen praksis, praktiserende speciallæger, læger på sygehuset og lægevagten og alle kan ordinere medicin til patienten. Ligeledes stiger antallet af kontakter (telefonkonsultation og besøg hos læge) til almen praksis med alderen (69).

På grund af svækkelse, ikke mindst kognitive problemer, er flere ældre medicinske patienter afhængige af hjælp fra pårørende og fx den kommunale hjemmepleje til medicinadministration. Risikoen for at der sker fejl, kan derfor være størst, hvor patient ikke selv har mulighed og evne til at deltage i forløbet. Men rigtig medicinering kræver også den rette viden hos de involverede fagprofessionelle.

Da der kan være mange forskellige læger, involveret i ordinationen af medicin til den enkelte patient, kan det være svært for almen praksis at have det fulde overblik over patientens medicin. Det er et faktum, at den samlede indsats fra recept til mund fortsat giver store problemer, som også kan tilskrives organisatoriske og strukturelle forhold. Det drejer sig blandt andet om kommunikationen mellem de mange involverede, som udskriver og håndterer medicin. Nedenstående figur viser de vigtigste kommunikationsveje ved ordination af lægemidler (79).

Dokumentations viser at 6-14 % af alle indlæggelser på sygehus er lægemiddelrelaterede, 2-3 % af disse indlæggelser er dødelige og op imod 80 % er alvorlige.

For ældre patienter peger undersøgelser på, at op til 40 % af alle indlæggelser på de medicinske afdelinger skyldes lægemiddelrelaterede problemer (78).



Fra artiklen Ældre og Medicin af Mikkel Vass og Carsten Hendriksen (79)

Den personlige elektroniske medicinprofil (PEM) giver en samlet oversigt over hver enkelt borgers recepter og køb af medicin på recept. Formålet med PEM var, at øge kvaliteten i behandlingen af patienterne. PEM kan dermed bruges af praktiserende læger til, at de får et nøjagtigt kendskab til patienternes receptpligtige medicin. En undersøgelse har vist, at 55 % af lægerne havde et nøjagtigt kendskab til patienternes receptpligtige medicin (79)(80).

Receptserveren er en del af Medicinprofilen. Den personlige elektroniske medicinprofil (PEM) indeholder en samlet oversigt over alle borgerens elektroniske recepter samt oplysninger om ekspederede papir, fax- og telefonrecepter, som borgeren har fået de seneste to år. Receptserveren blev oprettet i 2007 med henblik på, at samle borgerens recepter et sted. Formålet med receptserveren var blandt andet, at gøre det muligt for borgerne at afhente medicin på alle apoteker i Danmark.

I receptserveren kan læger og patienter finde de seneste to års recepter. Lægen kan inaktivere recepterne, så der ikke længere kan afhentes medicin på en tidligere recept. Dette er relevant, når en patient ikke længere skal være i den konkrete behandling og lægemidlet derfor ikke skal kunne afhentes på apoteket. Hvis der er ændret i en aktuel behandling efter recepten er udskrevet, vil det ikke være afspejlet i PEM/receptserver. Men det problem løses, når Det Fælles Medicinkort (FMK) er fuldt implementeret i almen praksis og regionerne ved udgangen af 2011. FMK er en videreudvikling af PEM hvor FMK kvalificerer oplysningerne til en aktuel medicinstatus på tværs af sektorerne. Når FMK er fuldt implementeret vil PEM og receptserveren lukkes. Se mere om FMK under pkt. 7.4.

Generisk substitution (kopipreparater) indebærer, at et lægemiddel erstattes med et andet lægemiddel med samme aktive indholdsstof. Ordningen indebærer, at apoteket – med få undtagelser – skal udlevere det billigste lægemiddel til patienten. For patienten indebærer

Undersøgelser viser, at patienter har problemer med at genkende deres medicin og anvender egne måder til at holde orden i deres substituerede medicin, og de måder, de anvender, kan medføre fejlmedicinering og patientsikkerhedsproblemer (81).

substitutionsordningen skift mellem lægemidler, som har forskellige navne, hvilket kan give forvirring hos patienterne og dermed medføre risiko for fejlbehandling (82).

7.2 Polyfarmaci

Mange samtidige sygdomme (komorbiditet) hos den enkelte patient fører ofte til brug af megen forskellig medicin (polyfarmaci). Evidens for den medicinske behandling vil ofte være dokumenteret på baggrund af undersøgelser, hvor ældre patienter af forskellige årsager er ekskluderet, og hvor patienter, der tager flere præparater, ligeledes kan være ekskluderet. Der mangler således klar dokumentation for såvel effekt som bivirkninger, når flere præparater gives samtidigt til patienter med høj alder. På et tidspunkt kan det blive vanskeligt at skelne symptomer på ny sygdom fra medicinbivirkninger.

Medicinering i hjemmesygeplejen er en lægedelegeret opgave. Det er derfor en nødvendig forudsætning for sikker og rigtig medicinering, at hjemmesygeplejen har adgang til opdaterede oplysninger, da det ellers kan medføre forkerte medicin til borgeren.

Medicinafstemning er en procedure til at sikre et samlet og tidstro overblik over den medicin, som patienten reelt anvender sammenholdt med den medicin som reelt bør anvendes/ er ordineret.

Det er veldokumenteret, at problemer i medicineringen hyppigt er årsag til øget sygelighed, indlæggelse og død. Disse problemer kunne i vid udstrækning have været forebygget (78). Danske undersøgelser, hvor en praktiserende læge og/eller en farmaceut har foretaget medicingennemgang hos patienter med polyfarmaci, giver anledning til mindst 2 medicinændringer per patient. Seponering af medicin var langt den hyppigste medicinændring (83).

Almen praksis har hyppigst den tætteste kontakt til den ældre medicinske patient og bør derfor være tovholder også for patientens samlede medicinering. Der er behov for en struktur, der sikrer, at der foretages medicingennemgang af den ældre patients medicin. I den forbindelse bør der være mulighed for rådgivning til almen praksis fra fx klinisk farmakologi eller farmaceuter. Strukturen for medicingennemgang skal ikke nødvendigvis omfatte alle ældre medicinske patienter, men primært patienter, der er multimedicerede og/eller, når de får ordineret medicin af anden læge end egen praktiserende læge – fx efter en indlæggelse. Sektorovergang er kendt som udfordring, når det gælder utilsigtede hændelser i relation til medicineringen. Dette fremgår også af en svensk undersøgelse, som viser, at der i gennemsnit sker to fejl i forhold til medicin, hver gang en ældre patient bliver flyttet mellem primær- og sekundærsektoren (84).

Medicingennemgang er en struktureret og kritisk gennemgang af patientens medicin med det formål at optimere den medicinske behandling. Ofte vil det være den praktiserende læge der gennemfører medicingennemgangen.

En systematisk medicinafstemning efter indlæggelse og/eller ambulatoriebesøg af hjemmeplejen eller plejecenter kan være med til at sikre, at patienten får den

ordinerede medicin. På det kommunale niveau har undersøgelser vist, at det er afgørende at sikre hensigtsmæssige arbejdsgange i forhold til administration og dokumentation af medicin og sikre, at der arbejdes ud fra faglige standarder (85).

Mange kommuner efterspørger kompetence- og uddannelse af de fagprofessionelle indenfor lægemiddelområdet og i medicin håndtering. Der er evalueret forskellige programmer for anvendelse af klinisk farmaci i forbindelse med medicin håndtering. Evalueringen viser, at de fagprofessionelle oplevede et kompetenceløft og øget selvoplevet handlekompetence i forhold til at sikre bedre medicinering til beboerne (87).

Klinisk farmaci er sikring af optimal og rationel brug af lægemidler til gavn for patient og samfund ved et samarbejde mellem farmaceuter, andre sundhedsprofessionelle og patienten selv (86).

Regioner og kommuner har ansvaret for, at der sker en løbende kompetenceudvikling af de fagprofessionelle, der håndterer den ældre medicinske patients medicin.

Anbefaling 19: Medicinafstemning og -gennemgang

I regi af sundhedsaftaler skal det i samarbejdsaftaler beskrives, hvordan der hos udvalgte ældre medicinske patienter sikres en systematisk medicinafstemning ved indlæggelse og efter udskrivelse eller ambulatoriebesøg. Lignende samarbejdsaftale skal beskrives mellem almen praksis og sygehusene.

Alle ældre medicinske patienter, der er i behandling 6 lægemidler eller flere, skal have foretaget medicingennemgang i almen praksis en gang årligt.

7.3 Dosisdispensering

Der er dokumenteret både fordele og ulemper ved dosisdispensering anvendt til den ældre medicinske patient, specielt i forbindelse med indlæggelses- og udskrivelsesforløb. På nuværende tidspunkt, og med den aktuelle teknologi der anvendes til dosisdispensering, er det dog bedst egnet til relative stabile medicineringsforløb.

Dosisdispensering betyder, at et lægemiddel på et apotek eller sygehusapotek fyldes på en doseringsbeholder. Doseringsbeholderen kan indeholde en eller flere doseringer af et eller flere lægemidler.

Mange ældre medicinske patienter får ofte mange lægemidler samtidigt. Det gør, at nogle ældre har svært ved at overskue medicinophældning, og de kommer derfor til at tage forkert og for meget medicin med risiko for bivirkning og forgiftning. Dette kan forebygges, hvis patienten i stedet får sin medicin dosispakket. Det er vist, at dosispakket medicin medfører et fald i antallet af besøg hos almen praksis, og at det giver færre indlæggelser (88).

Dosisdispensering kan kun lade sig gøre for visse typer af medicin. For eksempel kan mikstur, øjendråber, stikpiller, halve tabletter og injektionsmedicin ikke

dosisdispenserer. Den medicin, der ikke kan dosisdispenserer, kan gives som sidedosering. Dette kan dog være medvirkende til, at man mange steder fravælger dosisdispensering på grund af dobbelt bogholderi.

Siden indførelsen af dosisdispensering har der været en konstant stigning i anvendelsen. Men der har været stor variation i udbredelsen af dosisdispensering mellem kommunerne. En opgørelse over salg af dosisdispenseret medicin i den primære sundhedssektor 2004-2008 viser en stigning i antal brugere af dosisdispensering. I december 2010 fik 46.438 personer dosisdispenserede lægemidler (89).

Ifølge Sundhedsstyrelsen er det den ordinerende læges ansvar at vurdere, om den ældre medicinske patient er egnet til at få dosisdispenseret medicin, og at ordinere dosisdispenseringen. Hjemmesygeplejen eller plejecentret kan opfordre praktiserende læge til at ordinere dosisdispensering. Det er dog frivilligt for patienten, om han/hun vil have dosisdispenseret sin medicin. Der er et gebyr forbundet med at få dosisdispenseret medicin på apoteket (61).

Flere steder i udlandet, blandt andet i Australien og i Singapore ses også tegn på, at markedet for automatisk medicindoserings-systemer er i vækst indenfor sygehusområdet. Det hænger sammen med vurderingen af, at det øger medicinerings- og patientsikkerheden.

Med implementering af en ny teknik opstår der dog også nye risici for nye fejl. Den automatiske medicindoseringsproces kræver et sammenhængende system. Det er for eksempel essentielt, at IT (EPJ, PDA, medicindoseringsudstyret) ikke må svigte, og at identificering af patienterne under hele indlæggelsen fungerer med korrekt, læsbar strejkode. Et projekt fra et sygehus viser, at automatisk dosisdispensering øger patientsikkerheden, men forudsætningen er, at automatisk dosisdispensering bliver brugt korrekt efter de skrevne instruktioner (90).

7.4 Det Fælles Medicinkort

Med indførelse af Det Fælles Medicinkort (FMK) får læger og andre fagprofessionelle, der har adgang til FMK, mulighed for at danne sig et hurtigt overblik over patientens aktuelle medicin og dermed sikre en korrekt og sikker medicineringsproces. Udover de sundhedsprofessionelle vil den ældre medicinske patient også få adgang til deres eget elektroniske medicinkort via internettet.

FMK giver overblik på en nem og sikker måde og er med til at sikre en korrekt medicin til patienten, fx i forbindelse med indlæggelse eller udskrivning fra sygehuset, og i situationer, hvor flere læger udskriver medicin til den samme patient (91).

FMK skal inden udgangen af 2011 tages i anvendelse af almen praksis, hvilket gør, at alle patienter fremover får et elektronisk medicinkort, der afspejler deres aktuelle medicinstatus.

Rammerne for kommunernes tilslutning er nu på plads og funktionalitet vil blive udviklet så FMK gøres tilgængelig i alle dele af sundhedsvæsenet. (92).

Sygehusene har forpligtet sig til at opstarte eller opdatere patientens FMK, når patienten forlader sygehuset/ambulatoriet, eller når der sker medicinændringer ved telefonisk kontakt mellem patienten og sygehuset/ambulatoriet. På den måde vil almen praksis hele tiden have adgang til sidste status for patientens medicin. FMK kan bidrage til øget patientsikkerhed og minimering af medicineringsfejlene i sektor overgangene (93). Almen praksis' forpligtelse træder i kraft, når FMK er sat i drift på alle sygehusene i den pågældende læges region.

FMK kan med fordel forbedres med beslutningsstøtte for elektronisk medicinordination. Denne type værktøj giver lægen et bedre beslutningsgrundlag ved at give information, eller gøre lægen opmærksom på forhold, som skal tages med i betragtning ved medicineringen af patienten - fx at lægen er ved at ordinere et lægemiddel, som patienten er allergisk overfor, eller at et nyt lægemiddel interagerer med et allerede givet lægemiddel. Andre services som fx advarsler ved risikolægemidler eller for høj dosis af et ordineret lægemiddel, vil kunne udvikles og placeres på samme centrale platform. Beslutningsstøtteværktøjer har i mange videnskabelige undersøgelser vist sig at være effektive til at reducere medicineringsfejl (94).

Hvis kommende beslutningsstøtteservices placeres på samme centrale platform som FMK, kan de benyttes af almen praksis og speciallæger. Hospitalernes elektroniske patientjournalssystemer vil også kunne benytte beslutningsstøtteservices. Denne opsætning gør også, at informationer, der er gemt centralt om patienten fx i et allergiregister, automatisk bliver benyttet og kommer frem som en information i alle sektorer/hos alle aktører.

Den centrale placering af beslutningsstøtten gør også løsningen fleksibel og hurtig at opdatere med den seneste viden. Den kan, som allerede nævnt, indeholde talrige services og kan skabe højere behandlingskvalitet, forhindre fejlmedicinering og give lægerne mere ro og bedre overblik over den ældre medicinske patients medicinkort. Oven i dette forventes den at spare penge til behandling af bivirkninger samt ekstra eller forlængede indlæggelser grundet fejlmedicinering.

Beslutningsstøtte skal udarbejdes i et samarbejde mellem Lægemiddelstyrelsen, Sundhedsstyrelsen og National Sundheds IT (NSI) som styrende organ på sundheds-it området. Regionernes Sundheds IT bør involveres for at sikre, at sygehusene får det implementeret, og der sker information til de praktiserende læger om muligheden af at bruge systemet.

Anbefaling 20: Supplerende elektronisk beslutningsstøtte til det fælles medicinkort

Regionerne bør iværksætte en udbygning af de elektroniske medicineringssystemer og Fælles Medicinkort med beslutningsstøtte samt et centralt allergiregister med henblik på at øge patientsikkerheden.

7.5 Patientsikkerhed

Den 17. marts 2009 vedtog Folketinget loven om at udvide patientsikkerhedsordningen. Tidligere har loven kun omfattet sygehusene, men nu omfatter den også den kommunale sundhedssektor, almen praksis, apoteker og den præhospital indsats, hvor der skal rapporteres fejl og utilsigtede hændelser. Rapporteringspligten trådte i kraft den 1. september 2010. Fra 2011 får også patienter og pårørende adgang til at rapportere hændelser (95).

Flere kommuner har de seneste år haft fokus på kvalitetsudviklingen af medicinområdet. Der er udarbejdet retningslinjer for medicinbehandling, herunder ensrettet undervisningsmateriale, som løbende revideres.

Et eksempel på arbejdet med patientsikkerhed er et pilotprojekt i en kommune som forgik på to plejeboligheder, med henblik på at afprøve om farmaceuter kan medvirke til at kvalitetssikre en kontinuerlig og systematisk medicinbehandling på plejecentrene. Farmaceuten udførte audit på medicinbehandling, underviste fagprofessionelle og gennemførte medicingennemgange hos patienten. Farmaceuten identificerede ved medicingennemgangen mange lægemiddelrelaterede problemer. De fagprofessionelle har desuden vurderet, at projektet har ført til en bedre arbejdsgang ved medicinbehandling på grund af det store fokus på området (96).

Uanset metoden til medicingennemgang er det vigtigt at fastholde, at almen praksis er tovholder.

8 Informationsteknologi og telemedicin

Hvordan der kan opnås sammenhæng i patientforløbet for den ældre medicinske patient er allerede på forskellig måde beskrevet i de foregående kapitler. Nedenfor vil der specifikt være fokus på, hvordan IT-kommunikation og telemedicinske løsninger kan være med til at sikre sammenhæng.

8.1 IT kommunikation

Som tidligere nævnt skal mange informationer overføres ved sektor- og specialeskift. Manglende relevant overførsel af informationer vedrørende behandlings- og genoptræningsplaner, sociale- og helbredsmæssige oplysninger og medicinstatus kan medføre kontinuitetsbrud i forløbet. Samtidig er det vigtigt, at overførslen af informationen foregår rettidigt, så der ikke opstår unødvendig ventetid, og at adgangen til og brugen af IT er nemt tilgængeligt for de fagprofessionelle.

En forudsætning for god kommunikation er, at der er klare aftaler mellem de involverede parter om hvordan, om hvad og hvornår der kommunikeres.

De senere år er der generelt i sundhedsvæsenet sket en udbygning af den elektroniske kommunikation. Der er blevet udviklet standarder for god elektronisk kommunikation og information i sundhedssektoren – herunder de såkaldte MedCom-standarder (97).

MedCom er et samarbejde mellem myndigheder, organisationer og private firmaer med tilknytning til det danske sundhedsvæsen. MedCom skal bidrage til udvikling, afprøvning, udbredelse og kvalitetssikring af elektronisk kommunikation og information mellem kommune, sygehus og almen praksis med henblik på at understøtte det gode patientforløb.

De fælles MedCom kommunikationsstandarder er endnu ikke fuldt ud teknisk eller organisatorisk implementeret hos alle aktører i sundhedsvæsenet, men de nye sundhedsaftaler, gældende fra 2011, viser, at udbygningen og implementeringen af den elektroniske kommunikation – og herunder MedCom standarderne – er et stort fokusområde i kommuner og regioner i de kommende år. Samtidig fremgår det af ”Aftale om sundheds-IT”, indgået mellem regeringen og Danske Regioner i juni 2010, at alle MedComs standarder skal være fuldt udbredt på samtlige regionernes sygehuse inden udgangen af 2012.

I en region er der udviklet og implementeret en veldefineret samarbejdsaftale om kommunikation for at sikre sammenhængende patientforløb (”Sam:Bo”), der indeholder tydelige beskrivelser af, hvordan der i overgangene mellem sektorerne kommunikeres mellem hjemmepleje, almen praksis og sygehus, med hvilke indhold og på hvilke tidspunkter. Kommunikationen er understøttet via elektronisk kommunikation og fælles kommunikationsstandarder (98).

For at sikre smidig, sikker og hurtig kommunikation mellem de mange involverede aktører, i patientforløbet for den ældre medicinske patient, bør der også fremadrettet opretholdes fokus på implementeringen af landsdækkende fælles elektroniske kommunikationsstandarder.

8.2 Telemedicin

Telemedicin, hjemmemonitorering og egenomsorg giver patient og pårørende nye muligheder ved pleje og behandling. Via videokonference eller værktøjer til hjemmemonitorering skabes der muligheder for, at patienten kan interagere med eks. en læge eller sygeplejerske via internettet, eller at en hjemmesygeplejerske kan interagere med sygehuset, eksempelvis i en virtuel udskrivningskonference, hvor også almen praksis indgår.

For sygehuse og fagprofessionelle betyder det, at de bliver mindre afhængige af tid og sted for, hvornår de kommunikerer med patienten. Den nødvendige information og kommunikation kan gennemføres uden, at den fagprofessionelle er bundet af fysisk tilstedeværelse i en specifik afdeling.

For patienten betyder det, at den sundhedsfaglige ydelse kan leveres til patienten i eget hjem. Via hjemmemonitorering og de webbaserede kommunikationsmedier får patienten mulighed for at monitorere og indsende oplysninger om egen sundhedstilstand. Fx kan patienten indsende oplysninger om blodtryk eller glukoseniveau og umiddelbart efter få tilbagemelding på, hvilken behandling de eventuelt skal iværksætte. Derved kan patienttransporten mindskes, til fordel for patienten, pårørende og sundhedsvæsenet.

I Australien har man på grund af lange afstande erfaringer med brug af telemedicin. Diagnosemæssigt dækker erfaringerne fra psykiatri til brandsårsbehandling.

Visionen er at sikre mere ligelig adgang til kvalificerede sundhedsydelser i fjerne og øde områder.

I de senere år er opmærksomheden i stigende grad skiftet til at sikre løbende støtte til kroniske medicinske patienter og ældre borgere, som dermed kan fastholdes længere tid i eget hjem.

I den australske delstat: Queensland har de igennem en årrække systematisk udbygget infrastrukturen, således at der i dag er god telemedicinsk forbindelse mellem de store akuthospitaler og 160 mindre sygehuse og klinikker i hele staten (99).

Telemedicin vil blive udviklet yderligere over de næste år og kan være et værktøj på visse områder i undersøgelse og behandling af den ældre medicinske patient. Det vil være vigtigt at brugen ikke begrænses til en sektor, men at telemedicin også benyttes som værktøj til at skabe en sammenhængende indsats på tværs af sektorer og medinddrager patienten som aktiv part.

Med indførelsen af telemedicin er der flere steder sket det - som ofte ses ved introduktionen af nye teknologier - at de er anskaffet til konkret, afgrænset anvendelse, og at der er en teknologisk forskelligartethed, som vanskeliggør dataudveksling. Hvis det på sigt skal være muligt, at IT-understøtte sammenhængende patientforløb ved at kommunikere på tværs af sektorer og aggregere data på landsplan, forudsætter det en hvis standardisering – herunder skal der være indholdsmæssige og tekniske standarder for dataudveksling mellem de telemedicinske løsninger i patientens hjem og den nationale IT-infrastruktur (100).

I regi af NSI er der planlagt udarbejdelse af en national strategi for telemedicin,

hvor såvel fordele som ulemper ved brugen af telemedicin forventes at blive inddraget.

Telemedicin har gennem flere år været benyttet i den præhospitale indsats ved hjertepatienter (101) og været benyttet i projekter med konference og rådgivning fagprofessionelle imellem – fx ved teletrombolyse af iskæmisk apopleksi. Der er igangsat flere mindre projekter for KOL-patienter, hvor man ved hjælp af telemedicin vil vurdere om indlæggelsestiden og genindlæggelsesfrekvensen kan reduceres. Resultaterne afventes (102).

En løsning omkring samarbejde mellem hjemmepleje og sygehus om diabetiske fodsår, er flere steder i landet taget i brug, i lokalt initierede projekter. MedCom har under Digital Sundheds program for telemedicin opnået støtte fra Anvendt Borger Teknologi fonden med henblik på at forbedre beslutningsgrundlaget for en eventuelt national udbredelse af løsningen.

Telemedicin kan også benyttes til at sikre patientinddragelse i de tilfælde, hvor patienten ikke forstår dansk. En undersøgelse har vist, at telemedicin kan benyttes til tolkning via et videokonferencesystem. Der skal så være adgang til denne tjeneste på sygehuse, i almen praksis, hos tandlæger og i sundhedscentre/kommuner. Fordelen for de fagprofessionelle er, at man kan have professionelle tolke tilgængelige, når som helst og hvor som helst. For patienterne vil det betyde, at de kan få professionel hjælp til at oversætte vanskelige og følsomme emner, også selvom problemet opstår akut – en hjælp der ikke kræver involvering af familie eller venner (102).

Der er såvel fordele som ulemper ved telemedicin og det er derfor vigtigt, at der udvikles en national strategi for udvikling og implementering af telemedicin.

9 Forskning og videndeling

Gruppen af ældre medicinske patienter er ikke nødvendigvis afgrænset ved at have samme sygdom eller samme objektive fund, hvilket ofte er udgangspunktet for traditionel sundhedsvidenskabelig forskning. I forbindelse med dette arbejde har det derfor også vist sig, at de områder, hvor der er mest evidens, er, når forskningen tager udgangspunkt i en konkret intervention overfor samme objektive fund.

De problemer, der gennem årene er blevet påpeget i forbindelse med den ældre medicinske patient, er blandt andet relateret til organisering af patientforløbet og herunder manglende sammenhæng. Det har i arbejdet med det faglige oplæg vist sig, at der er mindre viden om, hvilke organisatoriske løsninger der er de rigtige. Forskning i organisering af et patientforløb er ofte vanskelig, idet omverdenen ændrer sig samtidig med, at projektet er i gang.

9.1 Forskning

Der er igennem de senere år iværksat mange lokale initiativer med henblik på at forbedre kvaliteten af patientforløbene for de medicinske patienter, men der er brug for strategisk og systematisk forskning på området, for at sikre, at der bliver givet det rigtige tilbud til den rigtige patient og til at sikre sammenhæng i forløbene.

I forbindelse med forskning indenfor området bør der være opmærksomhed på, at fokus bør være patientforløbet med inddragelse af de relevante sundhedsfaglige aktører fra de forskellige sektorer samt fokus på patient- og pårørendeinddragelse.

”Sundhedstjenesteforskning” er studiet af sundhedsvæsenet som organisation, dvs. dets opgaver, resurser, aktiviteter og resultater; desuden samspillet mellem befolkningens behov og sundhedsvæsenets funktioner og ydelser. Sundhedstjenesteforskning vil derfor være relevant i forhold til dette område.

Medicinsk teknologivurdering (MTV) er også et velegnet værktøj til at belyse patientforløb. MTV har et klart organisatorisk fokus og kræver, at der bliver indsamlet og analyseret data, der vedrører organiseringen på et givent område. De organisatoriske analyser kobles sammen med analyser af effekten af en given indsats samt økonomiske og patientrelaterede hensyn. MTV kan således bidrage til, at den organisatoriske tilrettelæggelse af en indsats er videnbaseret og systematisk.

Det nationale samarbejdsforum for sundhedsforskning (NSS), hvis formål blandt andet er at vurdere fremtidige behov for forskning på sundhedsområdet og at sikre en maksimal udnyttelse af de samlede forskningskompetencer, blandt andet gennem en koordineret deltagelse i EU's forskningsprogrammer og andre internationale forskningsprogrammer, vil også med fordel kunne bidrage til udviklingen af patientforløb ved at udpege det som fokusområder. Hovedparten af aktørerne i patientforløbet for den ældre medicinske patient er repræsenteret ved deres faglige organisationer i NSS.

Imidlertid er det også vigtig med lokal forankring og ejerskab til projekter og derfor bør de enkelte regioner med de tilhørende kommuner sikre, at der dannes

formaliserede forskningsfora med de relevante aktører. Det er derfor vigtigt, at data i forbindelse med forskning kan benyttes og følges tværsektorielt.

Det er en overordnet målsætning, at tilrettelæggelse af målrettede indsatser overfor den ældre medicinske patient foregår evidensbaseret, samt at faglig prioritering sker på det bedst mulige oplysningsgrundlag. Grundlaget for evidensbaseret praksis og faglig prioritering er, at der skabes ny viden, som gøres umiddelbart og let tilgængelig for de involverede aktører, så den inddrages i daglig praksis. Der har blandt andet været peget på manglende evidens for, hvordan patient- og pårørende inddrages bedst muligt.

Styregruppen for den ældre medicinske patient er nedsat bredt med aktører fra organisationer, som har et stort kendskab til udfordringerne i patientforløbet for den ældre medicinske patient. De initiativer, som bliver igangsat på baggrund af det faglige oplæg, skal evalueres for at sikre fremtidig kvalitet. En af styregruppens opgaver er at bidrage til at skabe kvalitet for de ældre medicinske patienter – herunder rådgive Sundhedsstyrelsen om det sundhedsfaglige indhold i indsatserne for de ældre medicinske patienter. Styregruppen vil være et oplagt forum for drøftelse af ovenstående evalueringer. Desuden bør Styregruppen være med til at indkredse områder og påpege, hvor der mangler best practice og evidens og dermed pege på fremtidige mulige forskningsområder. Det bør overvejes, om der for specifikke områder med fordel kan ske en koordinering med referencegruppen for kronisk sygdom.

Anbefaling 21: Evaluering af fremtidige initiativer

Kommuner og regioner skal sikre opfølgende evaluering af de initiativer, der igangsættes på baggrund af det faglige oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. De elementer, der blandt andet bør være fokus på, er kvalitet og organisering.

Anbefaling 22: Fokus på nye forskningsområder

Styregruppen for den ældre medicinske patient udpeger forskningsområder, der kan bidrage til at skabe evidens og sikre best practice – særligt i forhold til effekt og organisering af indsatser målrettet den ældre medicinske patient

Anbefaling 23: Forskningsfora

Kommuner og regioner bør i fællesskab med inddragelse af relevante faglige aktører danne tværsektorielle og tværfaglige fora med henblik på at igangsætte forskning målrettet den ældre medicinske patient – herunder forskning påpeget af styregruppen

9.2 Videndeling, spredning og implementering

Udvikling af ny viden vil ikke i selv være tilstrækkeligt, idet det er et kendt faktum at selv kendskab til evidens ikke nødvendigvis medfører adoption og implementering (103). Andre grunde til manglende implementering af evidens kan desuden være, at organisationen har så mange andre tiltag, at der ikke er overskud til nye tiltag. Desuden har videndeling på området været meget sektoropdelt fx alene mellem regionerne eller alene i en region. Dette sikrer ikke nødvendigvis sammenhæng og kvalitet.

Indenfor meget få områder har der været fokus på, at kliniske retningslinjer bør strække sig ud over sektorgrænser. Det er mere almindeligt, at hver sektor har sine egne kliniske retningslinjer, og dermed er der ikke nødvendigvis sammenhæng eller ens behandling på tværs af og i de enkelte sektorer. Dette kan også give risiko for forskellig kvalitet og manglende sammenhæng.

De patientnetværk, som har været oprettet med det formål at give øget social og psykologisk støtte, mere viden om sygdom samt bedre livsstil og egenomsorg, har indtil nu kun haft mindre succes, idet de forskellige patientnetværk kun benyttes i begrænset omfang af patienterne. Selv indenfor de store sygdomme som kronisk obstruktiv lungesygdom og diabetes mellitus er det kun 0,1 og 0,2 % af patienterne, som benytter netværkene (104). Samtidig er det vigtigt at være opmærksom på, at den ældre medicinske patient ikke er afgrænset ved en sygdom, og det derfor kan være sværere at skabe fora med fælles deling af viden.

Et af kravene, for at patientnetværk skal fungere, er, at brugerfladen er enkel og nemt tilgængelig, og at der er gode og præcise forklaringer til de forskellige funktioner og deres formål (104).

Det er en opgave for patientforeningerne og for de fagprofessionelle, som har kontakt til patienten at gøre opmærksom på muligheden for at søge viden af denne vej. Det er dog vigtigt at bemærke, at rent juridisk har de fagprofessionelle i kommuner, almen praksis og sygehus ikke noget ansvar for den viden, der er tilgængelig på de pågældende hjemmesider, såfremt de ikke selv er involveret i netværket.

Implementering af evidensbaseret viden er ikke en selvfølge. Overvågning via kliniske indikatorer og forløbsindikatorer kan give mistanke om kvalitetsproblemer. Efterfølgende kan klinisk audit med journalgennemgang af en række patientforløb sammenholdt med kliniske retningslinjer være velegnede værktøjer til forbedringer, - et eksempel på dette er Det Nationale Indikatorprojekt.

Audit giver en faglig baseret mulighed for at drøfte forløb og kvalitetsniveau – identificere svagheder og pege på behov for nye retningslinjer og dermed ændre behandlingstiltag, uhensigtsmæssige rutiner og kontinuitetsbrud i de enkelte forløb. Auditmetoden er samtidig et værdifuldt værktøj, der ansporer til nysgerrighed og efterspørgsel af ny viden.

Klinisk audit, som metode anvendes primært på sygehusområdet og til dels i praksissektoren, men metoden vil også kunne anvendes i forhold til den kommunale sundhedsindsats og i forhold til patientforløb.

Danske Regioner har i marts 2011 igangsat en digital vidensspredningsportal (VIS.dk). Da patientforløbet for den ældre medicinske patient ikke er

sektorafrænset vil det imidlertid være vigtigt, at alle sektorer og almen praksis har en fælles vidensprednings- og videndelingsportal.

Imidlertid er evidens og nem tilgang til denne ikke tilstrækkeligt til, at evidens implementeres i praksis. For at dette foregår, er det også nødvendigt, at organisationen er modtagelig for forandring, stærkt lederskab og eksterne og interne facilitatorer i organisationen (103).

Andre tiltag kan være regelmæssige lokale møder, hvor ny viden diskuteres mellem de forskellige sektors aktører. Udarbejdelse af fælles landsdækkende kliniske retningslinjer på tværs af sektorer og almen praksis samt aftaler om regelmæssig vurdering af behov for revidering vil desuden være med til at sikre videndeling/-spredning.

Kontinuerlig tværsektorielt og tværfagligt kompetenceudvikling er også en metode til at sikre spredning af ny viden.

Anbefaling 24: Videnspredning og –deling

Kommuner og regioner bør sikre en fælles landsdækkende vidensprednings- og videndelingsportal, hvor blandt andet eksisterende faglige retningslinier, evidens og best practice målrettet den ældre medicinske patient gøres nemt tilgængelig.

10 Generel forebyggelse og sundhedsfremme

Vi lever længere og andelen af ældre i befolkningen vokser. Generelt set har nye ældregenerationer bedre helbred og er mindre nedslidte end tidligere, men på den anden side ses der en stigning i sygeligheden og et stigende medicinforbrug på grund af længere levetid. Folkesygdomme fylder meget, og sygehusforbruget er stigende og størst i de ældste aldersgrupper.

Antallet af ældre borgere (+65 år) forventes at stige fra ca. 875.000 i 2009 til ca. 1.473.000 i 2035.

En stigning i antallet af borgere > 65 år på 15,9 % fra 2009 til 25 % i 2035 af hele befolkningen (105)

Anbefalingerne i det faglige oplæg vil bidrage til en forbedret indsats i forhold til den ældre medicinske patient. Men udfordringen er at bevare og forbedre sundhedstilstanden herunder funktionsevnen og livskvaliteten hos den ældre del af befolkningen, og dermed mindske risikoen for, at de ældre kommer til at tilhøre gruppen af ældre medicinske patienter.

Forebyggelse af (gen)indlæggelser forudsætter, at der tidligt i et forløb er opmærksomhed på et begyndende faldende funktionsniveau hos den ældre borger eller på symptomer på begyndende sygdom. Det er derfor vigtigt, at frontmedarbejdere, dvs. de der er i direkte og løbende kontakt med borgeren, får de fornødne kompetencer til at identificere signaler på disse situationer og til i samarbejde med øvrige fagprofessionelle at iværksætte de nødvendige forebyggende indsatser. Det bør være en kommunal opgave, men det er også del af en fælles national kompetenceudvikling, at der tilbydes kurser, som giver kvalifikationer til en sådan opsporende indsats.

10.1 Undgå at ældre borgere bliver medicinske patienter

Selvom anbefalingerne bidrager til en forbedret indsats i forhold til den ældre medicinske patient, vil der stadig være et stort uudnyttet forebyggelsespotentiale i forhold til ældregruppen såvel for den borgerrettede som den patientrettede forebyggelse.

Det er her vigtigt at skelne mellem den brede forebyggelse og sundhedsfremme, som kommer alle til gode – også den ældre medicinske patient - og den målrettede forebyggelsesindsats for personer med kronisk sygdom og tab af funktionsevne i forskellig grad. Her er det afgørende med tidlig diagnostik, behandling og rehabilitering, herunder patientuddannelse og (genop)træning med efterfølgende vedligeholdelsestræning.

Kommunens ældresektor kan både støtte ældre, som kan klare sig selv, og ældre, som har behov for pleje. Fagprofessionelle kan understøtte en sund levevis og samtidig fremme de ældres sociale relationer og trivsel – eksempelvis ved at forene den ældre borgers behov for at røre sig med socialt samvær med andre.

Ved indretning af pleje- og ældreboliger kan kommunen søge at skabe optimale fysiske rammer. Via den kommunale madordning kan kommunen tilbyde de ældre borgere en sund og varieret kost, samt en individuel tilrettelagt kost ud fra en ernæringsmæssig screening.

I gennemsnit vil en kommune være i kontakt med

22 % af alle borgere, der er fyldt 65 år, og

49 % af alle borgere, der er fyldt 80 år gennem hjemmehjælp (Social- og sundhedshjælpere) (106)

De forebyggende hjemmebesøg giver en særlig mulighed for at kombinere den generelle forebyggelse dvs. informere ældre borgere om sund levevis angående kost, fysisk aktivitet, alkohol, tobak og faldforebyggelse med den specifikke forebyggende indsats over for ældre personer med kronisk sygdom og tab af funktionsevne, og ikke mindst muligheder for at fange problemer i opløbet.

Fire ud af fem kommuner tilbyder ikke forebyggende hjemmebesøg til ældre over 75 år, der både modtager personlig og praktisk hjælp. Til gengæld har kommunerne fokus på enker/enkemænd og udsatte ældre, der for eksempel har isoleret sig (107)

De forebyggende hjemmebesøg gennemføres forskelligt og flere kommuner har efterspurgt IT-registrering af data med mulighed for systematisk at kunne følge udviklingen hos den enkelte borger/patient, men også sammenligne kommuner på tværs. Det vil tillige gøre det muligt at identificere særligt udsatte ældre, fx enker og enkemænd, etniske ældre, ældre med dobbelt sansetab mv. Erfaringer viser også, at det kan være hensigtsmæssigt, at centralisere de forebyggende hjemmebesøg til ældre (107). Ved at samle de forebyggende medarbejdere bliver det muligt at samle dokumentation, udvikle kompetencer hos medarbejderne og skærpe fokus på særlige aspekter af det forebyggende hjemmebesøg. Udvikling af nationale retningslinjer for de forebyggende hjemmebesøg, vil kunne sikre ensartethed og systematik i besøgene. Kommunen skal tilbyde ældre på 75 år og derover mindst et årligt forebyggende hjemmebesøg. (108).

Der er solid dokumentation for, at fysisk aktivitet mindst 30 min. om dagen, med moderat intensitet og helst alle ugens dage har positiv indflydelse på fysisk funktionsevne, sygelighed og dødelighed hos ældre (15). Der er ligeledes solid evidens for, at alsidig fysisk aktivitet, hvor intensitet og belastning er tilstrækkelig høj, kan medføre øget styrke, udholdenhed, kondition, balance og funktionsevne hos ældre mennesker.

Hver femte kommune anvender en eller flere former for screeningsredskaber, for eksempel til at opdage demens eller forebygge fald hos ældre (107)

Nærgymnastik og træning i eget hjem/egne omgivelser mindst 30 min. dagligt fx med gang, stavgang, styrketræning eller svømning kan også bidrage til at modvirke fysisk inaktivitet hos ældre. Dette kombineret med en varieret og næringsrig kost, som lever op til de otte officielle kostråd (106) og er rig på D-vitamin og kalk samt et begrænset forbrug af alkohol forebygger også fald. Og det betyder også, at

ældre, der falder, hurtigere vil komme sig efter faldet. Men udfordringen er tidligt at opspore de ældre, der er i risiko, og derfor har øget behov for træning, så tidspunktet for at de måtte blive afhængige af hjælp udskydes – eller helt undgås.

Ved nogle sygdomme (fx knogleskørhed og KOL) gælder visse forsigtighedsregler ved fysisk aktivitet.

Der er solid dokumentation for, at konsekvensen af dårlig ernæringstilstand er alvorlig, og at det nytter at gøre noget ved det (se afsnit 3.4).

Forebyggelsesindsatsen kræver viden om ældres ernæringsbehov, særlige ernæringsbehov ved sygdom samt, at der tages særlige hensyn til småtspisende og plejekrævende ældres ernæring. Individuelt tilrettelagt kost og hyggelige rammer om måltidet er en relevant målsætning i hele kommunens ældrepleje.

Normalvægtige raske ældre anbefales at følge de otte officielle kostråd. I arbejdet med den ældre borger bør der ligeledes være fokus på tand- og mundsundhed som blandt andet kan medvirke til dårlig ernæringstilstand.

I Socialministeriets og Servicestyrelsens projekt ”God mad – godt liv”(109) indeholder rapporten ”Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre” (110) forslag til, hvordan en let tilgængelig ernæringsvurdering og behandling kan organiseres i praksis i kommunerne.

De fagprofessionelle i kommunen, som møder mange ældre, er nøglepersoner – også når det gælder oplysning og vejledning om fysisk aktivitet og ernæring.

Blandt ældre borgere er der stort forebyggelsespotentialer i at opspore tidlige tegn på nedsat funktionsevne og på sygdom/forværring af kronisk sygdom tidligst muligt. Det kan ske ved anvendelse af simple validerede værktøjer (hverdagsindikatorer) med opfølgende indsats og ved kommunale tilbud om patientuddannelse og anden rehabiliterende indsats, hvor man understøtter patientens muligheder for egenomsorg og for aktivt at tage del i egen behandling og monitorering af sygdommen. Mange ældre indgår i stigende grad i forløbsprogrammer, hvor indsatsen udenfor sygehuset koordineres primært gennem et veletableret samarbejde mellem almen praksis og sundhedsprofessionelle i kommunen.

I alt 88 % af de 60-69-årige, 94 % af de 70-79-årige og næsten alle blandt de 80-årige eller derover har i 2007 haft kontakt til almen praksis.

De centrale aktører er her almen praksis, kommunalt ansatte, der varetager de forebyggende hjemmebesøg, og fagprofessionelle i kommunerne.

Som konklusion bør kommuner, almen praksis og sygehuse fremadrettet tilstræbe at arbejde systematisk og kontinuerligt med de anbefalinger målrettet ældre befolkningen, der er udarbejdet i forhold til fysisk træning, kost og ernæring, fald, forebyggende hjemmebesøg og tidlig opsporing af risikofaktorer og sygdomstegn (106).

Godt en tredjedel af de ældre (lidt større andel blandt 75-84-årige end blandt 65- 74-årige) har inden for det sidste år været til forebyggende helbredsundersøgelse. Næsten otte ud af ti ældre har fået målt blodtryk, og knap hver anden har fået målt kolesterol inden for det sidste år.

Sundhedsfremmende og forebyggende indsatser til alle ældre borgere bør være en del af (regioners og) kommuners sundhedspolitik. Det kan ske gennem en handlingsplan/aftaler, der sikrer

- Implementering af systematisk faldforebyggelse hos ældre
- Efteruddannelse/kompetenceudvikling af relevante frontmedarbejdere, således, at de systematisk og ved hjælp af simple validerede værktøjer kan identificere ældre borgere i risiko for at udvikle sig til ældre medicinske patienter, og få en viden om hvordan de skal handle derpå (handlekompetence). Der bør desuden være viden om sundhedspædagogiske værktøjer til at inddrage og vejlede borgeren.
- At ældre løbende kan tilbydes deltagelse i træningstilbud tilpasset funktionsevne og behov
- At ældre løbende kan tilbydes en individuelt tilpasset ernæringsrigtig kost, som følger anbefalingerne i for den danske institutionskost (32)
- Et systematisk samarbejde med almen praksis på ældreområdet

Det bør endvidere overvejes, om der i regi af Socialministeriet skal udarbejdes landsdækkende retningslinjer for de forebyggende hjemmebesøg, der kan være med til at sikre ensartethed og systematik i besøgene (fokus på særlige risikofaktorer og tidlig opsporing) samt en mere ensartet IT-baseret dokumentation.

11 Referencer

- (1) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. En analyse af ældre medicinske patienters forløb - på tværs af kommuner og regioner. 2009.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Notat. Den ældre medicinske patient - en afgrænsning. 2010.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Referat af 2. møde den 7. september 2010. 2010.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Sygehusstatistik 2005. 2008.
- (5) Sundhedsstyrelsen. Virksomheden ved sygehuse 2001. 2003.
- (6) Enheden for Brugerundersøgelser. Den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelser (LUP). 2009.
- (7) Guralnik JM, Ferrucci L, Simonsick EM, Salive ME, Wallace RB. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability. *N Engl J Med* 1995;332(9):556.
- (8) Boyd CM, Landefeld CS, Counsell SR, Palmer RM, Fortinsky RH, Kresevic D, et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness. *J Am Geriatr Soc* 2008;56(12):2171-2179.
- (9) Gill TM, Allore H, Guo Z. Restricted activity and functional decline among community-living older persons. *Arch Intern Med* 2003;163(11):1317.
- (10) Convertino VA. Cardiovascular consequences of bed rest: effect on maximal oxygen uptake. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 1997;29(2):191.
- (11) Harper CM, Lyles YM. Physiology and complications of bed rest. *J Am Geriatr Soc* 1988 Nov;36(11):1047-1054.
- (12) Danske Fysioterapeuter. Rejse-sætte-sig-test. Available at: <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Rejse-satte-sig-test/>. Accessed Marts, 2011.
- (13) Danske Fysioterapeuter. Cumulated Ambulation Score (CAS). Available at: <http://fysio.dk/fafo/Maleredskaber/Maleredskaber-alfabetisk/Cumulated-Ambulation-Score-CAS/>. Accessed Marts, 2011.
- (14) Avlund K, Vass M, Hendriksen C. Onset of mobility disability among community-dwelling old men and women. The role of tiredness in daily activities. *Age Ageing* 2003 Nov;32(6):579-584.
- (15) Sundhedsstyrelsen. Fysisk aktivitet og ældre. 2008.
- (16) Dansk Sundhedsinstitut. Økonomisk evaluering af Længst Muligt i Eget Liv i Fredericia Kommune. 2010.
- (17) Ministeriet for Sundhed og forebyggelse. Vejledning om træning i kommuner og regioner. 2009.

- (18) Socialministeriet. Serviceloven. 4.2.2011;81(Kap. 16).
- (19) Dansk Knoglemedicinsk Selskab. Vejledning til udredning og behandling af osteoporose. 2009.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Falddpatienter i den kliniske hverdag - rådgivning fra Sundhedsstyrelsen. 2006.
- (21) Rochat S, Büla CJ, Martin E, Seematter-Bagnoud L, Karmaniola A, Aminian K, et al. What is the relationship between fear of falling and gait in well-functioning older persons aged 65 to 70 years? 2010.
- (22) Møller H, Laursen B. Forebyggelse af ulykker. Notat til Forebyggelseskommissionen. 2008.
- (23) Gillespie LD, Robertson MC, Gillespie WJ, Lamb SE, Gates S, Cumming RG, et al. Interventions for preventing falls in older people living in the community. Cochrane Database Syst Rev 2009 Apr 15;(2)(2):CD007146.
- (24) Beck AM, Pedersen AN, Schroll M. Underweight and unintentional weight loss among elderly in nursing homes and in home care--problems requiring intervention]. Ugeskr Laeger 2005 Jan 17;167(3):272-274.
- (25) Sundhedsstyrelsen. Medicinske Patienters Ernæringspleje. En medicinsk teknologivurdering. 2005.
- (26) Servicestyrelsen. God mad - Godt liv. Skema: Din vægt. 2011.
- (27) Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, sygehjælpere og kliniske diætister – Screening og behandling af patienter i ernæringsmæssig risiko. 2008.
- (28) Servicestyrelsen. God mad - godt liv. Ernæringsvurdering. 2011.
- (29) Milne AC, Potter JM, Avenell A. Protein and energy supplementation in elderly people at risk from malnutrition (Review). Cochrane Database Sys.Rev. 2005;1.
- (30) Lassen KO, Olsen J, Grinderslev E, Kruse F, Bjerrum M. Nutritional care of medical inpatients: a health technology assessment. BMC Health Serv Res 2006 Feb 2;6:7.
- (31) Gray-Donald K, Payette H, Boutier V. Randomized clinical trial of nutritional supplementation shows little effect on functional status among free-living frail elderly. J Nutr 1995 Dec;125(12):2965-2971.
- (32) Fødevarestyrelsen. Anbefalinger for den danske institutionskost. 2009.
- (33) Nijs K, de Graaf C, Siebelink E, Blauw YH, Vanneste V, Kok FJ, et al. Effect of family-style meals on energy intake and risk of malnutrition in Dutch nursing home residents: a randomized controlled trial. The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences 2006;61(9):935.
- (34) Beck Aea. Ældre patienter skal følges ordentlig hjem fra sygehuset! 2006.

- (35) Servicestyrelsen. God mad – godt liv. Mad- og måltidspolitik på ældreområdet (Skabelon). 2011.
- (36) Statens Institut for Folkesundhed. Risikofaktorer og folkesundhed i Danmark. 2006.
- (37) Yasuda N, Zimmerman SI, Hawkes W, Fredman L, Hebel JR, Magaziner J. Relation of social network characteristics to 5-year mortality among young-old versus old-old white women in an urban community. *Am J Epidemiol* 1997;145(6):516.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Genindlæggelser af ældre i Danmark. 2008.
- (39) Vinge S, Sandberg Buch M. U hensigtsmæssige indlæggelser – muligheder og perspektiver for kommunerne. 2007.
- (40) Sundhedsstyrelsen. Idé- og inspirationsoplæg for samarbejdet mellem plejecentre og almen praksis. Endnu ikke offentliggjort.
- (41) Aion. Analyse for Ældre Sagen: Adfærd og holdninger hos pårørende til svækkede ældre. Rapport 1, 2 og 3. 2009.
- (42) Lindhardt T, Nyberg P, Hallberg IR. Collaboration between relatives of elderly patients and nurses and its relation to satisfaction with the hospital care trajectory. *Scand J Caring Sci* 2008;22(4):507-519.
- (43) Lindhardt T, Hallberg IR, Poulsen I. Nurses' experience of collaboration with relatives of frail elderly patients in acute hospital wards: A qualitative study. *Int J Nurs Stud* 2008;45(5):668-681.
- (44) Sundhedsstyrelsen. Styrket akutberedskab – planlægningsgrundlag for det regionale sundhedsvæsen. 2007.
- (45) Tang Friberg J, Taastrøm A, Bak Andersen I, Schultz-Larsen P, Buch Andreasen P. Kan akutte indlæggelser konverteres til planlagte indlæggelser på medicinske afdelinger? 2002;164(40):4627.
- (46) Felbo O, Søland AM. Ældre og Sundhedsvæsenet. Hvordan gør vi det bedre? : Akademisk forlag; 1996.
- (47) Ishøy T, Qvist P, Rasmussen L, Gjørup T, Rasmussen JH, Christau B, et al. U hensigtsmæssige indlæggelser på medicinske afdelinger. Appropriateness evaluation protocol. 2005;167:2057-2060.
- (48) Sundhedsstyrelsen. Status for arbejdet med sundhedsaftalerne og eksempler på løsninger. 2011.
- (49) Simpson GC, Forbes K, Teasdale E, Tyagi A, Santosh C. Impact of GP direct-access computerised tomography for the investigation of chronic daily headache. 2010.
- (50) Dansk Sundhedsinstitut. Evaluering af Udgående Akutafdeling i Kolding Kommune. Forebyggelse af akutophold i kommunen og akutte, medicinske indlæggelser på sygehus. 2010.

- (51) Næstved kommune. Årsrapporter for drift af akutstuer i Næstved kommune 2003-2006. 2003-2006.
- (52) Vestsjællands Amt. 2 årigt projekt i Vestsjællands Amt fra 2000-2002 med oprettelse af akut stuer i 3 af amtets kommuner. 2000-2002 .
- (53) Matzen LE, Foged L, Pedersen P, Wengler K, Andersen-Ranberg K. Primær visitation af elektive geriatriske patienter. En randomiseret undersøgelse af hjemmebesøg kontra ambulantebesøg. 2007;169(22):2109.
- (54) Odense Universitets Hospital, Svendborg Sygehus. Projekt Ortogeriatrisk afsnit. MTV rapport. Et tværfagligt samarbejde imellem Geriatrisk afdeling, Ortopædkirurgisk afdeling og rehabiliteringsafdelingen OUH, Svendborg Sygehus. 2010.
- (55) Sundhedsstyrelsen. Kronisk sygdom. Patient, sundhedsvæsen og samfund. Forudsætninger for det gode forløb. 2005.
- (56) Rasmussen L, Münter D, Bøttcher C, Jacobsen O, Larsen K, Marcussen H, et al. Hensigtsmæssig anvendelse af sengedage på medicinske afdelinger. 2006;168:25-9.
- (57) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Hjemmeside for patientsikkerhed. Available at: http://patientsikkerhed.dk/presse_nyt/tal_og_fakta/. Accessed Marts, 2011.
- (58) Hirsch CH, Sommers L, Olsen A, Mullen L, Winograd CH. The natural history of functional morbidity in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc 1990;38(12):1296.
- (59) Covinsky KE, Palmer RM, Fortinsky RH, Counsell SR, Stewart AL, Kresevic D, et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age. J Am Geriatr Soc 2003;51(4):451-458.
- (60) Brown CJ, Friedkin RJ, Inouye SK. Prevalence and outcomes of low mobility in hospitalized older patients. J Am Geriatr Soc 2004;52(8):1263-1270.
- (61) De Morton N, Keating J, Jeffs K. Exercise for acutely hospitalised older medical patients. ACP J Club 2007;146(3):72.
- (62) Dansk Medicinsk Selskab. Available at: http://www.dms.dk/app/plsql/dms_forside.frz. Accessed Marts, 2011.
- (63) Folkestad L, Brabrand M, Hallas P. Supervision of junior doctors and allocation of work tasks regarding admissions and further treatment of acute admitted patients]. Ugeskr Laeger 2010 May 31;172(22):1662-1666.
- (64) Himmelstrup B. Svækket og gammel – beslutnings- og prioriteringsprocesser i patientforløb set bottom-up. 2000.
- (65) Wetzels R, Harmsen M, Van Weel C, Grol R, Wensing M. Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. Cochrane Database Syst Rev 2007 Jan 24;(1)(1):CD004273.

- (66) Danske Regioner, Ældre Sagen. Forbedret indsats for medicinske patienter. 2010.
- (67) Dansk Sygeplejeråd. Bedre sundhedstilbud til de medicinske patienter. 2009.
- (68) TNS Gallup. Kommunal træning af ældre 2010. En undersøgelse foretaget af TNS Gallup for Danske Fysioterapeuter, Danske Handicaporganisationer, Ergoterapeut-foreningen og Ældre Sagen. 2010.
- (69) Sundhedsstyrelsen, Jakobsen HN, Rytter L, Rønholt F, Hammer AV, Andreasen AH, et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – resultater fra et randomiseret, kontrolleret interventionsstudie i Københavns Amt. 2007.
- (70) Gregersen M, Zintchouk D, Hougaard K, Krogshede A, Almasi F, Holm-Petersen IO, et al. Interdisciplinary geriatric intervention among nursing home residents with hip fracture reduces mortality]. Ugeskr Laeger 2010 Jun 21;172(25):1902-1907.
- (71) Shepperd S, McClaran J, Phillips CO, Lannin NA, Clemson LM, McCluskey A, et al. Discharge planning from hospital to home. Cochrane Database Syst Rev 2010 Jan 20;(1)(1):CD000313.
- (72) Hernandez AF, Greiner MA, Fonarow GC, Hammill BG, Heidenreich PA, Yancy CW, et al. Relationship between early physician follow-up and 30-day readmission among Medicare beneficiaries hospitalized for heart failure. JAMA: The Journal of the American Medical Association 2010;303(17):1716.
- (73) Helsedirektoratet. Lovgrunnlag. 2009; Available at: http://www.helsedirektoratet.no/habilitering_rehabilitering/individuell_plan/lovgrunnlag/retten_til_individuell_plan_hjemlet_i_flere_lover_471414. Accessed 03/16, 2011.
- (74) Helsedirektoratet. Jeg har plan! Tilbakemeldinger fra 6 regionale konferanser i 2008 på individuell plan. 2009.
- (75) Naylor MD, Brooten DA, Campbell RL, Maislin G, McCauley KM, Schwartz JS. Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc 2004 May;52(5):675-684.
- (76) Servicestyrelsen. Forebyg uhensigtsmæssige indlæggelser 2010. 2011.
- (77) Statens Institut for Folkesundhed. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005. 2006.
- (78) Pharmakon. Temarapport. Tværgående analyse af projekter om medicingennemgang i Danmark. 2008;Version 1.2.
- (79) Vass M, Hendriksen C. Ældre og medicin - Månedsskrift for Praktisk Lægegering. 2007.
- (80) Lægemiddelstyrelsen. Medicinprofil og receptserver. , 2006.

- (81) Andersen, Elberg, Foged, Søndergaard, Forskningsenheden for Almen Praksis, Institut for Sundhedstjenesteforskning. Generisk substitution. Indflydelse på medicinbrugernes tryghed og kompliance. 2009.
- (82) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Forslag til fremme af sikker medicinering. 2009.
- (83) Schæfer K, Andersen H, Birk B, Munck A. Polyfarmaci i almen praksis. 2009.
- (84) Midlöv P, Bergkvist A, Bondesson Å, Eriksson T, Höglund P. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. *Pharmacy World & Science* 2005;27(2):116-120.
- (85) Københavns Kommune, Sundheds- og Omsorgsforvaltningen. Resume og initiativer. Beskrivelse af iværksatte - og forslag til fremtidige - initiativer. 2010.
- (86) Lægemiddelstyrelsen. Brug bedre medicin. Perspektiv i klinisk farmaci. 2004.
- (87) Pharmakon. Bedre brug af medicin i hjemmepleje og på plejehjem. Et udviklings- og pilotprojekt for en kontrolleret undersøgelse. Evalueringsrapport. 2010.
- (88) Sørensen J, Gundgaard J, Stig Haugbølle L, Herborg H, Lee A, Rossing C, et al. Maskinel dosisdispensering i primærsektoren: Elementer af en medicinsk teknologivurdering. Sammenfattende rapport. 2005.
- (89) Lægemiddelstyrelsen. Dosisdispensering 2008.
- (90) Kjeldsen LJ, Schmidt AM. Patientsikkerhed ved medicindosering - en analyse af om medicindosering påvirker patientsikkerheden på Århus Universitetshospital. 2008-2009.
- (91) Digital Sundhed. Fælles Medicinkort etableret og udrullet i 2011. Available at: <http://www.sdsd.dk/Aktuelt/Nyheder/FMK%20udrullet%20i%202011.aspx>. Accessed Marts, 2011.
- (92) Folketingstidende E. Aktstykke 92, Folketinget 2010-11. 23. marts 2011.
- (93) Campbell F, Karnon J, Czoski-Murray C, Jones R. A systematic review of the effectiveness and cost-effectiveness of interventions aimed at preventing medication error (medicines reconciliation) at hospital admission. Report for the National Institute for Health and Clinical Excellence as part of the Patient Safety Pilot 2007.
- (94) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Beslutningsstøtte til elektronisk medicinordination. 2005.
- (95) Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Patientsikkerhed i Sundhedsloven. Available at: http://patientsikkerhed.dk/patientsikkerhed/hvad_siger_loven/. Accessed Marts, 2011.
- (96) Lysholdt I, Bak Sørensen J. Evaluering af projekt farmaceuter i plejeboligerne, Århus Kommune. 2010.

- (97) MedCom. MedCom - kort fortalt. Available at: <http://www.medcom.dk/wm109974>. Accessed Marts, 2011.
- (98) Region Syddanmark. Sam:Bo. Available at: <http://www.regionsyddanmark.dk/wm258038>. Accessed Marts, 2011.
- (99) Sundhedsstyrelsen - ikke offentliggjort. Erfaringer fra Studietur til Australien 2010 med repræsentanter fra Region Midt og Sundhedsstyrelsen. 2011.
- (100) MedCom. Udredning om telemedicin. 2010 16. april 2010.
- (101) Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Bekendtgørelse Nr. 1039 Af 24/11/2000 om planlægning af den præhospitale indsats og uddannelse af ambulancepersonale m.v. 2000.
- (102) Warfvinge JE, Olesen F. Telemedicin i Danmark anno 2010. 2010.
- (103) Kirchhoff KT. State of the science of translational research: From demonstration projects to intervention testing. *Worldviews on Evidence-Based Nursing* 2004;1(s1):S6-S12.
- (104) Dansk Sundhedsinstitut, Hansen J, Lundsby Jensen M. Evaluering af patientnetværk. 2009.
- (105) Sundhedsstyrelsen, Kjølner M, Davidsen M, Juel K. Ældrebefolkningens sundhedstilstand i Danmark - analyser baseret på Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 og udvalgte registre. 2010.
- (106) Sundhedsstyrelsen. Ældres sundhed – forebyggelse og sundhedsfremme i kommunerne. 2007.
- (107) Ankestyrelsen. Forebyggende hjemmebesøg til ældre. 2010.
- (108) Retsinformation. Lov om ændring af lov om social service, lov om retssikkerhed og administration på det sociale område og sundhedsloven samt om ophævelse af lov om forebyggende hjemmebesøg til ældre m.v. 2010.
- (109) Servicestyrelsen. God mad - godt liv. Available at: <http://www.servicestyrelsen.dk/nyheder/god-mad-godt-liv-1>. Accessed Marts, 2011.
- (110) DTU Fødevarerinstitutionen, Servicestyrelsen. Projekt "Udvikling af et redskab til ernæringsvurdering og behandling af ældre". 2010.

12 Oversigt over arbejdsgruppemedlemmer

Arbejdsgruppe 1: "Forebyggelse og sundhedsfremme"

Repræsentant	Udpeget af
Chefkonsulent Anne Bach Stisen	Danske Regioner Region Syddanmark
Postdoc Anne Marie Beck	Foreningen af Kliniske Diætister Københavns Universitet
Birgitte Stenderup	KL Esbjerg Kommune
Sundhedsfaglig direktør Birthe Søndergaard	Danmarks Apotekerforening
Projektleder Bodil Schroll Harboe	Danske Patienter Kræftens Bekæmpelse
Faglig politisk konsulent Casper Mortensen	Danske Fysioterapeuter
Farmaceut Dorte Glintborg	Lægemiddelstyrelsen, Institut for Rationel Farmakoterapi (IRF)
Sundhedsfremmekonsulent Iben Mortensen	Danske Regioner Region Nordjylland, Praksissektoren
Souschef Inge Elmshøj Thorup	Dansk Sygepleje Selskab - Kommunal Odense kommune
Overlæge Ingolf Nielsen	Danske Regioner Region Sjælland, Holbæk Sygehus
Konsulent Kristine Bælum	Danmarks Apotekerforening
Social- og sundhedsassistent Lene Høeberg-Hansen	FOA Frederiksberg Hospital
Udviklingsergoterapeut, ph.d. Lisbeth Villemoes Sørensen	Ergoterapeutforeningen Rigshospitalet
Konsulent Maj Vingum Jensen	Ældre Sagen
Fuldmægtig Margit Ulmer	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Faglig koordinator Marianne Skov Iversen	Socialministeriet Servicestyrelsen
Projektsygeplejerske Marie Lavesen	Dansk Sygepleje Selskab – Regional Hillerød Hospital
Merete Uldall Kristensen	KL Horsens Kommune
Direktør Peter Torsten Sørensen	Dansk Selskab for Almen Medicin
Susanne Westergren	KL Københavns Kommune

Arbejdsgruppe 2: "Tidlig opsporing af sygdom og diagnostik/udredning"

Repræsentant	Udpeget af
Afsnitsansvarlig overlæge Arne Kverneland	Dansk Selskab for Intern Medicin Roskilde Sygehus
Fuldmægtig Christian Skov Hansen	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Ledende oversygeplejerske Dora Fog	Dansk Sygepleje Selskab – Regional Hvidovre Hospital
Leder Dunja Vergmann	Dansk Sygepleje Selskab – Kommunal Odense Kommune
Elisabeth Kjær Johannesen	KL Næstved Kommune
Specialeansvarlig overlæge Hanne Elkjær Andersen	Dansk Selskab for Geriatri Glostrup Hospital, Medicinsk Afdeling M
Ledende ergoterapeut Helle Kruuse-Andersen	Ergoterapeutforeningen Århus Sygehus
Sundhedskoordinator Ib Brorly	Ældre Sagen
Souschef Jessie Kjærsgaard	KL Københavns Kommune
Distriktschef Jette Schøtz	KL Esbjerg Kommune
Udviklingschef Karen Nørskov Toke	Danske Regioner Region Hovedstaden, Koncern Praxis
Faglig udviklingskonsulent Kirsten Piltoft	Danske Fysioterapeuter Århus Kommune
Praktiserende læge Lars Rytter	Dansk Selskab for Almen Medicin
Social- og sundhedsassistent Lise Lotte Gramberg Hjorting	FOA Hvidovre Kommune
Planlægningschef Mikkel Grimmeshave	Danske Regioner Region Nordjylland, Planlægning, kvalitet og analyse
Senior projektleder Nicolai Kirkegaard	Danske Patienter Danmarks Lungeforening
Fuldmægtig Rikke Agergaard	Socialministeriet
Ledende overlæge, ph.d. Ulrich Fredberg	Dansk Medicinsk Selskab Regionshospitalet Silkeborg

Arbejdsgruppe 3: "Det rette tilbud ved behov for iværksættelse af behandling og pleje samt for den efterfølgende indsats"

Repræsentant	Udpeget af
Regionsleder Anne Skjødt	Danske Patienter Hjerteforeningen
Birgitte Ettrup	KL Næstved Kommune
Oversygeplejerske Birthe Runoberg Nielsen	Danske Regioner Region Sjælland
Bodil Smalbro	KL Horsens Kommune
Specialkonsulent Britt Bergstedt	Socialministeriet
Fuldmægtig Camilla Lund-Cramer	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Udviklingsergoterapeut Gerd Andsager	Ergoterapeutforeningen Svendborg Sygehus
Udviklingssygeplejerske Jette Pedersen	Dansk Sygepleje Selskab – Regional Århus Universitetshospital
Konsulent Kirsten Hansen	KL Københavns Kommune
Sygeplejeforf Kirsten Marquardsen	Danske Sygepleje Selskab – Kommunal
Seniorkonsulent Mette Ide Davidsen	Danske Regioner
Ledende overlæge Mette Kelstrup Hallas	Dansk Medicinsk Selskab Svendborg Sygehus
Konsulent Mirjana Saabye	Ældre Sagen
Overlæge Niels Espensen	Dansk Selskab for Geriatri Svendborg Sygehus, Geriatriisk Afdeling
Fysioterapeut Nina Beyer	Danske Fysioterapeuter Bispebjerg Hospital
Direktør Peter Torsten Sørensen	Dansk Selskab for Almen Medicin
Overlæge, dr.med. Thomas Gjørup	Dansk Selskab for Intern Medicin Holbæk Sygehus
Seniorforsker Tove Lindhardt	Sundhedsstyrelsen Hvidovre Hospital

Arbejdsgruppe 4: "Sammenhæng på tværs af patientforløbet med fokus på kommunikation"

Repræsentant	Udpeget af
Leder af Visitationen Sundhed & Omsorg Birthe Roued Olsen	KL Esbjerg Kommune
Klinisk Professor Else Marie Damsgaard	Danske Regioner Region Midtjylland, Århus Universitetshospital
Overlæge Hanne Jørsboe	Dansk Medicinsk Selskab Sygehus Syd, Nykøbing F. Sygehus
Ass. Områdeleder Helle Thomsen	KL Horsens Kommune
Sygeplejefaglig udviklingskonsulent Ingrid Lysholdt Petersen	Dansk Sygepleje Selskab – Kommunal Århus Kommune, Sundheds og omsorgsstaben
Udviklingssygeplejerske Irmgard Birkegaard	Dansk Selskab for Intern Medicin OUH Svendborg Sygehus
Souschef Jens Højgaard	Ældre Sagen
Oversygeplejerske Kirsten Rahbek	Danske Regioner Region Midtjylland, Århus Universitetshospital
Fuldmægtig Knud Damgaard Andersen	Socialministeriet Servicestyrelsen
Praktiserende læge Lars Rytter	Dansk Selskab for Almen Medicin
Udviklingsmedarbejder Lene Poulsen	Danske Patienter Parkinsonforeningen
Socialrådgiver Lisbeth Kessler	Dansk Socialrådgiverforening Vejle Kommune
Koordinerende visitator Lone Wissing	KL Næstved Kommune
Seniorkonsulent Mette Ide Davidsen	Danske Regioner
Afdelingschef Peter Simonsen	Danske Regioner Region Syddanmark
Specialkonsulent Sven Erik Bukholt	Indenrigs- og Sundhedsministeriet
Chefrådgiver Trine Friis	Danske Regioner

Sekretariat

Oversygeplejerske Janne Friis	Sundhedsstyrelsen Det Borgernære Sundhedsvæsen
Kontorfuldmægtig Janni Stauersbøll Kramer	Sundhedsstyrelsen Det Borgernære Sundhedsvæsen
Overlæge Jean Hald Jensen	Sundhedsstyrelsen Det Borgernære Sundhedsvæsen
Læge Jette Blands	Sundhedsstyrelsen Sunde Rammer
Fuldmægtig Lars Buch Hansen	Sundhedsstyrelsen Det Borgernære Sundhedsvæsen
Specialkonsulent Malene Størup	Sundhedsstyrelsen Borgerrettet Forebyggelse
Chefsygeplejerske Ruth Truelsen	Sundhedsstyrelsen Sygehusbehandling og Beredskab
Overlæge Susanne Vest	Sundhedsstyrelsen Det Borgernære Sundhedsvæsen

13 Kommissorium for Styregruppen for Den ældre medicinske patient

Med den øgede andel af ældre i befolkningen, den stigende forekomst af kroniske sygdomme og en betydelig vækst i antallet af ældre, der behandles på en medicinsk afdeling, står det samlede sundhedsvæsen overfor store udfordringer, som fordrer koordinering og samordning af indsatserne på tværs af sektorer.

For at understøtte dette arbejde etablerer Sundhedsstyrelsen en *Styregruppe for Den ældre medicinske patient*.

Baggrund og organisering

Regeringen har i Sundhedspakke 2009 præsenteret en række initiativer, der skal styrke indsatsen for ældre medicinske patienter. Regeringen og Dansk Folkeparti har i forbindelse med aftalerne om finansloven for 2010 aftalt, at der under Sundhedsstyrelsen nedsættes en styregruppe med relevante myndigheder m.v., der skal bidrage til at øge kvaliteten for medicinske patienter. Herunder afdække best practice og belyse hvordan der kan foretages reduktioner i antallet af genindlæggelser for ældre medicinske patienter og sammenhæng i behandlingsforløbet på tværs af kommuner og regioner, så der kan skabes bedre kvalitet i behandlingen for de ældre medicinske patienter og frigøres kapacitet på de medicinske afdelinger.

Den ældre medicinske patient er karakteriseret ved at have en eller flere samtidige kroniske sygdomme samt et stort indlæggelses- og omsorgsbehov betinget af såvel kronisk som akut opstået sygdom. For den ældre medicinske patient er der derfor særligt behov for at sikre koordinering af den samlede behandlings-/rehabiliteringsindsats på tværs af afdelinger og sektorer for at forebygge uhensigtsmæssige akutte indlæggelser og genindlæggelser.

Sammenfaldende med det øgede fokus på den ældre medicinske patient har Sundhedsstyrelsen i forbindelse med den forstærkede indsats for patienter med kronisk sygdom etableret et *Team for kronisk sygdom*, som er organisatorisk forankret i Sundhedsplanlægning. På grund af den tætte kobling mellem områderne vil Sundhedsstyrelsens opgaver vedrørende ”den ældre medicinske patient” være organisatorisk forankret i Team for kronisk sygdom.

Styregruppens kommissorium

Styregruppen skal være rammen for en bred tværfaglig og tværsektoriel dialog og understøtte Sundhedsstyrelsens arbejde med udviklingen af kvalitet og sammenhæng i indsatsen for den ældre medicinske patient.

Styregruppen skal i den forbindelse blandt andet:

- rådgive Sundhedsstyrelsen i udarbejdelsen af et fagligt oplæg til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, der har fokus på forebyggelige indlæggelser/genindlæggelser og på kvalitet og sammenhæng i patientforløbene

- følge og drøfte udviklingen i kvalitet og sammenhæng i patientforløbet for den ældre medicinske patient
- rådgive Sundhedsstyrelsen vedrørende det sundhedsfaglige indhold af indsatserne overfor den ældre medicinske patient
- rådgive Sundhedsstyrelsen vedrørende organisatoriske aspekter omkring den ældre medicinske patient

Styregruppens sammensætning

- Sundhedsstyrelsen: formandskab
- Indenrigs- og Sundhedsministeriet: 1 repræsentant
- Socialministeriet: 1 repræsentant
- Danske Regioner: 1 repræsentant
- Fra regionerne: 5 repræsentanter
- Kommunernes Landsforening: 1 repræsentant
- Fra kommunerne: 5 repræsentanter
- Danske Patienter: 1 repræsentant
- Ældresagen: 1 repræsentant
- Dansk Selskab for Intern Medicin: 1 repræsentant
- Dansk Selskab for Almen Medicin: 1 repræsentant
- Dansk Selskab for Geriatri: 1 repræsentant
- Dansk Sygepleje Selskab: 1 repræsentant
- Danske Fysioterapeuter: 1 repræsentant
- Dansk Socialrådgiverforening: 1 repræsentant
- Ergoterapeutforeningen: 1 repræsentant
- FOA social og sundhed: 1 repræsentant
- Fra Forskningsmiljøer: 2 repræsentanter

Sundhedsstyrelsens Team for kronisk sygdom varetager sekretariatsfunktionen og relevante enheder i styrelsen deltager efter behov i møderne.

Sundhedsstyrelsen kan derudover supplere styregruppen ad hoc, så den nødvendige bredde i repræsentationen sikres fx ved behov for anden faglig/organisatorisk rådgivning.

Styregruppens møder

Mødefrekvens

Der forventes afholdt 2 til 3 møder årligt. Derudover afholdes møder ad hoc, såfremt Sundhedsstyrelsen finder behov.

Mødereferat

Efter møde i styregruppen udarbejdes et beslutningsreferat, der udsendes senest to uger efter mødets afholdelse med henblik på skriftlig godkendelse inden for en fastsat tidsfrist. Godkendte referater offentliggøres på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.