

Anbefalinger for fælles forløbskoordinatorfunktioner til den ældre medicinske patient

Baggrund

Kommuner og regioner anvender forskellige former for fælles forløbskoordinationsfunktioner. I den første nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012 – 2015 blev der prioriteret knap halvdelen af den overordnede ramme på 200 mio. kr., til et initiativ vedrørende *'Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter'* (Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse 2012).

Formålet med indsatsen har været at styrke den personligt tilpassede koordinerende støtte, som gør, at patienten får et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær og sekundær sektor. Indsatsen er løbende blevet evalueret af KORA for Sundhedsstyrelsen og afsluttet med en slutstatus ultimo 2016 (Buch og Jakobsen, KORA, november 2016).

Evalueringen er baseret på interview med deltagere fra de i forbindelse med initiativet etablerede projektorganisationer for fælles regional-kommunal forløbskoordinatorfunktion, og på et elektronisk spørgeskema, som har været udsendt til en bred kreds af fagpersoner, som arbejder med særligt svækkede ældre medicinske patienter i kommuner og regioner. Det er sket i alt tre gange i projektperioden.

Endvidere har evalueringen bestået af en gennemgang og en analyse af fire kommuners erfaringer med at arbejde med såkaldt fremskudt visitation i samarbejde med deres tilhørende hospitaler¹. Her er der foretaget interviews med grupper af ledere og fagpersoner og med patienter og pårørende samt gennemført registerbaserede effektanalyser i forhold til genindlæggelser og omkostningsniveau.

Udover rapporten om slutstatus for indsatsen er evalueringen af rapporteret i en midtvejsstatus (Buch og Jakobsen, KORA januar 2016) og i en erfaringsopsamling og analyse af de fire kommuners erfaringer med den fremskudte visitation (Buch og Jakobsen et al., KORA juni 2016).

Formål

Formålet med dette notat er med baggrund i den anden nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient (Sundheds- og Ældreministeriet 2016) og mere specifikt indsatsområdet 6 *'En indsats der hænger mere sammen'* at *vurdere resultaterne af evalueringen af indsatsen omkring 'Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter' og opstiller gode råd og anbefalinger for den fremtidige fælles forløbskoordination, så resultaterne og de gode erfaringer kan udbredes til alle regioner og kommuner.*

¹ De fire kommuner og hospitaler, der er med i undersøgelsen er

- Gribskov Kommune og Hillerød Hospital
- Lolland Kommune og Nykøbing Falster Sygehus
- Vejle Kommune og Vejle Sygehus
- Skanderborg Kommune og Regionshospitalet i Horsens

For nærmere information om evalueringens analyser og resultater henvises til de respektive udarbejdede evalueringsrapporter.

Resultater

I kommunerne er midlerne fra indsatsen vedrørende forløbskoordination i vidt omfang anvendt til at styrke den eksisterende udskrivningskoordination. Midlerne er i høj grad anvendt til fremskudt visitation og til at afholde udskrivningskonferencer på hospitaler forud for udskrivelse. Denne anvendelse af midlerne matcher formålet med indsatsen vedrørende forløbskoordination, og den opleves relevant af de informanter, der har deltaget i evalueringen.

Det er også i særlig grad arbejdet med at styrke den eksisterende udskrivningskoordination i sammenhæng med en fremskudt visitation, der har vist sig at kunne understøtte koordination og sammenhæng i forløbene (Buch og Jakobsen et al., KORA juni 2016). Ved den fremskudte visitation kommer de kommunale udskrivningskoordinatorer ind på den respektive hospitalsafdeling, og deltager i samarbejdet, aftalerne og koordineringen omkring udskrivningen og det videre forløb, mens den ældre medicinske patient stadig er indlagt. KORA har i den forbindelse set på fire modeller for fremskudt visitation i kommunerne Gribskov, Lolland, Vejle og Skanderborg.

I de pågældende kommuner har de ældre patienter fortrinsvis alle været indlagt på ét hospital, hvorved der har været et fast ankerpunkt for funktionen. Dette giver en geografisk fordel sammenlignet med kommuner, hvor patienterne er spredt mellem flere forskellige hospitalsmatrikler. Det giver samtidig mulighed for et patientvolumen, der sikrer, at de fremskudte medarbejdere kan arbejde effektivt. I den forbindelse er det også rutinerede medarbejdere, der er gået ind i arbejdet, hvor der også er fokus på kompetencer i forhold til kommunikation og samarbejde.

Samtidig har de funktioner, der arbejdes med taget afsæt i allerede eksisterende organisering og rutiner/ systemer, og i ydelser, der ligger indenfor eksisterende rammer og opgaver.² Det er i den forbindelse de kommunale medarbejdere, som – med afsæt i de plejeforløbsplaner (der inden 48 timer skal sendes til kommunen) samt egne oplysninger om de indlagte patienter – vurderer, hvilke patienter der har behov for udvidet koordination.

Mellem alle de involverede hospitaler og kommunerne har der været en fælles ledelsesmæssigt opbakning og engagement, og der har været et reelt tværsektorielt samarbejde mellem ledelser og medarbejdere i udviklingen af arbejdet med at de fremskudte funktioner.

De fremskudte medarbejdere har fortrinsvis valgt at arbejde i teams af fire-fem medarbejdere, der arbejder både på hospitalet og i kommunen. Dette tilgodeser en mere robust organisation ift. sygdom og ferier mv., der har et vedvarende kendskab til begge arbejdspladser med muligheder for kollegial sparring og støtte samt en klar lederreference. Desuden arbejder medarbejderne i vagtrul, så de skiftes til at arbejde på hospitalet og i hjemkommunen, hvorved tilknytningen til kommunen bevares, og opmærksomheden på det kommunale serviceniveau o.l. fastholdes. Den fremskudte medarbejder på hospitalet har endvidere kolleger i hjemkommunen, som kender arbejdet i den fremskudte funktion, og kan derfor understøtte arbejdet på hospitalet.

Evalueringen viser endvidere, at denne form for indsats har potentiale til at kunne forebygge genindlæggelser og kan tilrettelægges således, at indsatsen som minimum er omkostningsneutral. Endvidere ser både fagpersoner og patienter den fremskudte visitation som en kilde til bedre samarbejde og bedre inddragelse og øget tryghed i forbindelse med udskrivning fra hospital til kommune/hjemmet.

² I Skanderborg kommune har man dog arbejdet med et udviklingsprojekt (brobyggerne) der er organisatorisk forankret i rehabiliteringsafdelingen på sygehuset, samtidig med der aktivt arbejdes med patienternes rehabiliteringspotentiale og efterfølgende i kommunalt regi.

Regionerne har i højere grad end kommunerne anvendt midlerne til kvalitetsudvikling og konsolidering af eksisterende indsatser, og til procedurer der skal kunne identificere og udvælge de særligt svækkede ældre patienter under indlæggelsen og kunne vurdere og formidle deres særlige behov videre til kommunerne. Der er også igangsat en række konkrete indsatser, kortlægninger og forskningsprojekter, som er forankret på individuelle hospitalsmatrikler.

Spørgeskemaundersøgelsen viser, at andelen af fagpersoner i regioner og kommuner, der efterlyser øget patient- og pårørendeinddragelse, er steget signifikant i projektperioden i både regioner og kommuner. Det gælder også andelen som oplever, at de savner forudsætninger for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb. Fagpersonerne vurderer i samme tidsperiode uændret, at der ikke er tilstrækkeligt sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter. De præcise årsager her til giver undersøgelsen ikke mulighed for at vurdere.

Anbefalinger

På den baggrund opstilles følgende anbefalinger for forløbskoordination:

Alle kommuner og hospitaler har vedvarende fokus på patient- og pårørendeinddragelse og på forudsætningerne for at kunne skabe bedre sammenhæng i forløb for særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Alle kommuner overvejer at etablere eller videreføre fremskudt visitation i samarbejde med relevante hospitalsafdelinger under hensyntagen til følgende punkter

- Den fremskudte funktion etableres mest hensigtsmæssigt på éet (af regionens) hospital(er), for at sikre patientvolumen og opnåelse af fornøden rutine.
- Den enkelte kommune inkl. eventuelle regionale samarbejdspartner, tager stilling til formål og opgaveportefølje for eksisterende og eventuelle nye fremskudte funktioner
- Fremskudt visitation udvikles i et ledelsesmæssigt samarbejde på tværs af kommune og hospital
- Kommunerne i det enkelte hospitalsoptageområde samarbejder og erfaringsudveksler indbyrdes med henblik på at understøtte en ensartet og velfungerende samarbejdsflade mellem kommunerne og hospitalet
- I den fremskudte funktion arbejdes der mest hensigtsmæssigt i teams, hvor arbejdet tilrettelægges således at kontakten til kolleger og den kommunale arbejdsplads bevares
- Den fremskudte funktion bemannes mest hensigtsmæssigt med erfarne medarbejdere med viden om koordinering og samarbejde på tværs i sundhedsvæsenet
- I den fremskudte funktion er der kontinuerligt fokus på patient- og pårørendeinddragelse

Alle landets kommuner og relevante hospitalsafdelinger prioriterer udskrivningsansvarlige brobyggere med henblik på at understøtte kontinuitet, fælles fokus og relationsdannelse på tværs af sektorer

Referencer

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse. Nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012 – 2015. Juni 2012

Martin Sandberg Buch og Marie Jakobsen. Evaluering af indsats for forløbskoordination. Slutstatus for regionale og kommunale aktiviteter og resultater. KORA, november 2016

Sundheds- og Ældreministeriet. Styrket indsats for den ældre medicinske patient. National handlingsplan 2016.

Martin Sandberg Buch, Marie Jakobsen et al. Evaluering af indsats for forløbskoordination – Erfaringer med fremskudt visitation i fire kommuner. KORA, juni 2016).

Sundheds- og Ældreministeriet. Styrket indsats for den ældre medicinske patient – National handlingsplan 2016.