

Tillægsaftale om implementering af udmøntningsplanen for forløbskoordinering for den ældre medicinske patient.

Tillægsaftale om implementering af udmøntningsplanen for forløbskoordinering for den ældre medicinske patient.

Indledning

Aftalen om satspuljen for 2012-2015 indeholder en udmøntningsplan for den nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient. Et af initiativerne er en styrkelse af sammenhæng og koordination af patientforløbet ved etablering af fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner til særligt svækkede ældre medicinske patienter.

Denne tillægsaftale til sundhedsaftalen indeholder en ramme for den videre proces samt målgruppe, mål for indsatsen samt organisering i forbindelse med implementering af initiativet.

Af regeringens udmøntningsplan fremgår der to sammenhængende hovedopgaver:

- a) Konkret patientrettet forløbskoordinering
- b) Systematisk kvalitetsudvikling af forløbskoordinering for den ældre medicinske patient herunder indhente og sprede viden og erfaringer om forbedring af patientforløb for de ældre medicinske patienter.

Region og kommuner skal således i fællesskab etablere et fælles kvalitetsudviklingsarbejde og sikre, at der gennemføres konkret forløbskoordination for målgruppen. Forløbskoordinatorfunktionen kan både være fysisk og virtuel.

På landsplan er der i perioden 2013-2015 afsat 97,4 mio. kr. til initiativet, hvoraf 30% fordeles til regionerne og 70% til kommunerne.

Af udmøntningsplanen fremgår det endvidere, at midlerne skal ses i sammenhæng med den eksisterende indsats i region og kommuner

Dato 18-01-2013

Sagsbehandler Dorthe Klith

Dorthe.Klith@stab.rm.dk

Tel. +45 7841 2199

Sagsnr. 1-30-72-192-12

Side 1

og at de tiltag, som iværksættes kan videreføres efter 2015. Initiativet evalueres af en ekstern evaluator med afsæt i landsdækkende kvalitetsparametre. Region og kommuner skal kunne dokumentere et synligt kvalitetsløft i forløbskoordineringen af ældre medicinske patienter.

Ramme for udmøntning af en styrket forløbskoordinering for den ældre medicinske patient i Region Midtjylland.

Der er allerede en lang række initiativer igangsat i region og kommuner i forhold til styrket forløbskoordinering for ældre medicinske patienter. Det drejer sig eksempelvis om fremskudt visitation, udskrivelseskoordinatorer, udgående teams, som på forskellig vis bidrager til at styrke sammenhæng i patientforløbet.



Side 2

Samtidigt findes der ikke et samlet overblik over de igangsatte indsatser og deres effekt. Det er derfor vurderingen, at det ikke vil være hensigtsmæssigt på nuværende tidspunkt at rulle en ny samlet model for forløbskoordinering ud i hele regionen.

I stedet er der to primære behov: For det første er der behov for, at der på tværs af klynger sker en systematisk indsamling og spredning af viden om, hvilke indsatser, der har bedst effekt. For det andet er der behov for, at der i klyngerne fortsat udvikles og afprøves nye løsninger – også radikalt nye løsninger, som styrker det sammenhængende patientforløb for den ældre medicinske patient.

For at koble disse to elementer foreslås det, at der igangsættes en såkaldt iterativ proces, hvor der løbende og systematisk indhentes og opsamles erfaringer, som danner grundlag dels for tilpasninger af indsatsen og dels for udvikling af nye indsatser. Der lægges derfor op til en tæt kobling mellem lokale initiativer i klynge-regi og en mere tværgående kvalitetsindsats, som forankres i en projektgruppe.

Klyngerne får til opgave at videreudvikle eksisterende initiativer eller udvikle og afprøve nye løsninger. Dette foregår i en fælles ramme med det formål at koordinere indsatserne på tværs af klynger samt generere viden om, hvad der virker bedst og dermed identificere indsatser med potentiale for udbredelse. Der nedsættes en tværsektoriel projektgruppe, som får til opgave at udvikle en kvalitetsindsats for 'det gode forløb' og styrke den tværgående systematiske videnopsamling og videnspredning på tværs af klynger. Samlet set skal dette bidrage til en indsats, der systematiserer og udvikler forløbskoordineringen, og dermed bidrager til et bedre forløb for den ældre medicinske patient.

Målgruppe/population

Målgruppen for indsatsen er den svækkede og særligt sårbare ældre medicinske patient. Målgruppen er den samme som er defineret i forbindelse med den igangværende implementering af opfølgende hjemmebesøg.

Mål for indsatsen

Der tages afsæt i triple aim- tankegangen, hvor det overordnede mål er at opnå succes på alle tre parametre:

- Høj patientoplevelset og faglig kvalitet
- Fremme sundhedstilstanden
- Reducere de samlede sundhedsomkostningerne pr. borger

Konkrete mål for indsatsen

- Færre indlæggelser og genindlæggelser
- Færre sundhedsydelser samlet set (hospital, praksissektor, kommune)
- Forbedret brug af hjemmepleje, hospital og praktiserende læge
- Høj tilfredshed hos patient og pårørende
- Bedre patientforløb og højere livskvalitet med afsæt i borgerens præferencer og prioriteringer

Proces og organisering

Klyngerne får til opgave at videreudvikle eksisterende initiativer eller udvikle og afprøve nye løsninger. Udviklingen af konkrete indsatser for forløbskoordination aftales lokalt i hver klynge.

I hver klynge udpeges 1 regional og 1 kommunal ressourceperson (fælles ressourceperson for alle kommuner i klyngen). Ressourcepersonerne skal bl.a. varetage opgaver i forbindelse med kvalitetsudvikling og opfølgning af initiativer, der styrker forløbskoordineringen. Ressourcepersonerne er i en vis del af sin arbejdstid dedikeret til denne konkrete opgave. Ressourcepersoner fra hver klynge indgår i projektgruppen og bidrager dermed til den tværgående videnindsamling og videnspredning.

Klyngerne får ligeledes i samarbejde med projektgruppen ansvar for at gennemføre systematisk kvalitetsopfølgning fx via audit på patientforløb på tværs af sektorer.

Der nedsættes en projektgruppe, som får til opgave at udvikle en kvalitetsindsats for 'det gode forløb' for den svækkede ældre medicinske patient og styrke den tværgående systematiske videnopsamling og videnspredning på tværs af klynger. Projektgruppen er bredt sammensat af repræsentanter fra kommuner, region og almen praksis.

Projektgruppen vil følge både initiativet vedr. opfølgende hjemmebesøg samt forløbskoordinering herunder:

- Skabe overblik over igangsatte initiativer
- Løbende at følge implementeringen og opsamle viden og erfaringer fra klyngerne om indsatser, der har til formål at styrke patientforløbet for den ældre medicinske patient fx via audit af patientforløb på tværs af sektorer
- Løbende at følge implementeringen af opfølgende hjemmebesøg samt virkninger og effekt.
- Udvikle kvalitetsparametre, som indsatserne måles på herunder identificere relevant data
- Koordinere på tværs af indsatser i klyngerne
- Løbende at identificere fælles udfordringer på tværs af klynger - fx systematiske 'fejl' eller uhensigtsmæssigheder i patientforløbet, som går igen på tværs af klynger. Og igangsætte initiativer med henblik på at udvikle og afprøve en fælles løsning til gavn for alle klynger.
- Løbende at sprede viden til klyngerne om indsatser, der har god effekt
- Identificere indsatser med potentiale for udbredelse

Sundhedsstyregruppens kontaktudvalg fungerer som styregruppen for projektgruppen.

Projektgruppen rapporterer løbende til temagruppen for indlæggelse og udskrivelse.

For at sikre styring og fremdrift af processen ansættes regional projektleder. Projektlederen får en meget udadvendt rolle bl.a. ved at følge arbejdet i klyngerne, indsamle viden, identificere fælles udfordringerne og problemstillinger, evt. igangsætte tværgående projekter på tværs af klynger mv., afrapportering til Sundhedsstyrelsen, samt sekretariatsbetjene projektgruppen.

Klyngerne forpligtes til at udvikle og afprøve nye løsninger indenfor den fastsatte ramme. Klyngerne forpligtes til at indgå i det fælles kvalitetsarbejde og monitorere og evaluere indsatserne med afsæt i anbefalingerne fra projektgruppen, samt retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen.

Processen kan se ud som følger:

Step 1: Nedsættelse af tværsektoriel projektgruppe + tillægsaftale om proces, organisering mv.

Step 1: Afdækning af nuværende indsatser samt effekten af disse

Step 2: Klyngerne videreudvikler eksisterende indsatser/udvikler nye indsatser og afprøver indsatsen. Indsatsen monitoreres og evalueres løbende.

Step 3: Videnopsamling på tværs af klynger fx er der fælles udfordringer, som der skal findes fælles løsninger på, initiativer med god effekt mv. .

Step 5: Vidensspredning på tværs af klynger (formidling af resultater; identifikation af indsatser med potentiale for stor skala, igangsætning af dette mv.)

Step 6: Konsolidering samt udbredelse af initiativer med god effekt. Evt. sundhedsaftale.

Tidsplan

Satspuljen dækker perioden 2012 til og med 2015. Det fremgår af udmøntningsplanen, at forløbskoordinatorfunktionen skal være i drift senest foråret 2013.

Perioden 2013 til ultimo 2014 er udviklingsperiode. I 2015 konsolideres løsningerne eventuelt med afsæt i en revideret sundhedsaftale.

Projektgruppen nedsættes i februar 2013.

I foråret 2013 udpeges ressourcepersoner i klyngerne, og den videre lokale konkretisering, organisering og implementering aftales lokalt i klyngerne. Der afrapporteres om den lokale aftale til projektgruppen maj/juni 2013.