



SUNDHEDSSTYRELSEN

# Styrket indsats for den ældre medicinske patient

FAGLIGT OPLÆG TIL EN NATIONAL HANDLINGSPLAN 2016 – 2019

2016

# Styrket indsats for den ældre medicinske patient

## Fagligt oplæg til en handlingsplan 2016-2019

© Sundhedsstyrelsen, 2016

Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Emneord:** Ældre medicinske patienter, anbefalinger, tidlig opsporing, sammenhængende forløb

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1,0

**Versionsdato:** 01.04.16

**Format:** pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
April 2016.

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7104-754-7



## INDHOLD

<b>1</b>	<b>Introduktion</b>	<b>4</b>
1.1	Formål	4
1.2	Baggrund	4
1.3	Sammenhæng med øvrige initiativer	5
<b>2</b>	<b>Ramme og retning for den fremtidige indsats</b>	<b>6</b>
2.1	Vidensgrundlag	6
2.2	Temaer i det faglige oplæg	6
2.3	Værdier i det faglige oplæg	7
2.4	Evaluering af initiativerne	8
<b>3</b>	<b>Sammenfatning af anbefalinger</b>	<b>9</b>
<b>4</b>	<b>Beskrivelse af den ældre medicinske patient</b>	<b>11</b>
<b>5</b>	<b>Forebyggelse af sygdom og funktionsevnetab hos den ældre medicinske patient</b>	<b>13</b>
5.1	Viden og erfaringer	13
5.2	Anbefalinger	14
<b>6</b>	<b>Når den ældre medicinske patient har behov for en særlig indsats</b>	<b>15</b>
6.1	Viden og erfaringer	16
6.2	Anbefalinger	19
<b>7</b>	<b>Polyfarmaci hos den ældre medicinske patient</b>	<b>20</b>
7.1	Viden og erfaringer	21
7.2	Anbefalinger	22
<b>8</b>	<b>Styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis</b>	<b>23</b>
8.1	Viden og erfaringer	23
8.2	Anbefalinger	25
<b>9</b>	<b>Referencer</b>	<b>26</b>
<b>10</b>	<b>Bilagsfortegnelse</b>	<b>28</b>
	<b>Bilag 1: Følgegruppens kommissorium</b>	<b>29</b>
	<b>Bilag 1: Medlemsliste for følgegruppen</b>	<b>32</b>

# 1 Introduktion

## 1.1 Formål

Dette faglige oplæg 'Styrket indsats for den ældre medicinske patient' indeholder anbefalinger, der vil forbedre indsatsen for ældre medicinske patienter.

Det faglige oplæg vil bidrage til at:

- skabe sammenhæng i patientforløb på tværs af kommuner, almen praksis og sygehuse
- reducere antallet af (gen)indlæggelser
- understøtte øget patient og pårørendeinddragelse
- understøtte ensartet og høj kvalitet på tværs af landet.

Realisering af anbefalingerne forudsætter bred opbakning og aktiv medvirken fra beslutningstagere, de faglige miljøer, patient- og interesseorganisationer mv.

Sundhedsstyrelsen er i udarbejdelsen af det faglige oplæg blevet rådgivet af Følgegruppe for den ældre medicinske patient. Følgegruppens kommissorium og medlemmer fremgår af bilag 1 og 2.

## 1.2 Baggrund

Regeringen har med finanslovsaftalen og satspuljeaftalen for 2016 afsat i alt knap 2 mia. kr. i perioden 2016-2019 til en målrettet indsats dels over for ældre patienter og dels over for borgere med demens. Der er således med finanslovsaftalen for 2016 afsat 320 mio. kr. i 2016 og 300 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehusene.

Arbejdet sker i forlængelse af, at der i perioden 2012-15 blev afsat 200 mio. kr. til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient. Ambitionen for den daværende handlingsplan var at styrke og ensarte de borgernære tilbud og kompetencer i overensstemmelse med intentionerne i strukturreformen netop i forhold til denne målgruppe.

I samme periode er der sket en fortsat og gradvis ændring af sundhedsvæsnet, hvor der på den ene side sker en samling af sygehusbehandlinger og på den anden side sker en udbygning af kommunale og regionale sundhedstilbud, således at de sker tæt på borgerens hverdagsliv.

Der er behov for en fortsat og koncentreret indsats for at styrke indsatsen for ældre medicinske patienter, og på den baggrund har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet Sundhedsstyrelsen om at udarbejde et fagligt oplæg til en ny handlingsplan for den ældre medicinske patient.

Indholdet i handlingsplanen for den ældre medicinske patient fastlægges i foråret 2016 af partierne bag finansloven 2016. Handlingsplanen skal ifølge Aftale om Finansloven for 2016 blandt andet have fokus på styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis.

I første fase er der afsat i alt 415 mio. kr. til en akutpakke, der skal nedbringe overbelægning på sygehusene. Akutpakken omfatter indsatser på sygehusene, der forventes at kunne reducere problemer med overbelægning på kort sigt. Initiativerne handler især om at styrke koordinationen og samarbejdet på tværs af afdelinger. Samtidig skal de nødvendige undersøgelser og be-

handling er så vidt muligt gennemføres hurtigere, så patienter ikke ligger unødigt længe i en sygehusseng og venter på fx et prøvesvar.

Denne første del af handlingsplanen målrettet sygehusene er således udmøntet. Det faglige oplæg skal dermed kvalificere øvrige dele af handlingsplanen, herunder styrke kompetencerne i kommuner og almen praksis.

### 1.3 Sammenhæng med øvrige initiativer

Det faglige oplæg og den kommende handlingsplan for den ældre medicinske patient skal ses i sammenhæng med øvrige initiativer, der understøtter indsatsen for ældre patienter, herunder den første handlingsplan for den ældre medicinske patient. Blandt initiativerne i handlingsplanen var udvælgelse af værktøjer til tidlig opsporing målrettet kommune og almen praksis og implementering heraf, udarbejdelse af anbefalinger for kvalitet i kommunale akutfunktioner, puljeprojekter vedrørende afprøvning af forskellige samarbejdsmodeller mellem kommunen, almen praksis og sygehuse omkring akutfunktioner, opfølgende hjemmebesøg, forløbskoordination for skrøbelige ældre og evaluering heraf. Derudover indgik initiativer om styrkelse af rationel farmakoterapi i regioner, supplerende elektronisk beslutningsstøtte, forebyggelse af tryksår samt en analyse af de medicinske afdelinger. Handlingsplanen udløb primo 2016.

Handlingsplanen skal derudover ses i sammenhæng med og supplere de indsatser, der indgår i satspuljeaftalen for 2016-2019, der omhandler målgruppen. Det er i den forbindelse aftalt, at der afsættes midler til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg, at indfase fast tilknyttede læger på plejecentre, at udarbejde to til tre nationale kliniske retningslinjer målrettet de svageste ældre, en national handlingsplan for demens, at udbrede erfaringer fra 'I sikre hænder' samt til en pulje til forsøg med modeller, der skal styrke sammenhængende patientforløb på tværs af sektorer for de svageste ældre.

Handlingsplanen skal endvidere ses i sammenhæng med arbejdet i Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen samt Kræftplan 4.

Udover kommende initiativer målrettet ældre medicinske patienter har regioner og kommuner, som led i den generelle udvikling på området, igangsat en række initiativer, der omhandler målgruppen, fx følge- og ringe-hjem ordninger fra sygehus, tværsektorielt samarbejde omkring udredning og opfølgning mv. Handlingsplanen skal ligeledes ses i sammenhæng med dette arbejde.

Sundhedsaftaler udgør rammen for samarbejdet mellem regioner og kommuner, og tværsektorielle initiativer aftales i regi af sundhedsaftalearbejdet.

## 2 Ramme og retning for den fremtidige indsats

Der er siden strukturreformen i 2007 sket mange forandringer i det danske sundhedsvæsen. Med specialeplanlægning og en ny sygehusstruktur samles den specialiserede behandling og den akutte behandling på færre sygehuse. I den fælles akutmodtagelse er der fokus på at sikre, at patienten hurtigt udredes og behandles og dermed hurtigere kan udskrives. Indlæggelsestiden er blevet reduceret, mens der er en øgning i ambulante aktiviteter.

Samtidig har strukturreformen og udviklingen i sundhedsvæsenet medført, at også kommunerne varetager flere og mere komplekse opgaver, herunder indsatser der tidligere blev varetaget i sygehusregi. Det kræver dels nye måder at samarbejde og kommunikere på og dels nye kompetencer.

Kommunerne er som regionerne meget forskellige - både i forhold til befolkningssammensætning og geografi - 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. Derfor skal der være mulighed for lokale tilpasninger og løsninger.

I det følgende beskrives vidensgrundlaget, de centrale temaer i det faglige oplæg samt de værdier, der skal danne grundlag for indsatserne. Endelig beskrives, at der er behov for, at viden opsamles løbende, således at fremtidige indsatser bygger på et tilstrækkeligt vidensgrundlag.

### 2.1 Vidensgrundlag

Der er i dag sparsom viden om, hvilke indsatser der virker bedre end andre, fx i forhold til at skabe sammenhængende forløb på tværs af sektorer, og om hvilke indsatser der understøtter en tidlig og rettidig indsats for at forhindre fald i funktionsevne og sygdom.

Vidensgrundlaget for de anbefalede indsatser i det faglige oplæg omfatter derfor primært større eksterne evalueringer, i det omfang de eksisterer, erfaringer fra initiativer fra den første handlingsplan samt viden og erfaringer på området i øvrigt.

### 2.2 Temaer i det faglige oplæg

Det faglige oplæg indeholder anbefalinger, der retter sig mod de centrale dele af det forløb mange ældre medicinske patienter gennemgår, og hvor det er vigtigt at sætte tidligt ind, men også centralt at have fokus på en hurtig relevant indsats, når der er behov for det. Derudover ved vi, at der er særlige udfordringer i forhold til polyfarmaci, og at det derfor kræver en helt særlig indsats. For at understøtte ovennævnte og særligt i forhold til en ændret indsats er der behov for tværgående kompetenceudvikling.

Nedenfor beskrives det faglige oplægs enkelte temaer kort.

#### *Forebyggelse af sygdom og funktionsevnetab hos den ældre medicinske patient*

Forebyggelse af sygdom og funktionsevnetab forudsætter, at der tidligt i et forløb er opmærksomhed på symptomer på begyndende sygdom eller på et begyndende faldende funktionsniveau, en dårlig ernæringsstilstand eller et uplanlagt vægttab hos den ældre borger.

### *Når den ældre medicinske patient har behov for en særlig indsats*

Nogle gange opstår sygdom eller funktionsevnetab hurtigt eller opdages ikke med det samme, og der opstår et behov for en særlig indsats overfor den ældre. I nogle tilfælde vil der være behov for en sygehusindlæggelse, men i andre tilfælde vil kommunen, ofte i samarbejde med almen praksis og/eller sygehus, kunne varetage behandlingen og plejen af den ældre patient i en kommunal akutfunktion. Det kan også være tilfælde, hvor den ældre patient efter en sygehusindlæggelse har behov for en særlig indsats, der ikke kan leveres i hjemmesygeplejen. Dette fordrer, at de sundhedsprofessionelle har de fornødne kompetencer, kan være til stede i det omfang, der er behov for, og at der er et velfungerende samarbejde mellem aktørerne. Ældre medicinske patienter, der har behov for en sygehusindlæggelse, eller hvor det relevante sundhedstilbud alene findes i sygehusregi, skal selvfølgelig indlægges.

### *Polyfarmaci hos den ældre medicinske patient*

Ældre medicinske patienter har ofte flere samtidige, kroniske sygdomme, som de er i medicinsk behandling for. Det betyder, at nogle ældre patienter kan være i behandling med mange forskellige typer medicin, såkaldt polyfarmaci. Problemstillinger relateret til polyfarmaci er derfor velkendte for denne målgruppe. Problemerne relaterer sig særligt til seponering af ikke længere relevant medicin eller medicin, der indebærer en risiko, medicingennemgange ved sektorovergange og kompetencer i hjemmesygeplejen og er derfor relevante i både kommune, almen praksis og på sygehus. Derfor indgår polyfarmaci som et tema i det faglige oplæg, der relaterer sig til hele forløbet.

### *Styrkede kompetencer i hjemmesygeplejen og almen praksis*

Hjemmesygeplejen i kommunerne varetager i dag mere komplekse patienter, og som følge heraf løser de mere komplekse opgaver. Det gælder både i forhold til den tidlige opsporing og indsats og i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. Det er en forudsætning, at hjemmesygeplejen har de kompetencer, der skal til, for at løfte opgaverne, herunder at de har adgang til den nødvendige lægefaglige ekspertise. På samme måde er der også behov for, at praktiserende læger får mulighed for at trække på den specialviden, der findes på sygehusene, samtidig med at adgangen til direkte henvisning til udvalgte diagnostiske undersøgelser i sygehusregi kan øges.

## 2.3 Værdier i det faglige oplæg

Indsatsen i forhold til den ældre medicinske patient bør være gennemsyret af følgende værdier; værdighed, patient- og pårørendeinddragelse og sammenhængende forløb af høj kvalitet. Disse værdier er ligeledes bærende værdier i det faglige oplæg.

### *Værdighed*

Alle indsatser skal have som mål at sikre patienten en værdig behandling, pleje og omsorg. Behandlingen skal baseres på patientens selvbestemmelse, uanset om den foregår på sygehus, i et kommunalt tilbud eller i patientens eget hjem. Der skal lægges vægt på patientens egne ønsker og egen oplevelse af livskvalitet.

### *Patient- og pårørendeinddragelse*

Den enkelte patient og eventuelle pårørende skal inddrages i planlægning, beslutninger og målsætninger, og forløbet skal tilrettelægges sammen med patienten. Repræsentanter for patienter og pårørende skal inddrages i kvalitetsudvikling i forhold til modeller for patientforløb. Indsat-

serne skal både have fokus på pårørende som en resurse for patienten og sundhedsvæsenet, og samtidig på muligheder for støtte til pårørende, der kan være fysisk og psykisk belastede.

#### *Sammenhæng i patientens forløb*

Behandlingsforløb skal integreres og koordineres på tværs af faggrupper og sektorer. Samarbejdet på tværs af sektorer og faggrupper skal være præget af kontinuitet og en klar ansvarsfordeling af opgaver i patientens forløb. Der skal være klare og ensartede måder at udveksle information omkring sundhedstilbud på tværs af sektorer.

#### *Høj kvalitet og patientsikkerhed*

Der skal være en ensartet høj kvalitet i behandlingen på tværs af landet, uanset om ældre behandles på hospital, i et kommunalt tilbud eller i eget hjem. Kvaliteten af patientforløb skal så vidt muligt monitoreres på tværs af sektorer. Medarbejderne skal have har ensartede og tilstrækkelige kompetencer til at gennemføre behandling og pleje på forsvarlig vis, herunder også medicinhåndtering. Sundhedspersoner skal have let adgang til faglig rådgivning fra andre dele af sundhedsvæsenet, og der skal arbejdes systematisk med patientsikkerhed i tilbuddene til ældre medicinske patienter.

## 2.4 Evaluering af initiativerne

Det er centralt, at initiativerne i handlingsplanen evalueres, og at evalueringen tænkes ind fra starten. Evaluering skal således indgå som en del af alle initiativer i handlingsplanen, for dermed at bidrage med viden om, hvad der fremadrettet kan skabe sammenhængende forløb og indsatser af høj kvalitet til ældre medicinske patienter.

Evaluering af handlingsplanens initiativer bør så vidt muligt både inddrage effektmål relateret til patienten, faglig kvalitet og økonomi. Indikatorer for sådanne resultater kan blandt andet omfatte:

- Patientrapporterede oplysninger: Selvvurderet helbred og livskvalitet, funktionsevne, ernæringstilstand, mestring, viden om helbred og medicin mv.
- Sammenhæng og kvalitet i ydelsen: Kompetenceniveau, procedurer for arbejdsgange, medicinhåndteringen, kommunikation mv.
- Økonomi: (Gen)indlæggelser, herunder forebyggelige indlæggelser, varighed af indlæggelser, kontakter til sundhedsvæsenet, forbrug af kommunale ydelser mv.



### 3 Sammenfatning af anbefalinger

Det faglige oplægs anbefalinger til initiativer i handlingsplanen for den ældre medicinske patient er sammenfattet nedenfor. De enkelte anbefalinger uddybes i de efterfølgende kapitler.

Det anbefales:

#### *Forebyggelse af sygdom og funktionsevnetab hos den ældre medicinske patient*

- at der i regi af KL samles op på erfaringer vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, underernæring/uplanlagt vægttab og faldende funktionsevne med henblik på, at der i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdes anbefalinger for indsatser vedrørende tidlig opsporing. Anbefalingerne tager udgangspunkt i og bygger videre på de værktøjer til tidlig opsporing, som blev udarbejdet i forbindelse med den første handlingsplan, og omfatter derudover anbefalinger til tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt til kompetencer. Med udgangspunkt i anbefalingerne iværksætter kommunerne indsatser, der understøtter tidlig opsporing.

#### *Når den ældre medicinske patient har behov for en særlig indsats*

- at der sker en trinvis videreudvikling af kommunale akutfunktioner. Således at kommunerne i fase I sikrer etablering af akutfunktioner i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse, uddannelse og kompetencer, kvalitetssikring og –opfølgning samt udstyr. Kommunale akutfunktioner opbygges enten i den enkelte kommune eller i tværkommunale samarbejder. Parallelt hermed udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen standarder og anbefalinger for kommunale akutfunktioner, som bygger videre på de eksisterende kvalitetsanbefalinger. Standarderne vil blandt andet omfatte krav til indhold, målgruppe, visitation, volumen, kompetencer og samarbejde. I fase II vil kommunerne skulle implementere de nye standarder og anbefalinger. Det vurderes sideløbende, som led i den generelle opbygning af data på det kommunale område, i regi af Sundhedsdatastyrelsen, om der kan etableres en løbende monitorering af akutfunktioner.
- at der i regi af regioner og kommuner, på baggrund af erfaringer fra den første handlingsplan, videreudvikles modeller for opfølgende hjemmebesøg. Modellerne skal indeholde en tydelig beskrivelse af tidsramme, målgruppe, sundhedsfagligt indhold, herunder opfølgning på ernæringsindsats, samarbejde om opfølgende hjemmebesøg, herunder af opgave- og ansvarsdeling samt af sammenhængen til andre lignende modeller. Erfaringsopsamling sker løbende, og der udarbejdes årligt i regi af Danske Regioner og KL en opsamling på igangsatte initiativer, gennemførte besøg, erfaringer mv.
- at resultatet af evalueringen af fremskudt visitation (fælles regional-kommunal forløbskoordinationsfunktion), der udarbejdes som en del af den første handlingsplan, og som foreligger efterår 2016, i regi af Sundhedsstyrelsen vurderes med henblik på eventuel udrulning i relevant omfang i alle regioner og kommuner.
- at der i regi af Danske Regioner, på baggrund af en kortlægning af udgående sygehusfunktioner, udarbejdes anbefalinger for type af udgående funktioner, som hensigtsmæssigt kan udbredes til alle regioner, herunder funktioner der understøtter opfølgning på iværksatte indsatser på sygehuset, fx ernæringsindsatser. Erfaringsopsamling sker løbende, og der ud-

arbejdes årligt i regi af Danske Regioner en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.

#### *Polyfarmaci hos den ældre medicinske patient*

- at der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgås aftaler om lokale samarbejder, opgavefordelinger og rådgivning omkring polyfarmaci mellem almen praksis, herunder fasttilknyttede læger på plejecentre og regionale lægemiddelkonsulenter, farmaceuter, klinisk farmakologiske enheder, geriatriske afdelinger mv., herunder at der arbejdes systematisk med medicin-håndtering og –gennemgang. Aftalerne skal have særligt fokus på sektorovergange. Parterne skal løbende følge op på erfaringer hermed og på den baggrund vurdere, hvilke initiativer der bør udbredes.
- at der i regi af Danske Regioner samles op på eksisterende erfaringer fra projekter med medicingennemgang blandt andet i akutmodtagelser med henblik på udvikling af medicingennemgangstilbud under indlæggelse, der kan udrulles nationalt. Parallelt iværksættes i regi af regionerne tiltag, der fremmer implementering af medicingennemgang.

#### *Styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis*

- at der i regi af kommunerne iværksættes en styrkelse af kompetencerne i den kommunale hjemmesygepleje, både i forhold til faglige kompetencer for udvalgte faggrupper, herunder inden for ernæring, polyfarmaci og tidlig opsporing - samt ved behov et generelt løft af tværfaglige kompetencer på tværs af faggrupper. Der kan være behov for en mere systematisk kompetenceudvikling af hjemmesygeplejersker særligt i forbindelse med etablering af akutfunktioner, eventuelt ved etablering af en specialuddannelse til sygeplejersker. Erfaringsopsamling sker løbende, og der skal årligt i regi af KL udarbejdes en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.
- at der i regi af regionerne etableres øget mulighed for at speciallæger i almen medicin har let adgang til relevant rådgivning fra andre lægefaglige specialer, herunder telefonisk rådgivning, mulighed for subakut ambulat vurdering og henvisning til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Tilsvarende at adgang for kommunens hjemmesygepleje til relevant rådgivning fra sygehus og almen praksis udvides. Erfaringsopsamling sker løbende, og der skal årligt i regi af Danske Regioner udarbejdes en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.

## 4 Beskrivelse af den ældre medicinske patient

Målgruppen for anbefalingerne i det faglige oplæg er ikke blot karakteriseret ved alder, men ved en række andre forhold, der samlet set betyder, at de ofte har samtidige tværfaglige og tværsektorielle forløb. De risikerer dermed at opleve problemer med manglende sammenhæng, unødvendige indlæggelser, genindlæggelser mv. Derudover er de særlige problemstillinger for ældre medicinske patienter knyttet til forhold, der følger med begrænset funktionsevne og multisygdom.

Ældre medicinske patienter har ofte behov for tilbud på tværs af sektorer og lægefaglige specialer. Tilbud og organisering tager sjældent udgangspunkt i den enkelte patients behov, men i stedet i sektorer, institutioner og faggrænser med risiko for, at patienten oplever manglende sammenhæng, og at information går tabt, ligesom der ikke gives det rette tilbud.

Data fra Sundhedsdatastyrelsen viser ældre patienters kontakt med sundhedsvæsenet og sammenligner kontaktmønstret for ældre borgere generelt<sup>1</sup>. Ældre patienter defineres i rapporten som personer over 65 år, som i løbet af 2014 har haft én eller flere medicinske sygehusindlæggelser<sup>2</sup> med udskrivning i det pågældende år. Der er altså tale om en bredere målgruppe end målgruppen for dette faglige oplæg. I 2014 var der i alt 117.000 ældre patienter svarende til 12 pct. af alle ældre borgere. Af den samlede gruppe af ældre patienter var omkring en tredjedel 80 år og derover.

Analysen viser, at ældre patienter havde en tættere kontakt til sundhedsvæsenet end den ældre befolkning generelt, hvor knap 80 pct. af ældre medicinske patienter på 80 år og derover var i kontakt med kommunen i form af fx plejebolig, hjemmesygepleje mv. sammenlignet med omkring 50 pct. af alle ældre borgere på 80 år og derover. Ældre patienter på 80 år og derover havde i gennemsnit dobbelt så mange somatiske ambulante kontakter og var fire gange hyppigere indlagt svarende til en gennemsnitlig indlæggelsestid, der var godt fire gange længere end ældre borgere (80 år og derover). Ældre patienter på 80 år og derover havde 1.792 akutte indlæggelser

### **Boks 1. Ældre medicinske patienter er karakteriseret ved høj alder og flere af nedenstående faktorer:**

- svær sygdom
- flere samtidige sygdomme (multimorbiditet)
- forringet ernæringstilstand
- nedsat funktionsevne fysisk og/eller kognitivt
- begrænset egenomsorgskapacitet
- multimedicerings (polyfarmaci)
- aleneboende og/eller svagt socialt netværk
- behov for kommunale støtteforanstaltninger eller sygehusindlæggelse

<sup>1</sup> Populationen omfatter alle borgere, der pr 1. januar 2014 er fyldt 65 år og har bopæl i en dansk kommune. Eksklusionskriterier er borgere, der dør, udrejser eller forsvinder i løbet af 2014, ligesom der kun er data for borgere med bopæl i kommuner, hvor oplysninger om 'kommunal kontakt' er vurderet valide. Derudover er kommuner fravalgt, hvis antallet af kontakter er faldet med mere end 40 pct. fra 2013-2014. Således bygger analysen på data fra 60 kommuner.

<sup>2</sup> Indlæggelse på medicinsk afdeling i løbet af indlæggelsen (specialkode 0-20 eksklusiv speciale 15). Der kan også indgå ikke-medicinske afdelinger i indlæggelsesforløbet. Personer udelukkende med indlæggelse hvor aktionsdiagnosen er kræft eller hvor sygehusindlæggelsen har fundet sted på onkologisk afdeling er ikke med i opgørelsen.

og 375 forebyggelige indlæggelser svarende til fem gange flere akutte indlæggelser og fire gange flere forebyggelige indlæggelser end ældre borgere generelt.

Ligeledes havde ældre patienter en hyppig kontakt til almen praksis med gennemsnitlig 25 kontakter sammenlignet med 16 kontakter for ældre borgere generelt.

Der findes en større andel af terminale patienter blandt ældre patienter, hvilket bekræfter at ældre patienter udgør en svagere gruppe af borgere end ældre generelt. Terminale patienter er ofte i hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet. I Sundhedsdatastyrelsens analyse er terminale patienter frasorteret, og der er således grund til at antage, at det gennemsnitlige antal kontakter per borger sandsynligvis bliver lavere for ældre borgere. Dette har især betydning for ældre patienter, hvor en tredjedel af borgerne døde i løbet af året.

De ældre patienters hyppigere kontakt til sundhedsvæsenet kan også læses i udgiftsniveauet. De gennemsnitlige udgifter<sup>3</sup> til sygehus og almen praksis var tre gange højere for ældre patienter på 80 år og derover (ca. 100.000 kr.) i forhold til borgere på 80 år og derover generelt (ca. 33.000 kr.).

---

<sup>3</sup> Udgifter til medicintilskud, psykiatrisk behandling og privatpraktiserende speciallæger er ikke medregnet. Inklusion af disse udgifter vil generelt medføre en stigning i de gennemsnitlige udgifter.



## 5 Forebyggelse af sygdom og funktionsevnetab hos den ældre medicinske patient

Nogle indlæggelser defineres som forebyggelige<sup>4</sup>. At en indlæggelse er forebyggelig vil sige, at den indlæggelseskrævende tilstand kunne have været forebygget – oftest ved hjælp af en tidlig kommunal indsats, eventuelt i samarbejde med almen praksis eller sygehus. At en indlæggelse med lungebetændelse er forebyggelig betyder imidlertid ikke, at tilstanden *ikke* er indlæggelseskrævende på det tidspunkt, hvor borgeren indlægges. Det betyder, at det i nogle tilfælde vil være muligt for kommunen at opspore tidlige tegn på sygdommen og via en tidlig og rettidig indsats forhindre, at borgerens tilstand bliver indlæggelseskrævende. Det betyder heller ikke, at alle indlæggelser kan forebygges. Ældre medicinske patienter, som indlægges med en sygdom, der kunne have været forebygget i kommunalt regi, har ofte flere samtidige sygdomme, og årsagen til den konkrete indlæggelse er ofte multifaktoriel.

Kommunerne har gennem en årrække arbejdet målrettet på at integrere sundhed med de øvrige kommunale velfærdsområder. Således bliver sundhed tænkt ind som en del af de øvrige ydelser, borgerne modtager, blandt andet med det formål at forebygge indlæggelser på både kort og lang sigt. Det gælder fx ældreplejen, hvor der er en god mulighed for tidligt at opdage tegn på forværring af den ældres helbred eller funktionsevne (KL 2014a).

For at tidlig opsporing af en tilstand skal have effekt i forhold til at forhindre sygdom eller bremse udvikling af en sygdom (såvel nyopstået som forværring af eksisterende), uplanlagt vægttab/underernæring eller fald i funktionsevne kræver det blandt andet, at en ændring i den ældre medicinske patients habitualtilstand med hensyn til disse indikatorer observeres systematisk og hyppigt samt, at der handles tidligst muligt, når en ændring observeres. Dette kræver basal viden og erfaring og god kommunikation. Såfremt de kommunale hjælpere og fagprofessionelle skal være proaktive og varetage opgaver i forhold til tidlig opsporing, vil der mange steder være behov for kompetenceudvikling.

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

### 5.1 Viden og erfaringer

I forbindelse med den første handlingsplan for den ældre medicinske patient udarbejdede Sundhedsstyrelsen anbefalinger for værktøjer til tidlig opsporing af sygdomstegn, nedsat fysisk funk-

---

<sup>4</sup> Forebyggelige indlæggelser er defineret som indlæggelser blandt borgere på 65 år eller derover, hvor aktionsdiagnosen hører til en af følgende diagnosegrupper (Landspatientregisteret):

- dehydrering
- forstoppelse
- nedre luftvejssygdom
- blærebetændelse
- gastroenteritis
- brud
- ernæringsbetinget blodmangel
- sociale og plejemæssige forhold
- tryksår

tionsniveau og underernæring ud fra den aktuelle viden, der fandtes på området, samt en algoritme for samlet brug af værktøjerne (Sundhedsstyrelsen 2013).

Efterfølgende har KL fået digitaliseret otte af de anbefalede værktøjer i en app<sup>5</sup> og i forbindelse hermed understøttet implementeringen i kommunerne, herunder uddannet 1-2 superbrugere i hver kommune med de fornødne kompetencer til at gennemføre implementeringsprocesser.

Nogle kommuner har efterfølgende indarbejdet konceptet i driften og har blandt andet fået etableret en oversigtstavle, som sikrer fælles overblik over status og udvikling over borgernes velbefindende, samt en database, som sikrer adgang til og deling af opdateret viden herom fra alle lokationer. Der eksisterer imidlertid ikke noget samlet overblik over kommunernes arbejde med dette, og indsatsen er ikke blevet evalueret.

Flere kommuner har derudover arbejdet med tidlig opsporing på forskellige måder. Fx har et projekt i Allerød, Gribskov, Halsnæs, Frederikssund og Hillerød kommuner samt hospitalerne i Hillerød og Frederikssund fokuseret på forebyggelse af indlæggelser/genindlæggelser (Vinther 2012)<sup>6</sup>. Resultater herfra peger på, at en stor del af indlæggelserne kan forebygges, hvis kommunerne sætter ind på et tidligt tidspunkt, hvor borgerens almentilstand bliver ændret og/eller forværret. I størstedelen af forløbene havde social- og sundhedshjælperne tidligt observeret, at borgerens almentilstand var forværret, men der var ingen modtagere af observationerne. Resultaterne peger endvidere på, at patienter på tidspunktet for (gen)indlæggelse var syge og havde behov for sygehusindlæggelse.

## 5.2 Anbefalinger

Der er som nævnt ovenfor igangsat en række tiltag i kommunerne og i samarbejde mellem kommuner og regioner i forhold til tidlig opsporing blandt andet på baggrund af den første handlingsplan. Der er imidlertid ikke solid viden om effekten af disse indsatser.

På den baggrund anbefales det:

- at der i regi af KL samles op på erfaringer vedrørende tidlig opsporing af sygdomstegn, underernæring/uplanlagt væggtab og faldende funktionsevne med henblik på, at der i regi af Sundhedsstyrelsen udarbejdes anbefalinger for indsatser vedrørende tidlig opsporing. Anbefalingerne tager udgangspunkt i og bygger videre på de værktøjer til tidlig opsporing, som blev udarbejdet i forbindelse med den første handlingsplan, og omfatter derudover anbefalinger til tilrettelæggelse, arbejdsgange og opfølgning samt til kompetencer. Med udgangspunkt i anbefalingerne iværksætter kommunerne indsatser, der understøtter tidlig opsporing.

---

<sup>5</sup> <http://tidligopsporing.dk/>

<sup>6</sup> Projektet er internt evalueret.

## 6 Når den ældre medicinske patient har behov for en særlig indsats

I forskellige sammenhænge har ældre borgere behov for sygepleje med særlige kompetencer og døgnovervågning, uden at der dog er behov for en sygehusindlæggelse. Det kan være i forbindelse med sygdomsforværring, men det kan også være længere tids faldende funktionsevne, et uplanlagt vægttab eller et manglende eller et svagt socialt netværk, der intensiverer behovet. Behovet kan være begrundet i tidspunkter som weekender og sene aften-nattetimer, hvor det kan være svært at få den hjælp, der sædvanligvis tilbydes. Det kan betyde, at den ældre borger, ofte med en vagtlæges mellemkomst, bliver indlagt.

På samme måde er der ældre patienter, der er færdigbehandlede på sygehuset, men fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov.

For at varetage disse opgaver har ni ud af ti kommuner på nuværende tidspunkt en form for akutfunktion i hjemmesygeplejen.

En kommunal akutfunktion varetager både akutte indsatser, som i denne sammenhæng er defineret som indsatser, der etableres og leveres med kort varsel – det vil sige inden for få timer og som kan iværksættes på alle tider af døgnet og alle ugens dage, samt subakutte indsatser, som er defineret som indsatser, der leveres dagen efter henvendelse, og som kan iværksættes alle dage i løbet af ugen, mens aftale herom normalt bør kunne ske på alle tider af døgnet.

Målgruppen for kommunale akutfunktioner er, som anført i boks 2, primært ældre medicinske patienter samt patienter med kronisk sygdom, men det kan også være andre patientgrupper.

Der er således tale om patienter, som er i en pleje- og/eller behandlingsmæssig tilstand, der bedst varetages i et borgernært sundhedstilbud med de fornødne sygeplejefaglige kompetencer. Tilbuddet kan ikke erstatte en sygehusindlæggelse, hvis patienten har behov for dette.

### **Boks 2. Målgrupper for kommunale akutfunktioner**

- Patienter med akut sygdom eller akut forværring af kronisk sygdom, og hvor det efter en konkret vurdering ved en praktiserende læge/vagtlæge vurderes, at pleje og behandling af patientens sygdom bedst varetages i den kommunale akutfunktion. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis samt eventuelt lægevagten.
- Patienter, som i forvejen har kontakt til den almindelige hjemmesygepleje, og hvor hjemmesygeplejen vurderer, at der er behov for akutfunktionens kompetencer. Behandlingen varetages i et samarbejde mellem akutfunktionen og almen praksis.
- Patienter, der efter udskrivning fra sygehus fortsat har komplekse pleje- og behandlingsbehov, der kræver særlige kompetencer hos hjemmesygeplejen. Behandlingen varetages i henhold til behandlingsplan fra sygehuset og i et samarbejde mellem akutfunktionen, sygehuset og almen praksis.

De kommunale akutfunktioner er forskellige rundt om i landet, og der er fortsat et behov for at videreudvikle akutfunktioner, der med døgndækket sygepleje af høj kvalitet og i et velfungerende samarbejde med den øvrige hjemmesygepleje, almen praksis og sygehus, kan give ældre borgere den nødvendige behandling og pleje. Herved kan kommunen bidrage til at forhindre indlæggelse samt til at hjemtage færdigbehandlede ældre patienter hurtigt og effektivt - og samtidigt levere en indsats, som både har en høj sundhedsfaglig kvalitet, er tæt på borgerens hverdagsliv og familie og i trygge rammer. Der er i den forbindelse behov for at understøtte en ensartet høj kvalitet i tilbuddene på tværs af kommuner.

De kommunale akutfunktioner kan imidlertid ikke stå alene. Der er brug for indsatser, der understøtter sammenhængende forløb, så den relevante information bliver delt og udnyttet og dermed kommer patienten til gode.

Dette peger på indsatser, hvor kommune, almen praksis og sygehus arbejder sammen. Eksempler på sådanne indsatser er opfølgende hjemmebesøg og forløbskoordination, som indgik som initiativer i den første handlingsplan for den ældre medicinske patient. Ordningerne er implementeret i varierende grad og som forskellige modeller (Buch 2015). Det fremgik af den første handlingsplan, at forløbskoordination skal kunne videreføres, når de afsatte ressourcer udløber medio 2016. Det er endvidere aftalt i satspuljeaftalen for 2016-2019, at der afsættes midler til at videreføre opfølgende hjemmebesøg.

Der eksisterer således en række indsatser, der har til formål at understøtte sammenhængende indsatser. Det er imidlertid ikke tydeligt, hvilke indsatser der virker over for hvilke målgrupper, samt hvordan de enkelte modeller kan supplere hinanden. Endvidere kan indsatserne hensigtsmæssigt videreudvikles på baggrund af de erfaringer, der er gjort i den første handlingsplan.

## 6.1 Viden og erfaringer

### *Kommunale akutfunktioner*

Som en del af den første handlingsplan for den ældre medicinske patient blev der i 2012 afsat midler til en pulje til afprøvning og udvikling af nye samarbejdsformer mellem regioner, kommuner og almen praksis om subakutte/akutte tilbud. Fire projekter modtog midler og afrapporteringen fra projekterne forelå medio 2015<sup>7</sup>.

Hovedkonklusioner på tværs af de fire projekter var følgende:

- Der er afprøvet forskellige organiseringer (akutteam og akutplads), som peger i retning af, at det er sikkert for patienterne, og der ser ud til at være nogle sundhedsfaglige gevinster.
- Projekterne har medvirket til at styrke det tværsektorielle samarbejde og har også haft en afsmittende effekt på andre områder.
- Arbejdet har bidraget til kompetenceudvikling.
- Patienttilfredshed ser ud til at være positiv, men det er ikke undersøgt systematisk i alle projekter.
- Det er en udfordring at nå et tilfredsstillende volumen af patienter og svært at opretholde tilbud. Projekterne har imidlertid haft meget syge/indlagte borgere i målgruppen og ikke borgere i eget hjem. En udvidelse af målgruppen med et fokus på tidlig opsporing og mere

---

<sup>7</sup> Rapporter fra de fire puljeprojekter kan findes på Sundhedsstyrelsens hjemmeside, [www.sst.dk](http://www.sst.dk)



forebyggende tiltag kan være en mulighed for at få et større patientgrundlag.

Sundhedsstyrelsen udarbejdede som led i den første handlingsplan anbefalinger for kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (Sundhedsstyrelsen 2014). Anbefalingerne omfatter tilrettelæggelse, ansvar og samarbejde, uddannelse og kompetencer, kvalitetssikring og –opfølgning samt udstyr og medicin. Parallelt hermed udarbejdede KL et katalog over god praksis i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje (KL 2014b).

Endelig peger Deloitte (Deloitte 2013) på, at kommunale akutfunktioner kan bidrage til at forebygge indlæggelser samt reducere indlæggelsestid, hvis kommunen har mulighed for at stille de nødvendige kompetencer til rådighed.

#### *Opfølgende hjemmebesøg*

I 2007 blev en model med opfølgende hjemmebesøg i Glostrup evalueret (Jakobsen 2007). Modellen består af tre kontakter, ét fælles besøg af praktiserende læge og hjemmesygepleje i borgers hjem inden for en uge efter udskrivning. Dernæst to opfølgende kontakter i 3. og 8. uge med praktiserende læge og eventuelt hjemmesygepleje, i lægens praksis eller som hjemmebesøg. Evalueringen viste færre indlæggelser i interventionsgruppen, en forbedret overlevelse og en tendens til en samlet samfundsøkonomisk besparelse.

På den baggrund blev der fra 2009-2011 gennemført et projekt i ti kommuner med det formål at afprøve Glostrup-modellen i en driftslignende kontekst, der blandt andet indebar en tilpasning til lokale forhold. Resultaterne herfra er ikke entydige og er svære at sammenligne (Oxholm 2012), men peger generelt på, at det er vanskeligt at få gennemført det forventede antal besøg. Erfaringer fra den første handlingsplan peger på ligeledes på, at det er vanskeligt at få gennemført det forventede antal besøg, ligesom det er svært at gennemføre besøget inden for den første uge efter udskrivelsen.

Statens Institut for Folkesundhed udarbejdede i 2015 en rapport baseret på registeranalyser over implementeringen af opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland i 2014 (Lehn 2015). Konklusionerne herfra er, at gennemførelsesprocenten er meget lav. For kun to tredjedele af de udskrivelser, hvor sygehuset registrerer en følge-op kode, modtages henvisning til opfølgende hjemmebesøg i kommunen. Og kun halvdelen af disse patienter modtager et hjemmebesøg.

#### *Forløbskoordination*

Forløbskoordination er udbredt i en række forskellige varianter landet over. Fælles regionale-kommunale forløbskoordinatorfunktioner indgår endvidere som et initiativ i den første handlingsplan for den ældre medicinske patient. Initiativet har haft som formål at understøtte intensiveret, personlig tilpasset koordinerende støtte til særligt svækkede ældre medicinske patienter med henblik på at få et sammenhængende og trygt forløb på tværs af primær- og sekundær sektor.

Evalueringen af initiativet i den første handlingsplan for den ældre medicinske patient har særligt fokus på fremskudt visitation (kommunal udskrivningskoordination) via casestudier af fire strategisk udvalgte modeller. Formålet er at få viden om organisering og bemanning af indsatsen herunder i forhold til identifikation af patienterne og sammenhæng i forløbene. Endvidere skal evalueringen bidrage med viden om patienters og pårørendes perspektiver på forløbskoordinationen. Endelig undersøges hvordan de forskellige modeller påvirker patienternes forbrug af

sundhedsydelse, herunder om de forebygger genindlæggelser, og om de er omkostningseffektive.

Foreløbige resultater<sup>8</sup> fra casestudiet af fremskudt visitation i fire kommuner er, at funktionerne generelt:

- medvirker til bedre og mere direkte kommunikation og samarbejde
- udgør en kilde til kontinuitet og fleksibilitet i arbejdet med at koordinere de komplekse patientforløb
- medvirker til bedre forventningsafstemning med patienter og pårørende
- medvirker til bedre vurdering af funktionsevne.

Dansk Sundheds Institut evaluerede i 2012 Region Syddanmarks indsats for at udvikle et fælles vidensgrundlag for det fremadrettede arbejde med forløbskoordination til patienter med kronisk sygdom (Buch 2012). Evalueringen er baseret på erfaringer fra fire sygehusafdelinger, som blev fulgt og støttet i deres arbejde med at udvikle en lokal praksis for forløbskoordination i samarbejde med optagekommunerne. På baggrund af erfaringerne fra projekterne blev der identificeret tre faktorer som afgørende for velfungerende forløbskoordination:

- positive relationer mellem sektorerne, som kan understøtte samarbejdet, fx fælles mål, viden og gensidig tillid aktørerne imellem
- gode og effektive kommunikationskanaler - der skal være struktur på samarbejdet, og en kommunikationsteknologi målrettet koordinationen
- koordinations-specifikke forhold, fx redskaber til identifikation af patienter, og koordinatorene skal have mulighed for støtte.

#### *Udgående sygehusfunktioner*

Ifølge en opgørelse foretaget af Danske Regioner på baggrund af en rundspørge i regionerne (Danske Regioner 2016b) eksisterer der i alt 45 udgående funktioner målrettet ældre patienter.

De udgående funktioner har blandt andet som formål at forebygge indlæggelser, at styrke samarbejdet på tværs samt at give patienterne en mere rolig hverdag.

Ud over de 45 målrettede udgående funktioner retter andre af regionernes udgående funktioner sig også mod den ældre medicinske patient – herunder mobile ambulatorier samt sygdomsspecifikke udgående funktioner (fx akut tilsyn til patienter med KOL, palliative teams samt tilsyn hos patienter med stomi). Mange af disse funktioner involverer samarbejde med kommunale aktører. Aftalerne er fastlagt i sundhedsaftalerne. Desuden er der flere udgående funktioner, der også foretager undervisning og rådgivning af kommunalt ansatte.

#### **Boks 3. Antal udgående funktioner målrettet ældre patienter**

Region Hovedstaden	17
Region Sjælland	10
Region Syddanmark	8
Region Midtjylland	8
Region Nordjylland	2

<sup>8</sup> Resultater fra november 2015. Den endelige evalueringsrapport foreligger i efteråret 2016.

## 6.2 anbefalinger

De fleste kommuner har på nuværende tidspunkt en form for akutfunktion. For at understøtte den igangværende udvikling og sikre at alle borgere får et tilbud af ensartet kvalitet på tværs af landet, for så vidt angår forebyggelse af indlæggelser og opfølgning på indlæggelser, anbefales det:

- at der sker en trinvis videreudvikling af kommunale akutfunktioner. Således at kommunerne i fase I sikrer etablering af akutfunktioner i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger vedrørende tilrettelæggelse, uddannelse og kompetencer, kvalitetssikring og –opfølgning samt udstyr. Kommunale akutfunktioner opbygges enten i den enkelte kommune eller i tværkommunale samarbejder. Parallelt hermed udarbejdes i regi af Sundhedsstyrelsen standarder og anbefalinger for kommunale akutfunktioner, som bygger videre på de eksisterende kvalitetsanbefalinger. Standarderne vil blandt andet omfatte krav til indhold, målgruppe, visitation, volumen, kompetencer og samarbejde. I fase II vil kommunerne skulle implementere de nye standarder og anbefalinger. Det vurderes sideløbende, som led i den generelle opbygning af data på det kommunale område, i regi af Sundhedsdatastyrelsen, om der kan etableres en løbende monitorering af akutfunktioner.

Derudover anbefales det i forhold til tværsektorielle samarbejdsmodeller:

- at der i regi af regioner og kommuner på baggrund af erfaringer fra den første handlingsplan videreudvikles modeller for opfølgende hjemmebesøg. Modellerne skal indeholde en tydelig beskrivelse af tidsramme, målgruppe, sundhedsfagligt indhold, herunder opfølgning på ernæringsindsats, samarbejde om opfølgende hjemmebesøg, herunder af opgave- og ansvarsdeling samt af sammenhængen til andre lignende modeller. Erfaringsopsamling sker løbende, og der udarbejdes årligt i regi af Danske Regioner og KL en opsamling på igangsatte initiativer, gennemførte besøg, erfaringer mv.
- at resultatet af evalueringen af fremskudt visitation (fælles regional-kommunal forløbskoordinationsfunktion), som udarbejdes som en del af den første handlingsplan, og som foreligger efterår 2016, i regi af Sundhedsstyrelsen vurderes med henblik på eventuel udrulning i relevant omfang i alle regioner og kommuner.

Endelig anbefales det:

- at der i regi af Danske Regioner, på baggrund af en kortlægning af udgående sygehusfunktioner, udarbejdes anbefalinger for type af udgående funktioner, som hensigtsmæssigt kan udbredes til alle regioner, herunder funktioner der understøtter opfølgning på iværksatte indsatser på sygehuset, fx ernæringsindsatser. Erfaringsopsamling sker løbende, og der udarbejdes årligt i regi af Danske Regioner en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.

## 7 Polyfarmaci hos den ældre medicinske patient

Fælles Medicinkort (FMK) giver borgere og sundhedspersonale adgang til oplysninger om borgerens medicin og vaccinationer. Formålet med FMK er at bidrage til, at borgere kan få en sikker og korrekt behandling med lægemidler. Der er imidlertid stadig udfordringer forbundet med fx polyfarmaci<sup>9</sup>.

Flere samtidige sygdomme (multisygdom) hos den enkelte patient fører ofte til brug af forskellig medicin. Evidens for den medicinske behandling vil ofte være dokumenteret på baggrund af kliniske studier. Ældre patienter og patienter med flere forskellige sygdomme indgår ofte ikke i den population, der indgår i det kliniske studie. Der mangler således i nogle tilfælde dokumentation for både effekt og for bivirkninger, når flere præparater gives samtidigt til en patient. I nogle tilfælde kan det blive vanskeligt at skelne symptomer på ny sygdom fra medicinbivirkninger.

Ældre medicinske patienter er ofte kendetegnet ved at have flere samtidige, kroniske sygdomme. Problemstillinger relateret til polyfarmaci er derfor velkendte.

Det er primært en lægeopgave at foretage medicingennemgang. Ordination og seponering af receptpligtige lægemidler er ligeledes et lægeligt ansvar. Da det som oftest er speciallæge i almen medicin, der har den tætteste kontakt til den ældre medicinske patient, bør det være speciallægen i almen medicin, der er tovholder for patientens samlede medicinering. For at speciallægen i almen medicin kan varetage denne opgave er der behov for, at vedkommende kan hente rådgivning hos speciallæger indenfor en række andre specialer.

Især i forbindelse med sektorovergange er medicin håndtering og –gennemgang vigtig. Derfor kan medicingennemgang også være særlig relevant i akutmodtagelsen og på sygehusets sengeafsnit, da ældre medicinske patienter også hyppigt ses her. En forudsætning herfor er en velfungerende kommunikation mellem de involverede, som udskriver og håndterer medicin.

Korrekt og bedst mulig medicinering er også afhængig af, at patienten indtager medicinen korrekt i forhold til dosis og tidspunkt (adherence). Det forudsætter, at borgeren er velinformeret om sin sygdom og behandling, herunder om betydningen af den medicin, der gives, og hvordan den gives. Dette kan være en udfordring, dels fordi der ofte er tale om forskellig medicin, og dels fordi der ofte er mange forskellige sundhedsprofessionelle inde over denne proces. Velfungerende kommunikation er også her en forudsætning.

Medicinering i hjemmesygeplejen er en lægedelegeret opgave. Det er derfor også en nødvendig forudsætning for sikker og rigtig medicinering, at hjemmesygeplejen har adgang til opdaterede medicinoplysninger og lægefaglig sparring, da det ellers kan medføre forkert medicin til borgeren. Der er samtidig behov for, at hjemmesygeplejen har de relevante kompetencer til at kunne udføre opgaver i forbindelse med medicingivning.

---

<sup>9</sup> 'Polyfarmaci' betyder indtagelse af mere end ét lægemiddel dagligt, men defineres ofte som mere end 3 eller 5 lægemidler dagligt ([http://www.irf.dk/dk/redskaber/polyfarmaci/polyfarmaci\\_01.htm](http://www.irf.dk/dk/redskaber/polyfarmaci/polyfarmaci_01.htm)).



## 7.1 Viden og erfaringer

Jo flere lægemidler man indtager, jo større er risikoen for både interaktioner mellem de forskellige lægemidler og for bivirkninger. Begge dele udgør en risiko i forhold til nedsat livskvalitet. Det er dog ikke blot antallet af lægemidler, der er afgørende for patienternes livskvalitet. Særligt hos ældre patienter kan det give anledning til utilsigtede hændelser, fx øget blødningstendens og fald på grund af forstyrrelser i væsketal (elektrolytforstyrrelser) eller dehydrering, hvis patienten behandles med et eller flere såkaldte risikolægemidler (Saedder 2014). Ved risikolægemidler forstås lægemidler (eller medicin), der i særlig grad kan udgøre en risiko for denne patientgruppes funktionsevne. 75 pct. af de indlæggelser, som skyldes forkert medicinordination eller medicinbehandling, udgøres af: Blodfortyndende medicin, gigtmidler (NSAID) og vanddrivende medicin (Pirmohamed 2004). Derfor er det vigtigt at være opmærksom på, om der er risikolægemidler på patientens medicinliste.

På flere sygehuse er der erfaringer med medicingennemgang i akutmodtagelsen. En udfordring kan i den forbindelse være, at nogle patienter ligger meget kort tid i akutmodtagelserne, der er travlt, og den indlæggende læge har ikke altid forudsætninger for at tage stilling til medicingennemgangen. Desuden kan det være en udfordring at få implementeret de anbefalinger, som farmaceuten kommer med ved medicingennemgang – det er uklart, hvem der har ansvaret for opfølgningen.

Sektorovergang er en kendt udfordring, når det gælder utilsigtede hændelser i relation til medicineringen. En svensk undersøgelse viser således, at der i gennemsnit sker to fejl i forhold til medicin, hver gang en ældre patient bliver flyttet mellem primær- og sekundærsektoren (Midløv 2005).

Ifølge Årsberetning 2014 fra Dansk Patientsikkerhedsdatabase omhandlede 66,4 pct. af de 104.534 rapporterede utilsigtede hændelser til kommunerne medicinering. Ifølge en rapport fra Patientombuddet fra 2012 om medicineringshændelser i hjemmeplejen og plejeboliger handlede 55-59 pct. af hændelserne om medicinadministration (personalets udlevering af medicin og hjælp til patienterne med at indtage den samt efterfølgende observation) og 10-15 pct. om dispensering (personalets optælling, dosering eller tilberedning af medicin før den udleveres og indtages). I en tilsvarende rapport fra 2013 om botilbud og øvrige tilbud til borgere med handicap handlede halvdelen af medicineringshændelserne om medicinadministration. (Patientombuddet 2013).

Der er i forbindelse med projektet 'I sikre hænder'<sup>10</sup> udviklet en medicinpakke, der omfatter medicinafstemning, medicinscreening, tjekliste for sikker medicindispensering og tjekliste for sikker medicinadministration, der tilsammen dækker vigtige dele af medicinbehandling i kommunerne, og som beskriver best practice på området. Formålet med pakken er at halvere antallet af medicineringsfejl, det vil sige fejl, som medfører skader, eller som kræver ekstra behandling af patienten. Flere af de deltagende fem kommuner har opnået mere end 300 dage uden alvorlige medicineringsfejl, som har krævet lægekontakt (Dansk Selskab for Patientsikkerhed 2016).

---

<sup>10</sup> <http://www.isikrehaender.dk/indsatsomraader/medicin/>

Som led i den første handlingsplan for den ældre medicinske patient blev der afsat midler til en styrkelse af de regionale lægemiddelenheders indsats i arbejdet med ældre patienter med polyfarmaci og til medicin håndtering gennem ansættelse af farmaceuter og/eller læger. Erfaringerne herfra peger blandt andet på, at de praktiserende læger er tilfredse med de iværksatte initiativer, og at der ser ud til at være kvalitetsmæssige og økonomiske effekter af medicingennemgang. (Danske Regioner 2016a).

## 7.2 anbefalinger

Der er behov for en struktur, der sikrer, at der foretages regelmæssig medicingennemgang af den ældre patients medicin.

I den forbindelse bør der være mulighed for rådgivning til almen praksis, og det anbefales derfor:

- at der i regi af sundhedsaftalesamarbejdet indgås aftaler om lokale samarbejder, opgavefordelinger og rådgivning omkring polyfarmaci mellem almen praksis, herunder fasttilknyttede læger på plejecentre og regionale lægemiddelkonsulenter, farmaceuter, klinisk farmakologiske enheder, geriatriske afdelinger mv., herunder at der arbejdes systematisk med medicin håndtering og –gennemgang. Aftalerne skal have særligt fokus på sektorovergange. Parterne skal løbende følge op på erfaringer hermed og på den baggrund vurdere, hvilke initiativer der bør udbredes.

Derudover anbefales det:

- at der i regi af Danske Regioner samles op på eksisterende erfaringer fra projekter med medicingennemgang, blandt andet i akutmodtagelser, med henblik på udvikling af medicingennemgangstilbud under indlæggelse, der kan udrulles nationalt. Parallelt iværksættes i regi af regionerne tiltag, der fremmer implementering af medicingennemgang.

## 8 Styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis

Der varetages i dag i kommunerne andre og mere komplekse sygeplejeopgaver, både i forhold til den tidlige opsporing og indsatser som følge heraf, og i forhold til forebyggelse af og opfølgning på indlæggelse. Der er både tale om flere og mere komplekse opgaver, og det er en forudsætning, at kompetencerne er til stede for at løfte opgaverne.

Det peger på, at der er et behov for en styrkelse af sygeplejefaglige kompetencer i hjemmesygeplejen og for at samle bestemte typer af opgaver på færre hænder. Sidstnævnte for at sikre, at de sundhedspersoner, der har kompetencerne til at varetage opgaver, der typisk ikke ses ofte, vedligeholder kompetencerne. Endvidere bør der være et fagligt miljø, der understøtter videndeling og sparring. Således kan sygeplejefaglige kompetencer hensigtsmæssigt være forankret fx i en kommunal akutfunktion, som hjemmeplejen og plejecentre kan trække på.

Kompetencebehovet kan således være relateret til nogle af de nye og komplekse sygeplejefaglige opgaver i fx den kommunale akutfunktionen. Men derudover kan det også være et generelt tværfagligt løft af kompetencer for udvalgte faggrupper i forhold til koordination, relation og kommunikation samt i forhold til tidlig opsporing. Endelig kan der være et behov for styrkelse af kompetencer i hjemmesygeplejen inden for fx:

- polyfarmaci
- tidlig opsporing
- ernæring
- psykiatri
- geriatri
- rehabilitering
- hygiejne
- palliation

Sygehusvæsenet yder indenfor nogle områder rådgivning til speciallæger i almen medicin i forhold til udredning af de patienter, hvor lægen ikke har mulighed for at afslutte udredningen alene. Den formaliserede rådgivning kan blandt andet være i form af telefonisk kontakt eller sparring via e-mail. Der er behov for at understøtte dette og udbrede eksisterende gode erfaringer.

Der er endvidere behov for, at almen praksis kan henvise patienter direkte til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Dette kan understøtte hurtigere forløb, at patienterne ikke indlægges, hvis der i øvrigt ikke er behov herfor og dermed også understøtte en hensigtsmæssig ressourceanvendelse.

### 8.1 Viden og erfaringer

#### *Kompetenceudvikling i kommunerne*

Kommunerne arbejder på forskellig vis med kompetenceudvikling, herunder af sygeplejefagligt personale i de kommunale akutfunktioner. Dette sker fx ved samarbejde med sygehus om fælles skolebænk, ved at den enkelte kommunale akutfunktion samarbejder med andre kommuners akutfunktioner, ved efteruddannelse og ved sidemandsoplæring (KL 2015).

### *Telefonrådgivning fra regionerne<sup>11</sup>*

I Region Hovedstaden er der etableret forskellige telefonrådgivningsmuligheder, hvor speciallæger i almen medicin kan hente faglig sparring vedrørende konkrete patientforløb/problemstillinger. Der er fx lavet en aftale i forhold til polymedicinerede patienters medicinering samt om de enkelte præparater ved Klinisk Farmakologisk Afdeling på Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler.

I Region Sjælland er telefonisk rådgivning en del af sundhedsaftalen. Rådgivningen sker primært som telefonkonferencer med bagvagter inden for pågældende speciale. Det fungerer godt og bliver brugt meget. Derudover er der indgået formaliserede aftaler om telefonisk rådgivning med direkte telefonisk kontakt til speciallæge på blandt andet urologisk og reumatologiske afdelinger og i forbindelse med allergi og de fleste pakkeforløb. Endvidere er der ved at blive etableret enheder for tværfaglig udredning og behandling på regionens seks sygehuse. Her vil almen praksis kunne hente rådgivning vedrørende patienter med komplekse problemstillinger.

I Region Nordjylland er der allerede i dag mulighed for at almen praksis kan kontakte specialerne direkte på telefonen med henblik på rådgivning. I 'Plan for sygehuse og speciallægepraksis 2015-2020' fremgår det endvidere, at der er etableret en rådgivningsordning, men at brugen er begrænset, og at der derfor skal informeres bedre om ordningen. Derudover indgår det i planen, at der skal sikres umiddelbar adgang for almen praksis til rådgivning på sygehuse. Der er dog behov for at afdække udfordringer for at understøtte, at det er den rette rådgivning, der bliver ydet.

### *Sparring via e-mail mellem speciallæge i almen medicin og speciallæge i regionerne<sup>12</sup>*

Ved mail-sparring forstås, at speciallægen i almen medicin elektronisk fremsender fokuserede spørgsmål og medsender relevante oplysninger fra journalen, så patienten kan vurderes uden at møde fysisk frem på sygehuset. Mail-sparring forudsætter, at der kan formuleres korte klare spørgsmål, som kan besvares kort og klart. Mail-sparring er ikke egnet i tilfælde, hvor der er behov for akut eller sub-akut rådgivning.

I Region Nordjylland har der været gennemført et projekt på Aalborg Universitetshospital, Høbro, hvor det lykkedes at opnå tilfredsstillende svartider, men der er endnu ikke adgang til svar i den elektroniske patientjournal (Clinical Suite) og ikke mulighed for at få korrespondancer på den enkelte læges opgaveliste. IT-afdelingen har igangsat en analyse omkring, hvordan brugerens arbejdsgange bedst muligt kan understøttes, så der opnås den optimale sammenhæng i samspillet mellem den elektroniske patientjournal, det patientadministrative system, PAS, og den elektroniske post.

### *Sundhedsaftaler*

Det indgår i sundhedsaftalerne, jf. Vejledning om sundhedskoordinationsudvalg og sundhedsaftaler (VEJ nr. 9005 af 20/12/2013), at regioner, almen praksis og kommunale tilbud samt eventuelt den øvrige praksissektor kan søge rådgivning, dialog og samarbejde hos hinanden og dele

---

<sup>11</sup> Oplysningerne i dette afsnit er indhentet af Danske Regioner.

<sup>12</sup> Oplysningerne i dette afsnit er indhentet af Danske Regioner.



viden på de områder, som er omfattet af sundhedsaftalen. Dette gælder rådgivning både i forbindelse med konkrete patientforløb og i forbindelse med generelle problemstillinger.

## 8.2 Anbefalinger

Varetagelse af nye og mere komplekse opgaver forudsætter en styrkelse af kompetencerne i hjemmesygeplejen. Det anbefales derfor:

- at der i regi af kommunerne iværksættes en styrkelse af kompetencerne i den kommunale hjemmesygepleje, både i forhold til faglige kompetencer for udvalgte faggrupper, herunder inden for ernæring, polyfarmaci og tidlig opsporing - samt ved behov et generelt løft af tværfaglige kompetencer på tværs af faggrupper. Der kan være behov for en mere systematisk kompetenceudvikling af hjemmesygeplejersker særligt i forbindelse med etablering af akutfunktioner, eventuelt ved etablering af en specialuddannelse til sygeplejersker. Erfaringsopsamling sker løbende, og der skal årligt i regi af KL udarbejdes en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.

Derudover anbefales det:

- at der i regi af regionerne etableres øget mulighed for, at speciallæger i almen medicin har let adgang til relevant rådgivning fra andre lægefaglige specialer, herunder telefonisk rådgivning, mulighed for subakut ambulat vurdering og henvisning til udvalgte diagnostiske undersøgelser på sygehuset. Tilsvarende at adgang for kommunens hjemmesygepleje til relevant rådgivning fra sygehus og almen praksis udvides. Erfaringsopsamling sker løbende, og der skal årligt i regi af Danske Regioner udarbejdes en opsamling på igangsatte initiativer, erfaringer mv.

## 9 Referencer

- Buch, M S. Forløbskoordination for patienter med kronisk sygdom. Dansk Sundhedsinstitut 2012
- Buch, M S. Midtvejsrapport. Forløbskoordination - status for regionale og kommunale aktiviteter og resultater. 2016
- Danske Regioner. Afsluttende opsamling - rationel farmakoterapi. Notat 18. januar. 2016a
- Danske Regioner. Regionernes udgående funktioner målrettet den ældre patient. Notat 1. marts 2016b
- Dansk Selskab for Patientsikkerhed. Statusopgørelse. februar 2016
- Deloitte. Analyse af de medicinske afdelinger. En kortlægning og vurdering af potentialerne ved en bedre kapacitetsudnyttelse. Deloitte 2013
- Hansen, E B et al. Akutteamet i Sønderborg Kommune. KORA 2015
- Herlev Hospital. UMMMM – det er godt (Undersøgelse af betydningen af Mere Mad i Munden og i Maven for et Godt forløb for ældre medicinske patienter – et tværfagligt og tværsektorielt forskningsprojekt). Rapport. 2015
- Jakobsen H N. et al. Opfølgende hjemmebesøg til ældre efter udskrivelse fra sygehus – en medicinsk teknologivurdering. Sundhedsstyrelsen 2007
- KL. Et styrket nært sundhedsvæsen – fakta og best practice. 2014a
- KL. God praksis i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. 2014b
- KL. KL-dataindsamling. November 2015
- Landspatientregisteret (DRG-grupperet LPR). Statens Serum Institut. Befolkningstal. Danmarks Statistik.
- Lehn, S F. et al. Opfølgende hjemmebesøg i Region Sjælland. Statens Institut for Folkesundhed 2015
- Midløv P. et al. Medication errors when transferring elderly patients between primary health care and hospital care. Pharm. World Sci.; 27:116. 2005
- Oxholm, A S. & Kjellberg, J. Sammenfatning af erfaringerne med opfølgende hjemmebesøg i ti kommuner. Dansk Sundhedsinstitut 2012
- Patientombuddet. Medicinering i botilbud og øvrige tilbud til borgere med handicap – identifikation af utilsigtede hændelser og forslag til forebyggende tiltag. 2011
- Pirmohamed M. et al. Adverse drug reactions as cause of admission to hospital: prospective analysis of 18 820 patients. BMJ. Jul 3;329 (7456):15-9. 2004

Sædder EA. et al. Identifying high-risk medication: a systematic literature review. Eur J Clin Pharmacol. Jun; 70(6):637-45. doi: 10.1007/s00228-014-1668-z. Epub Mar 27. 2014

Skøjt-Arkil, H. & Backer Mogensen, C. Evalueringsrapport af ACCESS (Acute Combined CarE for Seniors in Sønderjylland). 2015

Sundhedsstyrelsen. Den ældre medicinske patient - en afgrænsning. 2010.

Sundhedsstyrelsen. Tidlig opsporing af sygdomstegn hos ældre medicinske patienter - værktøjer til hverdagsobservationer. 2013

Sundhedsstyrelsen. Kvalitet i akutfunktioner i den kommunale hjemmesygepleje. 2014.

Vinther, K & Nielsen, KG. Forebyggelse af indlæggelser og genindlæggelser. Halsnæs kommune Hillerød Hospital. 2012.

# 10 Bilagsfortegnelse

**Bilag 1: Kommissorium for Følgegruppe for den ældre medicinske patient**

**Bilag 2: Medlemsliste for Følgegruppe for den ældre medicinske patient**

# Bilag 1: Følgegruppens kommissorium

## Kommissorium for Følgegruppe for den ældre medicinske patient

3. februar 2016

### Baggrund

Regeringen har med finanslovsaftalen og satspuljeaftalen for 2016 afsat i alt knap 2 mia. kr. i perioden 2016-2019 til en målrettet indsats over for ældre patienter og borgere med demens. Det er således med finanslovsaftalen for 2016 besluttet at afsætte 320 mio. kr. i 2016 og 300 mio. kr. årligt fra 2017 og frem til en national handlingsplan for den ældre medicinske patient, herunder en akutpakke målrettet nedbringelse af overbelægning på sygehusene.

Indholdet i handlingsplanen for den ældre medicinske patient fastlægges i foråret 2016 af partierne bag finansloven for 2016.

Handlingsplanen for den ældre medicinske patient skal – ifølge Aftale om Finansloven for 2016 – blandt andet have fokus på styrkede kompetencer i kommuner og almen praksis. Handlingsplanen ventes at omfatte indsatser på sygehuse, i almen praksis og i kommunerne med henblik på:

- at modvirke overbelægning på de medicinske afdelinger
- at nedbringe antallet af patienter, som ikke udskrives fra sygehusene, selvom de er færdigbehandlede
- at nedbringe antallet af forebyggelige indlæggelser
- at skabe bedre sammenhæng for patienter, der har forløb på tværs af sygehus, almen praksis og kommune.<sup>13</sup>

Det er i forbindelse med satspuljeaftalen aftalt, at der afsættes midler til at videreføre og udvikle opfølgende hjemmebesøg i forlængelse af udskrivning fra sygehus, at indfase fasttilknyttede læger på plejecentre, at udarbejde 2-3 nationale kliniske retningslinjer målrettet de svageste ældre samt til en pulje til forsøg med sammenhængende løsninger. Handlingsplanen for den ældre medicinske patient skal ses i sammenhæng med disse initiativer.

Handlingsplanen skal endvidere ses i sammenhæng med arbejdet i Udvalget for det nære og sammenhængende sundhedsvæsen.

---

<sup>13</sup> Stramme rammer – klare prioriteter. Finanslovsforslaget 2016. September 2015.



På den baggrund har Sundheds- og Ældreministeriet anmodet Sundhedsstyrelsen om at udarbejde et fagligt oplæg til brug for udarbejdelse af en handlingsplan for den ældre medicinske patient.

For at understøtte dette arbejde og følge handlingsplanen etablerer Sundhedsstyrelsen en Følgegruppe for den ældre medicinske patient. Følgegruppen forventes som udgangspunkt at fungere i perioden 2016-2019.

## **Foreløbige overvejelser om indhold i det faglige oplæg til handlingsplan for den ældre medicinske patient**

Ældre medicinske patienter har typisk flere kroniske sygdomme, behov for hjælp efter service-loven samt mange kontakter til det kommunale sundhedsvæsen, almen praksis og sygehus. Det betyder, at de ofte har samtidige tværfaglige og tværsektorielle forløb samt er i kontakt med mange forskellige aktører og personale, og at de derfor risikerer at opleve problemer med manglende sammenhæng, unødvendige indlæggelser, genindlæggelser mv. Derudover er de særlige problemstillinger for ældre medicinske patienter knyttet til forhold, der følger med begrænset funktionsevne og multisygdom.

Det faglige oplæg tager afsæt i disse problemstillinger og baseres på viden og erfaringer fra den første nationale handlingsplan for den ældre medicinske patient 2012-2015 samt i den faglige udvikling generelt. Det faglige oplæg forventes blandt andet at omhandle nedenstående initiativområder, som skal konkretiseres og kvalificeres igennem udarbejdelsen af det faglige oplæg. Initiativområderne kan suppleres med initiativer, der fx sigter på at reducere funktionsevnebegrænsninger i målgruppen.

Forventede initiativområder:

- Videreudvikling af de kommunale akutfunktioner og det kommunale beredskab
- Styrkede kompetencer i kommunerne og almen praksis
- Styrket indsats for ældre, der bruger flere medikamenter på samme tid (polyfarmaci)
- Videreudvikling af modeller til at sikre sammenhæng i overgangen mellem sektorer
- Bedre adgang til sygehusenes specialiserede kompetencer.

## **Følgegruppens opgaver**

Følgegruppen skal rådgive Sundhedsstyrelsen i forhold til udarbejdelsen af det faglige oplæg i form af sparring om indsatsområder og konkrete initiativer samt følge arbejdet med handlingsplanen.

Det faglige oplæg vil dels bygge på viden og erfaring fra den første handlingsplan for den ældre medicinske patient (2012-2015), hvor der er potentiale for videreudvikling og konsolidering, og dels på udviklingen på området generelt.

## **Følgegruppens sammensætning og møder**

Sundhedsstyrelsen nedsætter en følgegruppe med repræsentanter fra driftsherrer og faglige selskaber.

Følgegruppen er repræsenteret ved følgende parter:

- Sundhedsstyrelsen (formandskab og sekretariat)
- Sundheds- og Ældreministeriet (1)
- Social- og Indenrigsministeriet (1)
- Danske Regioner/regioner (1+5)
- KL/kommuner (1+5)
- Danske Patienter (1)
- Ældre Sagen (1)
- Danske Ældrerråd (1)
- FOA (1)
- Dansk Sygepleje Selskab (1)
- Dansk Selskab for Almen Medicin (1)
- Dansk Selskab for Intern Medicin (1)
- Dansk Selskab for Geriatri (1)
- Dansk Selskab for Fysioterapi (1)
- Ergoterapifaglige Selskaber (1)
- FOA (1)
- Forskningsmiljøer (2)

Øvrige parter kan blive inddraget ved behov.

Der forventes afholdt to møder i forbindelse med udarbejdelse af det faglige oplæg og herefter to møder årligt. Derudover kan afholdes møder ad hoc, hvis Sundhedsstyrelsen finder behov.

Følgegruppens opgave er generelt at drøfte og kvalificere oplæg.

Dagsorden og referat udsendes henholdsvis én uge før og efter mødets afholdelse.

# Bilag 1: Medlemsliste for følgegruppen

## Medlemmer af Følgegruppe for den ældre medicinske patient

### Dansk Selskab for Almen Medicin

Praktiserende læge Irene Sahl/Suppleant: Praktiserende læge Christian Rosendal

### Dansk Selskab for Fysioterapi

Benedicte Rostock (Greve Kommune)

### Dansk Selskab for Geriatri

Ledende overlæge Søren Jakobsen (OUH Svendborg Sygehus)/Suppleant: Formand for Dansk Selskab for Geriatri Kim Otto Jacobsen

### Dansk Selskab for Intern Medicin

Overlæge Pia Nimann Kannegaard (Gentofte Hospital)

### Dansk Sygepleje Selskab

Afdelingsleder SHS, sygeplejerske Dora Fog (Ballerup Kommune)

### Danske Patienter

Socialrådgiver Mogens Haulund Andersen (Parkinsonforeningen)

### Danske Regioner

Centerchef Janet Samuel

### Danske Ældreråd

Sekretariatsleder Marianne Lundsgaard

### Ergoterapifaglige Selskaber

Udskrivningskoordinator Majbrit Lykke Kjær (Ringsted Kommune)

### FOA

Sundhedspolitisk konsulent Jakob Bro

### Forskningsmiljøer

Professor emeritus Lis Wagner (Syddansk Universitet)

Seniorforsker, leder Tove Lindhardt (Herlev Hospital, Forskningsenheden for Klinisk Sygepleje)

### KL

Chefkonsulent Karen Marie Myrndorff

### Kommunale repræsentanter

Holstebro Kommune: Ledende sygeplejerske Merete Kjærsgaard Kristensen

Kalundborg Kommune: Chef for Visitations- og hjælpemiddelenheden Lene Merry

Københavns Kommune: Chef for Center for Kvalitet og Sammenhæng, Rehabilitering og forløbskoordination Merete Røn Christensen

Mariagerfjord Kommune: Ledende sygeplejerske Susanne Eidorff Rasmussen

Nordfyns Kommune: Chef for Aktiv Pleje og Omsorg Gitte Laursen

### Regionale repræsentanter

Region Hovedstaden: Chefkonsulent Helle Hilding-Nørkjær

Region Midtjylland: Fuldmægtig, cand.scient.pol. Anders Horst Petersen

Region Nordjylland: Chefkonsulent Jacob Bertramsen

Region Sjælland: Enhedschef Anne Øster Hjortshøj

Region Syddanmark: Konsulent, projektleder Anders Vestergaard Fournaise

### Sundheds- og Ældreministeriet

Fuldmægtig Kirstine Korsager

### Ældre Sagen

Chefkonsulent Mirjana Saabye

### Sundhedsstyrelsen

Konstitueret sektionsleder Kirsten Hansen (formand)

Fuldmægtig Anne Bøgh Mortensen

Læge Jette Blands

Fuldmægtig Lene Sønderup Olesen