

## **Overblik. Kendte igangværende initiativer med henblik på at forebygge akutte indlæggelser**

### Aktiv patientstøtte:

Aktiv Patientstøtte er et nationalt forskningsprojekt. I perioden 2017-2019 deltager 15.000 patienter i projektet, hvor sygeplejersker tilbyder telefonstøtte til patienter med kroniske sygdomme

Anne Brøcker

Tel. +45 7841 2063

anbroe@rm.dk

1-30-100-43-13

### Fire projekter i regi af pulje til Den ældre medicinske patient (DÆMP):

"Det rette tilbud til borgerne fra første kontakt" er et fælles satspuljeprosjekt mellem Region Midtjylland og regionens kommuner. Projektet er en del af udmøntningen af handlingsplanen for ældre medicinske patienter (DÆMP). Projektet har til formål:

- At sikre den rette indsats for den ældre borger allerede ved den første kontakt med sundhedsvæsenet
- At skabe sikre overgange mellem sektorerne og forebygge uhensigtsmæssige /unødvendige indlæggelser eller genindlæggelser af ældre borgere
- At yde en fælles indsats med tidlig opfølgning inden for 24 timer efter udskrivelse med henblik på at forebygge uhensigtsmæssige/unødvendige genindlæggelser
- At udvikle integrerede samarbejdsmodeller og at undersøge, hvad der har den bedste effekt set ud fra et Triple Aim-perspektiv: Sundhedstilstanden for de svageste ældre medicinske patienter, klinisk og brugeroplevet kvalitet samt omkostninger per capita.

Ud fra lokale vilkår undersøger og tester de fem klynger, hvordan man kan organisere en fælles opgaveløsning, så det er mest optimalt i forhold til borgerens behov og de givne forhold, herunder bedst mulig udnyttelse af de sundhedsfaglige kompetencer. Klyngerne følger to spor:

- Spor 1: Den rette, tidlige indsats (klyngerne Midt og Randers). I spor 1 er der fokus på at sikre de akut syge svageste ældre det rette tilbud allerede ved den første kontakt, hvad enten det er indlæggelse på hospitalet, på en kommunal akutplads eller om det er behandling i eget hjem. I spor 1 arbejdes med forskellige modeller i forhold til visitation til hospital og

- kommunale tilbud i dag- og vagttid
- Spor 2: Tidlig indsats for de svageste ældre inden for 24 timer efter udskrivelse fra hospitalet (klyngerne Vest, Horsens og Aarhus). Med formål om at forebygge genindlæggelser sættes der i spor 2 fokus på en hurtig og sammenhængende opfølgning i hjemmet efter udskrivelse fra hospitalet. I spor to arbejdes der på forskellige måder med tværsektorielle udskrivelsessamtaler på hospital eller i hjemmet, samt hjemmebesøg af enten geriatrisk kompetence eller hjemmesygeplejerske, og styrket adgang til specialiseret rådgivning fra hospitalet

Alle projekter evalueres.

#### Randers-klyngen:

- "Vi vil se de mennesker, vi ellers ikke ser". Formålet er bl.a. at forebygge genindlæggelser ved at have en kommunal fremskudt visitator i Akutafdelingen. Visitator møder alle de akut indlagte borgere fra Norddjurs kommune, også de borgere der endnu ikke er kendt af kommunen, og kan derved iværksætte kommunale tilbud tidligere hvis relevant, og dermed i højere grad forebygge genindlæggelser.
- Der er iværksat at to akutsygeplejersker fra hver kommune får mulighed for at køre med en vagtlæge i en vagt, så der skabes fælles viden og vagtlæger får kendskab til hvad akutteam kan tilbyde og iværksætte
- Audit på forebyggelige indlæggelser med deltagelse af ledere fra hospital og hver kommune, for at se om der er tiltag der kan iværksættes. Audit gentages med medarbejderere tæt på kliniken, da der er god læring på tværs.
- Fælles skolebænk med tema om forebyggelige indlæggelser, så der kan ske viden deling om tiltag

#### Horsens-klyngen:

- "Følge-hjem-projekter" hvor ældre medicinske patienter og patienter med KOL og hoftenær (herunder "Kom-godt-hjem-team)
- fraktur hjælpes særligt i overgangen fra hospital til kommune.
- Faglige konsulent grupper som hygiejne, KOL, Palliation, Psykiatri, Hjerte/kar, demens, diabetes, psykiatri, sår indbefattende, borgerrettet screening og koordination
- Triagering hvor borgere i risiko for indlæggelse modtager ekstra koordineret indsats af sygepleje og hjemmehjælp
- Samarbejdsmodel for den terminale patient, så alle aktører har kendskab til snitflader og samarbejder om optimal terminal pleje
- Hygiejnesygeplejerske og tværgående infektionshygiejnisk indsats
- Ugentlige tværfaglige møder vedr. komplekse borgere (nyligt udskrevne eller i risiko for genindlæggelse
- Tværspor:Forskningsprogram med det formål at opnå større viden om årsager til uhensigtsmæssige indlæggelser og genindlæggelser med henblik på at målrette den tværsektorielle indsats og styrke det tværsektorielle samarbejde, herunder at beskrive det sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer

#### Vest-klyngen:

- Opsøgende forebyggende indsats. Samarbejde mellem Hospitalsenheden Vest samt de seks kommuner i Vestklyngen i forhold til opsporing af borgere, som ikke er kendt i kommunalt regi og har gentagne kontakter i hospitalsregi. Hospitalet indhenter borgerens samtykke til, at kommunerne må kontakte borgeren efter udskrivelsen med henblik på evt. igangsættelse af forebyggende tiltag. Der sættes specielt fokus på borgere med luftvejsproblematikker. Implementering forventes primo 2019.

- Faldforebyggelse. Kommunal medarbejder deltager på Forbedringsagentuddannelsen og har i den forbindelse iværksat et forbedringsprojekt med henblik på at reducere fald i egen kommune.
- Fast tilknyttet læger på plejecentre. Flere kommuner har ansat fast tilknyttede læger til plejecentrene, hvilket vurderes vil give et kvalitetsløft, da en forebyggende og behandlingsindsats igangsættes tidligere.
- Afholdelse af fælles skolebænk på tværs af fagligheder og sektorer bidrager til relationel koordinering, vidensdeling og erfaringsudveksling.

#### Midt-klyngen:

- Forskningsprojektet 'Tværsektoriel indsats i eget hjem'. Et forstærket samarbejde mellem hjemmesygeplejersker, akutteams, akutlæger, hospitalsvisitationen, Præhospitalet og de praktiserende læger med henblik på at øge indsatsen/behandling i eget hjem. Der er tale om et aktionslæringsprojekt baseret på prøvehandling. Samarbejdet om en øget indsats i borgerens hjem kaldes også "hospital at home" services, og defineres som: En service, hvor en behandling, der ellers ville have krævet akut hospitalsindlæggelse, udføres over en kortere tidsperiode af sundhedsprofessionelle i patientens eget hjem.
- Projekt 'Livets afslutning'. Vi ønsker at styrke mulighederne for, at den enkelte borgers ønsker for livets afslutning kan efterleves, så ingen u hensigtsmæssigt kommer på hospitaler "bare for at dø". Ambition er at videreudvikle og nytænke eksisterende indsatser. Vi ønsker desuden at koble borgerperspektivet med de faglige og organisatoriske perspektiver via metoden 'Borgerdesign'
- Psykiatri. Vi vil bruge de gode erfaringer fra de fleksible, somatiske patientforløb ift. de psykiatriske forløb (fx fælles somatisk/psykiatrisk visitation, akutteam, akutpladser, åben rådgivning mv.)
- Styrket samarbejde i beredskabssituationer. Vinteren øger antallet af akutte patienter. Vi ønsker derfor at styrke samarbejdet i Midtklyngen yderligere med henblik på at nedbringe antallet af akutte indlæggelser og forebyggelige indlæggelser. Tanken er at etablere en mere formaliseret samarbejdsstruktur med henblik på at sikre en stadig bedre anvendelse af de samlede ressourcer på sundhedsområdet som fx udvikling af tværsektorielt sikkert patientflow
- Styrkelse af geriatri. Geriatrien i HE Midt er blevet styrket med en geriatisk funktion delt mellem Medicinsk Afdeling og Akutafdelingen. Der arbejdes med at iværksætte forløb for den ældre medicinske patient i forhold til at skabe bedre sammenhæng i de tværsektorielle forløb. Målet er, at disse forløb kan bidrage til at forebygge u hensigtsmæssige indlæggelser.
- Flexible indlæggelser, Silkeborg. Projektet retter sig mod borgere fra Silkeborg Kommune, der pga. akut opblussen, eller tilstand relateret til behandlingen af, kronisk eller geriatrisk sygdom har behov for sygehuskontakt. Dels gør projektet det muligt for borger, hjemmesygepleje og egen læge at få kontakt til specialeafsnit med henblik på afklaring af behov for behandling/indlæggelse, og dels kan borgeren efter aftale med specialeafsnit modtages direkte på det specialeafsnit, der er relateret til deres kroniske sygdom. Ud over patienter med kronisk sygdom, der allerede er kendt i Diagnostisk Center, omfatter projektet også kendte geriatriske patienter. Projektet omfatter også samarbejde med Silkeborg Kommune, idet sygeplejerske på hospitalet også har mulighed for at aktivere akutteamet i kommunen med henblik på besøg.

#### Århus-Klyngen:

- Modtaget puljemidler i Aarhus Kommune til et samarbejde mellem Sundhed og Omsorg samt Sociale forhold og Beskæftigelse vedr. sundhedsfaglig indsats på bo- og væresteder – særligt målrettet borgere med psykisk sygdom
- Tværsektorielt samarbejde om opsporing af Tuberkulose blandt udsatte målgrupper (hjemløse). Samarbejdet omfattede bl.a. lungemedicinsk afdeling, infektionsmedicinsk

afdeling, mobil røntgen, gadesygeplejersker, forsorgshjem, væresteder, Kirkens Korshær m.fl. I alt ca. 200 hjemløse blev screenet

- 2 kommunale investeringsmodeller, hvor kommunal medfinansiering bliver omsat til konkrete, målrettede handlinger, der skal medvirke til at reducere de forebyggelige indlæggelser. Investeringsmodellerne omfatter en række forskellige indsatser – bl.a. i forhold til kapacitet i Akutteamet, fokus på at optimere de interne arbejdsgange og at sætte skub på implementering af TOBS
- Århus klyngen har lige startet et nyt samarbejde om sikre overgange - primært i forhold til udskrivelser fra fire udvalgte afdelinger med henblik på helt at forhindre forebyggelige genindlæggelser
- Fælles regional/kommunalt akutteam
- Geriatiske følgehjemordninger